

poročilo o delu

POROČILO O DELU SEKCIJE KIRURŠKIH MEDICINSKIH SESTER V OBDOBJU 1982–1984

Sekcija kirurških medicinskih sester pri Zvezi društev medicinskih sester Slovenije obravnava na strokovnih seminarjih zdravljenje in zdravstveno nego vseh kirurških bolnikov, ne glede na specialnost njihove kirurške oskrbe. Poleg problematike s področja splošne kirurgije obravnavamo tudi zelo specialne stroke, kot so: torakalna, nevrokirurška, kardiovaskularna, abdominalna, urološka, opeklinska in travmatološka kirurgija. Poleg teh obravnavamo tudi področje zdravstvene nege drugih operativnih strok: ortopedske, otorinolaringološke, maksilofacialne, ginekološke in okulistične.

Sekcija je organizirala v svojem mandatnem obdobju sedem strokovnih srečanj in eno strokovno ekskurzijo.

Oktobra 1982 je bila v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) v Ljubljani ustanovljena Sekcija kirurških medicinskih sester. Ustanovno srečanje smo združili s strokovnim seminarjem. S področja nevrokirurgije smo pripravili predavanje o zdravljenju bolnikov s subarahnoidalno krvavitvijo, s področja kardiovaskularne kirurgije pa predavanje o odprti srčni kirurgiji.

Še istega leta smo v mesecu decembru imeli drugo strokovno srečanje s področja otroške kirurgije s temami: Diagnostika in terapija atrezije požiralnika, Kirurško zdravljenje omfalokele in Totalna parenteralna prehrana otroka.

V letu 1983 smo načrtovali tri strokovna srečanja in jih tudi v celoti realizirali.

V mesecu marcu smo imeli prvi seminar v Zavarovalni skupnosti Triglav v Mariboru. Obravnavali smo organizacijo opeklinske službe v bolnišnicah in kirurških ambulantah, odprte poškodbe rok in dekubitalne ulkuse na plastičnem oddelku. Na koncu predavanj je bil organiziran ogled Oddelka za plastično kirurgijo Splošne bolnišnice Maribor.

Naslednji seminar smo pripravili v UKC v Ljubljani v mesecu juniju. Poslušali smo zanimivo predavanje o resekciji požiralnika, o poškodbah hrbtenice in o psihosocialnih problemih bolnikov z izpeljanim črevesjem.

V jeseni smo imeli tretje strokovno srečanje v Ortopedski bolnišnici Valdoltra. Obravnavali smo predvsem ortopedskega bolnika, in sicer kirurško zdravljenje skolioz (operacija po Haringtonu) in področje protetike v ortopediji.

V letu 1984 smo načrtovali dva strokovna seminarja in eno strokovno ekskurzijo.

Pozimi smo imeli v mesecu februarju strokovni seminar v Zdravstvenem domu Celje. Za to priložnost smo pripravili predavanje o vitalnem barvanju pri zaprtih poškodbah. Drugo predavanje je bilo s področja ginekologije – o sodobnih diagnostičnih in terapevtskih postopkih pri urinski inkontinenci žensk.

V mesecu maju smo pripravili strokovno ekskurzijo v Beograd. Ogledali smo si Vojnomedicinsko akademijo, Hišo cvetja in Muzej 25. maj.

V jeseni smo pripravili dvodnevni strokovni seminar z občnim zborom v Portorožu. Strokovni del je zajemal predavanje o kirurgiji pljučnega karcinoma, kirurško zdravljenje adenomov hipofize in pogoste žilne operacije. Naslednji dan smo imeli predavanje o reoperacijah v abdominalni kirurgiji, o abdominalnih drenažah in oskrbi drenov. Nadalje smo imeli zanimivo predavanje o čiščenju, dezinfekciji in sterilizaciji opreme ter instrumentarija. Poslušali smo tudi poročilo o delu komisije o intrahospitalnih infekcijah v Izoli.

Vsa predavanja so bila dopolnjena z različnimi avdiovizualnimi sredstvi, kar je že tako dobro pripravljena predavanja še bolj popestrilo.

Na vseh predavanjih aktivno sodelujejo tudi medicinske sestre. Pripravljali smo predavanja iz različnih vej kirurgije, z željo, da bi pritegnili čim več udeležencev.

Sekcija redno sodeluje tudi z delovnimi organizacijami za proizvodnjo medicinske opreme in farmacevtske industrije. Na strokovnih seminarjih nas predstavniki teh delovnih organizacij seznanjajo z novostmi na tem področju – z razstavami in reklamnimi filmi.

