

ZDRAVSTVENA NEGA IN ZDRAVSTVENA VZGOJA PRI PARAPLEGIKU

NURSING CARE AND HEALTH EDUCATION OF PARAPLEGIC PATIENT

Emma Dornik

UDK/UDC 616.8-009.11-031.58-083

DESKRIPTORJI: *paraplegija-nega; zdravstvena vzgoja*

DESCRIPTORS: *paraplegia-nursing; health education*

Izvleček – V prispevku je podanih nekaj osnovnih podatkov o paraplegiji. Opisana je okvara hrbtne mozga ter glavni vzroki za te okvare. Prikazana je glavna starostna skupina poškodovancev, omenjene so glavne posledice, ki jih pusti poškodba hrbtenice. Predstavljena je tudi Zveza paraplegikov Slovenije. Prikazan je model zdravstvene nege Caliste Roy in uporabljen na primeru. Podan je zdravstveno vzgojni vidik s problemskim pristopom ter dejstva in vzroki paraplegije, prav tako so s promocijo zdravja nakazane možne rešitve tega problema.

Abstract – The article gives some basic information about paraplegia and tetraplegia. It describes injuries of spine marrow and gives main reasons for such injuries. Main groups of patients with damaged spine are presented, as well as basic consequences of spine injuries. The importance of the integration of the handicapped into society is stressed and Slovene Association of Paraplegics is presented. The model of Caliste Roy is presented and used as an example. Health and educational view with problem approach, as well as facts and causes of paraplegia are shown. Health promotion indicates possible solutions of the problem.

Uvod

Paraplegija in tetraplegija sta problem, ki se pojavlja v vsaki družbi. Je posledica, ki jo pusti nepopravljiva poškodba hrbtenice. Vzrokov za poškodbo hrbtenice je veliko. Po poškodbi je posameznik sprejet na Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSR), kjer se začne »novo življenje, nova šola«, s pomočjo zdravstvenonegovealnega tima, ki sodeluje pri rehabilitaciji. Zdravstvena nega ima pri paraplegiku ali tetraplegiku pomembno vlogo, prav tako promocija zdravja, izobraževanje ter zdravstveno vzgojno delo.

Paraplegija in tetraplegija

Hrbtni mozeg ali hrbtenjača je del osrednjega živčevja in je varno zaščiten v hrbteničnem kanalu. V njej je tako senzorično kot tudi motorično, ter intersegmentalno nitje, avtonomni centri itn. in vse to pove, kako velik funkcionalni primankljaj nastane, če se le ta okvari.

Med vzroki za okvare hrbtenjače so na prvem mestu poškodbe v prometnih nezgodah, nesreče pri delu in športu; sledijo bolezni hrbtenjače in njene okolice (tumorji, vnetja itn.), razni padci in ostalo (1–3).

85 % poškodovancev je starih med 14 in 24 let, najpogosteje se poškodujejo mladi ljudje (15–19 let). 93 % poškodovanih je moškega spola (4).

Pri poškodbi hrbtenice ne pride vedno do poškodb hrbtne mozga, toda prvi pomagalec mora vedeti, da se hrbtni mozeg lahko poškoduje tudi pozneje – če poškodovanca nerodno ali nepravilno premika. Če je hrbtni mozeg stisnjen, zmečkan ali pretrgan, ohromijo trup in udje pod mestom poškodbe. Ohromelost se včasih popravi, vendar le, kadar hrbtni mozeg ni bil prekinjen (5).

Po poškodbi hrbtne mozga nastanejo telesne okvare in omejitve, ki vplivajo na človeka. *Paraplegija* je paraliza obeh nog in včasih dela trupa. *Tetraplegija* pa je paraliza štirih udov trupa, ki jo povzroči okvara hrbtne mozga v vratnem predelu. Telesna prizadetost ali okvara je okrnjenost organizma ali njegovih funkcij z objektivnim vidikom. Razlikovati moramo tudi med prizadetostjo in stanji, ki so od nje različna na primer aktivni bolezenski proces (6).

Poleg teh nastanejo tudi psihosocialne posledice, zato je neizogibno prilagajanje prizadetega človeka – postopek je dolgotrajen, zapleten in težaven.

