



ZDRAVA USTA ZA ZDRAVO TELO

26. strokovni seminar

6. – 7. april 2018

Kongresni center Rogaška Slatina



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



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
V ZOBOZDRAVSTVU

Zbornik predavanj

ZDRAVA USTA ZA ZDRAVO TELO

z6. strokovni seminar

6. 4. – 7. 4. 2018

KONGRESNI CENTER ROGAŠKA SLATINA

PROGRAMSKI ODBOR

Marina Čok, Loti Hreščak in Damjana Grubar

ORGANIZACIJSKI ODBOR

Marina Čok, Damjana Grubar, Andreja Turk, Loti Hreščak,
Irena Šumer, Maja Kaudila, Vanja Kovačič, Sanda Šifkovič
in Manuela Kaloh

Zbornik predavanj

ZDRAVA USTA ZA ZDRAVO TELO

z6. strokovni seminar

Izdal in založil: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih
tehnikov v zobozdravstvu

Uredili: Damjana Grubar, Marina Čok

Oblikovanje in prelom: Janja Baznik

Število natisnjenih izvodov: 300 kos

Ljubljana, April 2018

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Pozdravljeni,

na delovnih mestih medicinskih sester in zobozdravstvenih tehnikov se srečujejo različne generacije. In teh je zaradi izmuzljivosti upokojitve vedno več. Nekoč smo delavce delili na "stare" in "mlade", torej na tiste, ki so rekli: "Veš, včasih je bilo vse drugače!" in na tiste, ki tega (še) niso mogli reči. Danes pa je povsem drugače. Kljub vse večjim starostnim razlikam med zaposlenimi, lahko danes vsi rečemo: "Veš, včeraj je bilo vse drugače!"

Spremembe in novosti so del našega vsakdanjika. Seveda pa niso vse nezaželjene ali napačne. Nenazadnje se je lahko še pred dvajsetimi leti kadilo v bolnišnicah in zdravstvenih domovih. Vem, spreminja se ves svet in javne ustanove so le kraj, kjer se te spremembe izrazijo. Ampak vseeno se zdi, da se je vse preveč sprememb in novosti nepotrebnih ali kratkomalo neupravičenih. Zdravstveni delavci, pa ne samo mi, se vse bolj utapljamo v izpolnjevanjih najrazličnejših obrazcev, v pisanju poročil, obrazložitvev, opisov, spisov in zapisov. Včasih se zdi, da pišemo že zapisnike zapiskov, pri tem pa nam zmanjka časa za tisto, kar je zares pomembno: Za odnose.

Za strokovne, pa vendar tople odnose s pacienti in strokovne ter tople odnose s sodelavci.

Kljub vsem še tako težkim nalogam, ki nam jih nalaga naše delo, nas najbolj ranijo slabi medsebojni odnosi in nezadovoljstvo pacientov, pa naj bo upravičeno ali ne.

Zato poskrbimo drug za drugega. In poskrbimo zase. Bodimo dobro strokovno podkovani, da bomo znali rokovati s paleto različnih ljudi, ki jih srečujemo na delovnem mestu in bodimo osebno zadovoljni, da bomo samozavestno vstopali v interakcijo z njimi in sami s seboj.

Želiva Vam obilo prijetnih izkušenj.

MARINA ČOK,
predsednica sekcije



DAMJANA GRUBAR,
podpredsednica sekcije



Program

Petek, 6. 4. 2018

08.30 - 10.00 REGISTRACIJA UDELEŽENCEV
10.00 OTVORITEV SREČANJA IN POZDRAV UDELEŽENCEM

I. SKLOP MODERATORKI: LOTI HREŠČAK, IRENA ŠUMER

10.00 - 10.30 STOMATOLOŠKA OBRAVNAVA ONKOLOŠKEGA PACIENTA
Asist. Jana Krapež, dr. dent. med.

10.30 - 11.00 OBRAVNAVA OTROK S SHIZAMI V SLOVENIJI
Mag. Andreja Erbelinc, dr. med., spec. maksilofacialne kirurgije

11.30 - 12.00 SKRB ZA USTNO ZDRAVJE PRI OSEBAH S POSEBNIMI POTREBAMI
Ivana Abramič, dr. dent. med.

12.00 - 12.30 ODMOR

12.30 - 13.00 SKRB ZA USTNO ZDRAVJE PRI OSEBAH S POSEBNIMI POTREBAMI
Damjana Marc, dipl. m. s.

13.00 - 13.30 PRENOS S PRENOSLJIVO BOLEZNIJO - PREPREČEVANJE OKUŽB
Marija All Nawas, dipl. m. s.

13.30 - 14.00 ČIŠČENJE IN RAZKUŽEVANJE ZOBOZDRAVNIŠKEGA STOLA
Valerija Skopec, dipl. m. s.

14.00 - 15.00 ODMOR

II. SKLOP MODERATORKI: MAJA KOUDILA, SANDA ŠIFKOVIČ

15.00 - 15.30 INTERORALNO SKENIRANJE - TEHNOLOGIJA SEDANJOSTI, IZZIVI
ZA PRIHODNOST
Jože Križnar, dr. dent. med.

15.30 - 16.00 KOMUNIKACIJA V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE
Loti Hreščak, dipl. m. s.

- 16.00 - 16.30** PREDSTAVITEV PLAKATA DELO MEDICINSKE SESTRE V ZOBNI
AMBULANTI
Damjana Grubar, dipl. m. s.
- 17.00 - 19.00** OBISK PODJETJA AFRODITA IN STEKLARNE ROGAŠKA
- 20.30** SKUPNO DRUŽENJE Z ZABAVO
-

Sobota, 7. 4. 2018

III. SKLOP MODERATORKI: DAMJANA GRUBAR, ANDREJA TURK

- 09.00 - 09.30** OBRAZOVANJE DENTALNIH ASISTENATA/ICA - ASPEKTI,
ISKUSTVA, IZAZOVI I PERSPEKTIVE
Diana Didak, bacc. med. tech., strokovni nastavnik
- 09.30 - 10.00** RIZIČNE SKUPINE PACIENTOV V ZOBOZDRAVSTVENI ORDINACIJI
Primož Gregorčič, ustni higienik, certificirani ITOP inštruktor
- 10.30 - 11.00** STERILIZACIJA V ZOBNI AMBULANTI
Nataša Piletič, dipl. m. s.
- 11.00 - 11.30** ODMOR
- 11.30 - 12.00** USTNA NEGA PRI STAROSTNIKU
Majda Kramberger, m. s.
- 12.00 - 12.30** PREDSTAVITEV SPONZORJA
- 12.30 - 13.00** PRIMERNO LIČENJE ZA DELO S PACIENTI
Barbara Visket, vizažistka
- 13.00** ZAKLJUČNE MISLI SEMINARJA - PODELITEV POTRDIL

ASIST. JANA KRAPEŽ, DR.DENT.MED., SPEC. ZA ZOBNE BOLEZNI IN ENDODONTIJO
VALERIJA SKOPEC, DIPL.MED.SESTRA
PROF.DR. ALEŠ FIDLER, DR.DENT.MED., SPEC. ZA ZOBNE BOLEZNI IN ENDODONTIJO
KATEDRA ZA ZOBNE BOLEZNI IN NORMALNO MORFOLOGIJO ZOBNEGA ORGANA,
MEDICINSKA FAKULTETA, UNIVERZA V LJUBLJANI
CENTER ZA ZOBNE BOLEZNI IN ENDODONTIJO, STOMATOLOŠKA KLINIKA,
UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER, LJUBLJANA

Stomatološka obravnava onkološkega pacienta

Po podatkih Registra raka Republike Slovenije v zadnjih letih zbolijo za rakom več kot 13.000 Slovencev na leto, več kot 7.000 moških in več kot 6.000 žensk, umre pa okrog 6.000, približno 3.400 moških in 2.600 žensk; med nami živi že skoraj 100.000 ljudi, ki so kadarkoli zboleli zaradi ene od rakavih bolezni (prevalenca). Od rojenih leta 2014 bosta do svojega 75. leta starosti predvidoma za rakom zbolela eden od dveh moških in ena od treh žensk. Najpogostejši so rak pljuč, prostate, dojke in debelega črevesa. Na 5. mestu med moškimi pa je rak ustne votline in žrela, letno za njim zbolijo približno 500 Slovencev.

Rak ustne votline in ustnega žrela se najpogostejše zdravi kompleksno – kirurško, s kemoterapijo in obsevanjem. Smernice zdravljenja raka glave in vratu, ki jih uporabljamo v Sloveniji, vključujejo obsevanje kot dodatni ali včasih edini način zdravljenja raka. Neposredni stranski učinek obsevanja je tudi delna ali popolna okvara žlez slinavk, ki je največkrat nepopravljiva, zato ostanejo bolniki doživljenjsko brez ali z minimalno količino sline ter s subjektivnim občutkom suhih ust (ksierostomija)(1, 2). Zaradi zmanjšanih protimikrobnih, puferskih, remineralizacijskih in drugih zaščitnih funkcij sline se občutno poveča možnost za nastanek zobnega kariesa. Radiacijski karies je oblika zobne gnilobe, ki nastane kot posledica in neželen stranski učinek obsevanja pri bolnikih z rakom v področju glave in vratu. Gre za hitro napredujoč proces, ki prizadene vse zobe in se lahko konča s popolnim propadom zob(3, 4). Puljenje zob in obzobna vnetja pa lahko v obsevanih kosti povzročijo hudo komplikacijo - osteoradionelezi kosti čeljustnic(5). Terapija osteoradioneleze je dolgotrajna in v večini primerov nezadovoljiva, vključuje dolgotrajna antibiotična zdravljenja, terapije

v hiperbarični komori in večkratne operativne posege v splošni anesteziji(6). Bolnik je v dolgotrajnih bolečinah, težko se prehranjuje, njegova kvaliteta življenja je bistveno zmanjšana. Zato je pomembno, da se omenjenim komplikacijam poskušamo izogniti s preventivnimi posegi. Potrebno je narediti zobozdravniški pregled in načrt pred začetkom onkološkega zdravljenja. Zobe, ki imajo brezupno prognozo in tiste, za katere vemo, da so v regiji, ki bo zaradi zdravljenja najbolj prizadeta je potrebno izpuliti. Med zdravljenjem je potrebno bolniku pomagati vzdrževati primerno higieno, ker jo zaradi pomanjkanja sline in splošne oslabelosti ne more. Preostale zobe je potrebno zaščititi pred radiacijskim kariesom s profesionalnimi fluoridnimi premazi na vsake 1 do 3 mesece, bolnik sam pa mora dnevno vstavljati individualno opornico s fluoridnim gelom za zaščito zob. Kontrolni pregledi s fluoriranjem in eventuelnim plombiranjem so potrebni na 1 do 3 mesece oziroma po potrebi. Med zdravljenjem poskušamo nadomeščati slino z umetnimi pripravki. Posledice/komplikacije v ustni votlini se pojavijo tudi po kemoterapiji, razvije se vnetje na sluznicah (mukozitis), ki nezdravljen lahko bolniku celo onemogoči hranjenje in pitje. Da to tega ne bi prišlo, so potrebni preventiva, vzdrževanje sluznic z zdravili in umetni nadomestki sline (7-9).

V razpredelnici 1 je zapisana priporočena stomatološka obravnava bolnika s predvidenim obsevanjem v področju glave in vratu:

RAZPREDELNICA 1.

I. Pred obsevanjem

Anamneza, ocena dejavnikov tveganja, načrt zdravljenja, zdravljenje

1. Stomatološka anamneza (rednost obiskovanja zobozdravnika, higienske navade)
2. Popoln pregled ustne votline z uporabo indeksov ustnega zdravja (zobje, sluznice, čeljustni sklep, obseg odpiranja ust pred radioterapijo; indeks plaka, beleženje prisotnosti in aktivnosti kariesa, apikalnega parodontitisa, parodontalne bolezni)
3. Slikovna diagnostika (ortopantomogram, periapikalni posnetki, posnetki zobnih kron, CBCT – izbirno, po presoji zobozdravnika in po načelu dobre klinične prakse)
4. Določi se termine za zdravljenje zob in obzobnih tkiv, zdravljenje naj bi bila

zaključeno vsaj 10 dni pred začetkom terapije tumorja – kemoterapije ali obsevanja, kirurgija ne vpliva bistveno, včasih ekstrakcije zob kar med samo operacijo tumorja. Če ekstrakcije naredi po dogovoru zobozdravnik – glej točko 5

- Predviden čas za zdravljenje zob in obzobnih tkiv je v povprečju 3 tedne, zato je potrebno načrt prilagoditi danemu časovnemu okvirju. Načrt je zaradi časovne omejitve zato dosti bolj radikalen, kot bi ga naredili pri zdravih pacientih.
5. Ekstrakcije zob (po smernicah za onkološke bolnike):
- Periapikalna patologija
 - Neustrezno endodontsko zdravljenje
 - Globina sondiranja > 5mm
 - Stopnja majavosti > 1
 - Stopnja prizadetosti razcepišča > 1
 - Kariozne lezije, po presoji zobozdravnika – pri tistih zobeh, ki za funkcijo/estetiko niso bistveni oz. tiste globoke lezije, ki bi lahko vodile v pulpo-parodontalno patologijo med ali po zdravljenju tumorja
 - Tisti zobje, ki so v regiji tumorja ter je ekstrakcija indicirana s strani operaterja – kirurga

Pri zgornjih indikacijah moramo posebej opozoriti, da se mora odločiti zobozdravnik glede na celostno stanje bolnika – kakšne ima higienske navade, kakšen odnos do zob ima, kako obsežno in dolgotrajno zdravljenje ga čaka – vse to bistveno vpliva na bolj radikalno odločitev glede ekstrakcij zob.

6. Zdravljenje zob in obzobnih tkiv, ki ostajajo v ustih; preventivni posegi na zobeh in obzobnih tkivih; pregled ustreznosti protetičnih pripomočkov-slabo priljegajoče proteze, ostri robovi protetičnih pripomočkov, plomb, abradiranih zob se odstranijo/zagladijo
7. Izdelava individualne opornice kot nosilke za fluoridni gel (antikariogeni pripomoček za dnevno uporabo bolnika na domu)

II. Med obsevanjem

1. Vzdrževanje dobre ustne higiene, motivacija
2. Dnevna aplikacija fluoridov s pomočjo individualne opornice

3. Uporaba umetnih nadomestkov sline
4. Fizioterapevtske vaje za čeljustni sklep kot preventiva pred trizmusom (oteženim odpiranjem ust)
5. Kontrolni pregledi pri zobozdravniku na 1 do 3 mesece z vsem potrebnim zdravljenjem zob in obzobnih tkiv – posebno pazljivo delo, saj so usta suha, sluznice suhe in boleče, lahko tudi ulcerirane; delo brez sesalca, z uporabo gumijaste opne, na ustnice nanesimo vazelin.

III. Po obsevanju

1. Izdelava protetičnih pripomočkov ali epitez.
2. Redni kontrolni pregledi (kontrolne vzdrževanja dobre ustne higijene, ocena količine in kakovosti sline, ocena demineralizacije in karioznih lezij na zobeh ter sanacija, pregled sluznic – ocena stanja vnetja in lezij, ocena stanja parodocija in vzdrževanje zdravih obzobnih tkiv, vzdrževanje stanja v smislu izogibanja ekstrakcijam zob – preventiva pred osteoradionevrozo)
3. Slikovna diagnostika – ob kontrolnih pregledih, po načelu dobre klinične prakse
4. Zdravljenje – kariesa, koreninsko zdravljenje zob, zdravljenje parodontalne bolezni, protetična rehabilitacija. Ekstrakcijam zob se izogibamo, če so neizbežne, jih naredimo z antibiotično zaščito, po možnosti napotitev na sekundarni ali terciarni nivo (oralni ali maksilo-facialni kirurg)
5. Nadaljevanje aplikacije fluoridov – profesionalno na 1 do 3 mesece, dnevno doma po oceni zobozdravnika.

(prirejeno po Hancock et al., 2003)(10)

Zdravljenje rakavih obolenj je vedno bolj uspešno, predvsem zaradi dobrih preventivnih programov in zgodnjega odkrivanja bolezni, ko je še v začetnem stadiju. Uspešnejša zdravljenja pa zdravniki dosegajo tudi s pomočjo novih načinov zdravljenja – kot so npr. biološka in/ali tarčna zdravila. Za zobozdravnika zelo pomemben podatek je, katera zdravila pacient jemlje. Pri malignih kostnih obolenjih in pri kostnih metastazah se predpisujejo zdravila, ki učinkujejo na procese preoblikovanja kosti. Ta zdravila se predpisujejo tudi pacientom z osteoporozo.

Gre za antiresorptivna zdravila, ki se delijo na dve skupini. V prvo spadajo tako imenovani bisfosfonati (ali tudi difosfonati, bifosfonati), ki kot zdravilne učinkovine vsebujejo klodronsko, alendronsko, zoledronsko kislino. Jemljejo se oralno ali intravenozno v različnih odmerkih, tako časovno kot koncentracijsko, glede na diagnozo in stanje. Če pri pacientu, ki prejema bisfosfonatno terapijo, izpulimo zob, lahko povzročimo nekrozo čeljusti. Večja možnost pojava nekroze čeljusti je pri pacientih, ki uživajo tablete več kot pet let in pri tistih, ki prejemajo zdravilo intravensko. Gre za stanje, pri katerem na mestu izdrtega zoba dlesen ne pokrije kosti, ta pa ostane razgaljena in boleča.

V drugo skupino antiresorptivnih zdravil spada zdravilo, ki kot učinkovino vsebuje monoklonsko protitelo denosumab. To je v uveljavi krajši časa kot bisfosfonati, zato ni trdnih dokazov, vendar tudi to zdravilo povezujejo z možnostjo razvoja nekroze čeljustnice.

Terapija nekroze čeljustnice je zahtevna in bistveno zmanjša kvaliteto življenja bolnikov. Njeno preprečevanje je možno s pomočjo ustrezne informiranosti pacientov, zobozdravnikov in zdravnikov, saj se žal zgodi, da pacienti pozabijo omeniti terapijo osteoporozе z antiresorptivnimi zdravili.

Sicer pa je ta podatek pomemben za zobozdravnika predvsem pri izvajanju invazivnih posegov, medtem ko lahko konzervativno zdravljenje poteka nemoteno.

Treba se je zavedati, da zdravila ne delujejo tarčno le na določen del telesa, ampak lahko vplivajo tudi na biološke procese v ustni votlini, kar je potrebno upoštevati v pogovoru z zobozdravnikom (11).

REFERENCE

1. Meurman JH, Gronroos L. Oral and dental health care of oral cancer patients: hyposalivation, caries and infections. *Oral oncology*. 2010;46(6):464-7.
2. Shiboski CH, Hodgson TA, Ship JA, Schiodt M. Management of salivary hypofunction during and after radiotherapy. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2007;103 Suppl:S66 e1-19.
3. Lieshout HF, Bots CP. The effect of radiotherapy on dental hard tissue--a systematic review. *Clinical oral investigations*. 2014;18(1):17-24.
4. Springer IN, Niehoff P, Warnke PH, Bocek G, Kovacs G, Suhr M, et al. Radiation caries--radiogenic destruction of dental collagen. *Oral oncology*. 2005;41(7):723-8.
5. Khojastepour L, Bronoosh P, Zeinalzade M. Mandibular bone changes induced by head and neck radiotherapy. *Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research*. 2012;23(6):774-7.

