

Vloga in pomen zdravstvenovzgojnega dela v pediatrični zdravstveni negi

The role and significance of health educational work in pediatric nursing

Anita Štih, Majda Oštir, Maja Djokić,
Maja Čamernik, Ana Jalšovec,
Judita Kolenc, Sanja Ževart,
Tadeja Logar Dolinšek,
Almedina Alibašić, Erika Šmid

Izvleček

Zdravstvena vzgoja je del poklicnih aktivnosti zdravstvene nege. Zdravstvena vzgoja na terciarni ravni se razlikuje od zdravstvene vzgoje na primarni in sekundarni ravni. Kronični bolniki – otroci in njihovi starši/skrbniki so izjemno občutljiv del prebivalstva, zato potrebujejo skrbno obravnavo. Nujna je celostna obravnavo, ki je usmerjena v celotno družino. Pridobivanje znanja mora biti sistematično, načrtovano vnaprej in tudi preverjeno. V obravnavo vključimo tudi druge strokovnjake, npr. psihologa, socialnega delavca, patronažno medicinsko sestro, učitelje v šoli ali vzgojitelje v vzgojno-varstvenem zavodu.

Ključne besede: zdravstvenovzgojno delo, medicinska sestra, bolan otrok, starši/skrbniki, celostna oskrba.

Abstract

Health education is part of the professional activities of healthcare. Health education at the tertiary level differs from health education at the primary and secondary levels. Chronic patients - children and their parents/caregivers are a susceptible population and require even more careful treatment. A comprehensive approach is necessary, which is directed towards the entire family. The acquisition of knowledge must be systematic, pre-planned and also verified. It is appropriate to involve other professionals in the treatment, such as a: psychologist, social worker, community nurse, teachers in school, or educators in a childcare institution.

Keywords: health education, nurse, sick child, parents/caregivers, holistic care.

Uvod

Promocija zdravja in zdravstvena vzgoja sta del poklicnih aktivnosti zdravstvene nege. Zavedanje o pomembnosti zdravstvene vzgoje za vzdrževanje in povrnitev zdravja segajo v zgodnje obdobje zdravstvene nege. Temelje, na katerih se je gradila samostojna zdravstvena vzgoja znotraj zdravstvene nege, je postavila Florence Nightingale (1).

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) (angl. *World Health Organization*, WHO) je zdravstvena vzgoja kombinacija izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, s katerimi dosežemo, da ljudje želijo biti zdravi, vedo, kako postanejo in ostanejo zdravi, naredijo vse za varovanje zdravja in poiščejo pomoč, ko jo potrebujejo (2).

Medicinske sestre v okviru primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti sodelujejo pri promociji zdravja in zdravstvene vzgoje (2, 3). Zdravstvena vzgoja na primarni ravni je namenjena zdravemu prebivalstvu, na sekundarni ravni tveganim skupinam prebivalstva, na terciarni ravni pa ljudem, pri katerih je že prišlo do določene spremembe oz. je zdravje že prizadeto (3).

Na terciarni ravni želimo otroke in njihove starše/skrbnike opolnomočiti z ustreznim znanjem, da bodo znali preprečevati povrnitev bolezni oziroma da bodo čim bolj kakovostno živeli z nastalo spremembo (boleznijo). Ta vidik zdravstvene vzgoje poteka že med otrokovim zdravljenjem. V proces zdravstvene vzgoje moramo vključiti otroka in njegove starše/skrbnike. Otroku in staršem/skrbnikom se moramo približati na ustrezen način. Kako in na kakšen način bo v proces zdravstvene vzgoje vključen otrok, je odvisno od njegove starosti in kognitivne razvojne stopnje. Prav je, da upoštevamo vse otrokove lastnosti in posebnosti. Pogosto moramo v proces zdravstvene vzgoje vključiti tudi druge ravni zdravstvenega varstva (sekundarno raven, primarno raven), včasih tudi vzgojno-varstveni zavod ali šolo, odvisno od

tega, kje otrok živi in kaj vse bo potreboval po zaključenem zdravljenju.

Da lahko izvajamo zdravstvenovzgojno delo, moramo imeti ustrezna znanja, ne le o bolezni in zdravljenju, temveč tudi o pedagogiki, andragogiki, didaktiki in metodiki (4).

Zdravstvena vzgoja običajno poteka v štirih fazah: i) ugotavljanje učnih potreb, ii) načrtovanje dela z določitvijo ciljev, iii) priprava in izvajanje učnega načrta ter iv) vrednotenje. Zdravstvenovzgojno delo na terciarni ravni je zelo obsežno. V nadaljevanju predstavljamo samo nekaj področij in vsebin, ki jih izvajajo medicinske sestre.

Kronična pljučna bolezen

Kronične pljučne bolezni (KPB) so pomemben svetovni zdravstveni problem, ki vodi do socialnih neenakosti znotraj držav in med državami. Od začetka 20. stoletja so znanstvene in tehnološke inovacije v neonatalni in pediatrični zdravstveni oskrbi povzročile očitne spremembe v epidemiologiji zdravstvenih razmer v obdobju otroka (5). KPB in nezadostno dihanje sta med glavnimi vzroki kronične dihalne odpovedi. Najpogostejša je bronhopulmonalna displazija, ki je posledica dihalne stiske nedonošenčkov. KPB s kronično dihalno odpovedjo je lahko tudi posledica drugih pljučnih ali sistemskih bolezni, bodisi v neonatalnem obdobju ali kasneje (npr. hude sepse, aspiracije mekonijske plodovnice pri novorojenčku, prirojenih anomalij pljuč, bronhioolitisa s hudim potekom pri dojenčku ali prirojene srčne napake in zapletov v poteku zdravljenja). Pri otroku pogosto pride do odpovedovanja dihalne črpalke zaradi prirojenih ali pridobljenih živčno-mišičnih bolezni (ŽMB), hude nepravilnosti prsnega koša ali poškodbe vratne hrbtenjače. Najpogostejše so prirojene ŽMB, ki primarno prizadenejo mišične celice ali ožvčenje mišic (6).

