

Pregledni članek / Review article

VLOGA DELAVCEV ZDRAVSTVENE NEGE PRI OSKRBI OTROKA IN MLADOSTNIKA PO POSKUSU SAMOMORA

THE ROLE OF NURSING STAFF IN CARING FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS FOLLOWING ATTEMPTED SUICIDE

B. Mal¹, M. Brecelj-Kobe¹, J. Rujevič¹, M. Oštir²

(1) *Služba za otroško psihiatrijo, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija*

(2) *Služba za pljučne bolezni, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija*

IZVLEČEK

V prispevku opisujemo celoten postopek oskrbe otroka in mladostnika po poskusu samomora, kot ga izvajamo na Pediatrični kliniki v Ljubljani, s poudarkom na zdravstveni negi na področju otroške psihiatrije in pomembnosti sodelovanja različnih zdravstvenih strok ter vrste ostalih strokovnih služb, ki tvorijo mrežo pomoči za otroke in mladostnike s tovrstno problematiko.

Ključne besede: samomor, zdravstvena nega, otrok in mladostnik.

ABSTRACT

This paper describes the entire process of care for children and adolescents after a suicide attempt at the Paediatric Clinic in Ljubljana, with an emphasis on health care in the field of child psychiatry and the importance of cooperation between the various health professions and other types of professional services that form a network of support for children and adolescents with this type of problem.

Key words: suicide, nursing care, child and adolescent.

UVOD

Samomorilnost je v Sloveniji velik družbeni problem, pred katerim pa si pogosto zatiskamo oči. Že sama beseda samomor je v družbi tabu. Najpogosteje jo srečujemo v dnevnikih časopisih v rubriki črne kronike, posamezni primeri samomora pa so prava senzacija, ki se na žalost tudi najbolje prodaja. Kljub temu pa je spodbudno, da se pristojne strokovne službe ter posamezniki s problematiko preprečevanja samomorilnosti in duševnega zdravja nasploh ukvarjajo zelo intenzivno in svoje znanje ponujajo tudi laični javnosti. S tem se počasi, a vztrajno spoznavamo in se tudi dejavno soočamo s problematiko samomorilnosti ter duševnega zdravja v Sloveniji. Še večji tabu je samomorilnost pri otrocih in mladostnikih. Javnost opozori nase zgolj v obliki senzacionalnega članka morda enkrat na leto, čeprav statistični podatki pravijo drugače. Samomorilnost med mladimi in žal tudi med otroki dejansko obstaja. V članku obravnavamo zdravstveno nego v otroški psihiatriji, ki je pomemben kamenček v mozaiku pomoči otrokom in mladostnikom po poskusu samomora. Obravnava vključuje številne strokovne službe s področja zdravstva, sociale in izobraževanja, ki se trudijo, da ohranijo človekovo življenje, razumejo stiske in težave ter jih poskušajo skupaj reševati. Skupaj načrtujejo prihodnost in nenazadnje ustvarjajo bolj prijazno ter varno okolje za vse otroke in mladostnike, ki so se srečali s to težko življenjsko preizkušnjo. Na primeru bomo skušali predstaviti pomembnost zdravstvene nege in sistematično sodelovanje strokovnih služb, ki so vključene v pomoč mladostniku po poskusu samomora.

POGOSTOST SAMOMOROV MED OTROKI IN MLADOSTNIKI

Samomor je v mladostništvu med tremi najpogostejšimi vzroki umrljivosti. Čeprav je samomor med mladimi manj kot pri starejši populaciji, ne smemo spregledati zaskrbljujočega podatka, da se v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami pre-

bivalstva povečuje delež mladih, ki končajo svoje življenje s samomorom. Primernejši kot »samomor« je torej izraz »samomorilno vedenje«, ki vključuje samomorilne misli in samomorilne poskuse in ne le dejansko izvedenega samomora. Samomorilnih poskusov, ki se ne končajo s smrtjo, je namreč med mladostniki precej več kot dejanskih samomorov. Po nekaterih raziskavah je samomorilnih poskusov celo dvajsetkrat več, vendar to ne pomeni, da samomorilni poskusi niso nevarni. Nanje moramo biti še posebej pozorni, saj samomor kasneje uspešno izvede približno 10 % tistih, ki so v preteklosti z njim že poskušali (1).