Na občnem zboru so člani podaljšali mandat izvršnemu odboru sekcije. Za predsednico sekcije je bila ponovno izvoljena **Greta Zver** (UKC Ljubljana, Univerzitetna klinika za nevrokirurgijo), ožji odbor sekcije pa sestavljajo še: **Polona Zupančič** – namestnica predsednice (UKC Ljubljana, Pediatrični oddelek kirurških strok), **Helena Molnar** – sekretarka sekcije in stalna dopisnica Zdravstvenega obzornika (UKC Ljubljana, Oddelek za splošno kirurgijo), **Majda Simonič** (Splošna bolnišnica Ptuj) in **Ljuba Gergič** (Splošna bolnišnica Maribor).

V širšem odboru sekcije pa so: **Jana Šmitek** (Splošna bolnišnica Jesenice), **Evgen Kuzma** (Splošna bolnišnica Murska Sobota), **Najma Bubnič** (Ortopedska bolnišnica Valdoltra), **Olga Doberšek** (Splošna bolnišnica Trbovlje), **Nataša Šav** (Splošna bolnišnica Izola), **Jelka Kurnik** (Splošna bolnišnica Slovenj Gradec), **Bernarda Jagodič** (Zdravstveni center Celje) in **Zdenka Jakšič** (Splošna bolnišnica Novo mesto).

Iz poročila o dejavnosti sekcije je razvidno, da je sekcija v obdobju 1982–1984 uspešno uresničevala vse svoje naloge.

Greta Zver, predsednica sekcije

strokovna srečanja

STROKOVNA EKSURZIJA – OGLED AMONOVEGA INŠTITUTA ZA DINAMIČNO PSIHIATRIJO – KLINIKE ZA STACIONARNO PSIHOTERAPIJO IN PSIHOSOMATIKO

Nevropsihiatrična sekcija pri Zvezi društev medicinskih sester Slovenije je pripravila 7. junija 1984 strokovno ekskurzijo z ogledom Amonovega inštituta za dinamično psihiatrijo – klinike za stacionarno psihiatrijo in psihosomatiko (Dynamischepsychiatrische Klinik Menter-schwaige, Klinik für Stationäre Psychotherapie und Psychosomatik) v Münchnu.

Strokovno delo na Amonovem inštitutu je udeležencem ekskurzije prikazal dr. Rolf Schmitts. Razlagi ter odgovorom na številna vprašanja, ki so bila postavljena v živahni diskusiji z gostiteljem, smo dodali nekaj vtisov.

Inštitut za dinamično psihiatrijo, ki smo ga obiskali v Münchnu, je ustanovil dr. Günther Amon leta 1968 v Berlinu. Inštitut v Münchnu je od sedmih drugi po starosti nastanka. Inštitut ima znanstvenoraziskovalno in didaktično funkcijo. V tem okviru je s sodelavci ustanavljal analitske otroške vrtce, klinike z ambulantno psihoterapevtsko dejavnostjo in za odpuščene bolnike »hiše na pol poti« ter stanovanjske skupnosti.

Leta 1981 je bilo na svetovnem kongresu za dinamično psihiatrijo ustanovljeno SVETOVNO ZDRUŽENJE ZA DINAMIČNO PSIHOTERAPIJO z uradnim naslovom World Association for Dynamic Psychiatry (WADP). Sedež združenja je v Bernu. Sodelavci združenja so na Japonskem, Kitajskem, Tajski, v Indiji, ZDA in Jugoslaviji. Leta 1985 bo tretji kongres tega združenja v Münchnu z naslovom Pomen dela v dinamični psihiatriji.

Zavzetost za rešitev dinamične psihiatrije pri psihotikih v skupini je dr. Amon uresničil v inštitutu Menter-schwaige. Je zagovornik pozitivne agresije in egopsihologije, socioener-

getskega principa ter krepitev pozitivnega vedenja. Izhaja iz spoznanj: da sta v človekovi zasnovi zastopani obe spolni težnji, človek nosi v sebi dve potenci, ki jih obrne v sebi; da se izraz nemoči odraža v somatiki in nesocialnosti. V dinamični psihiatriji ni pomembna patološka diagnostika, pač pa diagnoza zdravja. Iz tega se usmerjajo v patologijo in jo zanikajo. Ponujajo nove izkušnje v življenju in razširjajo zdravje.

Na zdravljenje na inštitut sprejemajo shizofrene paciente v regresiji, komajda dostopne za verbalno terapijo, psihosomatske bolnike (tudi s karcinomom) in nesocialne. Videli smo predvsem mlajše ljudi.

