

Stana Kavalich,
viša medicinska sestra
Viša šola za zdravstvene delavce Ljubljana

OCENJIVANJE BOLESNIKOVIH POTREBA U PROCESU NEGE

SAŽETAK. *Pravilna ocena bolesnikovih potreba i zdravstvenih problema predstavlja prvu fazu u procesu nege i određuje njegov sadržaj i metodu. Opisani su osnovni uslovi i definicija zdravstvene nege bolesnika. Autorica pokušava primerom da opredeli specifično radno područje medicinske sestre, na kome upoznaje bolesnikove potrebe i zdravstvene probleme, a na osnovi stručnog znanja i iskustava samostalno odlučuje i radi; za prihvaćene odluke nosi svu odgovornost. Potrebno je detaljnije opredeljenje ovog radnog područja.*

Već nekoliko desetina godina zapažamo svuda u svetu pa i u nas intenzivno proučavanje da se tačnije opredeli područje rada medicinske sestre i uloga medicinske sestre u zdravstvenom timu. Podizanje kvaliteta zdravstvene nege bolesnika i osiguravani jedan je od glavnih ciljeva našeg vremena. Kada se pitamo kako da postignemo ovaj cilj dolazimo do saznanja da moramo najpre da rasčistimo mnoge nejasnosti, među drugima i one koje se odnose na opredeljenje zdravstvene nege i ocenjivanje kvaliteta nege.

Moramo da damo odgovore na pitanja:

- Šta je zdravstvena nega?
- Koje su specifične i bistvene komponente zdravstvene nege, koje može i mora da izvodi iskućivo medicinska sestra?
- Kada možemo zdravstvenu negu da ocenimo kao kvalitetnu?
- Kakav je danas kvalitetan nivo zdravstvene nege u nas i u svetu?
- Šta želimo u zdravstvenoj nezi da promenimo i kako da postignemo te promene?

Pitanja je puno i mada se zadnjih godina nakupio već velik broj odgovora ne možemo ni za jednoga od njih da tvrdimo, da ukazuje na definitivno i sasvim zadovoljavajuće rešenje.

Pitanja koja sam nanizala kao i mnoge druge dileme, koje otkrivamo svakodnevno, moraćemo da rešimo medicinske sestre same. Stručna osposobljenost, ozbiljno proučavanje sopstvenih prilika, uspeha i nedostataka, kao i konstruktivno kritički odnos prema događajima na profesionalnom području u svetu, mogu da donesu očekivane uspehe tj. kvalitetniju zdravstvenu negu, a time stabilnije pozicije zanimanju medicinske sestre. Oboje donosi takođe i širu društvenu korist, jer je kvalitetnija zdravstvena nega i zabrinjavanje upravo to, što naš građanin očekuje, zahteva i potrebno mu je. Profesionalna afirmacija daće medicinskoj sestri veće zadovoljstvo u obavljanju svoga posla, verovatno će osigurati bolje radne uslove i rezultate rada i motivisati je za odgovorne zadatke u razvojnom i istraživaćkom radu.

Ako pratimo stručnu literaturu o zdravstvenoj nezi, zapažamo da je zadnjih 15 godina mnogo napisano o organizaciji rada, a naročito o metodologiji rešavanja problema zdravstvene nege u pojedinim osiguranika i bolesnika, kao i u grupama. Naročito mnogo su pisali o tzv. procesu zdravstvene nege (negovalni proces), koji bi u koliko bi ga usvojili u našem radu, bistveno uticao na racionalizaciju postupaka nege i time omogućio prepotrebnu individualizaciju, odnosno prilagođavanje sadržaja i metode rada potrebama pojedinaca.

Svetska zdravstvena organizacija označila je **proces nege** kao redosled sledećih radnih faza:

- **ocena potrebe i mogućnosti nege;**
- **planiranje sadržaja i metode rada;**
- **izvođenje radnog plana nege (sa dokumentacijom);**
- **evaluacija (sa povratnom informacijom).**

Da je proučavanje procesa nege danas u centru pažnje dokazuje i uključenje ove teme u srednjeročni ispitivački program Svetske zdravstvene organizacije, kao i uključenje brojnih tema o procesu nege u stručni deo programa kongresa ICN, koji će se održati ove godine u Los Angeles-u.

Moj zadatak danas je da vam govorim o prvoj radnoj fazi procesa nege tj. o ocenjivanju potreba i mogućnosti nege. Ovom prilikom želela bi da vam kažem kako na Višoj školi za zdravstvene radnike definišemo kvalitetnu zdravstvenu negu.