6. Cankar K, Finderle Z, Jan J. The effect of hyperbaric oxygenation on postradiation xerostomia and saliva in patients with head and neck tumours. *Caries research*. 2011;45(2):136-41.
7. Sciubba JJ, Goldenberg D. Oral complications of radiotherapy. *The Lancet Oncology*. 2006;7(2):175-83.
8. Beech N, Robinson S, Porceddu S, Batstone M. Dental management of patients irradiated for head and neck cancer. *Australian dental journal*. 2014;59(1):20-8.
9. Epstein JB, Thariat J, Bensadoun RJ, Barasch A, Murphy BA, Kolnick L, et al. Oral complications of cancer and cancer therapy: from cancer treatment to survivorship. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2012;62(6):400-22.
10. Hancock PJ, Epstein JB, Sadler GR. Oral and dental management related to radiation therapy for head and neck cancer. *Journal*. 2003;69(9):585-90.
11. Sapundziev D. Medically related osteonecrosis of the jaw. In: *Zbornik: 5th Congress of the Balkan Association for Maxillofacial Surgery and 19th Congress of the Slovenian Association for Maxillofacial and Oral Surgery*. ZMOKS; Ljubljana; Nov 2017: 44.

Obravnava otrok s shizami v Sloveniji

Uvod

Heilognatopalatoshize (v nadaljevanju shize, razcepi) so ena najpogostejših prirojenih obraznih nepravilnosti, ki v veliki meri prizadenejo izgled, govor, sluh, vplivajo na rast in razvoj obraza in ne nazadnje predstavljajo za pacienta ter njegovo družino veliko psihosocialno ter ekonomsko breme, ki močno zniža kvaliteto življenja. Zaradi številnih problemov s katerimi se soočajo otroci in odrasli s shizo je v njihovo zdravljenje vključenih veliko specialistov najrazličnejših medicinskih in nemedicinskih strok.

V Sloveniji že desetletja obravnavamo otroke s shizo timsko, primarno kirurško zdravljenje in spremljanje otrok pa že od leta 1948 poteka na Kliničnem oddelku za maksilofacialno in oralno kirurgijo v Ljubljani. Velikokrat razcep v področju ustnice ugotovi ginekolog na rutinskem pregledu ploda z ultrazvokom v 20. tednu nosečnosti. Sledi napotitev na ponoven ultrazvok na ginekološko kliniko v Ljubljani in v primeru, da je prirojena nepravilnost potrjena, sledi posvet pri maksilofacialnem kirurgu, ki operira shize. Na posvetu so starši seznanjeni z dejstvom, da so razlogi za nastanek shize številni in so že takoj razbremenjeni vsakršnih občutkov krivde. Običajno ultrazvok pokaže, da plod nima drugih nepravilnosti, kar pomeni, da se bo rodil sistemsko popolnoma zdrav otrok. Omenjena dejstva že v veliki meri pomenijo olajšanje za starše. Staršem se pred rojstvom pojasnijo tudi posebnosti pri hranjenju otroka in dobijo osnovna navodila ter informacije kje lahko nabavijo posebne stekleničke in cuclje. Leta 2016 je bilo ustanovljeno tudi Društvo shize (<http://društvo-shize.si>), nekoliko dlje časa pa obstaja zaprta facebook skupina staršev otrok s shizo. Na posvetu bodoči starši dobijo zloženko Društva shize z vsemi podatki, da lahko še pred rojstvom otroka vzpostavijo stik s starši otrok s shizo.

VZROKI IN POJAVNOST

Epidemiologija in etiologija sindromskih in ne sindromskih shiz se razlikuje. Ne sindromskih oblik shiz je približno 70%, vzroki za nastanek pa so številni. Genetska dovzetnost za shizo je eden izmed pomembnih vzročnih dejavnikov. Dejstvo je, da se ne sindromske oblike shiz ne dedujejo po Mendelovem tipu dedovanja in da obstajajo posamezni geni, ki določajo dovzetnost za nastanek shize. Situacijo še bolj zaplete dejstvo, da so geni med posameznimi rasami, ki sodelujejo pri nastanku shiz, različni. Od dejavnikov okolja je najpogostejše in najpomembnejše kajenje med nosečnostjo, ki poveča verjetnost za pojav shiz za 30%. Alkohol, diabetes pred zanositvijo, tudi gestacijski diabetes, starost matere nad 40 let, premajhen vnos folatov in cinka, so dejavniki ki povečajo tveganje za razvoj shiz. Teratogeni dejavniki kot so ionizirajoča sevanja, fenitoin, valproinska kislina, retinoidi in različna topila ter snovi, ki so prisotne v usnjarski čevljarški in medicinski industriji, kot tudi hipertermija, infektivna obolenja matere, hormonska terapija, debelost in stres v prvem trimesečju so dejavniki, ki pripomorejo pri nastanku shiz. Predvsem pa je vzrok za nastanek shiz medsebojno delovanje različnih zunanjih dejavnikov ter genetska dovzetnost.

Shize delimo na shize primarnega neba (enostranske ali obojestranske hejloshize, enostranske ali obojestranske hejlognatoshize), shize sekundarnega neba (izolirane palatoshize), shize primarnega in sekundarnega neba (enostranske ali obojestranske hejlognatopalatoshize) ter redke oblike shiz (horizontalne, medialne, prečne shize,...).

Prevalenca ali razširjenost shiz se razlikuje med različnimi rasami. Najvišja je med severnoameriškimi Indijanci (3,6/1000 živorojenih otrok), najnižja je med Afroameričani (0,3/1000 živorojenih otrok). V Sloveniji je povprečna prevalenca za obdobje od leta 1994 do 2009 1,77/1000 živorojenih otrok. Porazdelitev shiz po spolu je v razmerju 1:1, razlikuje pa se porazdelitev po spolu pri posameznih oblikah shiz. Pri popolnih shizah primarnega in sekundarnega neba prevladujejo moški (63%), pri izoliranih shizah sekundarnega neba pa ženske (57%). Porazdelitev glede na obliko shize pokaže največji delež izoliranih shiz sekundarnega neba (43,9%), sledijo shize primarnega in sekundarnega neba (31,8%) in nato shize primarnega neba (22,7%). Najmanj je redkih oblik shiz (1,6%).



A



B



C



D



E



F

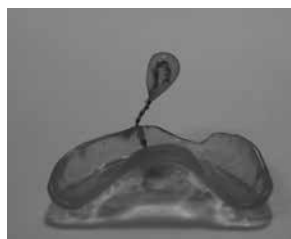
Na fotografiji a je otrok z obojestransko hejloshizo, na sliki b pa fotografija otroka z desnostransko hejloshizo. Na fotografiji c se obojestranski razcep ustnice širi še na obojestranski razcep čeljustnega grebena, trdega in mehkega neba, govorimo o obojestranski hejlognatopalatoshizi. Na fotografiji d je vidna polna desnostranska hejlognatopalatoshiza. Na fotografiji e je viden razcep mehkega neba, na fotografiji f pa je viden razcep mehkega in trdega neba v celoti.

KIRURŠKO ZDRAVLJENJE

Cilj primarnega kirurškega zdravljenja vzpostavitve funkcije s shizo prekinjenih tkiv in nato čim boljši estetski rezultat operacij.

Pred operativna čeljustno ortopedska priprava ima na naši ustanovi dolgo tradicijo in se pri nas izvaja pri otrocih, ki imajo s shizo prizadeto primarno nebo. Začne se takoj po rojstvu in traja do prve operacije, ki se izvede v starosti šest mesecev. Pred operativna priprava se razlikuje med enostranskimi in obojestranskimi razcepi primarnega neba. Na naši ustanovi uporabljamo t.i. pasivne akrilne plošče, ki jih naredimo na osnovi alginatnega odtisa zgornje čeljustnice takoj po rojstvu. Ploščica ima nalogo, da umakne jezik iz področja shize in da omogoči rast kosti predvsem čeljustnih grebenov v področju shize z namenom

zmanjšanja širine razcepa. Glede na to ali je shiza enostranska ali obojestranska naredimo enega ali dva nosna podpornika, ki sta fiksirana z žico na akrilno ploščo. Pri enostranskih oblikah s podpornikom dosežemo preoblikovanje značilno deformiranega alarnega hrustanca tako, da pri hejloplastiki otrok ne potrebuje primarne kirurške korekcije nosu. Del pred operativne priprave je tudi uporaba lepilnih trakov, s katerimi približamo asimetrično prekinjeno orbikularno mišico in omogočimo počasen pomik središčnice zgornje čeljustnice proti sredini. Pri obojestranskih oblikah je namen pred operativne priprave nekoliko drugačen, predvsem želimo podaljšati kolumelo. Akrilna plošča ima v ustih podobno funkcijo kot pri enostranskih oblikah. Dva nosna podpornika pričvrščena na akrilno ploščo imata nalogo, da s silo v smeri navzgor oblikujeta vršek nosu tako, da pomikata široko postavljene alarne hrustance v pravilnejši položaj, predvsem pa služita pri podaljševanju kolumele. Z lepilnim trakom, ki ga nalepimo preko prolabialnega dela zgornje ustnice pa ustvarjamo silo v smeri navzdol in s tem podaljšujemo kolumelo. Istočasno adhezivni trak približuje ločene segmente zgornje ustnice, s tem se zmanjšuje širina shize in posledično oblikujeta oba alarna hrustanca in nosnici. Z lepilnim trakom, ki ga nalepimo preko razcepljene zgornje ustnice ustvarjamo silo tudi v smeri proti ustni votlini, s tem pa dosežemo, da se premaksila kot predal potiska nazaj v linijo čeljustnega grebena (pri bilateralnih oblikah je premaksila ob rojstvu potisnjena v smeri naprej in je izven idealne linije čeljustnega grebena).



A



B



D



E

Slika 2. Ploščica z nosnim podpornikom za enostranske oblike (a), vstavljena ploščica z nosnim podpornikom in lepilni trakom (b), ploščica z nosnima podpornikoma za obojestranske oblike (c), vstavljena ploščica z nosnima odpornikoma in lepilnim trakom.

Protokol primarnega kirurškega zdravljenja je razviden iz tabele 1. V primeru da ima otrok razcep le v ustnici in/ali čeljustnem grebenu se operacija izvede vedno v starosti 6 mesecev. Pri popolnih enostranskih hejlognatopalatoshizah opravimo rekonstrukcijo mišic mehkega neba, t.i. veloplastiko v starosti enega leta, v starosti dveh let in pol pa operiramo trdo nebo in čeljustni greben ter naredimo t.i. gingivoperiosteoplastiko s katero želimo doseči kostno premostitev v področju razcepa čeljustnega grebena. S tem posegom se v večini primerov izognemo t.i. sekundarni osteoplastiki, ki bi jo sicer naredili pred izraščanjem stalnega podočnika. Pri popolnih obojestranskih hejlognatopalatoshizah, se je število operacij zmanjšalo iz pet na tri, včasih celo dve operaciji. Zaradi uvedbe pred operativne priprave se ustnica lahko rekonstruira v eni fazi (Manchester) v starosti šest mesecev. Zaradi pred operativne priprave praktično ne izvajamo več kirurškega podaljšanja kolumele, včasih pa združimo zaporo mehkega in trdega neba v eno operacijo. Tako imajo nekatere popolne bilateralne shize lahko po novem protokolu le dve operaciji.

Palatoplastiko pri izoliranih palatoshizah izvedemo še vedno v starosti dveh let in pol, razen, če ima otrok razcep le v mehkem nebu pa operiramo nebo po doseženem prvem letu starosti.

	0-6 mesecev	6 mesecev	12 mesecev	30 mesecev	9-11 let
Palatoshiza	Brez priprave			palatoplastika	
Hejlo (gnatoshiza) enostranska	Predoperativna priprava	Hejloplastika (Tennison Randall)			
Hejlo (gnatoshiza) obojestranska	Predoperativna priprava	Hejloplastika (Manchester)			
Hejlognatopalatoshiza enostranska	Predoperativna priprava	Hejloplastika (Tennison Randall)	veloplastika	Zapora trdega neba in gingivoperiosteoplastika	Osteoplastika če ni dovolj kosti v čeljustnem grebenu
Hejlognatopalatoshiza obojestranska	Predoperativna priprava	Hejloplastika z zaporo gnatoshize (Manchester)	veloplastika	Zapora trdega neba	Osteoplastika

Tabela 1. Časovnica primarnih operativnih posegov.

Sekundarna osteoplastika je poseg, ki se izvede pred izraščanjem podočnikov pri tistih otrocih, kjer se gnatoshiza ni kostno pregradila ali pa sploh ni bila zaprta. Poseg se naredi pred izraščanjem podočnika. V tem primeru se področje gnatoshize dogradi s spongiozno kostjo črevnične kosti. Kostna premostitev v veliki meri vpliva tudi na uspešnost ortodonskega zdravljenja, kot tudi na obliko nosnice, saj s tem posegom dosežemo boljše kostno podporo nosnemu krilu.

Za socializacijo vsakega posameznika, še posebej pa otroka s prirojeno anomalijo, je zelo pomembno, da rast in razvoj obraznega skeleta poteka tako, da v končni fazi obraz izžareva neko harmonijo, oziroma ravnovesje vseh obraznih struktur. Ne glede na to, da pri vseh otrocih s shizo izvedemo isti protokol primarnega zdravljenja, se pogosto srečamo z dejstvom, da pride do zaostanka v rasti predvsem zgornje čeljustnice. Zato pri pacientih s shizo spremljamo rast in razvoj obraznega skeleta od rojstva do zaključene rasti. Že v zgodnji fazi ortodonskega zdravljenja prepoznamo otroke, kjer bo po zaključeni rasti potrebno popraviti nepravilnosti obraznega skeleta s kirurškimi premiki. Ortognatski posegi so pri shizni populaciji še nekoliko zahtevnejši, predvsem zaradi le mehko tkivnih premostitev med posameznimi kostnimi segmenti zgornje čeljustnice in nevarnostjo številnih po operativnih komplikacij, ki so posledica prirojene anomalije.

Shizni nos je in bo zaenkrat ostal v kirurgiji shiz še ne povsem rešljiv problem. Nos je kompleksen zato, ker ni samo estetski problem, pri shizah je potrebno nos gledati širše, predvsem je potrebno ves čas rasti in razvoja obraza skrbeti, da s posameznimi posegi ne poslabšamo njegove funkcije. Po končani rasti se shizni nos dokončno popravi v estetskem in funkcionalnem smislu.

Mag. Andreja Eberlinc, dr. med. je na Medicinski fakulteti v Ljubljani diplomirala iz splošne medicine v Ljubljani leta 1993. Po opravljenem stažiranju se je leta 1994 zaposlila na KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo v Ljubljani. Specialistični izpit iz maksilofacialne kirurgije je opravila leta 2000.

V svojem strokovnem delu se posveča predvsem zdravljenju pacientov s prirojenimi obraznimi anomalijami, tumorji maksilofacialnega področja, poškodbami obraza in rekonstrukcijami, oralno patologijo in implantologijo. Poleg rednega strokovnega dela je njeno raziskovalno področje usmerjeno predvsem v prirojene razvojne anomalije obraza. Je članica slovenskega (ZMOKS) in mednarodnega združenja za maksilofacialno kirurgijo (IAOMS), AO Alumnin in Slovenskega zdravniškega društva. V ZMOKS aktivno sodeluje v organizacijskem odboru rednih strokovnih srečanj ZMOKS-a.

Skrb za ustno zdravje pri osebah s posebnimi potrebami

Po definiciji svetovne zdravstvene organizacije (WHO) je **zdravje** stanje telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali napake. Ta definicija se ni spreminjala vse od leta 1948. Po novejših spoznanjih in stališčih Svetovne zdravstvene organizacije je zdravje celovit in dinamičen sistem, ki je sposoben prilagajanja vsem vplivom okolja ter omogoča posamezniku in skupnosti opravljati vse biološke, socialne in poklicne funkcije in preprečevati bolezni, onemoglost in prezgodnjo smrt. Sodobna definicija zato opredeljuje zdravje kot splošno vrednoto in bistveni vir za produktivno in kakovostno življenje slehernega posameznika in skupnosti kot celote. Zdravje je po tej definiciji dinamično ravnovesje telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih, osebnih in socialnih prvin, ki se kaže v zmožnosti neprestanega opravljanja funkcij in prilagajanja okolju. (http://www.who.int/oral_health/en/).

Oralno zdravje prispeva pomemben delež k vseobsežnemu zdravju in dobremu počutju nasploh in nikoli ne sme biti ločeno obravnavano, saj ni splošnega zdravja brez oralnega zdravja. Preventivno ozaveščanje ljudi o zdravem načinu življenja bi moralo zmeraj vsebovati tudi skrb za nego ustne votline. Oralno zdravje pomeni veliko več kot samo zdravi zobje.

To pomeni biti brez:

1. kronične oro-facialne bolečine, ne glede na etiologijo,
2. biti brez raka v področju glave in vratu,
3. biti brez oralnih mehkotkivnih lezij,
4. roditi se brez prirojenih anomalij ustnic, čeljusti, neba (shize)
5. biti brez mnogih bolezni in napak, ki prizadenejo oralna, zobna in kraniofacialna tkiva (oz. skupen izraz kraniofacialen kompleks)

Vsa ta tkiva, katerih funkcije imamo velikokrat za samoumevne, pa predstavljajo veliko več. Omogočajo nam govoriti in se smejati, vzdihniti in se poljubiti, vohati,

okušati, dotikati se, žvečiti in požirati, vzklikniti od bolečine ali sreče in nam prek obrazne ekspresije posredovati vsa možna čustva in emocije. Prav tako predstavljajo zaščito pred mikrobnimi infekti. (*National institute of dental and craniofacial research*), <https://www.nidcr.nih.gov>, (<https://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdis-definition-of-oral-health>).

Delo v zobni ambulanti je samo po sebi zahtevno, saj vključuje tako diagnostiko in preventivo kot tudi zdravljenje bolezenskih stanj nastalih v ustni votlini na področju zob in ustne sluznice. Izjemno pomembno je tudi odkrivanje bolezenskih stanj v področju glave in vratu, odkrivanje nalezljivih in nenalezljivih bolezni ter izobraževanje ljudi o pomenu ustnega zdravja za splošno zdravje. V zobni ambulanti se slej ko prej srečamo tudi s pacienti s posebnimi potrebami.