Drugi kriteriji, ki vplivajo na razvrščanje v številnejši populaciji obolelih, kot jih je inštitut sposoben sprejeti, nam niso bili predstavljeni, oziroma v tej zvezi ni bilo postavljeno nikakršno vprašanje.

Vse dejavnosti na inštitutu potekajo skupinsko. Terapevtski program za posameznega bolnika sestavljajo na »casa konferenci«, pacient je vedno soustvarjalec lastnega programa – kaj bi še rad.

Posebno motene paciente vključujejo v skupino, ki je zanj najbolj primerna. Soustvarjalci programa so kontrolne skupine, sestavljajo jih pacienti in delavci, vodijo pa psihoanalitiki. Te skupine sodelujejo v programu tako, da neposredno pomagajo razrešiti problem, kadar je to potrebno.

Pri zdravljenju uporabljajo miljejsko terapijo in razne ekspresivne tehnike. V miljejski terapiji sodelujejo vsi delci inštituta. Namen te terapije je pomagati pacientu k realizaciji. Pacientu je dana možnost, da sam razkriva svoje potrebe, sam »zida« iz svojih želja in dela le to, kar ima opraviti z lastnim jazom. Če je le mogoče, pacient lastne potrebe izživi v resničnost in te mu k temu pomagajo. Zaposlitvena terapija je pomoč toliko, da se potrebe ustvarijo. Enakemu namenu služijo tudi druge dejavnosti. Vsak model predstavlja skupek dinamičnih dejavnosti, ki omogočajo pacientu uveljaviti lastni ego. V ta namen delujejo razni klubi in skupine. Trenutno pripravljajo uprizoritev Don Kihota v okviru »teater terapije«, ki ima več podskupin – ena pripravlja sceno, druga kostume, tretja režijo, režiser pa je zdravnik. Omenili so jahalni klub, plavalni in še druge. Možnosti imajo v umetniškem udejstvovanju – likovnem, slikarskem. Plesno terapijo vodi dr. Amon sam. Na panoju smo našli od osem do dvanajst dnevnih aktivnosti oziroma skupin v okviru enega tedna. Vsak pacient deluje v več skupinah. Skupine so, čimbolj je mogoče, heterogene po simptomatiki, kar omogoča izmenjavo izkušenj. Pacienti v regresiji so vključeni najprej v miljejsko terapijo, da pridejo iz tega stanja.

Kontrolne skupine, ki jih je pet, uporabljajo fenomen zrcaljenja. Vedenje preverjajo z zrcaljenjem v reakcijah skupine, glede na vedenje posameznika v skupini kot doživljanje drug drugega v njej. Namen Ballintove skupine je obravnava konfliktov vseh, kjer se ti pojavijo, povezovanje in zmanjševanje frustracij. Tim mora biti uigran in mora predčasno zaznati konfliktno situacijo. Če se na omenjeni način problema ne reši, se o njem posvetujejo psihoterapevti med seboj. Kontrolne skupine vsak teden sproti ugotavljajo, koliko se je pacient realiziral in napravijo načrt za naprej za tiste paciente, ki v tem zaostajajo. Individualno terapijo uporabljajo samo pri hudo prestrašenih pacientih, ki jih morajo pripraviti za skupino. Pri psihoterapevtskem delu izhajajo iz štirih zahtev, k trem Freudovim: ponavljanje problema, razčiščevanje in predelava, je dr. Amon dodal še četrto, poravnava.

Transfer in kontratransfer ima v dinamični psihiatriji velik pomen, je spontan, masiven in takojšnji, kar je sicer v nasprotju s Freudovo ugotovitvijo, da shizofreni pacienti niso sposobni transfera. Navezanost na terapevte je včasih lahko tako velika, da sledi klic

ČE IMA SRCE SVOJE RAZLOGE, KI JIH RAZUM NE POZNA, JE PAČ RAZUM MANJ RAZUMEN KOT NAŠE SRCE.

Radiguet

»pomagajte mi«. Transforni problemi se obdelajo v kontrolnih skupinah in se lahko razrešijo le, če se le-ta porazdeli na celotno skupino.

Na sestankih vseh pacientov in delavcev, ki so dvakrat tedensko, obravnavajo dnevne probleme sožitja. Redno obravnavajo ločitve z namenom, da se pacient omeji od simbioze tukaj in da se zna omejiti tudi od družinske destruktivne simbioze. Poudarjena je bila pomembnost te obravnave. Tudi med sodelavci pride do konfliktov, zato so enkrat na teden skupine sodelavcev, na katere prihajajo psihoanalitiki od zunaj, da skupno razrešujejo probleme.