Medularna okvara ni vedno enaka. Tako govorimo o *popolnih okvarah ali plegijah* (paraplegija, tetraplegija) in *nepopolnih okvarah ali parezah* (parapareza, tetrapareza). Telesne posledice se odražajo v: motoričnih in senzoričnih okvarah, motnjah odvajalnih in spolnih funkcij, bolečinah, pojavlja se mišična krčovitost, težave pri uravnavanju telesne temperature, pri

dihanju, pojavijo se urološki problemi, lahko dekubitusi... (2, 7, 8). Tako tetraparetike kakor tudi paraparetike štejejo po naši terminologiji med paraplegike, ker imajo vrsto funkcionalnih izpadov enakih kot pri popolnih okvarah (1).

Pri vključevanju v življenje je zelo pomembna neodvisnost invalida oziroma je potrebno z rehabilitacijo čim bolj težiti k temu, da je invalid osebnostno neodvisen in samostojen (9).

Prav tako je za invalida zelo pomembno izobraževanje, prekvalifikacija, delo in zaposlitev (3, 10).

V Sloveniji imamo okrog 140 000 invalidov. V invalidskih organizacijah je vključenih okrog 100.000 invalidov (11).

Zveza paraplegikov Slovenije (v nadaljevanju ZPS) združuje ljudi, ki jih je življenjska usoda tako ali drugače priklenila na invalidski voziček. Ustanovljena je bila leta 1969. Ta humana organizacija temelji na tem, da pomaga vsem članom pri premagovanju posledic in težav v vsakdanjem življenju. Deluje tudi preventivno, opozarja na kritične točke, področja in vzroke poškodb. ZPS skrbi za svoje člane socialno, ekonomsko, kulturno in športno (3, 12).

Prav gotovo ZPS veliko prispeva pri integraciji invalidov v družbo. Družba se mora zavedati svoje celotne populacije, in če jo pozna, lahko primerno z njo živi (9, 13).

Spremembe v političnem sistemu so narekovale spremembe na področju socialne politike in politike invalidskega varstva v naši republici.

Država mora z zakonodajami, organizacijskimi in drugimi ukrepi dopuščati in podpirati različne načine zadovoljevanja potreb posameznikov ali posameznih skupin prebivalstva (14).

Zdravstvena nega

Model, ki se lahko uporabi pri ZN paraplegika, je **teorija Caliste Roy »ADAPTACIJSKI MODEL«**. Royeva je usmerila teorijo v krepitev načina adaptacije v različnih fazah in oblikah adaptacije v stanju zdravja in boleznih varovanca.

Ugotavljanje potreb je razdelila v:

- začetne informacije o vedenju posameznika v spremenjeni psihološki situaciji;
- stimulansov – fokalnih – neposredno prisotnih (medicinska sestra, pripomočki za ZN), kontekstualnih (hladen prostor, kjer se izvaja ZN), rezidualnih (kot posledica preteklega učenja);
- ugotovitev stanja in upoštevanje bolnikove sposobnosti za prilagodljivost novi situaciji;
- postavitev ciljev;
- izvajanje zdravstvene nege, ki je usmerjena v probleme adaptacije;
- evalvacijo zdravstvene nege, ki je usmerjena v oceno učinkovitosti, ki jo je medicinska sestra izvajala.

Upošteva štiri značilnosti adaptacije:

1. psihološke in fiziološke potrebe;
2. samopodoba v času zdravja in boleznih je kompleksna in se nanaša na težnje znotraj vsakega posameznika, da bi dosegel skladnost v smislu razumevanja samega sebe;
3. vloga v družini in skupnosti (osnovne, druge in posranske vloge);
4. stopnja odvisnosti v družini in družbi.

Vsak varovanec/bolnik ima sebi lasten adaptacijski proces (15).

Planiranje zdravstvene nege

Na oddelku za paraplegijo (IRSR) izvajajo ZN, ki ima svoje specifične in posvečajo posebno pozornost: preprečevanju preležanin in kontraktur, skrbijo za redno odvajanje, preprečevanju tromboz, pljučnic, treningu dnevnih aktivnosti...