Osebe s posebnimi potrebami so po definiciji tisti ljudje, ki odstopajo od pričakovanih značilnosti in zmožnosti, opredeljenih v določenem okolju, ter potrebujejo dodatno pozornost in skrb. Skupine oseb s posebnimi potrebami so: osebe z motnjami v duševnem razvoju, slepi in slabovidni, gluhi in naglušni, osebe z govorno-jezikovnimi motnjami, gibalno ovirane osebe, dolgotrajno bolne osebe, osebe z učnimi težavami, osebe s čustvenimi in vedenjskimi motnjami, osebe z motnjami avtističnega spektra ter nadarjene osebe. Osnovni diagnozi ali motnji je pri odraslih pogosto pridružena še ena ali več kroničnih bolezni ter posledice dolgotrajnega jemanja zdravil in procesa staranja.

Osebe s posebnimi potrebami sodijo v skupino ljudi, ki so žal še vedno diskriminirane, nezaželene in pogosto odrinjene na rob družbe. Strokovni sociološki izraz stigmatizacija označuje poseben odziv okolja na drugačnost oziroma različnost. Tako je oseba s posebnimi potrebami, kot tudi njena družina, velikokrat tarča posmeha ljudi, ki se niti ne zavedajo na kakšen način in s koliko predsodki prizadenejo osebo in njeno družino. Osebe s posebnimi potrebami lahko bolje razumemo in spoznamo, če se jim približamo in jih empatično sprejemamo. (Nemeth, 2017)

Skrb za ustno zdravje pri osebah s posebnimi potrebami, se tako kot pri normalnih osebah začne že v času nosečnosti (**prenatalna preventiva**), ko se praviloma oče in mati udeležita materinske šole. S tem se začne **primarna kolektivna preventiva**. Ključni pomen pri motivaciji staršev ima preventivna sestra, ki skuša s predavanji in demonstracijami pridobiti čim več slušateljev. Tak začetek je

ključ do uspeha. Možnosti preventive so velike, stroški tudi, vendar se obrestuje. Preventiva se mora izvajati celo življenje.

Postnatalna preventiva se začne po rojstvu, v času dojenja in traja vse do izrasti stalnih zob. Glede na način izvajanja preventive ločimo **kolektivno** (svetovanje, kontrola, beleženje uspehov, navodila ljudem, letaki, knjižnice, promocije, mediji,...) in **individualno preventivo**, katero osebno izvaja zobozdravnik, ustni higienik in medicinska sestra (zobna asistentka). K individualni preventivi sodijo serijski stomatološki pregledi, odstranjevanje zobnih oblog, topikalna aplikacija fluoridov, zalivanje fisur, preventivne preparacije, vodena prehrana, oralna higiena, klorheksidinski preparati, interceptivni ortodontski ukrepi, odpravljanje zobno-čeljustnih anomalij, svetovanje s pediatri...

Primarna preventiva (skrb) je torej postopek pri katerem res zgolj zaščitimo zob pred razvojem kariesa in boleznimi obzobnih tkiv. Pri sekundarni in terciarni preventivi pa že uporabljamo različne postopke, kot so restavrativno zdravljenje, endodontija in kirurški posegi, da preprečimo širjenje infekcij proti zobni pulpi in naprej po telesu.

Otroci s kroničnimi obolenji, prirojenimi ali pridobljenimi bolezenskimi stanji, ki sovpadajo z motnjami v normalnem telesnem ali duševnem razvoju so pogosto nazivani handicapped-moteni, ovirani. Vse faze zdravljenja osnovne bolezni bi morale vsebovati tudi ukrepe zobozdravstvene vzgoje in preventive oralnih bolezni, vendar v vsakodnevni praksi pogosto ni tako. Za paciente s posebnimi potrebami niso značilne le razvojne motnje in drugačnost, ampak so tudi z njimi povezani in prilagojeni postopki opazno različni. To pomeni za zobozdravniško ekipo zahtevo po dopolnjenem znanju in izvajanju zobozdravstvene vzgoje in preventive oralnih bolezni. Za starše oziroma skrbnike otrok s posebnimi potrebami pa tudi obsežnejše teoretično znanje in mnogo večje prizadevanje in napor za izvedbo zahtevne nege teh pacientov. Za načrtovanje zdravljenja in izvedbo preventivnih ukrepov so potrebna pogosta prilagajanja sposobnostim pacientov in za nego doma-vključevanje staršev. Poudariti je potrebno pomen ustne nege in jih poučiti kako se izvede čiščenje ust, pokazati tehniko čiščenja zob, dlesni in jezika, opozoriti na čas (kdaj, kolikokrat, in kako dolgo) čiščenja, razložiti tehniko čiščenja z električno ščetko... Razložiti je potrebno pomen in način dietetske prehrane, katero je potrebno izvajati že od rojstva naprej, če je bolezen v tem času že prisotna. Velikokrat starši otroku nudijo kariogeno hrano, pitje po steklenički (predvsem sladkih pijač) je podaljšano. Osebe s prirojenimi srčnimi okvarami,

shizami, generalizirano hipotonijo, defekti požiralnika, mišično disfunkcijo ali mentalno zaostalostjo imajo velikokrat težave z žvečenjem in požiranjem, kar podaljša čas hranjenja. Tako je kariogena, mehka, tekoča in sladka hrana zelo priročna. Hrana se zaradi dolgega prežvekovanja zadrži v ustih veliko več časa preden jo osebe dokončno požrejo. Nekatera stanja, ki zahtevajo visokokalorične diete pa privedejo do pogostega vnosa hrane v usta, kar podaljša čas, ko so zobje in obzobna tkiva obloženi s plakom. Verjetnost za nastanek kariesa in paradontalne bolezni je tako zelo povečana. Veliko prizadetih oseb ima težave z drisko ali zaprtjem, zato se priporoča sladke prigrizke (suhe slive ali suho sadje) in sladke gazirane pijače. Povečan vnos tekočine se priporoča tudi pri osebah, ki jemljejo veliko zdravil in jim zaradi tega grozi okvara ledvic. Zdravila lahko zavirajo tudi izločanje slin, kar posledično privede do nastanka kserostomije (suha usta) in z njo povezana bolezenska stanja ustne votline. Poveča se verjetnost za nastanek koreninskega kariesa, preobčutljivosti zobnih vratov, kronično vnetje ustne sluznice, poškodbe sluznice, kandidiaza, halitoza. Ta zdravila so diuretiki, antihipertenzivi, antidepresivi, antipsihotiki, antiholinergiki, kemoterapevtiki, opiat, amfetamini, barbiturati.

Hipotonije ali pareze lahko vplivajo na povečano slinjenje, povzročajo težave z žvečenjem in zmanjšajo samočiščenje zob in ustne votline. Mišične hiperfunkcije lahko privedejo do stiskanja zob-bruksizem. (spastična cerebralna paraliza, mentalna zaostalst). Pri osebah, ki so mentalno zaostale lahko vidimo hipomeneralizirane zobe, malokluzije in hipodontije (Matsson, Backman, Almer Nielsen, 2001). Osebe z avtizmom se lahko burno ali neobičajno odzovejo na nekatere vonje, zvoke, svetlobo ali dotike med zobozdravstvenim pregledom (Kodrič, 2013). Stiskanje zob, povečano slinjenje in težave pri hranjenju so pogoste težave s katerimi se srečujejo te osebe.

Sprejemanje zobozdravniške oskrbe je odvisno od stopnje mentalne prizadetosti osebe in let. Tehnika **povej-pokaži-naredi** je največkrat uporabljena v začetku obravnave mentalno zaostalih oseb. Z osebo moramo vzpostaviti očesni stik, navodila morajo biti kratka in jasna, pozorni moramo biti na telesno govorico in glasovne kretnje. Oseba se dobro počuti v prijazni, topli in domači atmosferi. Zobozdravniški tim mora biti potrpežljiv in se zavedati, da je potrpežljivost takih oseb krajša. Postopki obvladovanja bolečine, zmanjševanja strahu in težavnega vedenja, ki so učinkoviti pri otrocih s tipičnim razvojem, pri otrocih z zmanjšanimi zmožnostmi (zmanjšanimi intelektualnimi zmožnostmi, avtizmom in drugimi razvojnimi motnjami) ne delujejo nujno na enak način. Prilagoditi jih je

treba ravni otrokovega spoznavnega razvoja, komunikacijskim sposobnostim ter posebnostim in/ali drugim vedenjskim posebnostim. (Kodrič, 2013) Učinkoviti so konkretni in vizualno predstavljeni postopki zmanjševanja strahu (izpostavljanje v živo po načelih instrumentalnega pogojevanja in učenja po modelu), pri čemer morajo biti koraki napredovanja majhni, vsakemu uspešno opravljenemu koraku pa mora slediti nagrada (Rudy in Davis III, 2012). Program izvedemo v več zaporednih kratkih obiskih, ob vsakem obisku izvedemo en korak. Z osebo se vnaprej dogovorimo kaj bomo naredili.

Obstajajo številne klasifikacije, ki paciente s posebnimi potrebami dele na različne skupine. Za naše delo je najprimernejša razdelitev, ki razvršča te paciente glede na težave, ki spremljajo njihovo zobozdravniško zdravljenje. Razdelitev: 1.skupina: posledice cerebralne paralize, mišična obolenja, duševna prizadetost, epilepsija. 2. skupina: gluhi in gluhonemi, slepi in slabovidni, helignatopalatosi-ze. 3. skupina: vse stopnje lažjih psihofizičnih motenj in različne razvojne motnje.

Osebe, ki trpijo dolgo časa za kroničnimi boleznimi spadajo tudi med osebe s posebnimi potrebami. Skrb za ustno higieno je še posebej potrebna pri sledečih bolezenskih stanjih: 1. astma: povečano tveganje za nastanek kariesa, gingivitis, prisotnost trdih oblog, zobne erozije, zmanjšano izločanje sline; 2. maligna stanja v otroštvu: prisotne virusne in gljivične infekcije, mucositis, motnje v razvoju zob; 3.diabetes: gingivitis, periodontitis; 4.hipofosfatazija: predčasna izrast mlečnih zob, izguba alveolne kosti; 5. imunska pomanjkljivost: oralne ulceracije, virusne in gljivične infekcije; 6. okvara ledvic: motne v razvoju zob, trde obloge. (Dahllof, Martens, 2001)

Zdravila, ki povzročajo hipertrofijo dlesni in otežkočajo ustno higieno so: 1. bloka-torji kalcijevih kanalov (nifedipin), imunosupresivi (ciklosporin A), antikonvulzivi (fenitoin), antiepileptiki (natrijev valproat). Hipertrofija dlesni se pojavi tudi pri osebah med puberteto, otrocih s periferno cianozo in osebah, ki dihajo na usta.

ZAKLJUČEK

Staršem oz. skrbnikom je potrebno razložiti s kakšnimi zobozdravniškimi ukrepi bomo preprečili izgubo zob. Nujno jim je tudi pojasniti pomen sodelovanja s strokovnjaki drugih področij (preventivna sestra, pediater, zdravnik, logoped, ortodont, dietetik, učitelj,...). Pogosto potrebnih ukrepov zaradi pacientovih zmanjšanih sposobnosti ni mogoče izvesti. V takih primerih je načrtovano zdravljenje v

splošni anesteziji. Poseg mora biti natančno načrtovan. Mentalno zdravi-fizično moteni otroci bodo sledili napotkom in vzgledom svojih roditeljev ali vrstnikov, tako kot ostali zdravi otroci. Pri tem pomaga uporaba električnih zobnih ščetk predvsem takrat, ko otrok/odrasel ni sposoben izvajati za čiščenje potrebnih gibov. Povsem ustrezno je lahko tudi ščetkanje, ki ga fizično motenemu nudijo starši ali skrbniki. Bistveno težje pa je izvedljivo ščetkanje pri pacientih z mentalnimi motnjami, zlasti pri težjih oblikah bolezni. Pri težje motenih je že sam vstop v otrokova usta otežkočen. Pri lažje motenih pa se podobno kot pri malih otrocih, s precej napora na začetku, doseže dokaj dobro ustno higieno. Zlasti, če imajo ti pacienti vzor v starših/skrbnikih.

VIRI

1. Dahllof G., Martens L. Children with chronic health conditions-implications for oral health. Koch G. 2001; 21;421-444.
2. FDI, (<https://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdis-definition-of-oral-health>); accessed Januar 2018.
3. Kodrič J. Psihološki pristopi k zobozdravstveni oskrbi otrok, Zobozdravstveni vestnik 2013; 96-103.
4. Matsson L, Backman B, Almer Nielsen L. Dental care for the disabled child and adolescent. Koch G. 2001; 22; 445-462.
5. Nemeth L. Ambulantna obravnava odraslih s posebnimi potrebami, Zbornik predavanj 17. simpozija zobnih bolezni in endodontije, 2017.
6. NIDCR, (<https://www.nidcr.nih.gov>); accessed Januar 2018.
7. Rudy BM, Davis III TE. Interventions for specificphobia in special populations. In: Davis III TE Ollendick TH, O'st L-G, eds; Intensive one session treatment of specific phobias. New York: Springer; 2012: 177-93.
8. WHO, (<http://www.who.int/oral health/en/>); accessed Januar 2018.

Skrb za ustno zdravje pri osebah s posebnimi potrebami ***Zobozdravstvena vzgoja in preventiva***

IZVLEČEK

S skrbjo za ustno zdravje pri osebah s posebnimi potrebami hkrati sodelujemo pri njegovi rehabilitaciji in omogočimo njihovo lažje vključevanje v socialno okolje. Z zdravimi in ohranjenimi zobmi omogočimo dobro predelavo hrane, kar je pomembno za telesni razvoj, vplivamo na pravilen razvoj govora in nikakor ne smemo zanemariti estetske funkcije zob, ki oblikujejo samopodobo. Skrb za ustno zdravje je še posebno potrebna pri vseh, ki zaradi bolezni, poškodb ali prirojenih stanj ne zmorejo fine motorike in zaradi tega ne zmorejo izvajati dobre ustne higijene. Posebej pomembna je pri tistih, ki jim zaradi različnih vzrokov težko izvajamo zobozdravstvene posege ali pa je to celo nemogoče.

Ključne besede: ustno zdravje, osebe s posebnimi potrebami

Zdravje ustne votline pri osebah s posebnimi potrebami je še dodatno ogroženo zaradi dodatnih problemov, ki spremljajo osnovno bolezensko stanje:

- tremor, rigidnost,
- pogosto uživanje zdravil, zdravila, ki povzročajo izsušena usta, manj sline,
- slabša mineralizacija sklenine,
- bruksizem (škripanje z zobmi),
- bolj občutljive dlesni,
- nesposobnost žvečenja,
- drža odprtih ust, ohlapnost obraznih mišic,
- slinjenje, ruminacija (vračanje hrane v usta, ko jo je oseba že pogoltnila),

- močni refleksi na draženje ustne sluznice,
- razvade (duda, steklenička, prsti, različni predmeti),
- pogosto hranjenje z mehko, presladko, kariogeno hrano, hidracija s sladkimi napitki,
- slabše odpiranje ust, velik jezik.

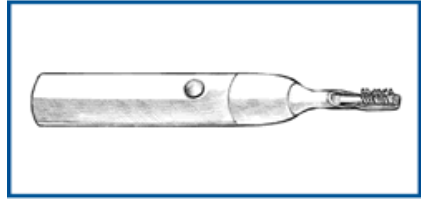
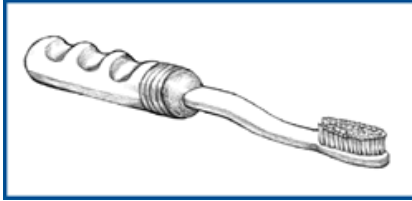
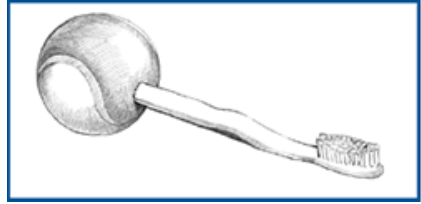
Največ kar lahko naredimo za ohranjanje zdrave ustne votline pri osebah s posebnimi potrebami je **izvajanje redne in pravilne ustne higijene**.

- Z redno in pravilno ustno higieno:
- odstranjujemo zobne obloge in preprečujemo zobno gnilobo,
- preprečimo nastajanje zobnega kamna in vnetja dlesni,
- izboljšamo in normaliziramo napetost mišic, ustnic in lic,
- zmanjšamo preobčutljivost ustne votline,
- razgrajujemo refleks bruhanja,
- zmanjšujemo refleks stiskanja čeljusti in grizenja,
- popravljamo napačno funkcijo jezika,
- pomagamo pri učenju žvečenja.

PRIPOMOČKI ZA USTNO HIGIENO

Zelo pomembno je navajanje na ustno higieno že pred izrastjo mlečnih zob.

Dlesni lahko masiramo z masažno zobno ščetko. S tem že zelo zgodaj zmanjšamo preobčutljivost ustne votline. Z masažo dlesni prispevamo k razgrajevanju refleksa bruhanja, zmanjšujemo refleks stiskanja čeljusti in grizenja. Ob izrastu prvih mlečnih zob preidemo na mehkejšo zobno ščetko. Sprva ne uporabljamo zobne paste, ker otrok ne zna izpljuniti. Sčasoma začnemo uporabljati primerno količino nedražeče zobne paste s prijetnim okusom in primerno vsebnostjo fluoridov. Pojavlja se potreba po večji izbiri zobnih ščetk, otropedskih, prilagojenih, kot so pripomočki za hranjenje. Primerne so tudi električne ščetke, ki pa so za marsikoga predrage. Privajanje na električno ščetko mora biti postopno, tako da se oseba navadi na vibracije in zvok. Z ozirom na zmožnosti navajamo tudi na uporabo zobne nitke ali medzobne ščetke. V primeru, ko je ščetkanje onemogočeno izvajamo ustno nego s gobicami ali tamponi namočenimi z ustnimi vodicami s klorhexidinom in fluoridi.



IZVAJANJE USTNE HIGIENE

Pri izvajanju ustne higiene se lahko srečujemo z naslednjimi težavami:

- nehotni gibi,
- strah pri umivanju zob, odklanjanje umivanja zob,
- bolečine,
- možnost avtoagresij in heteroagresij(udarci, ugrizi, ščipanje,..).

Za izvajanje ustne higiene je pomemben pristop, ki mora biti vedno umirjen, sproščen, da ne sprožimo krčev ali odpora. K osebi pristopimo od spredaj, da nas vidi. Če je možno bodimo ves čas med izvajanjem v očesnem kontaktu. Naša navodila naj bodo kratka, jasna in enostavna. Ustna higiena naj se izvaja vedno v enakih pogojih, najmanj dvakrat dnevno, po posebnem, vedno enakem postopku. Če je le možno naj se izvaja ustna higiena pred ogledalom. Pri osebah z nehotnimi gibi naj sodeluje še druga oseba, ki zaščiti osebo pred morebitnimi poškodbami. Pri osebah, kjer umivanje zob povzroča frustracije(avtisti, nemirni, zbegani) se trudimo, da umivanje zob vpeljujemo počasi, postopoma.