Družine vključujejo v zdravljenje po skupni presoji na podlagi družinske analize, ki jo sestavi socialni delavec.

Imajo tesne stike s kriminalističnimi ustanovami. Delikvente obravnavajo deloma na inštitutu, deloma ambulantno. Pri teh pacientih je močno zastopan problem seksualnosti, ki je povezan s hudim strahom. Na skupnem posvetovanju s pravniki, ki je bilo pred kratkim, so bili enotnega mnenja, da je mladoletnika delikventa bolje nekaznovati, pač pa zdraviti. 60% delikventov se po zdravljenju ne vrača. Od 100 prebitih dni v klasičnih bolnišnicah prejemajo pacienti nevroleptike 90 dni, na inštitutu pa le 12 dni. Namesto ključev so oblikovali bogato socialno mrežo. Predpostavljajo, da so vsi psihotiki močno suicidalni, prav tako psihosomatski pacienti. Zaposlenih imajo sedem zdravnikov, enako število psihologov, 21 medicinskih sester, dva socialna delavca, enega »šport terapevta«, v kuhinji pa dela šest delavcev. Tukaj se zdravi 70 do 80 ljudi, bivalna doba je lahko tudi do enega leta in pol.

Dr. Schmitts je poudaril, da živijo na inštitutu po vzorcu 10 000 let stare skupnosti ljudi in živali, ki je nastala spontano. Tu živijo matere skupaj s svojimi otroki. Sprejete so bile v nosečnosti in so se po porodu vrnile. Sprejmejo tudi umirajoče bolnike, ki se zatečejo nazaj na inštitut. Vsi živijo po lastnih potrebah, kar se zrcali v ambientu. V vseh prostorih veje smiselni nered. Izstopa bivalna kultura in kultura oblačenja, ki je prilagojena potrebam oziroma starosti pacientov. Higiena je povsod tam, kjer je neobhodna. Vsak prostor je več namenski. Jedilnica je tudi gledališče, dve veliki ovalni mizi združujeta paciente pri obrokih. Pogrinjki bi zadovoljili tudi za to občutljivega esteta. Veliko pacientov ni v določenem stanju bolezni sposobno običajne socialne komunikacije, npr. paranoiiki, seksualni iztirjenci, ampak le prvotne, zato vzdržujejo na inštitutu večje število psov in mačk. Medtem ko smo čakali na sprejem, se je več pacientov odpravilo na sprehod in spremstvu svojih ljubljencev.

Vplivi, izhajajoči iz pristopov, ki jih uporabljajo pri zdravljenju, se odražajo v pacientovih reakcijah. Pri pacientih, ki so deficitarni v konstruktivni agresivnosti, se pokaže ta v destruktivnosti, pri mejnih primerih, ko imajo pacienti fasadno strukturo, pa v »hiper« dejavnosti, vendar se ta prav tako pokaže v destruktivni obliki. Paranoik se v teh pogojih zdravljenja konfrontira z lastnim vedenjem, s tem postane prehodno bolj paranoičen – v klasični terapiji pa nastopi avtizem.

Vsi pacienti, ki so odpuščeni, so pridobili nov življenjski stil, ki ga zunaj negujejo in vzdržujejo, nove življenjske izkušnje in zato tudi neko perspektivo.

Po odpustu delajo s pacienti v ambulantah po skupinah in po domovih. Deset psihoanalitikov te šole zajema paciente v stanovanjski skupnosti in delajo z njimi. Pri svojem delu pogosto uporabljajo video tehniko (uporabljajo jo tudi na inštitutu). Poslužujejo se raznih projektivnih tehnik ter različnih testov, prirejenih v te namene, npr. test z avtokinetično svetlobo, ki ga uporabljajo v diferencialno diagnostične namene ter za ugotavljanje skupinskih vplivov na podlagi različne dinamike pred seansami in po njih. Na podlagi elektroencefalografskih (EEG) posnetkov proučujejo spanje in vplive sanj. Raziskovalna

GRENKE IZKUŠNJE SO MI DALE NAJVIŠJI NAUK: ZADRŽEVATI JEZO. IN KOT SE ZADRŽEVANA TOPLOTA PRETVORI V ENERGIJO, TAKO SE NAŠA NADZOROVANA JEZA SPREMENI V SILO, KI LAHKO POGANJA SVET.

Gandhi

skupina na inštitutu skrbi tudi za perspektivo in bodoče delo. Medicinske sestre se izobražujejo na posebnih seminarjih, v skupinah pridobivajo dodatno znanje. Izobraževanje je za vse permanentno.