U kvalitetnu zdravstvenu negu ubrajamo onu negu, koja je sadržajno i metodološko u skladu sa savremenim načelima i nalazima prirodnih i društvenih nauka (a naročito sa medicinom s kojom se neposredno povezuje) i koja u najvećoj mogućoj meri poštuje individualne potrebe bolesnika i osiguranika, kojima je i namenjena.

Okolnosti koje ovakvu **kvalitetnu zdravstvenu negu** omogućavaju su sledeće:

1. **Teoretsko i praktično stručno znanje** koje medicinska sestra dobije u zdravstvenoj školi, kasnije ga dopunjuje individualnim studijama, kao i učestvovanjem u programima permanentnog stručnog usavršavanja na radnom mestu. Svoje znanje obogaćuje takođe i radnim iskustvima, koje dobija ako kritičko-analitički prati uspehe i neuspehe na sopstvenom radu.

2. **Dobro poznavanje bolesnika ili osiguranika**, njegovih stvarnih i potencijalnih zdravstvenih problema, kao i individualnih potreba.

3. **Odgovarajući radni uslovi**, koji sestri omogućavaju primenu stručnog znanja u praksi i stimulatивно utiču na njen trud u traženju novih, uspešnijih i savremenijih načina rada.

Tako u definiciji o kvalitetnoj vezi, kao i rasčlanjavanju okolnosti za izvođenje kvalitetne nege su zbog važnosti ispostavljena bolesnik i osiguranik, koji svojim zdravstvenim problemima i potrebama određuju sadržaj zdravstvene nege, kao i metode izvođenja radnog programa u okviru zdravstvene nege. Pravilna ocena bolesnikovih, odnosno osiguranikovih potreba koja nastupa kao prva faza u procesu nege izrazito je važna jer u primeru pogrešne ocene medicinska sestra oblikuje radni program, koji kod realizacije ne donosi očekivanih radnih uspeha, izaziva teškoće i zaplete, nezadovoljstvo u bolesnika, odnosno osiguranika i često čak i štetu i produženo lečenje.

Medicinska sestra naravno nije jedini zdravstveni radnik, koji ocenjuje bolesnikovo stanje, odnosno njegove potrebe. Ocenjivanje izvode svi zdravstveni radnici, koji imaju neposredan kontakt sa bolesnikom i saraduju u zdravstvenom timu, pri čemu svako ocenjuje bolesnika sa gledišta zdravstvenih problema i potreba, koje u okviru svojih kompetenci može da reši, odnosno zadovolji.

Ovde nam se postavlja pitanje: »Koje zdravstvene probleme i bolesnikove potrebe identifikira medicinska sestra?«

Uspješno može da nam pomogne definicija ICN, koja ulogu medicinske sestre označava kao pomoć bolesnom ili zdravom u onim aktivnostima koje pomažu u očuvanju zdravlja, vraćanju zdravlja ili mirnoj smrti, a obavio bi ih sam bolesnik ako bi imao za to primerno znanje, snagu i volju (Henderson 1958). Bolesnikove aktivnosti u kojima može medicinska sestra da prakticira **svoju jedinstvenu funkciju nege** su sledeće:

- disanje;
- ishrana;
- čišćenje;
- kretanje;
- spavanje i odmor;
- oblačenje;
- održavanje telesne temperature;
- održavanje telesne higijene;
- uklanjanje opasnostima iz okoline;
- izražavanje osećaja, potreba i mišljenja;
- izražavanje verskih osećanja;
- koristan rad;
- rekreacija;
- učenje, sticanje znanja o zdravlju i bolesti.

Većina problema koji nastaju zbog poremećenog bolesnikovog zdravlja, odnosno njegove nesposobnosti da bi jednu ili više gore spomenutih aktivnosti samostalno upražnjavao, dolaze u radni program medicinske sestre. Medicinska sestra mora kod ocenjivanja bolesnikovog stanja da utvrdi ove probleme i da ih oceni u odnosu na prirodu, obim i stepen važnosti. U koliko bi njihovo rešavanje zahtevalo određivanje dijagnostičkih postupaka, medikamentoznu ili drugu terapiju, odrediće to lekar.

Kako mogu istog bolesnika sa istim zdravstvenim problemima i potrebama da ocenjuju različiti zdravstveni radnici, saradnici u zdravstvenom timu pokazaće ovaj primer:

Kod jutarnog rutinskog merenja temperature opazila je medicinska sestra u bolesnika XY povišenu temperaturu. Problem povišene temperature mogu da reše lekar i medicinska sestra, svaki na svoj specifičan način koga diktira stručna sposobnost i kompetenca u krugu svoga rada i zadataka. Drugi članovi zdravstvenog tim, koji saraduju u potpunom zbrinjavanju bolesnika XY, uzimaju u obzir promenjeno bolesnikovo stanje kod svojih radnih programa tako da odgovarajuće prilagode obim i metodu rada ili se program za taj dan potpuno opusti, naročito ako se radi o većem porastu temperature i bolesnik se oseća loše. Sam problem tj. povišenu temperaturu i u vezi s tim bolesnikove potrebe ovi zdravstveni radnici (fizioterapeuti, radni terapeuti, laboranti, rentgenski tehničari itd.) ne rešavaju.