Medicinska sestra mora najprej oceniti potrebe po adaptaciji bolnika ali varovanca, zato:

OCENJUJE: 1. stopnja: opazuje vedenje v vsakem od štirih adaptacijskih načinov. Odgovoriti si mora na vprašanje: »Ali obstajajo spremembe v vedenju?« Če ne ugotovi sprememb, potem sestrška intervencija ni potrebna. Če ugotovi, da so spremembe, potem preide na 2. stopnjo in si odgovarja na vprašanje: »Ali obstajajo dejavniki, ki oblikujejo problem?«

NAČRTUJE: Identificira po načelu prioritete k bolniku orientirane cilje. Identificira, ali je sestrška dejavnost potrebna, da spremeni stimulans ali adaptacijsko raven.

INTERVENIRA: Sestrška intervencija deluje po enem od dveh načinov: 1. – s spreminjanjem stimulansa tako, da bo dosegel adaptacijsko raven, 2. – s širjenjem adaptacijske ravni, da bo stimulans obvladal. Intervencija mora biti usmerjena na fokalne stimulanse, kadar je to možno.

EVALVIRA: Nadaljevalna evalvacija – če kaže bolnikovo vedenje pozitivno prilagoditev v možnem adaptacijskem načinu. Če ne, potem je potrebna ponovna ocena. *Sumativna evalvacija* – določi prednosti in slabosti ZN.

Primer uporabe modela Caliste Roy v procesu ZN pri paraplegiku (negovalni problem: dekubitus)

1. Ocena vedenja: Bolnik sedi od 12. do 19. ure na invalidskem vozičku. Le redko razbremeni sednico. Na njej se je pojavila rdečina, ki je še reverzibilna.
2. Ocena stimulansov: Bolnik je bil v službi, kjer ima sedeče delo, poleg tega je vaje, da je veliko sedel

tudi ob popoldnevih, saj je opravljal domačo obrt. Star je 49 let.

3. Negovalna diagnoza: Bolniku grozi nastanek dekubitusa, saj se je pojavila ireverzibilna rdečina, zato ker že dalj časa sedi na vozičku po 7 ur neprekinjeno in ne razbremenjuje gluteusa oziroma sednice.
4. Cilji: Dolgoročni: Rdečina bo izginila v tednu dni. Kratkoročni: Bolnik bo vsako popoldne razbremenil sednico.
5. Intervencije:
 - razloženo mu bo, kako ranljiva je koža zaradi senzibilnih okvar, ki mu jo je pustila poškodba,
 - bolniku bo vsak dan pregledana koža, prav tako ga bomo spodbujali, da bo čim prej začel sam opazovati kožo,
 - vsako popoldne bo razbremenil sednico in počival,
 - vsako uro bo zamenjal položaj na vozičku,
 - ponoči bo počival na trebuhu,
6. Vrednotenje: Bolnik vsako popoldne razbremeni sednico, prav tako razume pomen senzibilne okvare za njegovo kožo na sednici. V tednu dni je rdečina izginila, bolnik pa si s pomočjo ogledala sam pregleda kožo. Vsako uro razbremenjuje sednico in spreminja položaj. Ponoči počiva na trebuhu in tudi tako razbremenjuje kožo na sednici.

Prikazan je samo en negovalni problem, enako bi lahko načrtovali tudi ostale.

Zdravstveno vzgojni vidik

Dejstva

- V Sloveniji imamo cca. 140 000 invalidov. Najpogosteje se poškodujejo mladi med 15 in 19 letom. 85 % poškodovancev je starih med 14 (15) in 24 let. 93 % jih je moškega spola.
- ZPS je januarja 1994 imela 716 članov, od teh jih je bilo 462 moškega in 225 ženskega spola. Njihova diagnoza je bila pri 309 članih – paraplegija in pri 116 – tetraplegija.

Glavni vzroki poškodb pri ZPS so: prometne nezgode (172 članov), nesreče pri delu (91 članov), bolezen (188 članov), skok v vodo (33 članov), poškodbe izven dela (48 članov), poklicne bolezni (12 članov) in drugo (3).