Uspehi zdravljenja so v primerjavi s klasičnim zdravljenjem veliko boljši. Kljub dolgotrajni hospitalizaciji nimajo težav pri plačevanju oskrbnih dni. Državne institucije in tudi socialno zavarovanje gojijo pozitivne odnose do dinamične psihiatrije oziroma do teh institucij tudi zato, ker se morajo pacienti po odpustu iz bolnišnice sami preživljati. Če tega ne zmorejo, pa morajo priti nazaj na inštitut.

Idrija, 9. oktobra 1984

Milena Rozman, višja
medicinska sestra

STROKOVNA EKSKURZIJA OPERACIJSKIH MEDICINSKIH SESTER V BEOGRAD

Sekcija operacijskih medicinskih sester pri Zvezi društev medicinskih sester Slovenije je v okviru svojega delovnega programa za leto 1984 v mesecu oktobru organizirala dvodnevno strokovno ekskurzijo na Vojnomedicinsko akademijo v Beograd. Ekskurzije so se udeležile operacijske medicinske sestre iz vse Slovenije.

Bilo nas je 37. Potovali smo v dveh skupinah, in sicer ena iz Maribora, druga pa iz Ljubljane, srečali pa smo se v Beogradu. Takoj po prihodu smo se odpravili na ogled Vojnomedicinske akademije. O tej ustanovi smo že veliko slišali od drugih zdravstvenih delavcev, ki so jo že obiskali pred nami. Vedeli smo, da se bomo srečali s sodobno grajeno in opremljeno zdravstveno organizacijo, toda to, kar smo videli, nas je prevzelo. Že impozantna arhitektura same stavbe je naredila na nas mogočen vtis, nepozabna pa je tudi pozornost in gostoljubnost, ki smo je bili deležni. Že na vhodu, točno ob 9. uri, nas je čakala in sprejela delegacija kolegic in kolegov z glavno medicinsko sestro te ustanove na čelu. Povabili so nas v predavalnico, kjer nam je glavna sestra zaželela dobrodoščilo in nam s pomočjo filma predstavila Vojnomedicinsko akademijo v vsej svoji dejavnosti. Po kratki osvežitvi smo se razdelili v tri skupine in si pod strokovnim vodstvom ogledali: operacijski blok, centralno sterilizacijo, intenzivno terapijo, poliklinično dejavnost z urgentnim blokom in pa eno od tipiziranih hospitalnih enot. Povsod smo bili toplo sprejeti, posebno še pri naših kolegicah in kolegih, ki so ljubeznivo in neutrudno odgovarjali našim radovednim vprašanjem.

Opisati v kratkem članku močne vtise in notranja občutja je nemogoče. Lahko pa z nekaj besedami povemo, da smo videli, kar do sedaj na podobnih srečanjih še nismo, in to je:

- naj sodobnejšo gradnjo bolnišničnih prostorov in
- operacijski blok s 16 operacijskimi sobami. Te sobe so zaokrožene. Vse aparature in priključki so na stropnih ali stenskih stativih (luči, elektroskalpel, mikroskop, rtg aparat, laser, medicinski plini in drugo). V operacijski prostor vertikalno vpihujejo sterilni zrak, zato je v tem prostoru nadtlak tako, da ni mogoč vdor zraka iz sosednjih prostorov. Prenašanje vreč z umazanim perilom in smetmi ni potrebno, ker jih skozi posebna vrata neposredno iz operacijskega prostora pahnejo na zunanji hodnik in posebna strežna služba te vreče sproti odnaša. Na dve operacijski sobi je ena substerilizacija s pralnim strojem za instrumente, z avtoklavom, hitrim sterilizatorjem in termostatsko omarico za gretje tekočin. Vse inštalacije so v steni, ki je dostopna od zunaj, tako da ob morebitnih okvarah pride servisna služba in napako odpravi, ne da bi stopila v operacijski prostor. Operacijskih strežnic nimajo. Pomožna dela opravljajo bolničarji. Čiščenje opravlja specializirana čistilna ekipa za zaprte cone v popoldanskem času.

Dobro so opremljeni z inštrumentarijem, pomično opremo, šivalnim materialom in materialom za enkratno uporabo.

Imajo pa tudi odlično organizirane službe. V dopoldanskem času opravijo do 60 zahtevnih operativnih posegov.

Takšni uspešnosti gotovo botruje vrhunska opremljenost prostorov, dobra organizacija in pa timska uglašenost.

Čas ob pogovorih in ogledih je hitro bežal. Naenkrat se je zaključil delovni dan in morali smo se posloviti. Šele tedaj smo opazili, da smo utrujeni, da je za nami naporen, vendar uspešen dan.