POSTOPEK ČIŠČENJA ZOB

- na zobe najprej narahlo prislonimo gladko, hrbtno stran zobne ščetke, pobozamo po zobeh in dlesni,
- nato počasi obrnemo na ščetine,

- z krožnimi gibi nežno in hkrati hitro pokrtačimo po zunanji strani zob,
- ko oseba premaga odpor in široko odpre usta početkamo še po notranji strani in griznih ploskvah ter po možnosti tudi jezik,
- dogajanje lahko spremljamo s pesmico, zabavnimi rimami, prijaznim govorom in spodbudo,
- osebe s posebnimi potrebami učimo tudi izpljuniti in sicer tako, da mu pred ogledalom večkrat pokažemo,
- bodimo pozorni na možnost aspiracije,
- v okviru možnosti uporabimo tudi zobno nitko ali medzobno ščetko.



Pomembna je tudi pravilna drža glave, ki naj bo nagnjena rahlo naprej. Spodnjo čeljust objamemo z levo roko, sredinec narahlo odpira usta s pritiskom na brado, kazalec sprošča ustnice in lica. Na ta način dosežemo, da zobna ščetka ne povzroča neprijetnih dražljajev, hkrati pa reguliramo napetost mišic ustnic in jezika.

Ustno higieno prilagodimo vrsti in stopnji prizadetosti.

Lažje prizadeti bodo prej ali slej umivali zobe pod nadzorom sami, zmerno prizadetim bosta potrebna nadzor in redna pomoč. Lahko si očisti zobe sam, vendar je potrebno čiščenje nadzorovati in dopolniti. Težje in težko prizadetim pa morajo očistiti ustno votlino odrasli.

Za ohranjanje zdrave ustne votline pri osebah s posebnimi potrebami je pomembna tudi kakovostna in zdrava prehrana. Predvsem izogibanje kariogeni, sladki prehrani in pijači. Omogočiti večkrat dnevno splakovanje ust in pitje vode.

Potreben je tudi čimprejšnji obisk pri zobozdravniku, skupaj s starši, ki zobozdravniku podajo pomembne informacije. Ker je otrodonsko zdravljenje dolgotrajno in zahtevno skušamo razvade v okviru možnosti odpraviti.

Za ohranjanje ustnega zdravja pri osebah s **posebnimi potrebami** je pomembna predvsem preventivna dejavnost, (katerih nosilci -zobozdravnik, zobna asistentka, medicinska sestra v zobozdravstveni vzgoji in preventivi, učitelji, strokovno osebje v ustanovah in predvsem starši, morajo med seboj sodelovati):

- redna in pravilna ustna higiena v domači oskrbi,
- izvajanje vsakodnevne ustne higiene v ustanovah za osebe s posebnimi potrebami,
- kakovostna prehrana,
- možnost nabave in uporabe ustreznih pripomočkov za izvajanje ustne higiene,
- zagotovljena sistematična zobozdravstvena oskrba,
- zobozdravstvena vzgoja in preventiva (predavanje za starše, individualna vzgoja, delo s skupino, demonstracija čiščenja zob, kontrola čistoče zob-Tek-movanje za čiste zobe ob zdravi prehrani, fluorizacija).

ZAKLJUČEK

Že deset let v okviru zobozdravstvene vzgoje in preventive obiskujem osebe s posebnimi potrebami v CIRIUS-u v Vipavi in VDC Ajdovščina in Vipava. To so osebe, za katere si moram vzeti več časa in potrpljenja. Vedno imam občutek, da bi lahko še več naredila. Pohvaliti moram strokovno osebje in zobozdravnico, ki vsak s svojim delom prispevajo k izboljšanju ustnega zdravja varovancev. Žalosti pa me, da so starši, obremenjeni z problemi, ki jih prinaša življenje s svojcem s posebnimi potrebami, premalo opremljeni z znanjem za izvajanje pravilne in redne ustne higiene. Zato je pomembno, da se zobozdravstvena vzgoja začne že v šoli za bodoče starše, nadaljuje v družini, vrtcu, šoli, instituciji, v katero je vključena oseba s posebnimi potrebami. Posebno potrebno je stalno izobraževanje staršev, še posebno tistih, ki prihajajo iz manj razvitih področij, slabšega socialnega okolja in pri tistih z nižjo izobrazbo. Vzgoja mora biti stalna, vztrajna in dosledna.

LITERATURA

1. Zbornik X.dnevov oralnega zdravja Slovenije, 2002, Andrej Rant, Dragica Kraljič, Ana Dagarin, str.20-22
2. Zbornik XVIII.srečanja pediatrov v Mariboru in V.srečanje medicinskih sester, 2008, Alenka Pavlič, str.167-169
3. Zbornik XVIII.srečanja pediatrov v Mariboru in V.srečanje medicinskih sester, 2008, Ivanka Limonšek, str.221-225

SLIKE

<https://www.nidcr.nih.gov/OralHealth/Topics/DevelopmentalDisabilities/ContinuingEducation.htm>

Čiščenje in razkuževanje zobozdravniškega stola in njegove okolice

Ključne besede: čiščenje in razkuževanje, zobozdravniški stol, aerosol, sklopi, varovalna oprema

IZVLEČEK

Pacienti in zaposleni v zobozdravstveni ambulanti so izpostavljeni številnim mikroorganizmom. Dosledno upoštevanje vseh higienskih ukrepov, vključno z doslednim čiščenjem in razkuževanjem zobozdravniškega stola in njegove okolice, lahko zmanjša tveganje ali prepreči možnost prenosa okužbe s pacienta na osebje, s pacienta na pacienta ter z osebja na pacienta. Čiščenje in razkuževanje zobozdravniškega stola in okolice je razdeljeno na tri sklope. Pogosto se ugotavlja, da zaposleni v zobozdravstveni ambulanti ne poznajo vrstnega reda nameščanja zaščitnih sredstev oz. osebne varovalne opreme. Naloga vsakega posameznika je stalno izobraževanje in visoka stopnja strokovne zavzetosti za izvajanja ukrepov, ki preprečujejo prenos okužb. Postopki v zdravstvu ne smejo biti in niso naključni.

Temeljna naloga medicinske sestre je preprečevanje prenosa okužb med uporabniki in izvajalci zobozdravstvenih storitev. Z nepravilnimi postopki se omogoča prenos patogenih mikroorganizmov s pacienta na osebje, s pacienta na pacienta ter z osebja na pacienta.

Osnova preprečevanja prenosa okužb je pravilna in namenska uporaba zaščitnih sredstev in dosledna higiena rok. Pogosto se ugotavlja, da zaposleni v zobozdravstveni ambulanti ne poznajo vrstnega reda nameščanja zaščitnih sredstev oz. osebne varovalne opreme. Prav tako omenjenih sredstev ne uporabljajo namenško. Problem pa predstavlja tudi doslednost pri uporabi zaščitnih sredstev v zobnih ambulantah. Slednjega so se dotaknile tudi nekatere anketne študije. Leta

2002 so bili v raziskavo vključeni slovenski zobozdravniki v povprečni starosti 48 let, rezultat je pokazal, da je 70% do 90% pripravljenost za dosledno uporabo zaščitnih sredstev (Lesničar, Žerdoner, 2003).

Priprava na poseg poteka z razkuženimi rokami. Poleg upoštevanja » pet trenutkov za higieno rok« smo pozorni na sledeč vrstni red nameščanja varovalne opreme:

1. Zaščitna maska; pred in po nameščanju moramo razkužiti roke. Maska mora prekrivati nos in usta ter dobro tesniti. Med delom se je ne dotikamo, pred vsakim posegom namestimo novo. Ne nosimo je okrog vratu ali v žepih.
2. Zaščita za oči (očala ali vizir); prekriti morajo oči spredaj in s strani.
3. Zaščitne rokavice; pred in po nameščanju ali odstranjevanju rokavic moramo razkužiti roke, menjamo jih za vsakim opravilom, če se poškodujejo jih je potrebno zamenjati takoj.

Pred kontaminacijo lasišča z aerosolom je zelo primerna uporaba zaščitnega pokrivala/kape, ki naj prekrije vse lase, če se v zobozdravstveni ambulanti zanjo odločimo, jo namestimo pred ostalo varovalno opremo (SPOBO, 2012).

Po posegu, pri katerem pride do kontaminacije delovnega mesta, vedno čistimo in razkužujemo zobozdravniški stol in njegovo neposredno okolico (Jakubovics, Greenwood, Meechan, 2014).

V vsakodnevni naglici ob velikem številu pacientov, obilici administrativnega dela, skrbi za reprocessiranje inštrumentov in pomoči pri diagnostično terapevtskih posegih je lahko čiščenje zobozdravniškega stola in njegove okolice nedosledno oz. površno izvedeno.

Opaža se, da se postopka loteva nesistematično, brez koncepta od manj umazanega k bolj umazanemu. Čist in razkužen zobozdravniški stol in okolica sta predpogoj za kakovostno in varno delo v vsaki zobozdravstveni ambulanti.

Trditve za zgoraj navedeno izhajajo iz dejstva, da se člani komisije za preverjanje in potrjevanje NPK Zobozdravstveni asistent/zobozdravstvena asistentka z omejenim nepoznavanjem pravilnega poteka čiščenja in razkuževanja zobozdravniškega stola in okolice oz. neznanjem kandidatov prepogosto srečujemo. V želji zmanjšanja oz. odprave problema, vam predstavljamo navodila za čiščenje in

razkuževanje zobozdravniškega stola, nekaj besed bomo namenili še skrbi za čiste materiale, sterilne nasadne inštrumente, točenju vode na zobozdravniškem stolu in namenski uporabi zaščitnih sredstev ob izvajanju omenjenih nalog.

Na zobozdravniškem stolu se vsakodnevno izmenja veliko ljudi. Tveganje za okužbo je odvisno od intenzivnosti in pogostosti stika glede na naravo dela ter možnosti za zaščito, dovzetnosti za okužbo in podobno (SPOBO, 2012). Premalo se zavedamo, da je v zobozdravstvenih ambulantah prisotnost velike količine aerosola tista, ki narekuje dodatne ukrepe in previdnost pri vsakodnevnem delu. Aerosol je v zraku ali plinu razpršena trdna ali tekoča snov, katere delci oz. kapljična jedra nimajo več kot 1 – 10µm premera. Aerosole ustvarjamo s kihanjem, v zobni ambulanti tudi umetno z napravami z velikim številom obratov (npr. turbine), ki so povezane z vodnimi in zračnimi cevmi. Prav tako se aerosol ustvarja z napravami, ki mehansko ali z ultrazvokom razpršijo oz. aerosolizirajo strnjene pline (Lesničar, Žerdoner, 2003; Leggat, Kedjarune, 2001). Zaščitno masko, zaščito za oči ali ščitnik za obraz uporabljamo, če obstaja nevarnost tvorbe aerosola krvi ali razpršitve telesnih tekočin (SPOBO, 2015). Prav tako moramo pravilno ravnati s površinami in materiali, ki so izpostavljeni istim aerosolom v premeru 1, 5 m od delovnega področja. Materiale in pripomočke zato pripravimo glede na načrtovan poseg le za enega pacienta, tako zagotovimo, da se za naslednje paciente materiali in pripomočki ne kontaminirajo, hkrati pa po končanem delu pri čiščenju očistimo le prazno delovno površino.

Da delo dobro opravimo, moramo vedeti kako in kdaj se lotimo čiščenja zobozdravniškega stola in kakšno razkužilo naj uporabimo. Prav tako moramo vedeti kako postopamo z nasadnimi inštrumenti ter kdaj točimo vodo iz cevi nasadnih inštrumentov.

Pri izbiri razkužil smo pozorni, da so učinkovita, vendar ne smejo uničevati materialov na površini zobozdravniškega stola. Ti navadno slabo prenašajo razkužila na osnovi alkohola, saj material izsušijo, kar povzroči razpoke oz. poškodbe bolj obremenjenih delov stola. Razkužila lahko uporabimo v obliki pene ali tekočine, s katero natopimo čistilne krpice. Prav tako so za čiščenje primerni razkužilni robčki, ki so namenjeni za čiščenje in razkuževanje občutljivih površin.

Predpogoj za temeljito očiščene površine zobozdravniškega stola in njegove okolice je popolnoma izpraznjen zobozdravniški stol in okolica. Stol in neposredno okolico lahko izpraznimo takoj, ko zobozdravnik konča z delom. Zaščitne

rokavice pred začetkom čiščenja zobozdravniškega stola odstranimo, razkužimo roke in si nadenemo nove.

Pred začetkom z razkužilom najprej napršimo pljuvalnik in pustimo da razkužilo učinkuje, medtem čistimo in razkužujemo preostale elemente zobozdravniškega stola, ki so razdeljeni v tri sklope. Za vsak sklop potrebujemo čisto krpico, ki jo po končanem sklopu zavržemo. Krpico med delom prepogibamo in obračamo, tako naštete elemente obrišemo s čisto stranjo. Paziti moramo, da je krpica dovolj natopljena z razkužilom, ter da vidno umazano krpico odvržemo oz. zamenjamo tudi preden končamo s sklopom. Zavržemo jo v modro vrečo oz. v neinfektivne odpadke iz zdravstva. Postopek čiščenja poteka sledeče:

1. Sklop; najprej očistimo rtg zaslon, nato delovno mizico – ultrazvočni odstranjevalec zobnega kamna in polimerizacijsko lučko, če sta pritrjena na stol. Nadaljujemo s kontrolnimi gumbi, nato očistimo cevi nasadnih inštrumentov, nazadnje čistimo puhalo za vodo in zrak.
2. Sklop; očistimo naslon za glavo in roke, sedeči del stola, ročaj in stikalo luči, na koncu še samo površino luči.
3. Sklop; najprej dobro očistimo in razkužimo ročaje terapevtskega stola in zobozdravniškega asistenta, sledijo kontrolni gumbi stola, nastavki za sesalec in vakuumski sesalec, podstavek za kozarec. Na koncu napršen pljuvalnik speremo s tekočo vodo ter ga po potrebi s krpico očistimo. Zaščitno mrežico iz pljuvalnika in oba filtra sesalca potopimo v razkužilo sredstvo predpisan čas, kasneje jih dobro speremo pod tekočo vodo in osušimo.

Po končanem delu je potrebno očistiti oz. razkužiti tudi posodo z razkužilnimi krpicami. Ob koncu delovnega dne z dodatno krpico očistimo predel zobozdravniškega stola oz. zaščitno folijo in nožno stikalo. Skozi sesalne cevi v predpisani koncentraciji spustimo razkužilo, namenjeno sesalnim sistemom.

Zunanje in notranje površine nasadnih instrumentov in nastavkov za čiščenje zobnega kamna se med delom kontaminirajo z bolnikovimi tekočinami, zato zgolj razkuževanje le teh ni dovolj. Strokovno pravilno je zagotoviti za vsakega pacienta sterilen nasadni instrument. Skozi inštrumente po namestitvi za nekaj trenutkov pustimo teči vodo, nato jih obrišemo z razkužilnim robčkom, s tem preprečimo, da bi ostanki olja iz nasadnih inštrumentov končali v pacientovih ustih.

Pri svojem delu se mora medicinska sestra vedno znova vprašati ali za pacienta naredi dovolj ali izvaja kakovostno zdravstveno nego (Gliha et al., 2004). Naloga vsakega posameznika je stalno izobraževanje in visoka stopnja strokovne zavzetosti za izvajanja ukrepov za preprečevanje prenosa okužb. Poleg ostalih higienskih standardov je zelo pomemben standardiziran postopek čiščenja in razkuževanja zobozdravniškega stola in okolice. Priporočljivo je, da si omenjena navodila za začetek namestimo na vidno mesto, algoritem čiščenja in razkuževanja nas bo vodil skozi izvedbo, paciente pa bo poleg dosledno očiščenega stola nagovarjal z dejstvom, da postopki v zdravstvu ne smejo biti in niso naključni.

LITERATURA

1. Gliha M, Hegler I, Lunar I, Skopec V, Higienski standardi v zobozdravstvu – pot h kakovostni zdravstveni negi. *Zobozdrav Vestn* 2004;59:53-60
2. Jakubovics N, Greenwood M, Meechan J G, General medicine and surgery for dental practitioners: part 4. Infection and infections control. *British Dental Journal* 2014;217:73-77
3. Kolegij zdravstvene nege Stomatološke klinike, Čiščenje in razkuževanje zobozdravniškega stola 2013, UKCL Stomatološka klinika - interna navodila za delo
4. Kolegij zdravstvene nege Stomatološke klinike, Čiščenje in razkuževanje zobozdravniškega stola in neposredne okolice 2017, UKCL Stomatološka klinika - interna navodila za delo
5. Leggat P A, Kedjarune U, Bacterial aerosols in the dental clinic: a review. *International Dental Journal* 2001;51:39- 44
6. Lesničar G, Žerdoner D, Aerogene in kapljične okužbe v zobozdravstvu. *Zdrav Vestn* 2003;72:447-51
7. Služba za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb - SPOBO, Ukrepi za preprečevanje okužb zdravstvenih delavcev 2012 – interna navodila UKCL
8. Služba za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb - SPOBO, Osebna varovalna oprema 2012 – interna navodila UKCL
9. Služba za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb - SPOBO, Izolacija pacienta 2015 – interna navodila UKCL

JOŽE KRIŽNAR, DR. DENT. MED.

ZOBOZDRAVSTVENA ORDINACIJA IZTOK KRIŽNAR, DR. DENT. MED., SPECIALIST
STOMATOLOŠKE PROTETIKE

Intraoralno skeniranje - tehnologija sedanjosti, izzivi za prihodnost

IZVLEČEK

Z razvojem računalništva in pojavljanjem novih inovacij, ki postajajo vedno bolj uporabne, priročne, zmogljive in tehnično dovršene, se je pri delu v zobozdravstveni ordinaciji začel uveljavljati intraoralni skener, ki nadomešča klasično odtiskovanje in registracijo griza. Njegova osnovna funkcija je, da posname stanje v ustni votlini in ga prenese v računalniški zapis.

Namen prispevka je predstaviti digitalni potek dela v zobozdravstveni ordinaciji, osnove delovanja intraoralnega skeniranja in možnosti za njegovo uporabo v vsakdanji klinični praksi. V nadaljevanju je predstavljeno, katere so prednosti in slabosti intraoralnega skeniranja v primerjavi s klasičnim odtiskovanjem. Predstavljene so spremembe, ki jih intraoralno skeniranje prinaša za pacienta, terapevta in medicinsko sestro ali zdravstvenega tehnika v zobozdravstveni ambulanti, in kaj to pomeni za nadaljnje postopke dela.

Z uvajanjem nove tehnologije v zobozdravstveno ambulanto se uporabniki pri svojem delu srečujejo z novimi izzivi – predvsem kako metodo intraoralnega skeniranja čim bolj enostavno in uporabno vpeljati v vsakodnevno klinično prakso.