V trenutku postavitve diagnoze kronična bolezen se za otroka in za njegove starše

začne proces prilagajanja. To pomeni, da morajo družinski člani priznati izgubo in ponovno organizirati svoje vloge, navede, pravila in družinske odnose. Lahko se porajajo občutki izgube samostojnosti in varnosti, občutek odvisnosti od zdravstvenega osebja, nemoč, žalost in različni strahovi, tudi strah pred smrtjo. Velika večina na koncu procesa bolezni sprejme kot del svojega življenja. Ker so družinski člani povezani in njihove reakcije vplivajo drug na drugega, morajo intervencije vključevati vse družinske člane (7). Ker je sposobnost samoupravljanja kronične bolezni z malo ali nič dodatne stalne podpore velik izziv, je pomembno, da imajo bolniki in družina podporo zdravstvenih delavcev (5).

Izhodišča za pripravo programa izobraževanja staršev otrok s kronično dihalno odpovedjo so bila oblikovana na osnovi dolgoletnega spremljanja otrok in njihovih staršev na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo UKC Ljubljana. Pod mentorstvom prof. Minje Petrovič so program nadaljevale medicinske sestre v Službi za pljučne bolezni.

Na proces prilagajanja na kronično bolezen vplivajo številni dejavniki, npr. dejavniki, povezani z otrokovimi lastnostmi (npr. starost, temperament, intelektualne sposobnosti), in lastnosti družine (npr. družinski odnosi in dinamika, verovanje, struktura družine, načini spoprijemanja s stresom), ki delujejo kot varovalni dejavniki ali dejavniki tveganja (7). Vse te dejavnike upoštevamo pri pripravi načrta izobraževanja staršev, ki ne obsega le pridobivanja znanj, spretnosti in veščin, ampak usmerja proces spreminjanja razmišljanja posameznika pri njihovem izvajanju. Pri izobraževanju sodeluje celoten zdravstveni tim, ki na osnovi zastavljenih ciljev na začetku oceni otrokovo stanje in prepozna individualne potrebe otroka in družine. Določi obseg oskrbe, ki jo bodo zagotavljali starši/skrbniki, ter oskrbe, ki jo bodo zagotavljali zdravstveni delavci v lokalnem območju kot nepogrešljiv del tima (8). Ob uporabi standardnih metod izobraževanja, kot so razlaga,

pogovor, demonstracija in praktično delo sprva na učni lutki in nato pri otroku, sta pomembni sprotne pridobivanja povratnih informacij ter izvajanje simulacij, ki se približajo potencialnim zapletom, do katerih bi lahko prišlo v domačem okolju. Izobraževanje je usmerjen proces spreminjanja razmišljanja posameznika pri pridobivanju znanj, spretnosti in veščin (8).

Otrok s kronično boleznijo ni ogrožen le telesno, ampak tudi psihosocialno. Sooča se s telesnimi tegobami in tudi s čustvenimi težavami, na primer s strahovi, depresivnostjo, tesnobo in težavami v medosebnih odnosih (7). Zato je izjemno pomembno, da se že v začetku v obravnavo vključita tako psiholog kot socialni delavec. Sistematičen pristop k obravnavi otroka s poudarkom na usklajevanju aktivnosti za oskrbo v domačem okolju, v družino usmerjena zdravstvena nega in njeno napredno načrtovanje zagotavljajo najboljše rezultate in zadovoljstvo tako družine kot zdravstvenih delavcev (9).

Zdravstvenovzgojno delo staršev novorojenčka z nefrostomo

Nefrostoma je kirurško vzpostavljena odprtina med votlim sistemom ledvice in površino telesa. Nefrostomski kateter v ledvenem predelu vstopa v ledvični meh in ga na zunanem delu s šivom pritrdimo na kožo. Pod ultrazvočnim ali rentgenskim nadzorom ga v operacijski dvorani vstavi interventni radiolog (10). Omogoča nemoten iztok urina v zbiralno urinsko vrečko (11).

Edukacija staršev/skrbnikov je načrtovana in prilagojena bolezenskemu stanju novorojenčka (12). Starše moramo aktivno poučevati o negi in oskrbi nefrostome. Poučevanje poteka od prvega stika do odpusta ter zajema teoretična in praktična znanja. Zdravstvenovzgojno delo staršev novorojenčka z nefrostomo temelji na vsebinah, kot so higiena rok, opazovanje novorojenč-

ka, negovanje novorojenčka, pravilno rokovanje z novorojenčkom, prehranjevanje novorojenčka (12), prevezovanje nefrostome, opazovanje vstopnega mesta nefrostome in kože v okolici stome, praznjenje, namestitve in zamenjava zbiralne urinske vrečke, dajanje predpisanih zdravil s strani zdravnika in navodila, kdaj poiskati zdravniško pomoč (13).

Novorojenček z nefrostomo zahteva celovit in individualen pristop zdravstvenega tima (12). Zdravstvenovzgojno delo staršev/skrbnikov obsega učenje opazovanja novorojenčka, njegovega odzivanja, vedenja in čuječnosti. Pomembna je skrb za ustrezno prehrano. Svetujemo dojenje oz. hranjenje v okviru treh ur, s čimer zagotovimo ustrezen vnos tekočin in omogočimo primerno pridobivanje telesne teže.

Starše poučimo o varnem pristopu in primernem okolju za prevezovanje vstopišča nefrostomskega katetra. Prevezovanje je lahko za novorojenčka nelagodno, zato je primeren čas med obroki, ko je novorojenček sit in miren. Pri prevezovanju naj sodelujeta oba starša oz. dve osebi. Ena prevezuje, medtem ko druga poskrbi za ustrezno lego in tolaženje novorojenčka. Za preprečevanje okužb je bistvena skrbna nega vbodnega mesta. Vstopišče prevezujemo na dva do tri dni oz. po potrebi bolj pogosto (11).