Naslednji dan smo se odpeljali na Dedinje in se v Hiši cvetja poklonili spominu tovariša Tita.

Ob ogledu Beograda smo sklenili našo strokovno ekskurzijo in se polni strokovnih informacij in čudovitih vtisov vrnili na svoja delovna mesta z željo, da bi si lahko še v prihodnje obogatili naše znanje s tako odlično organiziranimi strokovnimi ekskurzijami.

Ada Ličen, predsednica sekcije

ŠESTI GIESENSKI MEDNARODNI IZOBRAŽEVALNI DNEVI NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE BOLNIKA

Organizacijski komite mednarodnih izobraževalnih dnevov na področju zdravstvene nege organizira od 13. do 15. marca 1985 že tradicionalne izobraževalne dneve v Giessnu (Philosophikum II der Justus-Liebig-Universität Giessen, Karl-Glöckner-Str. 21, 6300 Giessen, Deutschland).

Program

13. marca 1985

NUJNA PSIHIATRIČNA POMOČ

- Nujna psihiatrična pomoč pri zlorabi in problemih odvisnosti (W. Feuerlein, München, ZRN)
- Nujna psihiatrična pomoč pri psihoreaktivnih motnjah (D. Ladewig, Basel, Švica)
- Nujna psihiatrična pomoč pri možganskih motnjah (E. Renfordt, Berlin, ZRN)
- Nujna psihiatrična pomoč pri shizofreniji (C. Haring, Düsseldorf, ZRN)
- Nujna psihiatrična pomoč z vidika negovalnega osebja (M. Schmahl, Alzey, ZRN)
- Nujna psihiatrična pomoč pri afektivnih psihozah (H. Busch, Giessen, ZRN)

KRATKI SEMINARJI

- Uporaba EDV v negovalnem procesu: filozofija, pogoji in organizacija (H. Veldhorst-Groenewegen, Den Haag, Nizozemska)
- Razmišljanja o raziskavah na področju zdravstvene nege: Obstaja možnost, da se iz tega na področju zdravstvene nege v Evropi razvije podlaga za prihodnost? (E. Stussi, Köbenhavn, Danska)
 - Struktura in organizacija negovalne službe v bolnišnici (D. Hohlin, Offenbach, ZRN)
 - Kazensko-pravni problemi pri dejavnosti medicinskih sester in bolničarjev (G. Schewa, Giessen, ZRN)
 - Nega ohromelega bolnika – začetek dolgotrajne nege (W. Grosse, Bad Wildungen, ZRN)

- Rezultati in vplivi raziskave SZO Proces zdravstvene nege na zdravstveno nego v Sloveniji (M. Šlajmer-Japelj, Maribor, Jugoslavija)
- Kaj razumemo pod pojmom poklicna filozofija. Razmišljanja ob razvoju poklicne etike (M. Ferguson, London, Velika Britanija)
- Sodelovanje negovalnih poklicev v zdravstvu (F. Dittrich, Graz, Avstrija)
- Ambulantna zdravstvena nega otrok s tumorji – vključevanje bolnikov, staršev, bratov in sester v normalno življenje (R. Hunzinger, Basel, Švica)
- Mnenja o raziskavah zdravstvene nege bolnika (A. Grauhan, Stuttgart, ZRN)

13. marca 1985

RAZPRAVA I: ZADOVOLJSTVO BOLNIKOV – ZADOVOLJSTVO PRI DELU: MED ZAHTEVAMI IN STVARNOSTJO

14. marca 1985

RAZVOJ IN NAPREDEK PRI ZDRAVLJENJU RAKAVIH BOLNIKOV

- Nova spoznanja pri nastanku rakavih obolenj (H. Bauer, Giessen, ZRN)
- Nega rakavih bolnikov – izziv za negovalno osebje (A. Glaus, St. Gallen, Švica)
- Zgodnje odkrivanje malignega melanoma (L. Illig, Giessen, ZRN)
- Razvoj kirurgije pri rakavih obolenjih (F. Harder, Basel, Švica)
- Možnosti obsevanja (B. van der Werf-Messing, Rotterdam, Nizozemska)
- Dosežki in neuspehi pri zdravljenju s citostatiki (A. Stacher, Dunaj, Avstrija)
- Zdravljenje rakavih obolenj pri otrocih (F. Lampert, Giessen, ZRN)
- Področno zdravljenje tumorjev (K. Aigner, Giessen, ZRN)
- Težave pri ocenjevanju uspešnosti terapije (W. Lorenz, Marburg, ZRN)
- Rehabilitacija rakavih bolnikov (J. Hess, Marburg, ZRN)