Uvod

Ob prodiranju računalniške tehnologije v vsakdanje življenje je bilo samo vprašanje časa, kdaj bo digitalna tehnologija prišla tudi v zobozdravstvene ordinacije. Ob uveljavitvi postopkov CAD/CAM (Computer Assisted Design/Computer Assisted Manufacturing) v procese načrtovanja, oblikovanja in izdelave protetičnih nadomestkov se je pojavila ideja, da bi z neposrednim digitalnim prenosom

pacientovega stanja iz ordinacije v laboratorij skrajšali postopek izdelave protetičnih nadomestkov. Tako se je začelo razvijati intraoralno skeniranje.

Intraoralno skeniranje je metoda digitalnega odtiskovanja površine zobnih in obzobnih struktur neposredno v pacientovi ustni votlini in nadomešča klasično odtiskovanje in registracijo griza v zobozdravstvu (Zimmermann et al., 2015).

Začetki uveljavljanja intraoralnega skeniranja segajo v 80. leta 20. stoletja, ko sta dr. Werner Mörmann in Marco Bradestini predstavila prvi digitalni oralni skener z CAD/CAM-sistemom za restorativno zobozdravstvo (Birenbaum et al., 2009).

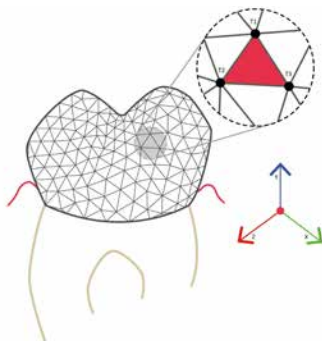
DIGITALNI POTEK DELA V ZOBOZDRAVSTVENI ORDINACIJI

Z digitalizacijo v zobozdravstveni ordinaciji se je spremenil tudi potek izdelovanja protetičnega izdelka, ki obsega tri različne faze dela, in sicer intraoralno skeniranje, virtualno modeliranje in izdelavo (Tordiglione et al., 2016). Najprej je potreben posredni ali neposredni prenos informacij o stanju v ustni votlini v digitalni delovni model. V drugi fazi zobotehnik na digitalni delovni model virtualno oblikuje protetični izdelek v programu CAD, specialno namenjenim za protetično oblikovanje. V zadnji fazi je tako oblikovan izdelek potrebno še izdelati bodisi s pomočjo nanašalnih (npr. selektivno lasersko taljenje) bodisi odnašalnih (npr. rezkanje) tehnologij, ki jih izvaja računalniško krmiljeni sistem (CAM). Tak način izdelave omogoča doseganje večje natančnosti, predvidljivosti in ponovljivosti pri izdelavi zobnoproteničnih nadomestkov, prav tako pa omogoča uporabo sodobnih materialov, kot so titan, cirkon-oksidna keramika, litij-disilikatna keramika itd. (Alghazzawi, 2016).

Postopki pred odtiskovanjem z digitalizacijo ostajajo enaki. Kljub drugačnemu načinu odtiskovanja je še vedno potrebna mehanska ali kemična retrakcija dlesni. Digitalizacija je v zobozdravstveno ordinacijo prinesla največjo spremembo pri odtiskovanju, saj odtisne žlice, odtisne materiale in vosek za registracijo griza zamenja intraoralni skener, s tem pa rokovanje z odtisi ni več potrebno. Vendar se moramo za pripravo tkiv držati načel sodobne stomatologije, kot sta dobra ustna higiena in preparacija v nivoju ali nad nivojem proste dlesni. Nadaljnji postopki ostajajo v osnovi enaki, a zanje zaradi boljšega prileganja porabimo manj časa.

DELOVANJE INTRAORALNEGA SKENERJA

Intraoralni skener je naprava, ki jo sestavljajo kamera, namenska programska oprema in računalnik. Današnji intraoralni skenerji so optični skenerji in zajemajo svetlobo bodisi s serijo slik bodisi videom objekta, ki ga skeniramo. Na podlagi zajetih podatkov nato ustrezna programska oprema rekonstruira tridimenzionalni model tako, da izbere točke interesa, jih umesti v prostor in jim določi koordinate (slika 1). Te točke med seboj tvorijo trikotne ploskve, ki skupaj tvorijo tridimenzionalno površino objekta. Tako pridobljeno tridimenzionalno geometrijo objekta je nato potrebno izvoziti ali prek medmrežja poslati v digitalnem formatu, ki ga lahko po internetni povezavi pošljemo neposredno v laboratorij. Najpogosteje je v uporabi digitalna oblika STL (Standard Tessellation Language), ki je zelo razširjena predvsem v industriji. Digitalni format STL vsebuje informacije o obliki površine predmeta, nekateri drugi formati pa zabeležijo tudi njeno barvo, teksturo, svetlobne učinke itd. (Richert et al., 2017).



SLIKA 1: REKONSTRUKCIJA TRIDIMENZIONALNEGA MODELA

UPORABA INTRAORALNEGA SKENERJA V ZOBOZDRAVSTVENI ORDINACIJI

Digitalno odtiskovanje je v zobozdravstvu primerno za skeniranje za študijske modele, nadaljnjo diagnostično modelacijo in načrtovanje zdravljenja ter arhiviranje študijskih modelov.

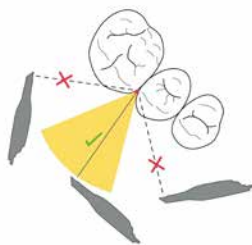
V stomatološki protetiki se uporablja za izdelavo začasne oskrbe zob z začasnimi prevlekami, zatičkov z nazidkom, inlejev, onlejev, estetskih lusk, polnih keramičnih prevlek, mostičkov ali ogrodij. Prav tako lahko to tehnologijo uporabljamo tudi pri izdelavi michinganske opornice (Dedem, Türp, 2016).

V implantologiji se digitalni intraoralni odtis uporablja pri načrtovanju oskrbe, izdelavi kirurških šablon in izdelavi same protetične nadgradnje na implantatu v kombinaciji z računalniško tomografijo s stožčastim žarkom (CBCT) (Arcuri et al., 2015).

V ortodontiji se v kombinaciji s telerentgenogramom ali CBCT-jem uporablja pri analizi nepravilnosti, načrtovanju zdravljenja, simulaciji zdravljenja, spremljanju napredka zdravljenja in njegovi prilagoditvi (Garino et al., 2014).

PRIMERJAVA INTRAORALNEGA SKENERJA IN KLASIČNEGA ODTISA

V primerjavi s klasičnim odtiskovanjem pri intraoralnem skeniranju ne potrebujemo odtisne žlice in odtisnih materialov, to pa pomeni, da natančnost ni odvisna od togosti, velikosti in oblike odtisne žlice, vrste, konsistence mešanja, delovnega časa in časa strjevanja odtisnega materiala ter dimenzijske obstojnosti samega odtisa tako med snemanjem kot tudi dezinfekcijo in časom med odtiskovanjem in izlitjem mavčnega modela. Prav tako se izognemo dimenzijskim spremembam med izlivanjem, možnim napakam in poškodovanju odtisa v primeru, da potrebujemo več delovnih modelov. Pomanjkljivost digitalnega skena v primerjavi s klasičnim odtiskovanjem je v tem, da ne izvaja pritiska na pomično sluznico, kar omogoči, da odtisnemo npr. ustni preddvor ali premične strukture, ki so pomembne pri izdelavi totalnih protez. Prav tako nima lastnosti, da bi zapolnil prazen prostor, kar klasičnim odtisnim materialom omogoči, da zlezejo in odtisnejo podvisne prostore ali subgingivalne preparacije. Pri intraoralnem skeniranju to ni mogoče, saj intraoralni skener poskenira le tisto površino, ki jo lahko zajame s sliko (slika 2).



SLIKA 2: INTRAORALNI SKENER ZAJAME LE TISTO, KAR LAHKO ZAJAME S SLIKO

Nedelcu et al. (2017) ugotavljajo, da imajo intraoralni skeni enako ali večjo natančnost in preciznost kot klasični odtisi. Prav tako ugotavljajo, da so pri odtiskovanju petih enot obojestransko od središčne linije odstopanja med obema metodama v podobnih razsežnostih, zato ugotavljajo, da se metoda intraoralnega skeniranja lahko uporablja tudi pri protetičnih nadomestkih do 10 enot, ki ne obsegajo dolgih brez zobih vrzeli.

Fizičnega transporta med zobozdravstveno ordinacijo in zobotehničnim laboratorijem po digitalnem skeniranju v primerjavi s klasičnim odtiskovanjem ni, kar pomeni hitrejši transport in možnost povezovanja z oddaljenimi zobotehničnimi laboratoriji, poleg tega ni možnosti prenosa okužb.

Za paciente digitalno skeniranje predstavlja tudi večje udobje, saj ne sproži refleksa bruhanja, za terapevta je intraoralni skener enostaven za uporabo in za skeniranje porabi manj časa v primerjavi z odtiskovanjem (Patzrlt et al., 2014). Prav tako je mogoče skenirati v več sejah in po lokalnih segmentih, kar pride prav pri delu s pacienti s posebnimi potrebami. Programska oprema terapevtu omogoča tudi takojšnjo analizo odtisa, okluzijskih stikov in paralelnosti nosilcev ter s tem možnost takojšnjih popravkov preparacij. Prednost je tudi v tem, da je mogoče sken samo delno ponoviti na majhnem področju, kar pri klasičnem odtiskovanju ni mogoče in moramo zato ponoviti celoten postopek odtiskovanja.

SPREMEMBE PRI ODTISKOVANJU Z VIDIKA DELA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV

Prav tako kot pri delu terapevta so se spremembe pojavile tudi pri delu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Tako je sedaj pred skeniranjem namesto delovnega naloga potrebno izpolniti digitalno naročilo. Med odtiskovanjem ni več potrebno mešati odtisnih materialov, zavreči njihovih ostankov in čakati, da se material strdi. V primeru slabega odtisa ni več potrebno popravljati celotnega odtisa. Ni več potrebna dezinfekcija odtisov pred pošiljanjem v laboratorij, kar onemogoči prenos infekcij. Prav tako ni potreben njihov fizični transport do zobotehničnega laboratorija.

Potrebna je redna kalibracija intraoralnega skenerja, čiščenje skenerja po uporabi in sterilizacija nastavka za skeniranje. Za čim večjo natančnost moramo poskrbeti za osušitev skeniranega območja in zaustaviti morebitne krvavitve ter

poskrbeti za primerno osvetlitev med skeniranjem, ki po raziskavi Arkaida et al. (2018) pomeni osvetlitev s 500 lux pri rumeni svetlobi s temperaturo svetlobe 3900 K.

ZAKLJUČKI

Digitalizacija je v zobozdravstveno ordinacijo vnesla nove možnosti, s katerimi lahko dosežemo želeni rezultat, ki ga tudi lažje predvidimo. Toda tehnologija intraoralnega skeniranja še ni dosegla stopnje, da bi lahko popolnoma nadomestila klasično odtiskovanje. To nas postavlja pred vprašanja, kje v vsakodnevni praksi lahko uporabimo to metodo in kako pridobiti manjkajoče informacije, ki jih s skeniranjem ne zajamemo, a so nujno potrebne za izdelavo kvalitetnega protetičnega nadomestka.

Možna rešitev za vključevanje manjkajočih podatkov je združevanje digitalnih metod, ki poleg intraoralnega skena vključujejo še dodatna diagnostična orodja, kot so tridimenzionalno rentgensko slikanje, klasična ali tridimenzionalna fotografija, digitalni obrazni lok ter digitalni posnetek premikanja spodnje čeljusti. Največji izziv prihodnosti nam predstavlja enostavna in uporabna implementacija te tehnologije v delo splošnega zobozdravnika.

LITERATURA

1. Zimmermann, M., Mehl, A., Mörmann, W. H., Reich, S., 2015. Intraoral scanning systems - a current overview. *Int J Computerized Dentistry*. 18 (2), str. 101 - 129.
2. Birnbaum, N.S., Aarsonson, H.B.Stevens, C., Cohen, B., 2009. 3D Digital Scanners: A High-Tech Approach to More Accurate Dental Impressions. *Inside Dentistry*. 5 (4), str. 70 - 74.
3. Tordiglione, L., Franco, M. D., Bosetti, G., 2016. The Prosthetic Workflow in the Digital Era. *International Journal of Dentistry*. 2016, [online]. Dostopno na: <https://www.hindawi.com/journals/ijd/2016/9823025/> [11.2.2018]
4. Alghazzawi, T. F., 2016. Advancements in CAD/CAM technology: Options for practical implementation. *Journal of Prosthodontic Research*. 60(2), str.72 - 84
5. Richert, R., Goujat, A., Venet, L., Viguie, G., Viennot, S., Robinson, P., et al., 2017. Intraoral Scanner Technologies: A Review to Make a Successful Impression. *Journal of Healthcare Engineering*, [online]. Dostopno na: <https://www.hindawi.com/journals/jhe/2017/8427595/> [11.2.2018]
6. Dedem, P., Türp, J. C., 2016. Digital Michigan splint - from intraoral scanning to plasterless manufacturing. *International Journal of Computerized Dentistry*. 19 (1), str. 63 - 76
7. Arcuri, L., Lorenzi, C., Cecchetti, F., Germano, F., Spuntarelli, M., Barlattani, A., 2016. Full digital workflow for implant-prosthetic rehabilitations: a case report. *Oral & Implantology*. 8 (4), str. 114 - 121
8. Garino, F., Garino, G. B., Castroflorio, T., 2014. The iTero intraoral scanner in Invisalign

- treatment: A two-year report. *Journal of clinical orthodontics*. 48(2), str. 98 - 106.
9. Nedelcu R., Olsson, P., Nyström, I., Rydén, J., Thor, A., 2018. Accuracy and precision of 3 intra-oral scanners and accuracy of conventional impressions: A novel in vivo analysis method. *Journal of Dentistry*. 69, 110 - 118
 10. Patzelt, S. B., Lamprinos, C., Stampf, S., Att, W., 2014. The time efficiency of intraoral scanners: an in vitro comparative study. *The Journal of the American Dental Association*. 145 (6), str. 542 - 551
 11. Arakida, T., Kanazawa, M., Iwaki, M., Suzuki, T., Minakuchi, S., 2018. Evaluating the influence of ambient light on scanning trueness, precision, and time of intra oral scanner. *Journal of Prosthodontic Research*, [online]. Dostopno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S188319581730141X?via%3Dihub> [16.z.2018]

Komunikacija v procesu zdravstvene nege

IZVLEČEK

V sodobni zdravstveni negi, ko delo medicinska sestre ni samo za bolnika ampak tudi z bolnikom, je uspešna in profesionalna komunikacija nepogrešljiv osnovni element v procesu zdravstvene nege.

Komunikacijski proces poteka po določenih zakonitostih. V njem se prepletajo osnovni elementi komunikacije kot so pošiljatelj, prejemnik, kanal, sporočilo. Kadar pride do motenj med elementi v komunikacijskem procesu, želena informacija, podatek ne doseže namena.

Nemogoče je ne komunicirati. Vsak odnos napram drugemu deluje kot določena oblika komunikacije. Poznavanje in upoštevanje moči besedne in nebesedne komunikacije nam daje smernice za uspešnejšo komunikacijo.

Teoretičarka H. Peplau v modelu "Model medsebojnih odnosov" opiše komunikacijo kot terapevtski in medosebni proces med medicinsko sestro in pacientom, v katerem se razvijata in spreminjata tako medicinska sestra kot pacient. V procesu medicinska sestra prevzema različne vloge, od učiteljice, svetovalke, v vlogi izvajalke zdravstvene nege in v vlogi osebe, ki nadomešča drugo osebo v bolnikovem življenju.

Strokovnost, zaupanje, prijaznost, spoštovanje, empatija, strokovni jezik in žargon so posebnosti in značilnosti, ki odlikujejo uspešno komunikacijo v zdravstveni negi.

V vsakdanjem življenju komunikacija med ljudmi poteka kot spontan proces kateremu ne namenjamo posebne pozornosti. Tja do tretjega leta starosti se naučimo sporazumevati, govoriti, skozi odraščanje se socializiramo, pridobivamo si znanje in izkušnje ter te tudi posredujemo naprej.

Komunikacija med ljudmi lahko poteka dobro tudi brez posebnega zavedanja vse do takrat, dokler ne pride do konflikta, nesporazuma ali motnje. Posebej narobe je, če se ta konflikt zgodi na našem delovnem mestu med medicinsko sestro in bolnikom.

Do konfliktna situacije pripelje več dejavnikov, med katerimi pa je pomembna nepravilna komunikacija.

Konfliktna situacija ne deluje dobro, tako na bolnika kot na nas. V takih trenutkih smo žalostni, jezni, prestrašeni, prizadeti tako mi kot bolnik.

Medicinske sestre smo lahko v svojem znanju in v sodelovanju pri diagnostično terapevtskih posegih še tako profesionalne, če ne znamo pravilno komunicirati, postane naše delo neuspešno, lahko pa pride tudi do napak, ki pri bolniku ne samo, da ne vodijo v zdravje, ampak celo poslabšajo njegovo zdravstveno stanje.

V zobozdravstveni negi komunikacija poteka na različnih nivojih.

Medicinska sestra pri svojem delu ni omejena samo na komunikacijo z bolnikom, ampak komunikacija poteka tudi s sodelavci tako v ožjem kot širšem timu.

Pravilna komunikacija med različnimi sodelavci je velikega pomena za uspešno delovanje ne smo zobozdravstvene nege, ampak za funkcioniranje celotne zdravstvene institucije.

Z uveljavljanjem sodobne metode dela v zdravstveni negi, katere del je zobozdravstvena nega, postaja komunikacija vse bolj aktualna in je nepogrešljiv element sodobne zdravstvene nege.

Komunikacija medicinske sestre z bolnikom je pomemben del njenega poklicnega delovanja in če je profesionalna, usmerjena za in k bolniku deluje terapevtsko na bolnika, medicinsko sestro pa dviguje v njeni tako osebni in poklicni rasti.

Vedno znova se moramo zavedati dejstva, da komunikacija ni samo spontan proces, ampak je to terapevtska spretnost, ki se jo je potrebno zavestno učiti in tudi naučiti.

OPREDELITEV KOMUNIKACIJSKEGA PROCESA

Izvor besede komunikacija – comunicare – je latinskega izvora. Pomeni pa sporočiti, deliti kaj s kom, pogovoriti se o čem, vprašati, biti v medsebojni zvezi. S

komuniciranjem izmenjujemo znanje, informacije, izkušnje, se sporazumevamo, prepričujemo in na različne načine sodelujemo med seboj.

Zato lahko rečemo, da je komuniciranje proces prenašanja informacij z medsebojnim sporazumevanjem.

Sestavni elementi komunikacijskega procesa so pošiljatelj, prejemnik, kanal in sporočilo. V proces komuniciranja sta udeležena najmanj dva udeleženca.

Izpolnjeni morajo biti določeni pogoji, da komunikacijski proces deluje!

Prvi pogoj za pravilni potek procesa je sporočilo, ki je oddano.