Preveza ob vstopišču katetra ne sme biti mokra, saj to pomeni, da ob cevki uhaja urin. Koža okoli nefrostome mora biti čista in brez znakov vnetja. Zbiralno urinsko vrečko moramo namestiti nižje od otroka, nefrostomski kateter in cevka urinske vrečke pa ne smeta biti upognjena, da lahko urin nemoteno izteka. Preprečiti moramo vlek nefrostomskega katetra zaradi teže urinske vrečke. Zbiralna vrečka se prazni, ko je do dveh tretjin napolnjena z urinom, menjavamo pa jo na pet do sedem dni oz. po navodilih proizvajalca (11).

Kopanja ne priporočamo, otrok pa se lahko tušira, če je vstopno mesto nefrostomskega katetra ustrezno zaščiteno z vodoodpornim obličem. Po tuširanju previjemo vbodno mesto. Če

novorojenčku ob odpustu zdravnik predpiše zdravila, moramo starše/skrbnike naučiti pravilnega odmerjanja in dajanja.

Pred izvajanjem preveze starši/skrbniki prejmejo pisna navodila. Nato medicinska sestra izvede teoretično in praktično poučevanje staršev (najprej na učnem modelu – lutki in nato na novorojenčku), preveri njuno razumevanje in je na voljo za dodatna vprašanja. V prevezovanje se vključita postopno glede na njuno razumevanje. Šele ko sta popolnoma samostojna, lahko pričnemo z načrtovanjem odpusta.

Načrtovanje odpusta iz intenzivne neonatalne enote je proces dela z družino in je prilagojen potrebam novorojenčka (12).

Pred odpustom iz bolnišnice moramo starše/skrbnike seznaniti, kje in kako pridobiti pripomočke za oskrbo nefrostome. V nadaljnjo obravnavo vključimo patronažno medicinsko sestro ter jo seznanimo s potekom zdravljenja, cilji zdravstvene nege in potrebnimi intervencijami. Ob pojavu težav v domačem okolju moramo starše/skrbnike seznaniti, kam se lahko obrnejo po pomoč. Pomembno je, da vedo, kdaj je potrebno poiskati zdravniško pomoč. O vseh zapletih jih poučimo med usposabljanjem. Prav je, da imajo telefonske številke pomembnih kontaktov (11).

Zdravstvenovzgojno delo staršev novorojenčka z nefrostomo je ključnega pomena za nego novorojenčka v domačem okolju ter za preprečevanje zapletov pri zdravljenju in pri zagotavljanju kakovosti življenja.

Kaj morajo starši in otroci vedeti glede varnega dajanja bioloških zdravil v domačem okolju?

Biološka zdravila so v osnovi beljakovine človeškega izvora. V zadnjih letih je moderna tehnologija omogočila pripravo različnih bioloških zdravil. Pomembna so pri zaustavljanju vne-

tnega procesa, ki je značilen za juvenilni idiopatski artritis (JIA), omogočajo pa tudi učinkovit pristop k zdravljenju avtoimunskih bolezni, raka, motenj rasti in slabokrvnosti. Uporabljamo jih za modifikacijo delovanja imunskega sistema, saj spodbujajo ali zavirajo njegovo odzivnost na tuje, lastne ali spremenjene celice v organizmu. Koncentrirane in tudi razredčene raztopine bioloških zdravil moramo shranjevati v hladilniku pri temperaturi 2–8 °C (14).

Obiski zdravstvenih ustanov, predvsem pri kroničnih boleznih, so lahko za družino veliko breme. Težave se lahko pojavijo že pri prilagajanju službenih obveznosti staršev/skrbnikov in šolskih obveznosti otrok ter pri logističnem procesu. Številni obiski bolnišnic zapuščajo posledice tudi na njihovem psihofizičnem stanju, saj se otroci počutijo drugačni od ostalih (15).

Biološka zdravila lahko dajemo na različne načine: i) v bolnišnici pod strokovnim nadzorom in ii) v domačem okolju po poučitvi bolnika oz. staršev, kako biološko zdravilo vbrizgati v podkožje. Na področju revmatologije se je zdravljenje z zdravili, ki omogočajo dajanje doma, začelo že leta 2004 (15). Na Pediatrični kliniki UKC Ljubljana poleg samostojnega dajanja bioloških zdravil otroke in starše/skrbnike učimo tudi samostojnega dajanja imunoglobulinov in uporabe injektorja adrenalina Epipen v primeru alergijskih reakcij.

Pogoj za samostojno izvajanje dajanja zdravila je predvsem dobra edukacija otroka in staršev/skrbnikov. Vloga medicinske sestre pri zdravstvenovzgojnem delu v zvezi z dajanjem bioloških zdravil na domu je, da:

- ustvari ustrezno učno okolje brez motečih dejavnikov;
- v učenje vključi tudi druge družinske člane,
- uporabi fizične pripomočke za prikaz postopka, da ga bolje razumejo;
- poučuje na razumljiv način;
- delavnico učenja izvede tolikokrat, kolikor je potrebno, da otrok oz. starši/skrbniki usvojijo izvedbo postopka.

Medicinska sestra preveri, ali so otrok in starši/skrbniki razumeli navodila, in oceni, kdaj so pri svojem delu samostojni, da lahko dajanje zdravila varno in pravilno izvajajo v domačem okolju brez zdravniškega nadzora. Če si otroci zdravilo vbrizgajo sami, moramo posebno pozornost nameniti izobraževanju otrok ter staršev/skrbnikov in sorojencev o pravilnem rokovanju in vbrizganju zdravil ter o spremljanju morebitnih neželenih učinkov. Ena izmed prednosti samoapliciranja zdravila je vbrizganje zdravila v podkožje, ki omogoča večjo neodvisnosti otroka in staršev/skrbnikov od zdravstvenih ustanov ter je hkrati bolj prijazen način dajanja (15).

Edukacija učiteljev in vzgojiteljev ob prihodu otroka z epilepsijo v vzgojno-varstveni zavod ali šolo

Otroci z epilepsijo v različnih starostnih obdobjih veliko časa preživijo v vrtcu ali šoli. Ker ima zdravstveni tim pomembno vlogo pri zagotavljanju varne in strokovne obravnave, je edukacija vzgojiteljev in učiteljev ključni dejavnik pri obvladovanju daljših epileptičnih napadov.