SEMINARJI

- Administracija, potrebe po delavcih in nadomeščanje v negovalni službi v bolnišnici s 400 posteljami (P. Gössweiner, Amstetten, Avstrija)
- Tako zdrav in negovan, kot je to le mogoče – razmišljanja o podružbljanju zdravstvene nege (R. Kratz, Eastbourne, Velika Britanija)
- Negovalni proces v Švici: rezultati raziskovalnega projekta in njegove posledice (M. Weber, Lausanne, Švica)
- Stres in njegovo obvladovanje (H. Siebers, Offenbach, ZRN)
- Cilji in dosežki izobraževanja na področju zdravstvene nege v Luksenburgu (C. Kuffer)

14. marca 1985

- Predstave o negi in vpliv njenih dosežkov na naše delovanje in učenje na področju zdravstvene nege (M. Krohwinkel, Essen, ZRN)
- Tarifni pravilniki uslužbencev na področju nege bolnika (S. Schulz, Hamburg, ZRN)
- Vsebina in meje delovnega področja zdravstvene nege glede na zakonske predpise (M. Heinze, Giessen, ZRN)
- Kaj naredi zdravstveno nego pri dolgo ležečih bolnikih zanimivo? (R. Wolf-Signer, Schaffhausen, Švica)
- Ali je zdravnik predstojnik negovalnemu osebju? (H. Zagar, Braunschweig, ZRN)
- Primarna zdravstvena oskrba v Afriki – pomen izobrazbe za samopomoč (CH. Gagel, Giessen, ZRN)
- Funkcionalni oddelek – sodelovanje med bolnikom, osebjem in tehniko (D. Krämer, Koblenz, ZRN)

- »Prehodna nega« – nova usmeritev geriatrične nege (E. Böhm, Dunaj, Avstrija)
- Management in nega bolnika (H. Steppe, Frankfurt, ZRN)
- Ambulantna zdravstvena nega – možnosti in merila (R. Höffert, Neuwied, ZRN)

15. marca 1985

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PRED OPERACIJO IN PO NJEJ

- Pooperativna intenzivna terapija: indikacije, postopki in dosežki (D. Inthorn, München, ZRN)
- Srčna operacija – vtisi bolnika (G. Hansel, Frankfurt, ZRN)
- Pooperativna zdravstvena nega. Kateri ukrepi so smiselni in nujni (G. Nolte, Seelscheid, ZRN)
- Tehnike za boljšo komunikativnost pri svežih operiranih, intubiranih in težko bolnih (A. Börsig, Berlin, ZRN)
- Skupinski dinamični pogledi na zdravstveno nego bolnikov z zapleti v pooperativnem procesu (B. Klapp, Giessen, ZRN)
- Duhovniško spremljanje bolnika pred operacijo in po njej (W. Stroh, Giessen, ZRN)

KRATKI SEMINARJI

- Kako lahko področje zdravstvene nege motiviramo za gospodarnejše ravnanje (W. Fack, Düsseldorf, ZRN)
- Filozofija poklica medicinske sestre (E. Kübler, Ludwigshafen, ZRN)
- Belgijske izkušnje z mednarodno raziskavo Proces zdravstvene nege (N. Delmotte, Leuven, Belgija)
- Celovita zdravstvena nega – prikazana kot nega z bolnikom in ne za bolnika (A. Erharter, Schwarzach, Avstrija)
- Načrtovanje službe s pravniškega vidika (U. Merkel, Neustadt, ZRN)
- Napetost med tehniko in človeško naklonjenostjo v intenzivni medicini (F. Salomon, Giessen, ZRN)

RAZPRAVA II: TEHNIKA V MEDICINI – NAPREDEK ALI NAZADOVANJE

Prev. J. Tomšič, Maribor

OBVESTILO

Vse zdravstvene delavce, še posebej medicinske sestre, zdravstvene tehnik in študente zdravstvenih šol obveščamo, da imamo še na voljo zadnjo lansko številko Zdravstvenega obzornika, ki vsebuje obsežen in bogato ilustriran članek o oživiljanju. Članek je ponatis četrtega poglavja iz knjige prof. dr. Ivana Kalinška NUJNA MEDICINSKA POMOČ, ki jo je leta 1984 izdala Dopisna delavska univerza Univerzum iz Ljubljane.

Cena navedene številke Zdravstvenega obzornika je 80 din.