Zanimiva je primerjava med dekleti in fanti. Številne raziskave kažejo, da je pogostost samomorov bistveno večja pri fantih, in sicer celo za štirikrat. To je zlasti posledica uporabljenih samomorilnih metod, ki so pri fantih bistveno bolj agresivne. Pri dekletih se pogosteje srečujemo s samomorilnimi poskusi in samomorilnimi mislimi.

Zaskrbljujoč je podatek, da so v Sloveniji samomor drugi najpomembnejši vzrok smrtnih poškodb šolskih otrok. V Sloveniji v povprečju zaradi samomora umreta 1–2 otroka na leto. Poleg tega zaradi namernih samopoškodb vsako leto sprejmemo v bolnišnico v povprečju 27 otrok, večino deklic. Najpogostejši način samopoškodovanja pri otrocih, sprejetih v bolnišnico, je samozastrupitev (2).

Tudi v populaciji mladostnikov je samomor drugi glavni vzrok smrtnih poškodb. V obdobju mladostništva se dramatično poveča število smrtnih primerov, saj zaradi samomora umre povprečno kar 11 mladostnikov na leto. Razlike med spoloma so velike, saj so fantje žrtve samomorov dvakrat pogosteje kot dekleta. Najpogostejši način samopoškodovanja je obešanje. Zaradi namernih samopoškodb je v bolnišnico sprejetih v povprečju 109 mladostnikov na leto, dekleta dvakrat pogosteje kot fantje (2).

Podatki o številu samomorov pri mladostnikih, ki jih navajajo v literaturi, so različni. Po nekaterih navedbah naj bi vsako leto storilo samomor v povprečju 20 mladostnikov.

VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE PRI OSKRBI OTROKA IN MLADOSTNIKA PO POSKUSU SAMOMORA

Zdravstvena nega je pri oskrbi otroka in mladostnika prisotna skozi celotni potek bolnišničnega zdravljenja, tj. že od reševalnega prevoza pa vse do odpusta v domače okolje. Med bolnišnično obravnavo ima z bolnikom največ neposrednih stikov prav medicinska sestra oziroma zdravstveni tehnik. Vendar pa se zdravstvena nega po odpustu v domačo oskrbo ne konča. Otrok se namreč po zaključeni bolnišnični obravnavi vrača na ambulantne preglede, kjer je medicinska sestra oziroma zdravstveni tehnik prva oseba, s katero vzpostavi stik.

Pri sprejemu otroka po poskusu samomora mora medicinska sestra oz. zdravstveni tehnik mladostnika pripraviti na vse predvidene diagnostične in terapevtske postopke, ki so odvisni od načina izvršitve samomorilnega dejanja. Vse postopke izvaja po naročilu zdravnika. Pri začetni somatski obravnavi je najpomembnejše spremljanje vitalnih znakov. Pomembno je opazovanje vseh življenjskih funkcij, predhodnih in aktualnih znakov samopoškodovalnega vedenja, poznavanje zdravil in njihovih stranskih učinkov in njihovo morebitno zapoznelo delovanje. Pozanimamo se o sinergijskih učinkih posameznih zdravil ali sredstev, če je šlo za poskus samomora z zaužitjem zdravil. Poleg tega mora medicinska sestra oz. zdravstveni tehnik, ki dela na področju somatske zdravstvene nege, prepoznati otrokovo stisko ter mu po svojih močeh in pooblastilih strokovno pomagati. Praviloma vsak resnejši poskus samomora obravnava pedopsihiatrična stroka v bolnišnici, nato pa zdravljenje poteka ambulantno ali v bolnišnici.

Psihiatrične zdravstvene nege ne moremo omejiti zgolj na psihične motnje v ožjem pomenu ter z njimi povezano nadzorovano jemanje zdravil, opravljanje posegov ter varovanje bolnika. Tudi psihiatrična zdravstvena nega mora biti zasnovana celovito. Poteka naj neprestano in brez prekinitev, poleg obravnave posameznih simptomov pa naj upošteva tudi bolnikovo osebnost ter okolje (individualno, socialno, družinsko, šolsko). V obravnavo

moramo vključiti celotni sistem, v katerem otrok živi oz. bo živel (3).