Pomanjkanje znanja povečuje možnost neustreznega odzivanja staršev/skrbnikov, učiteljev, sodelavcev in širše javnosti na ponavljajoče se ali dolgotrajne epileptične napade, nelagodje glede zagotavljanja prve pomoči pa lahko prispeva k splošni stigmati, povezani z epilepsijo. Zdravstveni tim ima ključno vlogo pri izobraževanju otrok, staršev/skrbnikov in skupnosti o tem, kako ukrepati pri osebi, ki ima epileptični napad (16).

Za otroke z epileptičnimi napadi in za njihove starše/skrbnike, sošolce in šolsko osebje je zelo pomembno učinkovito obvladovanje napadov v šolskem okolju.

Cilji edukacije vzgojiteljev in učiteljev, ki se vsakodnevno srečujejo z otrokom z epilepsijo, so boljše poznavanje in obvladovanje epileptičnih napadov, zagotavljanje varnosti, pravilno ukrepanje po dogodku in zmanjšanje strahu pred pravočasnim dajanjem zdravil za prekinjanje napadov.

Rezultati edukacije se kažejo v povečanem obsegu znanja o epilepsiji, boljšem obvladovanju daljših epileptičnih napadov v šolskem okolju ter v zmanjšanju anksioznosti in povečanju pripravljenosti za dajanje nujnih zdravil (17). Tudi starši/skrbniki so bolj pomirjeni, če so zaposleni v vzgojno-varstvenem zavodu (VVZ) ali šoli poučeni, kako ukrepati ob morebitnem epileptičnem napadu pri njihovem otroku.

Obisk vrtca ali šole z namenom izobraževanja vzgojiteljev, učiteljev, spremljevalcev otrok in ostalih zaposlenih, ki se srečujejo z otrokom z epilepsijo, poteka na pobudo lečečega zdravnika, psihologa, staršev/skrbnikov ali zaposlenih v VVZ. Vedno je načrtovan in usklajen s terminom ustanove, da se izobraževanja lahko udeleži čim več zaposlenih. Poteka naj v majhnih skupinah, saj je izvedba delavnic tako najbolj učinkovita.

Vsebina edukacije:

- epilepsija – kratka predstavitev;
- epilepsija – podatki in terminologija;
- prepoznavanje napadov;
- sprožilni dejavniki;
- ukrepanje med napadom;
- ukrepanje po napadu;
- prekinjanje daljših napadov z zdravili;
- uporaba predpisanih protiepileptičnih zdravil;
- življenje z epilepsijo;
- delavnica uporaba midazolama bukalno in diazepama rektalno;
- vprašanja – praktična in teoretična vsebina;
- pisna navodila;
- kontakti.

Edukacija v vrtcu ali šoli poteka za točno določenega učenca, lahko pa tudi kot splošno izobraževanje z isto vsebino.

Edukacija vzgojiteljev in učiteljev pomembno vpliva na obvladovanje daljših epileptičnih napadov pri otrocih v VVZ. Vzgojitelji in učitelji, ki so se je udeležili, povedo, da lažje prepoznajo napad in se nanj odzovejo, predvsem pa z manj strahu pravilno dajo zdravilo takrat, ko je potrebno. Pomemben vir informacij je tudi svetovanje preko telefonskih pogovorov (šola v naravi), če ima otrok več epileptičnih napadov.

Pomen edukacije otrok s hemofilijo in dajanje faktorja v domačem okolju

Osnova zdravljenja otrok s hemofilijo je, da po postavljeni diagnozi zagotovimo takojšen dostop do ustreznega nadomestnega zdravljenja s koncentratom faktorja strjevanja krvi 24 ur na dan (18). Običajno faktor strjevanja krvi dajemo ambulantno, lahko v regionalni bolnišnici ali zdravstvenem domu. Ob pogostem pojavljanju krvavitve je ambulantno zdravljenje za otroka manj ugodno in za zdravljenje tudi manj učinkovito. Zato se je pri pogostih krvavitvah, ki se pojavijo najmanj enkrat na 2–3 mesece, kot najbolj učinkovito izkazalo nadomestno zdravljenje na domu, kjer si faktor otrok pripravi in vbrizga sam ali ga pripravijo in vbrizgajo starši/skrbniki (19).

Kako in kje bo potekalo nadomestno zdravljenje s faktorjem, je odvisno tudi od mesta krvavitve, otrokovega splošnega stanja ter od usposobljenosti in pripravljenosti otroka (staršev/skrbnikov) na samostojno dajanje faktorja. Cilji nadomestnega zdravljenja s strjevalnim faktorjem na domu otroka je v čim krajšem času ustaviti in preprečiti krvavitev ter zmanjšati bolečino. Otroci s hemofilijo in starši/skrbniki, ki izvajajo samoaplikacijo/aplikacijo na domu, se morajo ustrezno usposobiti. Edukacija poteka kot tečaj s praktičnimi vajami, ki jih otrok s hemofilijo in starši/skrbniki izvajajo pod nadzorom usposobljene diplomirane medicinske sestre in zdravnika hematologa. Na

koncu edukacije sledi praktičen preizkus znanja priprave in (samostojnega) dajanja faktorja, ko diplomirana medicinska sestra in zdravnik hematolog ocenita in potrdita ali zavrneta strokovno usposobljenost otroka s hemofilijo ter njegovih staršev/skrbnikov za (samostojno) dajanje na domu (20).

Pomen edukacije staršev/skrbnikov za prebrizgavanje periferno vstavljenega osrednjega žilnega katetra v domačem okolju

Periferno vstavljen osrednji žilni kateter (angl. *peripherally inserted central catheter*, PICC) je centralni kateter, s katerim je otrok lahko odpuščen v domačo oskrbo. Želja tako zdravstvenih delavcev kot otrok in njihovih staršev/skrbnikov je, da so čim prej odpuščeni v domače okolje. Otroci z rakavo boleznijo pogosto potrebujejo dolgotrajno agresivno zdravljenje, nadomestno parenteralno prehrano in nadomeščanje tekočin, zato je pomembno, da PICC deluje nemoteno. Pomembno je, da zaradi ohranjanja prehodnosti katetra poskrbimo za dober učni načrt in edukacijo staršev/skrbnikov, saj s tem preprečimo morebitne zaplete, pripomoremo k boljši kakovosti otrokovega življenja, podaljšamo čas uporabe katetra in hkrati razbremenimo bolnišnice pred nepotrebnimi hospitalizacijami (21).