Drugi pogoj je, da je sporočilo preneseno, to pomeni, da na nek način potuje od oddajnika – to je tistega ki sporoča, do sprejemnika, to je tistega, ki mu je namenjeno. Sporočilo potuje po kanalu, kakor imenujemo ta komunikacijski element. Kanal je lahko naš glas, kretnja, pismo, elektronsko sporočilo.

Tretji pogoj je, da je sprejeto in razumljeno.

Četrty pogoj – pravilna komunikacija je vedno interakcija, zato je v tem sistemu vedno bistvena povratna informacija – povratna zveza – feedback.

Izpolnjeni morajo biti vsi pogoji, da informacija, podatek, doseže želeni cilj.

Komunikacija naj bi omogočala vedno natančno in hitro razumevanje med ljudmi. Vendar ta cilj ni vedno dosežen oziroma ga je zelo težko doseči, saj lahko pri vseh elementih tako pri izvoru, na poti – prenosa, pri prejemniku in na poti povratne zveze pride do napak, motenj.

NAJPOMEMBNEJŠE MOŽNE MOTNJE PRI ODDAJANJU SPOROČIL

Ko oddaja sporočilo medicinska sestra:

- lastna negotovost
- strah pred vprašanji bolnika
- podcenjevanje pomena informacij za bolnika
- napačne predstave (saj bolnik tega ne razume)
- pomanjkanja stikov
- pomanjkanje časa

Ko oddaja sporočilo bolnik:

- nezmožnosti izražanja
- strah pred avtoriteto
- napačna pričakovanja
- občutek krivde
- občutek dolžnosti
- depresivna stanja
- agresija – bolnik je jezen na ves svet

MOŽNE MOTNJE PRI SPREJEMANJU SPOROČIL**Ko sprejema sporočilo medicinska sestra:**

- raztresenost, nezainteresiranost za bolnika
- pomanjkanje časa
- vzvišen odnos do bolnika
- pomanjkljiva povratna vprašanja
- jemanje poguma s kretnjami in mimiko
- nesposobnost poslušanja, sprejemanja besednih sporočil
- nesposobnost zaznavanja nebesednih sporočil

Ko sprejema sporočilo bolnik:

- slab sluh
- močna čustva (jeza, strah, upanje, prevelika sreča)
- nezainteresiranost
- neprijetno okolje (hrup, hlad)
- neslišanje – bolnik si ne želi resnice
- nima možnosti spraševanja in razjasnitve
- strah pred spraševanjem
- nerazumevanje sporočil

USKLAJENOST BESEDNE IN NEBESEDNE KOMUNIKACIJE

Vsak odnos napram drugemu deluje kot določena oblika komunikacije. Nemogoče je nekomunicirati. Zato je prav, da poznamo moč besedne in nebesedne komunikacije. Le-te nam dajejo smernice za uspešno komunikacijo.

Tako besedna kot nebesedna komunikacija oblikujeta celoto sporočila in se praviloma dopolnjujeta. Če nista usklajeni, je informacija nejasna, njena sporočilna vrednost je majhna in nam povzroča negotovost.

BESEDNA KOMUNIKACIJA

To je najvišja oblika komuniciranja, vendar ne najbolj pomembna. Sredstva besedne (verbalne) komunikacije so besede, govorjenje. Sama po sebi učinkovito posreduje dejanske informacije, manj pa je učinkovita za posredovanje občutkov, pomenskih odtenkov.

Za uspeh prenesenega sporočila ji pripisujejo komaj 7 %.

Da besede ne ostanejo samo »etikete« za neko stvar ali pojem, poskrbijo glasovne posebnosti:

- način izgovora,
- trajanje pogovora,
- ritem,
- intonacija,
- premori, poudarki.
- šumi, smeh, jok,
- nelagodno pokašljevanje in glasovi oklevanja (hm, oh),
- glasovi stokanja ter vzkliki.

Glasovne posebnosti imajo izredno močno sporočilno vrednost. So lahko neposredna pot do diagnoze. Za uspešnost komuniciranja jim pripisujejo kar 38 %.

NEBESEDNA KOMUNIKACIJA

Nebesedna komunikacija je komunikacija brez besed, govora. Izraža se preko naših občutkov in čustev. Posameznik ima na nebesedno komunikacijo veliko manj vpliva kot na besedno. Je zelo pomembna in nepogrešljiv del našega komuniciranja z drugimi.

Pripisujejo ji ostale procente to jih je več kot polovica, kar 55 %. Lahko poteka samostojno ali pa skupaj z besedno komunikacijo.

Prof.dr. Tomorijeva poudarja, da je telo za sporazumevanje med ljudmi pomembno vsaj toliko kot besede. Za majhne otroke in motene osebe pa celo najpomembnejše.

Z zavedanjem pomena moči govorice telesa in govorice telesa drugih postane sporazumevanje med ljudmi jasnejše, stiki med njimi pa boljši. Nebesedna komunikacija se odraža preko različnih oblik.

Sporočanje z gibi telesa, držo telesa, kretnjami rok, obrazna mimika.

Obraz ima zelo močno sporočilno moč. Sporoča nam veselje, strah, paniko, žalost, grozo, gnus itd. Najintimnejši organ obraza pa so nedvomno oči. Za oči lahko rečemo, da so zrcalo naše duše. Naš pogled ima nešteto sporočilnih odtenkov. Obstaja vrsta nenapisanih pravil, kako, kdaj in koliko časa naj gledamo sogovornika v oči. Vsekakor gledamo sogovornika tudi z namenom, da ugotovimo njegovo odzivanje in da dobimo povratno sporočilo.

Komunikacija preko uporabe predmetnega okolja – to so naša obleka, predmeti, ki jih nosimo s seboj. Medicinske sestre izražamo to z našo uniformo.

Uporaba prostora kot medija za komuniciranje. Obstajajo pravila v komunikaciji glede dolžine vzdrževanja prostora. Poznamo različne prostorske dolžine od intimnega prostora, osebne, socialnega in javnega prostora.

Še posebej je občutljiv intimen prostor in lahko pomeni vdor v zasebnost pacienta v katerega pa moramo medicinske sestre zaradi narave dela velikokrat poseči.

Po drugi strani pa je pomembno, da pri uporabi prostora kot medija za komuniciranje, omogočimo zasebnost in s tem intimnost pacientu.

Prostor, kot so čakalnica, hodnik, kjer so prisotni drugi ljudje, vsekakor ni primeren za pogovor s pacientom o njegovih zdravstvenih problemih.

Komunikacija izražanja preko vonja – pomembno sporočilo. Lahko je prijetno, odbijajoče, lahko je pot do diagnoze. Naš osebni vonj je lahko moteč.

Poraba časa pri komuniciranju – pomembno sporočilo. Ali smo si vzeli dovolj časa za pacienta? Ali smo ga pustili čakati po nepotrebnem?

Ali smo mu namenili dovolj pozornosti? Smo med pogovorom s pacientom

opravljali tudi drugo delo (pogovor po telefonu, izpolnjevali kartoteko prejšnjega pacienta, odgovarjali kolegici, ki je prišla mimo ipd.).

Komunikacija z molkom – molk je mnogopomenski, lahko govorimo o poročanju z molkom. Z molkom izražamo naš odnos do drugega in stopnjo pripravljenosti za pomoč. Te stopnje so lahko izražanje ljubezni, spoštovanje, empatije, ali pa je ignoranca, jeza, zaskrbljenost, nestrinjanje.

Ljudje, ki znajo komunicirati, znajo tudi poslušati in slišati – znajo MOLČATI. Molk je neizogiben del vsake uspešne komunikacije. Znati moramo slišati tudi neizrečeno. Obvladovanje molka je izrednega pomena v komunikaciji med bolnikom in medicinsko sestro. Medicinsko sestro nenazadnje tudi poklicno zavezuje.

Komunikacija dotika – dotik ima izjemno vrednost in močno nebesedno moč pri komunikaciji. Dotik je prva človekova komunikacija po rojstvu in pogosto tudi zadnja, ko umirajočega držimo za roko. Za dotik velja, da mora biti dovoljen, dotik brez pristanka pomeni vdor v intimnost drugega. Uporabljati ga moramo profesionalno.

Rokovanje ob prvem stiku – bolniku pokažemo naklonjenost, pozornost in čas. Kadar izvajamo postopke, pri katerih je potreben telesni dotik, to bolniku obvezno pravočasno pojasnimo in s tem preprečimo nelagodje, negativno reakcijo oziroma občutek vdora v bolnikovo intimnost. Pomembno je, da smo ob takem delu resni, se ne nasmihamo ter s svojim delom pokažemo svoj strokovni pristop.

TEORETIČNI MODEL

Teoretičarka Hildegard Peplau, je velik del svojih raziskovanj namenila komunikaciji v procesu zdravstvene nege.

V svojem teoretičnem modelu H. Peplau poimenuje komunikacijo med medicinsko sestro in bolnikom kot terapevtski medosebni proces, ki s pomočjo učenja vpliva na razvoj osebnosti. Temeljni model je medosebni odnos med medicinsko sestro in bolnikom, v tem odnosu oba sodelujeta, se sporazumevata, se razvijata in se spreminjata.

Avtorica H. Peplau identificira in zagovarja šest vlog medicinske sestre pri delu z bolnikom.

1. Vloga tujca

V začetnem odnosu sta bolnik in medicinska sestra drug drugemu tujca. V tem procesu je zelo pomembna pozitivna naravnost, ki naj izhaja iz spoštovanja ljudi nasploh. Rokovanje, prijazen nasmeh dobrodošlice, predstavitev, dati vedeti pacientu, da smo si vzeli čas zanj.

Zavedati se moramo nekaj, kadar pademo na izpitu, v tej začetni vlogi zelo težko dobimo priložnosti za popravni izpit. Zato je tako pomembno kako bomo vzpostavili ta prvi stik.

2. Vloga informatorke

To vlogo medicinska sestra izpelje z veliko znanja in sposobnosti komunikacije. Potrebna je visoka raven strokovnosti.

3. Vloga učiteljice

Na področjih, kjer ugotovimo primanjkljaje znanja v zvezi z vodenjem bolezni ali skrbi za zdravje in na področjih, kjer je pacient motiviran za področja zdravja, potem skupaj z njim postavimo cilj.

4. Vloga svetovalke

Nikoli se ne odločamo namesto pacienta, ampak s pomočjo strokovnih informacij pomagamo varovancu, da se sam odloča. Tu je izredno pomembna sposobnost poslušanja in slišanja.

5. Vloga vodje in izvajalke zdravstvene nege oziroma zdravstvene vzgoje

Pomemben je demokratičen pristop, ki vključuje pacienta in upošteva njegove želje in sposobnosti.

6. Vloga, ki nadomešča ali predstavlja drugo osebo v pacientovem življenju.

Navezanost, ki je še posebej izrazita pri otrocih in starejših ljudeh.

V vseh teh vlogah je odnos dinamičen, se razvija, se spreminja in vpliva na oba udeleženca. Vloge se med seboj prepletajo. Ni nujno, na primer, da bomo takoj po vlogi tujke prevzeli vlogo informatorke. Lahko bomo še naprej v vlogi tujke in bomo tam tudi ostali, ali pa bomo že kaj hitro v vlogi učiteljice.

Spretnost komunikacije nas lahko uspešno vodi po stopnjah vlog, nespretnost pa nas lahko že na samem začetku ustavi in si v odnosu ostajamo tujci.

Zato nas avtorica H. Peplau opozarja na spretnosti, ki jih mora medicinska sestra razviti in jih upoštevati v vseh šestih vlogah:

Poslušati oziroma slišati

Poslušanje je bistveno, če hočemo doseči kakršnokoli razumevanje bolnika. Resnično poslušanje je težko, saj gre za aktiven in ne pasiven proces. Posvetiti mu moramo vso svojo pozornost in se ne smemo ukvarjati s samim seboj.

Strokovni jezik in žargon

Izbrati moramo take besede in stavke, tak jezik, da nas pacient razume. Upoštevamo starost, izkušnje, izobrazbo pacienta. Upoštevati pa moramo tudi psihofizično stanje v katerem se pacient nahaja. Če je bolnik v stresu, potrebuje več informacij o tem kaj se dogaja, saj veliko manj razume kot bi sicer.

ZNAČILNOSTI IN POSEBNOSTI TERAPEVTSKE KOMUNIKACIJE

Zaupanje - za uspešno delo v zdravstveni negi je pomembno zaupanje. Je predpogoj, da se medosebni odnos sploh razvije. Zaupali bomo tistim ljudem, ki jih spoštujemo zaradi strokovnosti, sposobnosti njihovih dejanj. Kot zaupanja vredne se v zdravstveni negi pokažemo s svojim odnosom, odgovornostjo, odprtostjo do pacientovih sporočil, čuvanjem poklicne skrivnosti.

Spoštovanje – se povezuje z zaupanjem, spoštovati pacienta pomeni sprejeti ga takega kot je z njegovimi vrednotami, stališči, z njegovimi čustvi in z mislijo, da ima pravico do lastne izbire in načrtovanja.

Zaupnost – pogovor z bolnikom mora biti zaupne narave. O bolniku se medicinska sestra sme pogovarjati le v ustanovi, kjer dela, na sestanku zobozdravstvenega tima in le kadar bi neka informacija pripomogla k izboljšanju njegovega zdravstvenega stanja. Medicinska sestra ne sme dajati informacij po telefonu ali pa nekemu drugemu pacientu, ki bi po njem spraševal.

Empatija – je intelektualna in emocionalna sposobnost, ki nam omogoča zaznavanje duševnosti drugega človeka, vživljanje v njegovo situacijo, vendar se z njim ne poistovetimo. V zdravstveni negi je empatija nujna, ta odnos se odraža

preko besednih in nebesednih sporočil, preko prepoznavanja čustev (veselje, žalost, jeza).

Medicinska sestra je v najtesnejši komunikaciji z bolnikom. Ponavadi je prva ob sprejemu in tudi zadnja, ko ob odhodu pacientu daje še zadnja navodila. Zato je prav, da obvlada različne tehnike terapevtske komunikacije.

Nedvomno nam znanje o pravilnosti komunikacije z drugimi pomaga ne samo na našem delovnem mestu ampak na splošno v življenju v našem sožitju z drugimi.

BESEDA LAHKO ZDRAVI – BESEDA LAHKO RANI NAJ BESEDA ČIMVEČKRAT ZDRAVI IN NIKOLI NE RANI

LITERATURA

1. Gorše-Muhič M. Komunikacija v zdravstveni negi. Priročnik Psihiatrične zdravstvene nege. Psihiatrična klinika Ljubljana 2000
2. Ramšak-Pajk J. Hildegard E. Peplau in model medosebnih odnosov. Obzornik Zdrav. N. 2000; 34: 27-31
3. Hoyer S. Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta. Tehniška založba Slovenije. Ljubljana, 1995.
4. Hoyer S. Komunikacija v zdravstveni negi. Zapiske predavanj Visoka šola za zdravstvo.
5. Šušteršič O. Teoretični model ZN Hildegard E. Peplau. Zapiske predavanj, Visoka šola za zdravstvo, Ljubljana 2002

DAMJANA GRUBAR, DIPL.M.S., ZD KRŠKO
LOTI HREŠČAK, DIPL.M.S., UKCL STOMATOLOŠKA KLINIKA
ANDREJA TURK, ZOBOZDRAVSTVENA ASISTENTKA, ZD NOVO MESTO

Delo medicinske sestre - zobozdravstvene asistentke v zobni ambulanti

IZVLEČEK

Delo v zobni ambulanti je specializirano in zahteva dobro razvite ročne spretnosti, doslednost in natančnost. Medicinska sestra - zobozdravstvena asistentka opravlja delo skupaj z zobozdravnikom v zobni ambulanti, kjer je izpostavljena hrupu turbin, alergenom in infekcijam. Pomembno je, da zna poskrbeti za svojo varnost in varnost pacienta. Spoštljiv odnos do pacienta, profesionalna komunikacija in medsebojno zaupanje vseh sodelujočih v procesu obravnave so temelj uspešnega zdravljenja. Zadostiti vsem tem zahtevam je vedno težje. Včasih je bilo več časa za komunikacijo tako v zdravstvenem kot v negovalnem timu. Danes sistem vsiljuje vedno več administrativnih nalog. Dokumentacija vzame preveč dragocenega časa.

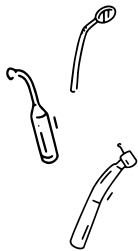
Ključne besede: medicinska sestra, zobozdravstvena asistentka, zobna ambulanta, delo.



Medicinska sestra - zobozdravstvena asistentka je strokovno usposobljena oseba, ki pozna, razume in obvlada postopke dela in naloge v zobni ambulanti. Pri svojem delu je primerno urejena z delovno obleko in se po potrebi dodatno zaščiti.

Sodelovanje v diagnostično terapevtskem posegu.

Sodeluje, asistira pri konzervativnih, preventivnih, endodontskih, kirurških, protetičnih, parodontoloških posegih in ortodontskem zdravljenju.



Pripravlja, podaja materiale in instrumente, ščiti delovno polje pri posegih v ustih, presvetljuje s polimerizacijsko lučko...

Prepozna nujna zdravstvena stanja in sodeluje pri njihovem reševanju.

Skrb za opremo in materiale.

Skrbi za ustrezno vzdrževanje aparatov, naroča zdravila in materiale ter redno preverja rok uporabe.



Zobozdravstvena administracija

Planira terapevtske postopke v dogovoru z zobozdravstvenim timom. Izpolnjuje, shranjuje in arhivira zobozdravstveno, zdravstveno in drugo dokumentacijo.

V kartoteko vpisuje po nareku stomatološki in parodontološki status. Obračunava zobozdravstvene storitve.

Pripravlja račune in predračune zobozdravstvenih storitev.



Naroča paciente v nadaljnjo obravnavo, vodi elektronski seznam čakajočih pacientov.

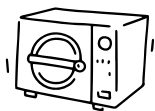
Psihična in fizična podpora pacienta.

Pacienta obravnava individualno ter celostno. Upošteva njegove fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe ter spoštuje njegovo kulturo ter osebna prepričanja



Sodelovanje z drugimi sodelavci

Komunicira v ožjem in širšem timu in pri tem upošteva profesionalno etiko, strokovno terminologijo in sodobno informacijsko tehnologijo (zobotehnik, inženir radiologije, ZZZS in drugi).



Higienski postopki v zobni ambulanti

Čisti, dezinficira in sterilizira zobozdravstvene instrumente in aparate glede na kritičnost njihove uporabe.

Čisti in dezinficira zobozdravniški stol in delovne površine.



Zbira, odstranjuje in transportira odpadne škodljive snovi v skladu s predpisi o varovanju okolja.

Zobozdravstvena vzgoja

Svetuje o skrbi za zdravje ustne votline.

Svetuje o posebnostih ustne nege po posegih v ustni votlini.

Svetuje o higieni po vstavitvi protetičnih izdelkov in ortodontskih aparatov.

Strokovno izpopolnjevanje

Se redno strokovno izobražuje na seminarjih, delavnicah, s pomočjo strokovne literature in osvojeno znanje in veščine uporablja pri vsakodnevnem delu.