Ko otrok zaključi obravnavo na somatskem področju in preide v skrb zdravstvene nege na oddelku otroške psihiatrije, je izjemnega pomena prvi stik, ki ga moramo načrtovati. V načrt sodi priprava bolnika, pogovor in predaja bolnika med službami zdravstvene nege ter posvet celotnega pedopsihiatričnega tima. Pridobiti skušamo čim večje število verodostojnih podatkov, saj le tako lahko dobro načrtujemo bolnišnično obravnavo. Pri tem skušamo upoštevati individualnost otroka, ki prihaja na oddelek. Na oddelku moramo biti še vedno pozorni na bolnikove somatske težave, npr. oskrbo poškodb, spremljanje znakov po zastrupitvi, uredno prehrano, odvajanje, osebno higieno, gibanje ter razvedrilo. Osnovni poudarek namenjamo ugotavljanju morebitnih vedenjskih sprememb, ki kažejo na otrokovo stisko, posebnosti čustvovanja. Posvetimo se vključevanju med vrstnike na oddelku, odzivanje ob obisku staršev, skrbnikov, prijateljev in sorodnikov, sodelovanju pri šolskih dejavnostih in drugih socialnih interakcijah. Vse to opazujemo, ugotovitve o bolnikovih »šibkih« področjih pa si zapisujemo ter jih posredujemo timu. Skupaj nato načrtujemo bolnikovo obravnavo in vodenje.

V psihiatrični zdravstveni negi ter v psihiatriji nasploh velja rek, da je beseda najboljšo zdravilo.

PRIKAZ PRIMERA OBRAVNAVE PO POSKUSU SAMOMORA

14-letno deklico so z reševalnim vozilom pripeljali na urgentno-triažni oddelek Pediatrične klinike zaradi motnje zavesti. Doma jo je našel oče, ko je pobruhana ležala na kavču. Zaužila naj bi neznano število tablet karbamazepina v samomorilne namene. Antiepileptik prejema oče, ki je samohranilec. To je že njen drugi sprejem v bolnišnico v istem koledarskem letu. Tudi prvič je bila sprejeta zaradi poskusa samomora. Ob sprejemu je bila nezavestna. Ostali vitalni znaki (RR, utrip, nasičenost s kisikom) so bili brez posebnosti, razen blage podhladitve. Vstavili so ji nazogastrično sondo, preko

katere je prejela aktivno oglje in tudi odvajala. Po tem je večkrat bruhala ter vsebino tudi vdihnila, zato je nastopila aspiracijska pljučnica z zapleti. Potrebovala je celo kirurško oskrbo; ugotavljali so tudi je hipotenzijo. Med zdravljenjem z antibiotiki je nastopila alergijska reakcija, nato pa še mikotična okužba anogenitalnega področja, ki je zahtevala ginekološko obravnavo. Med izvedbo medicinskih postopkov, ki so bili tudi boleči in neprijetni, so ji z opažanji in nasveti potrpežljivo pomagali medicinske sestre in tehniki. Somatske težave so se zadovoljivo uredile v roku meseca dni. Že v času somatske obravnave je začela s psihoterapevtsko obravnavo (deklica in celotna družina). Intenzivno so jo pripravljali na premestitev na oddelek otroške psihiatrije Pediatrične klinike.

Ob premestitvi deklice na oddelek za otroško psihiatrijo je bilo pomembno zlasti sodelovanje obeh sestrskih timov. Vse vpletene smo seznanili z dotedanjimi psihiatričnimi ugotovitvami ter z oceno samomorilne ogroženosti, ki je bila nizka. Samomorilni poskus so ocenili kot impulzivno dejanje, s katerim je želela ubežati šolskim neuspehom ter se izogniti napadalnim vrstnikom.

Ob predaji zdravstvene nege so medicinske sestre opozorile na določena opažanja, ki so jih zaznale med bolnišničnim zdravljenjem. Deklica je bila namreč spremenljivega razpoloženja: v začetku obravnave predvsem nezaupljiva, kasneje tudi nedistancirana, v določenih trenutkih celo preveč domača. Omenile so tudi težave z dihanjem in nezadovoljivo osebno higieno, težave z vnetjem spolovila in alergijsko reakcijo na antibiotik.