- Na IRSR – na oddelek za paraplegijo letno sprejmejo 70–80 pacientov na prvo rehabilitacijsko obravnavo.
- Po popolni poškodbi ostanejo trajne posledice. Poškodba pušča tako telesne kakor tudi psihosocialne posledice. Prav tako se pojavlja oviranost pri vključevanju ljudi na invalidskem vozičku v normalno vsakdanje življenje.

- 70–80 % poškodb vratne hrbtenice nastane pri skoku na glavo v plitvo vodo (4).

Vzroki

- slaba varnost v cestnem prometu, nevezgojenost in neupoštevanje prometnih predpisov, nedozorelost voznikov, neupoštevanje soudeležencev v prometu (pešcev, kolesarjev in motoristov);
- slaba varnost pri delu; neosveščenost, neodgovornost in nevezgojenost vodilnih kadrov za pravilno zaščito delavcev; prav tako neosveščenost in nevezgojenost delavcev o pravilni zaščiti pri delu;
- slaba osveščenost in nevezgojenost športnikov o možnih posledicah poškodb pri izvajanju športa;
- pozna diagnostika ali slaba prognoza bolezni hrbtenice;
- slaba osveščenost, vezgojenost in skrb za svoje zdravje vsakega posameznika;
- slaba zdravstvena vzgoja v šolah.

Na vse te vzroke bi lahko vplivali s primerno promocijo zdravja.

Promocija zdravja (PZ)

Glavni cilj celostnega procesa je »zdravje«, je pozitiven koncept in več kot zgolj odsotnost bolezni. Zdravje je odvisno od socialnega, ekonomskega, medicinskega razvoja in življenjskega sloga populacije. V »zdravje« so vključene tudi različne profesionalne skupine (ekonomisti, socialni delavci, industrialci, politiki...). Uspeh PZ bo odvisen od vseh teh in z interakcijo zdravstva. Seveda ima zdravstvo posebno nalogo in odgovornost, vendar morajo tudi ostale panoge zavzemati aktivno vlogo pri PZ. Delovanje PZ bo zahtevalo postavitve specifičnih ciljev, vlogo razvoja mehanizmov za kontrolo tako procesov, kot rezultatov.

Zdravstveno izobraževanje (ZI)

PZ in zdravstveno izobraževanje sta integrirani, razlika pa ni v ciljih in smotrih, pač pa v stopnjah, kjer se izvršujeta. PZ se zavzema za socialno, politično in ekonomsko ugoden in zdrav način življenja. ZI se zavzema za dvig posameznikovega zdravja in poznavanja bolezni, telesa, preventive ter uporabe zdravstvene varstva. Prav tako se je potrebno zavedati dejavnikov (fizičnih, psihičnih, socialnih), ki vplivajo na zdravje. Posledica ZI je, da so ljudje kompetentni in poznavalski, PZ pa pospešuje njihovo aktivno udeležbo v določenem procesu. V PZ je pomembno razumeti družbene ideje, njene potrebe ter jo povezati z ZI. Kjer je dobro razvito ZI, je tudi PZ v popolnem razvoju. Trije vidiki zdravstvenega izobraževanja so: promocija zdravja, preventiva in podpora izobraževanju.

Ciril Klajnšček (16) se je v svojem članku leta 1991, ki govori o zdravstveni vzgoji v srednjih šolah dotaknil teme, kako ZV vpliva in koliko prispeva k promociji zdravja, prav tako pravi, da je obstoječi predmet ZV neproduktiven. Šolska zdravstvena vzgoja bi morala biti konstruktivno vpeta v nacionalni, regionalni in lokalni program politike promocije zdravja. Promocijo zdravja opredeljuje kot vzgojno aktivnost, ki vključuje določeno obliko komunikacije z namenom izboljšanja znanja, razvoja razumevanja in veščin, ki so povezane z zdravjem. Pravi, da je bila izvedba učnega načrta za ZV prepuščena nizko strokovno usposobljenim izvajalcem in njihovi osebni iznajdljivosti, ne da bi bila kakorkoli vpeta v širši – lokalni, regionalni ali nacionalni program ZV. *Poznamo tri ravni PZ* : primarno, sekundarno, terciarno.