Edukacija staršev/skrbnikov in otrok poteka že med samo bolnišničnim zdravljenjem. Pred odpustom v domačo oskrbo preverimo njihovo znanje. Naučiti jih moramo pravilnih tehnik prebrizgavanja, preverjanja povratka krvi in pravilnega rokovanja. Opozorimo jih na morebitne težave, kot so boleča in otekla roka, povišana telesna temperatura, odsotnost povratka krvi, upor v katetru med prebrizgavanjem in morebiten izpad ali poškodbo katetra. Podati moramo jasna ustna in pisna navodila, kako ukrepati in kam se obr-

niti v primeru težav. Ob odpustu zagotovimo staršem osnovne pripomočke, ki so nujno potrebni za varno in pravilno rokovanje s PICC (22).

Z dobrim učnim načrtom in edukacijo staršev/skrbnikov želimo preprečiti zaplete, skrajšati trajanje bolnišničnega zdravljenja, ohraniti življenjsko dobo katetra in izboljšati kakovost otrokovega življenja v domačem okolju.

Celostna oskrba otroka in mladostnika s sladkorno boleznijo tipa 1

Obravnava otrok in mladostnikov s sladkorno boleznijo tipa 1 (SBT1) je pomembno drugačna od obravnave odraslih, saj moramo upoštevati značilnosti posameznih življenjskih obdobj. Cilji zdravljenja se tako pri dojenčkih in majhnih otrocih razlikujejo od ciljev pri večjih otrocih, mladostnikih ali pri odraslih (23).

Pri zdravljenju SBT1 sledimo smernicam za vodenje sladkorne bolezni, ki sta jih izdala Ameriško združenje za sladkorno bolezen (angl. *American Diabetes Association*, ADA) (24) leta 2023 in Mednarodno pediatrično združenje za sladkorno bolezen (angl. *International society for pediatric diabetes*, ISPAD) leta 2022 (25).

V Sloveniji je prof. dr. Lev Matajc kot prvi pediater diabetolog uvedel sodoben način vodenja SBT1 s samokontrolo in prilagajanjem odmerkov inzulina otrokovim potrebam oziroma analizi sladkorja v krvi in urinu (26).

Ob postavitvi diagnoze novoodkrita SBT1 pričnemo z edukacijo otrok in staršev/skrbnikov, t. i. »Šolo dobrega vodenja sladkorne bolezni«, pri kateri sodelujejo zdravnik, psiholog, dietetik, zdravstveni tehnik in kot vodja šole diplomirana medicinska sestra – edukatorka. Za edukacijo in dobro sodelovanje je zelo pomembno, da otroka in njegovo družino dobro poznamo.

Dobro in natančno izvedena Šola dobrega vodenja sladkorne bolezni je za otroke in njihove starše/skrbnike zelo pomembna, saj le tako dosežejo primerno presnovno urejenost in življenje brez zapletov sladkorne bolezni.

Kasnejše obravnave obsegajo enotno edukacijo – po edukaciji ob diagnozi se nadaljuje ob prvem ambulantnem pregledu po bolnišničnem zdravljenju, ob uvedbi zdravljenja z inzulinsko črpalko, ob uvedbi glukoznega senzorja, ob razširjenih letnih kontrolnih pregledih in kot reedukacija (27).

Otroci in mladostniki s SBT1 hodijo na redne ambulate pregled trikrat do štirikrat na leto. Ob pregledih otroku ali najstniku vedno izmerimo telesno težo, telesno višino, krvni tlak, krvni sladkor in kazalnik presnovne urejenosti HbA1c. V zadnjih 20 letih je temeljni dokument na pregledu odčitek inzulinske črpalke ali senzorja, ki je del medicinske dokumentacije. Enkrat na leto opravimo razširjeno letno kontrolo, ki vključuje odvzem krvi in urina za laboratorijske preiskave, pregled očesnega ozadja in reedukacijo SBT1.

Poleg rednih pregledov v diabetološki ambulanti imajo mladostniki in starši otrok s SBT1 vedno možnost posveta z diabetologom 24/7 preko telefonske linije Centra za nujne klice.

Otroci se po odpustu iz bolnišnice vrnejo v domače okolje in s tem tudi v šolo ali VVZ. Ker se zavedamo, kako pomembno je, da so dobro poučeni tudi vzgojitelji in učitelji, ki imajo v svoji skupini ali razredu otroka ali mladostnika s SBT1, enkrat na leto izvajamo edukacijo za vzgojitelje in učitelje. Zanje smo pripravili poglobljen obrazec »Zdravstveni načrt«, ki ga starši izročijo vodstvu vrtca ali šole. Z zdravstvenim načrtom vzgojiteljem in učiteljem omogočimo spoznavanje sladkorne bolezni, olajšamo delo z malčki in otroki s sladkorno boleznijo in omogočimo hitrejšo odločanje v različnih situacijah. Z Društvom za pomoč otrokom s presnovnimi motnjami smo izdali tudi knjigo o sladkorni bolezni za šole in vrtce, od

lani pa so na voljo tudi videovsebine o vodenju SBT1, ki so objavljene na spletni strani www.sladkorcki.si.

Za starše otrok in mladostnikov s SBT1 v začetku decembra organiziramo skupno srečanje, ki smo ga poimenovali »Klub otrok, mladostnikov in mladih odraslih s SBT1 in njihovih družin« in ga organizira Društvo za pomoč otrokom s presnovnimi motnjami. Ob srečanju izide revija »Sladkorčki«.

Za otroke in mladostnike v starostni skupini 5–18 let izvajamo dodatne edukacije o dobrem vodenju SBT1 med 14-dnevno obnovitveno rehabilitacijo, ki je bila prvič organizirana leta 1967 v Kraljevici, od leta 1992 pa poteka v Mladinskem zdravilišču in letovišču Rdečega križa Slovenije (MZLRKS) na Debelem rtiču. V obnovitveni rehabilitaciji je otrokom omogočeno, da se srečajo s svojimi vrstniki, ki se srečujejo z enakimi težavami, strahovi in veseljem ter s tem lažje sprejmejo kronično bolezen.