Medicinska sestra koja je prva zapazila promenu u bolesnikovom stanju oceniće ovu promenu u odnosu na važnost. Sigurno je da temperatura povišena na 40° ima sasvim drugi značaj, nego ako iznosi samo 37,5°. Sestrina ocena važnosti povišene temperature kod oboljenja gde se takvo povišenje očekuje, jer je naime hipertermija uobičajeni prateći znak određene faze oboljenja, sasvim je drugačija nego u primeru kada hipertermija ukazuje na komplikacije u razvoju oboljenja ili početak novog oboljenja.

Ako medicinska sestra utvrdi u bolesnika XY izuzetno visoku temperaturu ili je to povišenje temperature neobično u odnosu na tok bolesnikovog oboljenja, obavestiće lekara o promenjenom bolesnikovom stanju, tj. onog člana tima, koji će na najjustrezniji i najefikasniji način da pomogne. Lekar pokušaće da nađe uzrok za iznenadno povišenje temperature, možda će bolesnika da pregleda, naruči određene dijagnostičke

preglede, odredi poseban režim kontrolnog merenja temperature i predpiše odgovarajuću medikamentoznu terapiju. Medicinska sestra će kao saradnica u zdravstvenom timu nešto od naručenoga sama da izvede odmah, dok će ostalo da posreduje drugim zdravstvenim radnicima (u laboratorijumu, rentgenu) ili timu za negu sledeće radne smene.

Time što je medicinska sestra ocenila važnost primećenog simptoma i u odnosu na taj nalaz odgovarajuće postupila još uvek nije obavila celokupne ocene bolesnikovog stanja, odnosno njegovih potreba. Mora da se pita: »Kako bolesnik XY doživljava povišenje temperature? Da li oseća kakve teškoće, da li potrebuje pomoć i kakvu?«

Pošto bolesnici često veoma različito doživljaju slična ili ista stanja, to mora medicinska sestra u svakog bolesnika posebno da se uveri kakve su njegove specifične reakcije na povišenje temperature. Stručno znanje i iskustvo uspešno nam pomažu u traženju mogućih reakcija. Bolesnik kome se iznenada povisila temperatura može da oseća strah. Boji se komplikacija, jer oseća da sa proticanjem lečenja nešto nije u redu. Bolesnik je neraspoložen. Zbog povišene temperature moraće da produži ostanak u bolnici. Povišenje temperature može za bolesnika da bude neprijatno jer ga obilazi jeza, vruće mu je, znoji se, žedan je sa osećajem isušenih usta, nema apetita, boli ga glava, oseća opšti zamor i slabost.

Pomoć bolesniku kod nabrojanih teškoća dolazi isključivo u delokrugu rada medicinske sestre. To su stvari, koje su za bolesnika izvanredno značajne, jer mu pomažu da savlada teškoće i neprijatnosti koje prate bolest. Lekovi ne deluju odmah, a nekada uopšte ne dovodu do očekivanog olakšanja. Medicinska sestra svojim radom može povoljno da utiče na poboljšanje bolesnikovog psihofizičkog stanja ne gledajući na objektivno zdravstveno stanje i uspeh terapije. Nesmemo da zaboravimo da bolesnik najčešće celo zdravstveno zbrinjavanje prosuđuje na osnovi kako je bila izvođena zdravstvena nega.

Podaci koje će medicinska sestra da sakupi o bolesniku predstavljace osnovu za oblikovanje plana nege, koja će prema svom sadržaju i predviđenim metodama rada da se uskladi sa objektivnim zdravstvenim stanjem i subjektivnim potrebama bolesnika, kao i sa dijagnostičko terapeutskim programom koga propisuje lekar.