Viri

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2014

DIJANA DIDAK, BACC.MED.TECHN
STRUKOVNI NASTAVNIK
ZDRAVSTVENO UČILIŠTE
ZAGREB, REPUBLIKA HRVATSKA

Obrazovanje dentalnih asistenata/ ica- aspekti, iskustva, izazovi i perspektive

SAŽETAK

Dentalno asistiranje se može definirati kao skup radnji i postupaka koje provodi dentalni asistent/ ica u svrhu ostvarivanja terapijskih ciljeva stomatološkog liječenja, prepoznavanja potreba pacijenata, učinkovite organizacije i osiguravanje kvalitete rada prema pravilima medicinske profesije. To uključuje dobru educiranost dentalnog asistenta/ ice u terapijske postupke iz svih specijalističkih područja stomatologije, savladavanje tehnika asistiranja prema vrsti zahvata, znanja iz područja zdravstvene njege, komunikacije i specifičnosti organizacije rada u stomatološkoj ordinaciji.

Na tom tragu 2011. g. počinju se događati promjene u strukovnom obrazovanju Republike Hrvatske.

U ordinacijama dentalne medicine do tog trenutka na poslovima dentalnog asistenta/ ice rade medicinske sestre i nerijetko pručeni kadar različitih zanimanja koji nema nikakvog znanja vezanog uz medicinsku struku.

Komora dentalne medicine i ekspertna skupina pokreću izradu nastavnog plana i programa za obrazovanje dentalnih asistenata/ ica i ugrađuju njihov status u zakonsku legislativu, kojom u ordinacijama dentalne medicine u timu rade doktor dentalne medicine i dentalni asistent/ ica.

Nastale promjene pokreću lavinu otpora od strane medicinskih sestara/ tehničara koji se u tom trenutku nalaze na poslovima dentalnih asistenata/ ica.

Otpor je usmjeren u dokazivanje manjkavog znanja budućih asistenata u segmentu medicinskih znanja i traženje zaštite od strane strukovne Komore medicinskih sestara u cilju zadržavanja radnog mjesta.

Komora medicinskih sestara u dogovoru s Komorom dentalne medicine u tom trenutku donosi kompromisni dogovor i medicinskim sestrama koje rade na poslovima dentalnog asistenta najmanje tri godine omogućava dobivanje dozvole za rad bez dodatnog usavršavanja. Za one koji ne zadovoljavaju te kriterije (ne medicinska zanimanja ili radni staž u dentalnoj medicini kraći od tri godine) nužno je usavršavnje u dentalnom asistiranju koje provode privatna učilišta za prekvalifikaciju odraslih.

Prvi dentalni asistenti promovirani su 2015. g. Od tog trenutka događaju se promjene u percepciji struke prema ovom novom specijaliziranom kadru, kakav je dentalni asistent/ ica. Dentalni asistent/ ica ima specifična znanja iz područja dentalne medicine, poznavanja instrumentarija i terapijskih protokola svih specijalističkih područja dentalne medicine.

Uz ta znanja, dentalni asistent/ ica poznaje morfologiju zubi i anatomiju stomatognatnog sustava, posjeduje znanja iz područja hitnih intervencija u ordinaciji dentalne medicine, poznaje nove tehnike i educiran je izvršiti venepunkciju i primjeniti parenteralnu terapiju.

Kao rezultat te kvalitete imamo potražnju za dentalnim asistentima/ icama i prije nego što dobiju svjedodžbu o završenom školovanju, studij dentalne higijene kao nadogradnju i mogućnost daljnjeg profesionalnog napredovanja.

Ključne riječi: dentalni asistent/ ica, strukovno obrazovanje, znanje, kvaliteta

NASTAVNI PLAN I PROGRAM U SMJERU DENTALNIH ASISTENATA/ ICA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Obrazovanje traje četiri godine. U prve dvije godine osim općeobrazovnih predmeta učenici savladavaju i strukovne predmete: zdravstvenu njegu i komunikacijske vještine, latinski u medicini, anatomiju i fiziologiju, dentalnu opremu i materijale, dentalno asistiranje, uvod u dentalnu medicinu, dentalnu morfologiju i gnatologiju, administraciju u dentalnoj medicini.

U trećoj godini već postojećim stručnim predmetima pridružuju se novi: hitna medicinska stanja, organizacija rada, dentalni računalni program i prevencija u dentalnoj medicini.

U četvrtom razredu učenici slušaju predmete: kvalitetu u dentalnoj medicini, te

osnove radiologije u dentalnoj medicini.

Vidljivo je da su obuhvaćena sva područja koja uključuju aspekte rada dentalnog asistenta/ ice i u usporedbi sa nastavnim planom i programom medicinskih škola omogućavaju specifično usavršavanje u području dentalne medicine.

Nakon završenog obrazovanja obavezno je stažiranje u trajanju od godine dana prema zadanom programu koji obuhvaća sva specijalistička područja, nakon čega slijedi polaganje stručnog ispita u Ministarstvu zdravlja. Položenim stručnim ispitom dentalni asistent dobiva dozvolu za rad i ima obavezu učlaniti se u Komoru dentalne medicine – sekciju dentalnih asistenata.

MEDICINSKA SESTRA/ TEHNIČAR VS DENTALNI ASISTENT/ ICA

Neosporna je zasluga medicinskih sestara koje su dale ogroman obol dentalnoj medicini i sustavno podizale kvalitetu struke općenito. Ono što sestre u dentalnoj medicini ističu kao svoju prednost su opće medicinska znanja i kompetencije koje imaju. Sva ostala znanja koja se tiču poznavanja morfologije, evidentiranja dentalnog statusa, instrumentarija, materijala i protoklola liječenja u okviru raznih specijalističkih područja dentalne medicine, sestre su stjecale uz rad.

Nasuprot tome, dentalni asistent posjeduje ta znanja i prepoznanje instrumente, zna njihovu namjenu i protokole u kojima se koriste. Isto tako ima znanja o primjeni anti šok terapije, otvaranju venskog puta i naprednom održavanju života. Poznaje protokole osiguravanja aseptičkog rada, priprema instrumente za provođenje sterilizacijskog postupka i koristi stručnu terminologiju. Ima znanja koja primjenjuje u radu.

VLASTITA ISKUSTVA – DVOSTRUKA PERSPEKTIVA

Iz perspektive medicinske sestre u dentalnoj medicini promjena naziva u dentalnu asistenticu nje bila opcija. Argumenti protiv odnosili su se na razinu i opseg kompetencija u odnosu na predviđene kompetencije dentalnog asistenta/ice, kao i nejasne koeficijente platnih razreda.

Ono što nismo smatrali argumentom odnosilo se na specifična znanja iz područja dentalne medicine koja smo mi usvojili kroz rad, često površno i bez dovoljno produbljanja, a koja bi naši „konkurenti“ - dentalni asistenti trebali sistematično i ciljano usvajati.

Upravo se u toj činjenici nalazi ključna razlika. Naime, moje znanje pri ulasku u dentalnu medicinu podrazumijevalo je samo znanja o anatomiji usne šupljine, zubne alveole i broja zubi u trajnoj denticiji, za razliku od dentalnog asistenta/ ica koji uz ta znanja posjeduje i ona o morfologiji svakog zuba, materijalima i opremi, instrumentima prema specijalističkim područjima i terapijskim protokolima.

Možda bi bilo manje otpora i povrijeđenih profesionalnih ega da je u promjeni naziva zanimanja dodan prefiks: dentalna/ stomatološka sestra, što bi potvrdilo njen doprinos struci i standardima koje danas imamo u ordinacijama dentalne medicine. Prvenstveno one koji se odnose na primjenu principa zdravstvene nege i visoke standarde aseptičkog rada.

Promjene su rezultirale spoznajama o različitim manjkavostima u stručnom znanju, jer učenje za rad uz rad je ovisilo o vrsti zahvata koji se najčešće rade u nekoj ordinaciji, kao i znanju onih koji su nas obučavali.

PERSPEKTIVE DENTALNOG ASISTENTA/ ICE

Afirmacija dentalnog asistenta/ ica dolazi najbolje do izražaja u činjenici da je uvršten u sistematizaciju radnih mjesta Stomatološkog fakulteta i da se trenutno nalazi na listi najpoželjnijih i najperspektivnijih zanimanja.

Kao mogućnost napredovanja i kontinuirane edukacije otvoren je studij dentalne higijene u trajanju od tri godine.

Ono što se vidi kao mogućnost dodatne nadogradnje je menadžment, obzirom da dentalni asistenti/ ica u okviru svog obrazovanja slušaju predmete koji se bave organizacijom rada i kvalitetom u dentalnoj medicini.

Razvoj tehnologije postavlja nove izazove, ali pruža i nove mogućnosti budućim generacijama dentalnih asistenata kroz razne oblike subspecijalizacija.

Rizični pacienti v zobozdravstveni ordinaciji

IZVLEČEK

Rizični pacienti so tako rekoč vsakodnevno prisotni v zobozdravstveni ordinaciji. V prihodnosti se bo njihovo število povečevalo. Mednje spadajo sladkorni bolniki, nosečnice, hematološki bolniki, bolniki s kronično nalezljivo boleznijo, bolniki s srčno-žilnimi boleznimi... Zelo je pomembno, da smo o rizičnih pacientih in delu z njimi ustrezno poučeni. Prvi korak je natančna anamneza pacienta. Poučiti jih moramo o pozitivnih učinkih pravilnega načina izvajanja ustne higiene ter pomembnosti rednih pregledov v zobozdravstveni ordinaciji. Na ta način preprečimo veliko zapletov, ki nastanejo kot posledica slabe ustne higiene v povezavi z zdravstvenim stanjem, ki ga posamezni pacient ima.

Ključne besede: ustna higiena, parodontalna bolezen, zobne obloge

Uvod

Rizični pacienti, so pacienti, ki so zaradi svojega zdravstvenega stanja lahko pri stomatoloških posegih ogroženo oziroma lahko predstavljajo nevarnost za zdravstveno osebje.

Pričakovana življenjska doba prebivalstva se povečuje. Razlogi za to so nedvomno napredek medicine, s katero se obvladuje mnoge bolezni ter izboljššan življenjski standard. Obenem pa sodobni način življenja s premajhno telesno aktivnostjo in neprimernim načinom prehranjevanja vodi do različnih kroničnih in drugih bolezni. Poleg tega zaradi staranja populacije je posledično večje število pacientov, ki spadajo v rizične skupine.

Rizične paciente v zobozdravstveni ordinaciji lahko razdelimo v več skupin. Skupina pacientov s srčno-žilnimi boleznimi, sladkorno boleznijo, kroničnimi nalezljivimi boleznimi (pri katerih je potrebna previdnost, da ne pride do prenosa

virusne okužbe na zobozdravstveno osebje), hematološki bolniki, odvisniki od prepovedanih substanc, alkoholiki, nosečnice, otroci in mladostniki, osebe s posebnimi potrebami, starostniki, onkološki bolniki ter osebe s slabšim socialno-ekonomskim statusom.

Ustrezna ustna higiena je zelo pomembna za vzdrževanje zdrave ustne votline pri vseh pacientih, predvsem je pomembna pri pacientih, ki spadajo v zgoraj naštetih rizične skupine. To skupino pacientov je zato potrebno dodatno opozoriti na pomen ustne higiene ter podučiti o pravilnem načinu izvajanja in vzdrževanja ustne higiene. S tem lahko dodatno vplivamo na splošno zdravje pacienta.

V prispevku omenjam najpogostejše bolezni s katerimi se dnevno srečujemo v stomatološki ordinaciji ter na obravnavo pacientov z omenjenimi težavami z vidika ustne higiene s katero, lahko preprečimo zaplete, ki lahko nastanejo v povezavi s pacientovo težavo/ali boleznijo/ali stanjem.

OPREDELITEV RIZIČNIH PACIENTOV

Med najpogostejše kronično nalezljive bolezni spadajo: AIDS (okuženi z virusom HIV), hepatitis (A, B in C, ki so najbolj pogosti) in sifilis.

Najpogostejše srčno-žilne bolezni uvrščamo hipertenzijo, aritmijo, infektivni endokarditis.

Hematološki bolniki: anemije, motnje strjevanja krvi in pacienti na antikoagulantni terapiji.

Ostale skupine: nosečnice, otroci in mladostniki, starostniki, onkološki bolniki, osebe s posebnimi potrebami, odvisniki od prepovedanih drog, alkoholiki ter osebe s slabšim socialno-ekonomskim statusom.

Potrebno je skrbeti za redno obnavljanje podatkov o pacientovem zdravju, ki jih pridobimo z anketnim vprašalnikom, ki ga izpolni pacient. Pridobljeni podatki iz vprašalnika nam podajo pomembne informacije o pacientovem zdravju in zaradi katerih lahko v zobozdravstveni ambulanti prilagodimo delo in način dela tako, da zaščitimo pacienta in zdravstveno osebje (predvsem v primeru kroničnih virusnih nalezljivih bolezni).

Pri vseh skupinah rizičnih pacientov mora biti poglaviti cilj preprečitev nastanka

zobne gnilobe – kariesa in vnetja obzobnih tkiv – parodontalne bolezni, ki jih je Svetovna zdravstvena organizacija prav tako uvrstila med glavne skupine kroničnih bolezni. Slabo ustno higieno pa je označila kot samostojni dejavnik tveganja (Rode., 2010).

PARODONTALNA BOLEZEN IN UKREPI

Parodontalna bolezen je ena najpogostejših okužb pri odraslih in nastane kot posledica naganja in razmnoževanja bakterij na površini zoba. Začne se predvsem kot gingivitis oz. vnetje dlesni (ki je lahko reverzibilno) in šele po določenem času napreduje v razgradnjo pozobnice, čeljustne kosti in cementa (parodontitis). Parodontitis z nastankom globokih obzobnih žepov, umikom dlesni, majavostjo zob se ponavadi kaže med 40. in 50. letom starosti (Skalerič in Kovač – Kavčič, 1989).

V subgingivalnem predelu, ki je vlažno in anaerobno okolje bogato s hranili je dokazana prisotnost več kot 500 vrst bakterij v subgingivalnem plaku, ki tvorijo kompleksno ekološko nišo (Paster in sod., 2001). Povečana količina patogenih bakterij v subgingivalnem biofilmu ter oslavljen imunski odziv gostitelja uničita razmerje med škodljivimi učinki bakterij in obrambnimi spodobnostmi organizma, kar vodi v razgradnjo obzobnih tkiv (Curtis in sod., 2005; Schenkein, 2006).

Pri preprečevanju in ugotavljanju parodontalne bolezni se priporoča obisk zobozdravnika oziroma ustnega higienika 1-2 krat letno. Pri tem se med drugim ugotavlja tudi zdravje mehkih obzobnih tkiv.

Rizične paciente pogosteje naročamo na preventivne oziroma terapevtske preglede, katerih cilj je zgodnje odkrivanje, zdravljenje, vzdrževanje (da ne pride do poslabšanja) ter preprečevanje nastanka parodontalne bolezni.

K preprečevanju in odkrivanju sodijo kontrolni pregledi z inspekcijo in sondiranjem obzobnih žepov (sulkus).

Pod zdravljenje in vzdrževanje uvrščamo ultrazvočno odstranjevanje trdih in mehkih zobnih oblog, ščetkanje in nanos fluoridov iz profesionalnih zobnih krem ter luščenje in glajenje korenin ob napredovani parodontalni bolezni (ob meritvi sulkusa globina sondiranja > 3-4 mm).

Vsi zgoraj omenjeni postopki ne dosežejo zelenega rezultata, če pacient v

domačem okolju ne sledi navodilom terapevta o načinih čiščenja zob in medzobnih prostorov.

Za način uporabe zobnih ščetk je bilo v zgodovini zobozdravstva omenjenih in uporabljenih več tehnik čiščenja zob. Pogosto se uporablja Stillmanova tehnika (od leta 1932, vertikalno čiščenje), najpogosteje in obenem najučinkovitejša tehnika je Bassova (od leta 1948 – kroženje pod kotom 90° glede na zob).

V organizaciji iTOP (individualni trening oralne profilakse) so ustvarili modificirano Bassovo tehniko, ki ob kroženju usmerja ščetkine ščetine s kotom med 30°- 45° glede na zob v sulkus.

Na ta način očistimo notranjo (oralno), zunanjo (vestibularno) in gornjo (okluzalno) ploskev zoba in s tem ne očistimo celotne površine zoba v zobnem nizu. Zato je potrebno uporabiti še dve dodatni metodi čiščenja, ki sta nitkanje in uporaba medzobne ščetke.

Najpogosteje se uporablja nitka iz teflona s katero objamemo prednjo in zadnjo (aproksimalno) površino zoba in z potegi od vratu zoba proti gornji površini zoba odstranjujemo mehke zobne obloge.

Učinkovitejša metoda kot nitkanje je uporaba medzobnih ščetk, katere zaradi ščetin bolje odstranjujejo mehke zobne obloge iz medzobnih prostorov. Način uporabe medzobne ščetke je preprost. Potrebno je izbrati odgovarjajočo velikost medzobne ščetke glede na širino medzobnega prostora. Z medzobno ščetko lahko dostopamo z zunanje (vestibularne) ali notranje (oralne) strani. Pri tem v medzobni prostor vstopamo horizontalno pod kotom 90° glede na zunanjo oz. notranjo površino zoba. Vsak medzobni prostor je potrebno 1-2 krat očistiti z medzobno ščetko, da dosežemo optimalno očiščenje.

ZAKLJUČEK

Vsi pripomočki in tehnike, ki jih pacient (rizični) uporablja so brez ustreznega motiviranja in nadzora s strani zobozdravstvene ordinacije velikokrat nezadostni. Pacienta je potrebno poučiti o koristih in prednostih, ki jih s pravilno ustno higieno in obiski pri zobozdravniku oz. ustnemu higieniku lahko uživa. Poleg koristi in prednosti, je nujna tudi predstavitev negativnih učinkov nezadostne ustne higiene in izpuščanja pregledov, ki lahko privedejo do nastanka vnetja mehkih obzobnih tkiv – parodontalne bolezni, zobne gnilobe - kariesa in v skrajnem primeru izgube zob.

Pri rizičnih pacientih je skrb za ustrezno ustno higieno in redno obiskovanje pregledov še bolj pomembno, ker je zaradi njihovega zdravstvenega stanja še bolj pomembno spremljati in ohranjati zdravo ustno votlino.

VIRI

1. Curtis MA., Slaney JM., Aduse-Opoku J. Critical pathways in microbial virulence. *J Clin Periodontol* 2005; 32(Suppl 6): 28–38.
2. Paster BJ., Boches SK., Galvin JL. in sod. Bacterial diversity in human subgingival plaque. *J Bacteriol* 2001; 183: 3770–83.
3. Rode M. Eurobarometer in ustno zdravje. Glasilo zdravniške zbornice Slovenije. *Strokovna revija ISIS* 2010; 11: 18.
4. Skalerič U., Kovač - Kavčič M. Periodontal treatment needs in a population of Ljubljana, Yugoslavia. *Community Dental Oral Epidemiol* 1989; 17: 304–6.