Kakovost zdravljenja in obravnave malčka, otroka in mladostnika s SBT1 ne zagotovi le neprestano izobraževanje zdravstvenega osebja, pač pa timsko sodelovanje z vsemi, ki jih otrok sreča na vsakodnevni poti.

Kaj morajo starši otroka in otrok s prirojeno srčno napako vedeti ob odpustu iz bolnišnice?

Prirojene srčne napake so napake, ki so prisotne ob otrokovem rojstvu in lahko vplivajo na strukturo in delovanje srca. Delimo jih na blage (manjše luknje) ali hude (manjkajoči ali slabše razviti deli srca) ter na cianotične in acianotične srčne napake. Približno četrtnina otrok s prirojeno srčno napako v prvem letu življenja potrebuje kirurško ali drugo zdravljenje (28).

Najpogostejše srčne napake so:

- koarktacija aorte,
- transpozicija velikih žil,

- defekt pretina preddvorov (ASD),
- defekt pretina prekatov (VSD),
- Fallotova tetralogija,
- sindrom hipoplastičnega levega srca (28).

Pri dojenčku s prirojeno srčno napako so pogoste težave s hranjenjem, ki so med glavnimi vzroki sprejema v bolnišnico. Prilagoditi moramo režim hranjenja in obogatiti mlečno formulo. V večini primerov moramo dojenčku za zagotavljanje zadostne količine hranil vstaviti nazogastrično sondo. Cilj zdravstvene vzgoje je opolnomočiti starše, da razumejo otrokovo stanje ter da znajo hrano pravilno pripraviti in jo dajati preko nazogastrične sonde. Včasih se težave s hranjenjem oz. pridobivanjem telesne teže lahko ponovijo tudi kasneje v razvoju otroka (29). V času bolnišničnega zdravljenja starše učimo tehnike pravilnega rokovanja z otrokom, hranjenja in podiranja kupčka. Če ima otrok vstavljeno nazogastrično sondo, starše postopno učimo rokovanja s sondo. Vsebine, ki jih morajo usvojiti starši, so preverjanje lege sonde, hranjenje po sondi, dajanje zdravil po sondi, skrb za prehodnost sonde, fiksiranje sonde in opazovanje otroka med hranjenjem. Podamo tudi informacije, kaj storiti v primeru nepravilnosti, odstopanj ali izpada sonde. Med bivanjem v bolnišnici in pred odpustom preverjamo, ali starši razumejo vse pomembne informacije. Pri starejših otrocih izvajamo zdravstveno vzgojo glede pomembnosti zaužitja zadostne količine hrane in tekočine.

Pri otroku s cianotično prirojeno srčno napako so vrednosti določenih osnovnih življenjskih funkcij drugačne od fizioloških. Med bolnišničnim zdravljenjem starše/skrbnike naučimo pravilnega merjenja števila vdihov in srčnega utripa v minuti, vrednosti kisika v krvi in odstopanj, ki so še sprejemljiva za otroka. Naučimo jih tudi, kako opazovati barvo in temperaturo kože, barvo ustnic, sluznic, splošno stanje (razdraženost, jok) ter spremembe v dihanju in zavesti.

Simptomi cianotične atake so poslabšanje znakov cianoze (pomodrelost kože in ustnic), globoko in pospešeno dihanje in razdražljivost, ki ji lahko sledi neodzivnost. Cianotična ataka se lahko pojavi zaradi joka, bolečine, hranjenja, napenjanja, dehidracije ali povišane telesne temperature. Cianotične atake so bolj pogoste zjutraj (30).

Ukrep, ki ga morajo starši/skrbniki poznati ob cianotični ataki, je pomiritev razdraženega otroka tako, da pokrčijo njegove noge v kolenih in jih potisnejo čim bližje prsnemu košu leže ali v naročju. Če ataka traja več kot 5 minut oziroma če otrok postane neodziven, gre za nujno stanje, ki zahteva nujno medicinsko pomoč (31).

Starši/skrbniki so v bolnišnici sprejeti skupaj z otroki kot njihovi spremljevalci. Z njimi preživijo veliko časa, zato opazijo tudi najmanjše spremembe. Naloga medicinskih sester je, da starše/skrbnike opolnomočimo z ustreznim znanjem, ki jim omogoča lažje življenje v domačem okolju.

Zdravstvena vzgoja otroka s perkutano endoskopsko gastrostomo

Hranjenje je ena najpomembnejših osnovnih življenjskih funkcij. Pri otroku s pravilnim hranjenjem zagotavljamo ustrezno rast in razvoj. Številne otroke je zaradi hude kronične bolezni težko hraniti, ker hrane ne morejo vnášati skozi usta, kar zahteva enteralno hranjenje. Pri pričakovanem daljšem enteralnem hranjenju je najprimernejši način hranjenje preko perkutane endoskopske gastrostome (PEG) (32).

Endoskopska vstavitve gastrostome je medicinskotehnični postopek, s katerim omogočimo kakovostno enteralno prehranjevanje. Najpogosteje jo potrebujejo otroci z nevrološkimi okvarami in motnjami požiranja. Zapleti so relativno pogosti, a večinoma lažji. Pri

odraslih poseg večinoma opravimo v lokalni anesteziji, pri otrocih pa po doktrini v splošni anesteziji (32).

Endoskopska vstavitve gastrostome je varen in učinkovit način zagotavljanja dolgotrajne enteralne prehrane (32).

Večina otrok z vstavljenjo PEG ni samostojnih, zato potrebujejo popolno pomoč in oskrbo. Celostna obravnava otroka z gastrostomo ne obsega le pogovora s starši/skrbniki in izvedbe posega, ampak tudi poučevanje staršev/skrbnikov za samostojno nego otroka v domačem okolju. Za družino je ravnanje s PEG kompleksna skrb, zato morajo biti pripravljeni na nov način življenja celotne družine (33).