Bolesnikove subjektivne potrebe (želje) ne odražavaju uvek objektivnost zdravstvenog stanja i nekada su u protupunoj suprotnosti sa terapeutskim režimom. Npr. bolesnikovo zdravstveno stanje zahteva strogo ležanje, dok sam bolesnik ne oseća nikakve potrebe za mirovanjem. Suprotno želi da bude aktivan, da se kreće. Mirno ležanje teško podnosi, otvoreno se odupire propisanom režimu lečenja ili pak pokušava da ustane krišom. Medicinska sestra mora nastalu situaciju pravovremeno da otkrije i tome prilagodi plan nege. Pokušaće bolesnika da motivira da bi svesno i dobrovoljno podčinio svoje subjektivne potrebe zahtevima lečenja. Bolesnika mora da prihvati takvog kakav je; nesme da ga osuđuje. Pokušava da se mu približi i da ga razume. Usklađivanje pod svaku cenu nije uvek pravo rešenje. Nesmemo da zaboravimo da je bolesnik subjekat u procesu lečenja i da hospitalizacijom nije izgubio slobodu odlučivanja o svojoj sudbini. Ocena bolesnikovog stanja koju u ovakvim i sličnim primerima obavi medicinska sestra vrlo je važna za pravilnu odluku kako u nezi tako i u lečenju.

Danas u stručnoj literaturi u svetu dosta čitamo o tzv. **sestrinskoj dijagnozi** (dijagnoza na području zdravstvene nege).

Sestrinska dijagnoza ima tri komponente:

1. **stanje bolesnika**, odnosno zdravstveni problem;
2. **etiologija problema**;
3. **znaci i simptomi** (odnosno način kako se problem manifestuje spolja).

Sestrinska dijagnoza odnosi se na one bolesnikove zdravstvene probleme stvarne ili potencijalne za koje preuzima terapijsku odluku medicinska sestra. Ova terapijska odluka naravno nije vezana sa ordiniranjem lekova ili odlučivanjem o medicinsko-tehničkim zahtevima, koji dolaze u domenu lekara, već se radi o dijagnostičaranju takvog zdravstvenog problema koga može da reši medicinska sestra sama radom i postupcima koji spadaju u njenu kompetencu.

Dijagnostički proces na području zdravstvene nege tek je u razvoju. U pripremi je klasifikacijski sistem, odnosno opredeljenje dijagnostičkih kategorija i odgovarajuće nomenklature.

Sestrinska dijagnoza bistveno se razlikuje od lekarske koja je imenovanje, odnosno raspoznavanje bolesti. Time nije rečeno da sestra ne saraduje u dijagnostičaranju takođe i nekih medicinskih problema koji su u domenu lekara. Zapažanja o promenama koje su u bolesnika nastala naročito u vremenu kada je lekar bio odsutan, te tako nije mogao sam da posmatra bolesnika, imaju često dijagnostički značaj. Ipak će lekar sam da odluči da li će podatke koje mu je o bolesniku dala medicinska sestra da upotrebi u dijagnostičkom procesu ili ne. Na području zdravstvene nege medicinska sestra je samostalan dijagnostičar.

Zaključak

Svoj poziv medicinske sestre afirmisaćemo u pravoj meri tek tada, kada ćemo biti sposobne da precizno definišemo specifična područja rada u zdravstvenoj obradi bolesnika. Specifična područja rada su ona gde medicinska sestra može samostalno da identifikira probleme i na osnovi svog stručnog znanja i iskustava samostalno interveniše, a takođe i snosi svu odgovornost za svoje odluke. U koliko nam to neće uspeti ostaćemo medicinske sestre zdravstveni radnici sa nejasno određenim resorom rada i odgovornosti, koje obavljamo posao po narudžbini (najčešće lekara) i u naš rad kako sadržajno, tako i metodološko može svako da se umeša.

Preporučena literatura:

1. Aspinall M. J.: Development of a patient completed admission questionnaire and its comparison with the nursing interview. *Nursing Research* **24** (1975) 5, 377—381.
2. Fuller D.: A patient assessment guide. *Nursing Outlook* **22** (1974) 7, 460—462.
3. Gebbie K., M. A. Lavine: Classifying nursing diagnosis. *American Journal of Nursing* **74** (1974) 2, 250—253.
4. Gordon M.: Nursing diagnosis and the diagnostic process. *American Journal of Nursing* **76** (1976) 8, 1298—1300.
5. Gordon M.: Assessing activity tolerance. *American Journal of Nursing* **76** (1976) 1, 72—75.
6. Levine M. E.: Adaptation and assessment, a rationale for nursing intervention. *American Journal of Nursing* **66** (1966) 11, 2450—2453.
7. Lincoln R. et al.: Using simulated patients to teach assessment. *Nursing Outlook* **26** (1978) 5, 316—320.
8. Mayers M. G.: A search for assessment criteria. *Nursing Outlook* **20** (1972) 5, 323—326.
9. Munding M. O., G. D. Jauron: Developing a nursing diagnosis. *Nursing Outlook* **23** (1975) 2, 94—98.
10. Roy S. C.: A diagnostic classification system for nursing. *Nursing Outlook* **23** (1975) 2, 90—94.
11. Wolf H., R. Erikson: The assessment man. *Nursing Outlook* **24** (1977) 2, 103—107.