Na oddelku je bila deklica sprva zelo zadržana ter izrazito nespretna pri vzpostavljanju stika z ostalimi otroki. Za pogovor je potrebovala spodbudo medicinske sestre. Na dogajanje na oddelku se je glede na začetne težave precej dobro privadila. V začetku je bilanezaupljiva, kasneje pa se je odprla in uspela z besedami izraziti svoje občutke, stiske in čustva. Sestram je povedala, da se v domačem okolju in predvsem v šoli ne počuti sprejeto, da se sošolci in sošolke norčujejo iz nje, da pa se pri nas počuti varno in sprejeto. Med bivanjem v bolnišnici je tim psihoterapevtov načrtoval terapevtske

korake, pri katerih sodelujemo vsi, da bi okrepili njeno samopodobo in utrdili socialne veščine. Opažali smo pretirano navezanost na očeta: deklica namreč kot svoje navaja želje, ki so dejansko želje njenega očeta po zaključku zdravljenja. Na to nas je opozoril tudi pristojni center za socialno delo, kjer primer obravnavajo že več let. V ta namen smo sklicali medinstitucionalni krizni tim na pristojnem CSD. Pri šolskem delu je deklica manj uspešna ter potrebuje pomoč in prilagajanje. Med igro smo opazili, da ima težave pri branju in težave z razumevanjem ter tolmačenjem določenih vsebin. Te so tudi razlog, da deklica s poudarjanjem somatskih težav skuša izostati od pouka. Ob ustrezni pomoči in podpori redno obiskuje bolnišnično šolo. Nihanja v razpoloženju so se med bolnišničnim zdravljenjem umirila in se ustalila v normalnih okvirih za deklíčino starost. Deležna je bila zdravljenja z anti-depresivi. V času bivanja v bolnišnici je pridobila samozavest in postala bolj spretna v medvrstniških stikih; sprejela je dodatno šolsko pomoč in se naučila izražati svoje stiske in čustva. Potreba po bližini očeta se je ustrezno zmanjšala. Za uspešno nadaljevanje terapevtskega programa so deklico z oddelka za določen čas namestili v ustrezni zavod, čemur je v začetku nasprotovala, kasneje pa je pristala. Ob nadaljnji ambulantni obravnavi opažamo, da deklica napreduje in je z novo namestitvijo zelo zadovoljna.

Deklica je med celotno obravnavo napredovala na vseh področjih, ki so ključna za njeno vključitev v socialno okolje, prepričani smo da deklica sedaj bistveno bolje zna reševati stiske in težave oziroma zna poiskati pomoč v ključnih trenutkih.

ZAKLJUČEK

Samomor je ne le velik zdravstveni problem, ampak tudi problem celotne družbe. Reševati ga ne moremo le s poznavanjem ustaljenih in znanstveno dokazanih medicinskih postopkov ali enostavno s predpisovanjem in pravilnim jemanjem zdravil. Za reševanje tovrstne problematike potrebujemo bistveno več strokovnega znanja in osebne anga-

žiranosti ne glede na vejo medicine, ki ji pripadamo. Za uspešno spopadanje s samomorilnostjo je potrebno tvorno sodelovanje različnih družbenih subjektov, od zdravstva, sociale in šolstva do različnih organizacij in ne nazadnje tudi medijev. Pri posameznih primerih samomorilnih poskusov pa sta prav sodelovanje in poznavanje različnih področij zdravstvene nege ter tesno sodelovanje z ostalimi strokami zdravstva izjemnega pomena za uspešno, kakovostno in celovito oskrbo prizadete osebe.

LITERATURA

1. Tančič A, Poštuvan V, Roškar S. Spregovorimo o samomoru med mladimi: Publikacija Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009.
2. Rok Simon M. Poškodbe otrok in mladostnikov v Sloveniji: analiza podatkov o umrljivosti in obolevnosti: Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007.
3. Pregelj P, Kobentar R. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett, 2009.

Kontaktna oseba / Contact person:

Boštjan Mal, z.t.
Služba za otroško psihiatrijo,
Pediatrična klinika,
Univerzitetni klinični center Ljubljana,
Ljubljana,
Slovenija

Prispelo / Received: 9.5.2013

Sprejeto / Accepted: 13.5.2013