Kakovost sterilizacije v zobozdravstvu

*Predstavitev rezultatov raziskave v zobozdravstvenih
ambulantah – primerjava v letih 2015 - 2018*

IZVLEČEK

V prispevku bomo predstavili rezultate raziskave, ki jo v Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji izvajamo že tretje leto. Pravi postopki reprocesiranja instrumentarija in pripomočkov so ključni pri preprečevanju prenosa okužbe. Pomanjkljivo zanje s tega področja lahko vodi v nehote in nevede storjeno strokovno napako. Rezultati raziskave, ki je bila opravljena v slovenskih zobozdravstvenih ambulantah (ZA) kažejo, da se medicinske sestre zavedajo pomembnosti sterilizacije.

Ključne besede: sterilizacija, prenos okužbe, zobozdravstvena ambulanta, instrumentarij, medicinski pripomočki, pripomočki za enkratno uporabo.

1. UVOD

Znanje s področja sterilizacije je kompleksno, večšine, ki jih mora pri vsakodnevem delu reprocesiranja instrumentarija in medicinskih pripomočkov (MP) obvladovati medicinska sestra pa obsežne. V zobozdravstvenih ambulantah je temeljna naloga medicinske sestre priprava prostora in pripomočkov za delo, asistiranje pri zobozdravstvenih posegih in delo s pacienti. Hkratno pa morajo izvajati še reprocesiranje instrumentarija in MP. Tem medicinskim sestram se zagotavlja izobraževanje s področja zobozdravstvene zdravstvene nege, manj ali redko pa s področja reprocesiranja instrumentarija in MP. Področje zobozdravstva je področje, kjer prenos infekta lahko vodi v hude posledice za pacienta, zlasti na področju oralne kirurgije. Cilj raziskave je bilo ugotoviti poznavanje posameznih faz sterilizacije pri medicinskih sestrah v zobozdravstvenih ambulantah, način izvajanja posameznih faz sterilizacije in njihov način pridobivanja znanja s področja sterilizacije ter narediti primerjavo z rezultati preteklih dveh

let. Za raziskavo smo uporabili deskriptivno-empirično metodo anketnega vprašalnika. Uporabili smo nenaključni, namenski vzorec. Naša ciljna skupina so medicinske sestre zaposlene v zobozdravstvenih ambulantah, tako v javnem kot zasebnem sektorju.

V nadaljevanju z nazivom medicinska sestra zajemamo tudi zdravstvenike.

2. TEORETIČNA IZHODIŠČA

2.1. NEVARNOST PRENOSA OKUŽBE

Mikroorganizmi in organski zaostanki, ki so prostemu očesu nevidni, predstavljajo nevarnost prenosa okužbe. Zmotno je prepričanje, da se zaostanek nečistoče sterilizira in nevarnosti prenosa ni. Zagotavljanje sterilnega instrumentarija in MP zahteva vestne in natančne medicinske sestre ter definirane procese, ki so stalno spremljani. Reprocesiranje instrumentarija ni opazen člen zobozdravstva, predstavlja pa temelj kvalitetnega in uspešnega zdravljenja. Postopki sterilizacije morajo biti opravljeni natančno in temeljito. Vsi postopki morajo biti ustrezno dokumentirani. Instrumentarij mora biti pakiran tako, da zadošča za poseg pri enem pacientu in ni več dopustno, da se enaki ali podobni instrumenti in MP pakirajo skupaj, ker se s tem prihrani na ovojnini in času medicinske sester. Vesna Preksavec (2010) meni, da se morajo zobozdravniki in zobne asistentke zavedati vloge pri preprečevanju križnih okužb in možnosti povzročitve škode za zdravje posameznika zaradi malomarnosti. »Po invazivnem zobozdravniškem posegu lahko kljub upoštevanju vseh predpisanih higienskih postopkov za preprečevanje okužb že mikroorganizmi normalne ustne flore pod določenimi pogoji povzročijo nastanek okužbe v drugih delih telesa« (Preksavec, 2010). »V primeru ovadbe na podlagi suma okužbe med zobozdravniškim posegom moramo dokazati, da smo delali strokovno in v skladu z veljavnimi predpisi za preprečevanje okužb. V marsikateri slovenski zobozdravstveni ordinaciji bi težko dokazali, da smo pri pacientu res uporabili sterilne inštrumente, ker se sledljivosti sterilnih inštrumentov v zobozdravstvu še ne posveča pozornosti. Uvedba sledljivosti sterilnih zobozdravniških inštrumentov predstavlja velik izziv za zobozdravstvo. V današnjem času je pomembno, da lahko sledimo inštrumentu med dekontaminacijo in med uporabo pri različnih pacientih« (Preksavec, 2010). V zobozdravstvu je prenos okužb možen na več načinov:

- stik instrumentarija in MP s krvjo, slino in izločki dihal,
- slabo očiščen ali neočiščen, dezinficiran in steriliziran instrument in MP,

- aerosoli, ki se sproščajo pri posegih.

Vsi MP, ki se ne sterilizirajo, morajo biti mehanično očiščeni in dezinficirani po veljavnem postopku.

2.2. SPAULDINGOVA SHEMA

Kaj se sterilizira in za kaj je ustrezna samo dezinfekcija je opisano v Spauldigovi shemi:

1. Nekritični predmeti - majhno tveganje: predmeti prihajajo v stik z zdravo, nepoškodovano kožo in okoljem, ki ni v stiku s pacientom. Zadostuje razkuževanje.
2. Delno kritični predmeti - zmerno tveganje: predmeti, ki prihajajo v stik s sluznico ali poškodovano kožo in okoljem, v katerem so oprema in površine onesnažene s patogenimi mikroorganizmi. Zadostuje visoko učinkovito razkuževanje.
3. Kritični predmeti - veliko tveganje: to so predmeti, ki posegajo v sterilna tkiva in sterilne telesne votline ter krvožilni sistem. Potrebna je sterilizacija.

3. PREDSTAVITEV REZULTATOV

Kot raziskovalni instrument smo uporabili spletni anketni vprašalnik, ki je vseboval večinoma zaprti tip vprašanj z možnostjo dopisa tistih elementov, ki v vprašalniku niso predvidena. Vprašalnik je sestavljen iz treh sklopov. V uvodnem delu vprašalnika je opredeljen namen raziskave. Prvi sklop je sestavljen iz vprašanj, kako poteka proces sterilizacije v zobozdravstvenih ambulantah. V drugem sklopu smo z vprašanji o dosedanjem izobraževanju s področja sterilizaciji poskušali ugotoviti, kako se medicinske sester pridobivale znanje s tega področja. V tretjem, zadnjem sklopu pa smo medicinske sestre vprašali ali si s tega področja želijo dodatna znanja in izobraževanje. Prvo anketiranje je potekalo januarja 2016, drugo anketiranje je potekalo januarja in februarja 2017, tretje januarja in februarja 2018.



Na anketni vprašalnik je odgovorilo 74 ZA, v letu 2017, 32 ZA in v letu 2016, 11 ZA.

GRAF 1: ŠTEVILO SODELUJOČIH ZA

Vir: Lastni vir (2018).

Tabela 1: Primerjava rezultatov ankete 2016 - 2018

	2016	2017	2018
Koliko pacientov imate povprečno na dan v vaši zobozdravstveni ambulanti?	21	15	22
Ali izvajate proces sterilizacije v ambulanti ali v Centralni sterilizaciji?			
a) v ambulanti	81,8 %	87,9%	86,5%
b) v Centralni sterilizaciji	18,2 %	12,1%	13,5%
Kdaj izvajate proces sterilizacije (v ambulanti)?			
a) med ordinacijskim časom	40 %	25%	17,5%
b) po končanem ordiniranju	60 %	75%	81%
c) pred začetkom ordiniranja	/	/	1,5%
Ali zavijate vsak instrument posamezno?			
a) DA	45 %	66,7%	54,1%
b) NE	50 %	15,2%	13,5%
c) Včasih	5 %	9,1%	21,6%
d) Drugo	/	9,1%	10,8%
Ali uporabljate instrumente za enkratno uporabo?			
a) DA	54,5 %	42,4%	67,6%
b) NE	45,5 %	57,6%	32,4%
Ali instrumente za enkratno uporabo kdaj ponovno sterilizirate?			
a) NE	30 %	88,9%	84,5%
b) Včasih	40 %	/	7,75%
c) DA	30 %	11,1%	7,75%
Kako pogosto za čiščenje uporabljate ultrazvočni čistilec?			
a) Redno	/	27,3%	28,6%
b) Občasno	18,2 %	13,6%	12,7%
c) Zelo redko	9,1 %	18,2%	6,3%
d) Nimamo ultrazvočnega čistilca	72,7 %	40,2%	52,4%

	2016	2017	2018
Kdo vas je uvedel v proces sterilizacije?			
a) Predhodnica/predhodnik	54,5 %	81,5%	81,5%
b) Bil/a sem na praktičnem usposabljanju v bolnišnici	/	7,4%	7,4%
c) Udeležil/a sem se strokovnega srečanja s področja sterilizacije	45,5 %	0,37%	0,37%
d) Zastopnik za prodajo razkužil in/ali sterilizatorjev	/	10,73%	10,73%
Ali imate zunanjega izvajalca sterilizacije (bolnišnica, zdravstveni dom)?			
a) DA	63,6 %	18,2%	11%
b) NE	36,4 %	81,8%	89%
Če je vaš odgovor pritrdilen, obkrožite, do katere faze reprocessiranja opravite sami.			
a) Mehanično čiščenje in dezinfekcija	99%	100%	92,3%*
b) UZ in dezinfekcija	/	/	30,8%*
c) Zavijanje materiala za sterilizacijo	1%	/	38,5%*
Ali ste od zunanjega izvajalca sterilizacije pridobili poročilo o procesu sterilizacije?			
a) DA		26,7%	40%
b) NE	100%	73,3%	60%
Menite, da dovolj dobro poznate proces sterilizacije?			
a) DA	54,4%	55,2%	75,7%
b) NE	45,6%	44,8%	24,3%
Ste zadovoljni z nivojem vašega znanja s področja sterilizacije?			
a) DA	63,6%	68,8%	72,6%
b) NE	36,4%	31,3%	24,4%
Se vam zdi smiselna vpeljava dodatnega izobraževanja s področja sterilizacije, ki bi bilo opredeljeno kot specialna znanja na Zbornici-Zvezi?			
a) DA	90,9%	93,9%	91,9%
b) NE	8,1%	6,1%	8

* možnih je bilo več odgovorov

Vir: Lastni vir (2018).

Na anketo je odgovorilo 74 anketiranih ZA. Povprečno obravnavajo 22 pacientov dnevno. Medicinske sestre v 75,7% menijo, da postopke sterilizacije dobro poznajo in so v podobnem odstotku (72,6%) zadovoljne z nivojem svojega znanja. Znanje, ki ga imajo o reprocesiranju instrumentarija, so v 74,6% pridobile od svojih predhodnic in v 19,4% od zastopnikov. Glede priprave instrumentarija na sterilizacijo, se ultrazvočnega čiščenja poslužujejo v 28,6%, kar je sicer več, kot v preteklih dveh letih vendar je odstotek še vedno nizek. Zaskrbljujoč je podatek, da od 74 ZA, jih več kot polovica (52,4%) še vedno nima UZ čistilca. Glede na stopnjo zahtevnosti reprocesiranja instrumentarija je verjetnost zaostanka nečistoče visoka.

V tem času ni doseženega bistvenega napredka pri zavijanju instrumentarija in pripomočkov posamezno, saj se tak način zavijanja izvaja samo v 54,1%. Znižal pa se je odstotek re sterilizacije materiala za enkratno uporabo, kar je strokovno pravilno.

Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da se odstotek zunanjih izvajalcev sterilizacije za ZA znižuje in hkratno viša odstotek reprocesiranja v matičnih zavodih. V kolikor se posamezni zavod odloči, da za reprocesiranje instrumentarija pridobi zunanjega izvajalca, je priprava instrumentarija le mehanično čiščenje in dekontaminacija. Od te faze dalje, mora zunanji izvajalec pripraviti instrumentarij in MP za reprocesiranje tako, kot ima izdelan standard v zavodu, ki nudi usluge sterilizacije zunanjim uporabnikom. Hkrati pa je dolžan priložiti tudi poročilo o poteku sterilizacije in ni dopustno, da zunanji izvajalec ne poda poročila, kar se dogaja v 60%. V tem primeru zunanji izvajalec težko zagotavlja sledljivost materiala in uporabnik mora zaupati zunanjemu izvajalcu.

Vzpodbudno je, da si medicinske sestre v ZA želijo dodatnega izobraževanja s področja sterilizacije kljub temu, da to ni njihovo primarno strokovno področje.

ZAKLJUČEK

V primerjavi z letoma 2016 in 2017 je prepoznati večjo odzivnost medicinskih sester v zobozdravstvenih ambulantah, kjer je reprocesiranje instrumentarija in MP dodatno strokovno področje, ki ga morajo dnevno obvladovati. Strokovno pravilno bi bilo, da se vsi zdravstveni zavodi v prihodnosti organizirajo tako, da pridobijo čim več enot Centralne sterilizacije. Prednosti so številne; razbremenitev medicinskih sester na posameznih deloviščih, smotrnejša izraba aparatur

(v zobni ambulanti se sterilizacija izvaja največ dvakrat dnevno, ostali čas sterilizator ni izkoriščen), poenotenje delovnega procesa, poenotenje nadzora nad postopki sterilizacije, uvedba sledljivosti ...Priložnosti za izboljšavo so in to v vseh segmentih zdravstvene nege.

Vsem kolegicam, kolegom, ki ste sodelovali pri raziskavi, iskrena hvala.

LITERATURA

1. Belšak, M., Gabrovšek, A., Istenič, I., Piletič, N. in Žagar, A. (2015). Priporočila za delo v sterilizaciji. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji.
2. Buchrieser, V. in Miorini, T. (2009). Temelji čiščenja, dezinfekcije in sterilizacije.
3. Jurkošek, V. (2016). Kako preprečiti okužbo povezano z zdravstveno dejavnostjo. Zbornik predavanj. Kakovostna zdravstvena nega v zobozdravstvu – ustna votlina. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v zobozdravstvu.
4. Preksavec, V. (2010). Umazano ali sterilno. Zbornik predavanj. Pravica vsakega pacienta, Čist in sterilni instrument. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v sterilizaciji.

Ustna nega pri starejših in nemočnih ljudeh

Skrb za ustno votlino in zobne nadomestke pri starejših in nemočnih ljudeh je še vedno neke vrste tabu tema, saj se o tem zelo malo govori in piše. Dokler je človek še zmožen sam skrbeti za higieno svojih zob in njihovih nadomestkov ima na voljo veliko napotkov in priporočil. Ko pa bi to pomembno delo moral opravljati nekdo drug, pa so informacije zelo skope.

Ne glede na to ali je starostnik v domači oskrbi, bolnišnici ali v domu starejših , je za nego ustne votline potrebno ravno tako poskrbeti kot za nego ostalega telesa. Marsikomu, ki skrbi za starostnika je lažje opraviti nego intimnih delov telesa kot ustne votline in zobnih nadomestkov.

Dejstvo je, da so zanemarjena usta neprijetna za pogled, da o neprijetnem vonju , ki se širi iz njih sploh ne govorimo.

Zato je zelo pomembno, da se tisti, ki skrbi za nego starostnika temu primerno tudi pripravi.

Prvi korak naredi s tem, da najprej ustrezno zaščiti sebe z obrazno masko in rokavicami, da mu med čiščenjem ne bo« špricalo» po obrazu in da se z golimi rokami ne bo dotikal umazanih ust in zobnih nadomestkov.

Če ima starostnik samo totalne ali delne zobne proteze, ki so snemljive, je potrebno pripraviti prostor kjer se bo to čiščenje izvajalo. Najboljše je, da se to dela v umivalniku pod pipo vendar pa nad posodo z vodo .ali pa s podloženo brisačko. To pa zaradi tega, če proteza slučajno pade iz rok, da se ublaži padec in s tem prepreči poškodba. To velja tudi v primeru, če starostnik sam skrbi za čiščenje svoje proteze.

Proteza se naj čisti s ščetko za čiščenje protez ali pa z navadno zobno ščetko in z malo detergenta za umivanje posode, da razmasti umazanijo. Nikakor ni

priporočljivo uporabljati zobne paste, ker lahko poškoduje površino proteze. Proteza se naj drži v dlani, ne pa recimo samo z dvema prstoma, ker se tako lažje umiva in še zaščitena je pred padcem. Po temeljitem ščetkanju se dobro opere pod tekočo vodo in se jo spravi bodisi nazaj v usta ali pa v za to ustrezno posodico z vodo. Te posodice so lahko kupijo v lekarnah ali specializiranih trgovinah. Lahko se pa uporabi tudi ustrezna škatla od kakšne kreme. Važno je, da ni prozorna in da ima pokrov. Nikakor ni primerno spravljat protez v steklene kozarce. Prvič zato, ker je to zelo grdo videti, drugič pa zato, ker se kozarec lahko prevrže, proteza pa zlomi. Občasno je treba v kozarec z vodo dati tudi tableto za razkuževanje protez. Ni potrebno posebej poudarjati, da se v posodico vedno spravljajo čiste proteze. Zelo dobro bi bilo, da bi ponoči bile proteze vedno v posodi z vodo, da se tudi dlesni malo spočijejo.

Seveda je pa potrebno poskrbeti tudi za čiščenje ust in zob, če so le-ti še prisotni in pa fiksnih zobnih nadomestkov kot so prevleke in mostički.

Zobje se morajo umiti z zobno ščetko in pasto, uporabljati je treba tudi zobne nitke in medzobne ščetke, da se odstranijo obloge na zobeh, in v medzobnih prostorih. Na ta način se lahko čim dlje ohranjajo zobje, ki so za grizenje še kako pomembni.

Tudi, če ima starostnik popolnoma brezzobe čeljusti, je treba ustno votlino čistiti s posebnimi vatiranimi palčkami ali z gazo namotano na prst. Treba je očistiti tako nebo, čeljusti, podjezični prostor, pa tudi jezik, kajti na teh mestih so lepljive obloge. Starostnik naj pije čim več navadne vode in čimmanj sladkih pijač, tudi čaja. Navadna voda bo razredčila sluzi v ustih, usta splahnila in še odžejala ga bo bolj kot vsaka druga pijača.

Zavedati se je treba, da je treba skrbeti za ustno nego ne glede na to ali je starostnik zmožen to opraviti sam ali je popolnoma odvisen od drugih.

Že s tem, ko je človek odvisen od drugih je porušeno njegovo osebno dostojanstvo, kaj šele, če je zanemarjen. Vsak od nas bi se moral za trenutek postaviti na mesto nemočnega starostnika in se zamisliti, kako bi želel biti oskrbovan, če bi bili na njegovem mestu. In kako bi izgledalo, če ne bi bil?

PETROL

LOTTE





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