Edukacija staršev/skrbnikov otrok z gastrostomo je izjemnega pomena. Starši/skrbniki imajo možnost, da z otrokom sobivajo v bolnišnici, kjer pridobijo potrebno teoretično in praktično znanje ter veščine za samostojno nego otroka v domačem okolju.

Edukacija staršev/skrbnikov poteka v sproščenem in prijaznem okolju. Pri učenju so prisotni starši/skrbniki in ena ali dve medicinski sestri brez drugih otrok in staršev/skrbnikov. Na ta način so med učenjem bolj sproščeni (34).

Medicinska sestra staršem/skrbnikom pokaže tudi slikovni material o morebitnih zapletih ter jih seznani z novimi pripomočki za hranjenje in z navodili, kako si jih priskrbijo čim prej in na čim lažji način.

Z vstavitvijo PEG želimo pri otroku izboljšati njegovo prehranjenost in s tem tudi kakovost njegovega življenja.

Zaključek

Zdravstvena vzgoja je pomemben del poklica medicinske sestre ter je ključnega pomena pri zdravljenju bolezni in preprečevanju njihovega nastanka in razvoja zapletov (35). Otrok in njegovi starši/skrbniki v procesu zdravstvene vzgoje potrebujejo psihološko pomoč,

saj morajo sprejeti dejstvo, da ima otrok kronično bolezen, ki bo stalno prisotna. Pogosto se soočajo s strahovi, jezo, zanikanjem in drugimi čustvenimi težavami. Zdravstveni delavci smo odgovorni, da našeta stanja prepoznamo in pomagamo glede na vrsto težav, ki jih izražajo. Otroka obravnavamo celostno. Pristopiti moramo počasi. Zdravstvenovzgojne vsebine načrtujemo sistematično in sproti glede na njihovo sposobnost dojetanja in razumevanja. V zdravstvenovzgojno delo vključimo tudi preverjanje znanja, da se prepričamo, ali vsebine dobro razumejo. Naš cilj je opolnomočenje otrok in njihovih staršev/skrbnikov z znanjem, da bodo v domačem okolju samostojno izvajali osnovne dejavnosti, ki zagotavljajo otrokovo dobro počutje. Naš cilj je motiviranost otrok in njihovih staršev za samostojno obvladovanje bolezni in boljšo kakovost življenja.

Literatura

1. Pearson A, Vaughan B, FitzGerald M. Nursing models for practice. 3th ed. Edinburgh: Butterworth-Heinemann; 2005: 88–90.
2. Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2005.
3. Kvas A. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo?. In: Kvas A, eds. Zdravstvena vzgoja - moč medicinskih sester: Zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2011: 33–46.
4. Zurc J. Vloga in pomen metodike zdravstvene vzgoje v slovenskem zdravstvu. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Zurc J, Hvalič Touzery S, eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo, Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 224–37.
5. Catarino M, Charepe Z, Festas C. Promotion of Self-Management of Chronic Disease in Children and Teenagers: Scoping Review. Healthcare 2021; 9(12): 1642. Dosegljivo na: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/12/1642>.
6. Kopriva S, Prislan A, Petrovič M, Jakomin M, Primožič J, Grosek Š et al. Otroci s kronično dihalno odpovedjo in umetnim predihavanjem na domu. In: Kržišnik C, Battelino T, eds. Izbrana poglavja iz pediatrije: Pediatrična hematologija in onkologija, Pediatrična endokrinologija, Neonatologija, Pediatrična nevrologija, Pediatrična intenzivna terapija, Otroška psihiatrija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 2011: 182–93.
7. Kreft Hausmeister I. Soočanje družine s kronično boleznijo otroka in vloga zdravstvenih delavcev. In: Ljubič A, Oštr M, eds. Otrok, družina, bolezen in zdravstveni delavci – skrb za druge in skrb zase; Zbornik predavanj. Ljubljana: Zveza strokovnih društev

medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 2014: 18–25.

8. Petrovič M, Oštir M. Učenje staršev in zdravstvenih delavcev za oskrbo kronično bolnih otrok. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S. eds. Traheostoma vseh življenjskih obdobij: zbornik prispevkov. Sekcija zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v otorinolaringologiji, 2014: 125–8.

9. Elias ER, Murphy NA, Liptak GS, Adams RC, Burke R, Friedman SL et al. Home Care of Children and Youth With Complex Health Care Needs and Technology Dependencies. *Pediatrics* 2012; 129(5), 2012; 996–1005.

10. Azer SZ, Abd-El Mohsen SA, Sayed SY. The effect of nursing guidelines on minimizing incidence of complications for patients with percutaneous nephrostomy tube. *Am J Nurs Res* 2018; 6(5). Dosegljivo na: <http://pubs.sciepub.com/ajnr/6/5/15>.

11. Martin R, Baker H. Nursing care and management of patients with a nephrostomy. *Nurs Times* 2019; 115(11). Dosegljivo na: <https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2019/10/191016-Nursing-care-and-management-of-patients-with-a-nephrostomy.pdf>.

12. Smith VC, Love K, Goyer E. NICU discharge preparation and transition planning: guidelines and recommendations. *J Perinatol* 2022; 42(1). Dosegljivo na: <https://doi.org/10.1038/s41372-022-01313-9>.

13. Abdelmowla RAA, Hussein AH, Shahat AA, Abdelmowla HAA, Abdalla MA. Impact of nursing interventions and patients education on quality of life regarding renal stones treated by percutaneous nephrolithotomy. *J Nurs Educ Pract* 2017; 7(12). Dosegljivo na: <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n12p52>.

14. Čufar A. Kaj so biološka zdravila. Sodobnim znanjem postopkov v zdravstveni in babiški negi naproti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana 2010; 57-64.

15. Kokol M, Košnik M, Rot U, Tomšič M, Žvan B. Prihodnost biološkega zdravljenja doma – ključna podpora zdravstvenega osebja in sistema. 2021. Dosegljivo na: <https://lek.si/sl/o-nas/za-medije/sporocila-za-javnost/1164/prihodnost-biološkega-zdravljenja-doma-ključna-podpora-zdravstvenega-osebja-in-sistema/>.