Glede na te ravni lahko postavimo tudi *možne rešitve tega problema*:

Primarni vplivi na:

- izobraževanje v vrtcih, šolah (osnovne, srednje) – preprečevanje nezgod pri igri, pozornost na počitnice, šole v naravi, preprečevanje prometnih nezgod, nezgod pri skokih na glavo – plavalni tečajji);
- kulturo udeležencev v prometu;
- odnos posameznika do lastnega zdravja, osveščanje za preprečitev okvare hrbtenice;
- politiko, ter boljše sodelovanje med različnimi profesionalnimi skupinami;

Sekundarni vpliv na:

- odnos družbe do invalidov;
- varnost pri delu, ter osveščanje delavcev o zaščiti pri delu,
- zgodnje odkrivanje bolezni hrbtenice,
- varnost na smučiščih, kopaljščih.

Terciarni:

- vzgajanje poškodovanih – opozoriti na preventivo zapletov;
- vzgajati družino in omogočiti boljše pogoje za življenje (šport, rekreacija, avtomobil, obnovitvena, poklicna rehabilitacija, možnost družbenega udejstvovanja...).

Sklep

S člankom sem želela prikazati zdravstveno nego, zdravstveno vzgojo in zdravstveno izobraževanje pri paraplegiku. S teorijo Caliste Roy in celostno problematiko nastanka in preprečevanja paraplegije in tetraplegije pa podpreti pomen in vlogo medicinske sestre – profesorja zdravstvene vzgoje ter promocije zdravja za zdravje populacije.

Literatura

1. Zdravstvena oskrba paraplegikov na domu. Ljubljana: Univerzitetni zavod za rehabilitacijo, 1987: 3–31.
2. Primožič A, Barič M. Telesne zmogljivosti tetraplegikov glede na nivo poškodovane hrbtenjače. XI. Spominski sestanek Metode Kramarjave. Ljubljana: Društvo fizioterapevtov in delovnih terapevtov SR Slovenije, 1989: 182–91.
3. Dušak T. Analiza podatkov članstva Zveze paraplegikov Slovenije. Ljubljana, 1994: 3–13.
4. Ne skači v vodo, če nisi prepričan o njeni globini – Zdravstveno-vzgojni pripomoček. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Univerzitetni zavod za rehabilitacijo Soča. Ljubljana, 1989: 1–4.
5. Derganc M. Osnove prve pomoči za vsakogar. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 1994: 207–12.
6. Brejc T, Grobelnik S, Kavar-Vidmar A, Neuman Z. Rehabilitacija. Ljubljana: Zavod za rehabilitacijo invalidov, Fakulteta za sociologijo, politične vede in novinarstvo, 1979: 37–48.
7. Neuman Z. Ljudje z zlomljeno hrbtenico. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1984: 13–23.
8. Dimnik Z. Rehabilitacijska nega bolnika s spinalnimi poškodbami. V: Rehabilitacijska nega težje telesno prizadetih oseb. Ljubljana: Inštitut republike Slovenije za rehabilitacijo, 1994: 24–30.
9. Bromley I. Tetraplegia and paraplegia. A guide for physiotherapists. London: Churchill Livingstone, fourth ed. 1991: 57–63, 191–7.
10. Vovk M. Vključevanje funkcionalno oviranih ljudi v urbano okolje. Raziskovalna naloga. Ljubljana: Urbanistični inštitut SR Slovenije, 1984: 9–15, 93, 163.
11. Plan zdravstvenega varstva republike Slovenije do leta 2000 – strokovne priloge. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo, 1992: 7.
12. To smo mi. Invalidske organizacije Slovenije. Ljubljana: Svet invalidskih organizacij, 1992: 15.
13. Naših petindvajset let. Ljubljana: Zveza paraplegikov Slovenije, 1992: 3–11, 25–38.
14. Polno sodelovanje invalidov v družbi – 10 let kasneje. Ljubljana: Univerzitetni zavod za rehabilitacijo – Soča, 1991: 99–103.
15. Bohinc M, Cibic D. Teorija zdravstvene nege. Ljubljana, 1995: 60–3.
16. Klajnšček C. Zdravstvena vzgoja v (srednjih) šolah – elementi kritike. Zdrav Var 1991; 30: 239–44.