16. O'Hara KA. First aid for seizures: the importance of education and appropriate response. *J Child Neurol* 2007; 22(5): 30–7.

17. Renzetti T, Calabrese C, Pietrafusa N, Pannacci I, Rainò R, Giuffrida A, Specchio N, Vigeveno F. Management of epileptic seizures in school-age children: Educational project dedicated to school staff. *Epilepsy Behav* 2020; 105:106951.

18. Benedik-Dolničar M. Zdravljenje bolnikov s hemofilijo. *Obzor Zdr N* 1998; 32: 97-103.

19. Benedik Dolničar M, Faganel Kotnik B, Kitano-vski L, Jazbec J, Preložnik Zupan I, Anžej Doma S et al. Nacionalna priporočila za obravnavo bolnikov s hemofilijo. *Zdrav Vestn* 2017; 422–67.

20. Božjak M, Rožič M. Nadomestno zdravljenje bolnika s hemofilijo ali von Willebrandovo boleznijo. *Priročnik. Društvo hemofilikov Slovenije Ljubljana* 2000: 6–29.

21. Šegš N, Topič Z. Žilni pristopi. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji – Zbornik predavanj z recenzijo. Rogaška Slatina 2017: 33–6.

22. Children's minnesota, 2021. Patient & Family Education Materials: Peripherally Inserted Central Catheter (PICC): Care at Home. Dosegljivo na: [https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrens-](https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrens-mn/article/15558/peripherally-inserted-central-catheter-picc-care-at-home/)

[mn/article/15558/peripherally-inserted-central-catheter-picc-care-at-home/](https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrens-mn/article/15558/peripherally-inserted-central-catheter-picc-care-at-home/).

23. Kotnik P, Bratina N, Žerjav Tanšek M, Bratanič N, Avbelj S, Zupančič I et al. Smernice za vodenje sladkorne bolezni pri malčkih, otrocih in mladostnikih. Zbornik o sladkorni bolezni – Sladkorčki 2012: 352–61.

24. El Sayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D et al. Children and Adolescents: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care* 2023; 46: S230–53.

25. Lindholm Olinder A, DeAbreu M, Greene S, Haugstvedt A, Lange K, Majaliwa ES et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Diabetes education in children and adolescents. *Pediatr Diabetes* 2022; 23:1229–42.

26. Kržišnik C. Začetki slovenske Pediatrične diabetologije. Zbornik o sladkorni bolezni – Sladkorčki 2012 : 9–11.

27. Bratina N. Sladkorna bolezen tip 1 – od začetkov v otroštvu do tranzicije v odrasli dobi. 5. Endokrinološki kongres zdravstvene nege. Zbornik predavanj. Portorož 2016: 55–8.

28. Martini S, Beghetti I, Annunziata M, Aceti A, Galletti S, Ragni L et al. Enteral nutrition in term infants with congenital heart disease: Knowledge gaps and future directions to improve clinical practice. *Nutrients* 2021; 13(3): 932. Dosegljivo na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33805775/>.

29. Jachchela SR, Vijayapal AS, Leuthner S. Feeding abilities in neonates with congenital heart disease: a retrospective study. *J Perinatol* 2008; 29(2): 112–8. Dosegljivo na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18818664/>.

30. Kothari SS. Mechanism of cyanotic spells in tetralogy of Fallot – the missing link? *Int J Cardiol* 1992; 37(1): 1–5.

31. Lurcook K, Stepney G. Cyanotic spells – Information for parents and carers. Oxford: Oxford University Hospitals; 2023. Dosegljivo na: <https://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/61493Pcyanotic.pdf>.

32. Homan M, Orel R, Breclj J, Sedmak M. Perkutana endoskopska gastrotomija. Izbrana poglavja iz pediatrije 18. Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, Ljubljana 2006; 36.

33. Sezer RE, Ozdemir Koken Z, Senol Celik S. Home Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Feeding: Difficulties and Needs of Caregivers, Qualitative Study. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2020;44(3):525–33.

34. Šmid E. Zdravstvena vzgoja staršev otrok z gastrotomijo. *Slov Pediatr* 2013; 20: 120–6.

35. Skrivarnik S. Zdravstveno vzgojno delo pri pacientkah z gestacijskim diabetesom (diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.

mag. Anita Štih, viš. med. ses., univ. dipl. org.

UKC Pediatrična klinika, Bohoričeva ulica 20, Ljubljana, Slovenija
e-naslov: anita.stih@kclj.si

Majda Oštir, mag. zdr. nege

UKC Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni, Ljubljana, Slovenija

Maja Djokić, dipl. m. s.

UKC Pediatrična klinika, KO za neonatologijo, Ljubljana, Slovenija

Maja Čamernik, dipl. m. s.

UKC Pediatrična klinika, KO za alergologijo, revmatologijo in klinično imunologijo, Ljubljana, Slovenija

Ana Jalšovec, dipl. m. s.

UKC Pediatrična klinika, KO za alergologijo, revmatologijo in klinično imunologijo, Ljubljana, Slovenija

Judita Kolenc, viš. med. ses., univ. dipl. org.

UKC Pediatrična klinika, KO za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo, Ljubljana, Slovenija

Sanja Ževart, dipl. m. s.

UKC Pediatrična klinika, KO za otroško hematologijo in onkologijo, Ljubljana, Slovenija

Tadeja Logar Dolinšek, dipl. m. s.

UKC Pediatrična klinika, KO za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove, Ljubljana, Slovenija

Almedina Alibašić, dipl. m. s.

UKC Pediatrična klinika, Služba za kardiologijo, Ljubljana, Slovenija

Erika Šmid, dipl. m. s.

UKC Pediatrična klinika, KO za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko, Ljubljana, Slovenija

prispelo / received: 26. 4. 2023
sprejeto / accepted: 26. 4. 2023

Štih A, Oštir M, Djokić M, Čamernik M, Jalšovec A, Kolenc J, et al. Vloga in pomen zdravstvenovzgojnega dela v pediatrični zdravstveni negi. *Slov Pediatr* 2023; 30(3): 79–86. <https://doi.org/10.38031/slovpediatr-2023-2-05>.