Uredništvo

OSAMLJEN JE LAHKO LE ZELO MLAD ČLOVEK, KI IMA PRED SEBOJ ŠE VSE SVOJE SANJE, ALI PA ZELO STAR ČLOVEK, KI IMA ZA SEBOJ ŽE VSE SVOJE SPOMINE.

Regnier



10-LETNICA SEKCIJE OPERACIJSKIH MEDICINSKIH SESTER

Sekcija operacijskih medicinskih sester je bila ustanovljena 21. februarja 1975 v Mariboru, njena prva predsednica pa je bila Jožica Tomšič.

Sekcija je skoraj vsako leto organizirala po tri seminarje v različnih krajih Slovenije in po eno strokovno ekskurzijo ter tako veliko prispevala k povezovanju in stalnemu strokovnemu izpopolnjevanju operacijskih medicinskih sester, k organizirani obravnavi aktualnih nalog in problemov na področju zdravstvene nege, v zadnjem času pa prizadevno sodeluje pri opredeljevanju vsebine usmerjenega izobraževanja na njihovem delovnem področju.

Vsem članicam sekcije želimo še veliko uspehov in osebnega zadovoljstva pri opravljanju samostojnih in odgovornih nalog v operacijskem oz. zdravstvenem timu ter pri uresničevanju njihove društvene dejavnosti.

ZDMSS

beležke ob knjigah

Ivan Kalinšek: NUJNA MEDICINSKA POMOČ

Dopisna delavska univerza Univerzum; Ljubljana 1984; 290 strani, 134 večinoma večdelnih slik, 73 citiranih virov, cena: broširana 820 din, trda vezava 950 din.

V SR Sloveniji smo zlasti v zadnjih tridesetih letih veliko naredili za razširjanje znanja t. i. **laične prve pomoči** – torej pomoči, ki jo dajejo nestrokovnjaki neposredno po nezgodi na kraju samem, pa tudi **polstrokovne prve pomoči**. To dajejo prostovoljni prvi pomagalci, izšolani v 20- in 80-urnih tečajih prve pomoči Rdečega križa. Za to področje je Rdeči križ postopoma pripravil sodobne učne načrte, priročnike in učbenike, potrebne učne pripomočke in opremo. Samo v zadnjih desetih letih je za pouk te prve pomoči vzgojil prek 700 zdravnikov, 800 medicinskih sester ter 700 prosvetnih delavcev. V tem času je na različnih ravneh opravilo tečaje prve pomoči čez 360.000 tečajnikov vseh starosti. Vse to delo izhaja iz predpostavke, da mora pomagati prvi, ki je priča ali pride prvi na kraj nezgode. To pa največkrat ni zdravstveni delavec!

Do izida knjige prof. dr. Ivana Kalinška nismo imeli posebej zbranih, pregledno in logično razporejenih osnovnih napotkov za t. i. **nujno medicinsko pomoč**, ki vključuje tudi **zdravniško prvo pomoč**. Tu gre za tisto prvo pomoč, ki naj bi jo na kraju dogodka pri poškodovanem, nenadno obolelem ali zastrupljenem človeku dal kvalificirani zdravstveni delavec, predvsem zdravnik v osnovni zdravstveni dejavnosti na terenu, pa tudi višje medicinske sestre in zdravstveni tehniki.

Nujna medicinska pomoč je izredno pomemben del zdravstvenega varstva občanov in pomeni dajanje ustreznih strokovnih medicinskih pomoči in oskrbe nenadno obolelemu, zastrupljenemu ali poškodovanemu na kraju samem ter med prevozom v zdravstveno ustanovo. Nujna medicinska pomoč je potrebna tudi v zdravstveni ustanovi, če pri

bolnikih nenadoma nastopijo stanja in komplikacije, ki ogrožajo njihovo življenje. Zato mora postopke sodobne nujne medicinske pomoči poznati vsak zdravstveni delavec, ne glede na to, kje je zaposlen in jih dosledno izvajati, kadar in kjerkoli je potrebno. Take situacije pa se danes pojavljajo povsod, ne napovedano in na najmanj pričakovan način. Travmatska epidemija in številna nujna bolezenska dogajanja to samo potrjujejo!

Če upoštevamo še možnost večjih nesreč, zlasti naravnih (potresi, poplave, velike prometne nesreče ipd.) ali celo morebitnega vojnega napada, pa je povsem razumljivo, da bi moral obvladati čimveč ukrepov iz nujne medicinske pomoči vsak zdravstveni delavec in sodelavec. Tedaj namreč ne moremo računati na strokovno pomoč redne zdravstvene službe, saj ne bi zmogla pomagati hkrati tolikšni množici poškodovancev. Zato bi znanje prve pomoči in nujne medicinske pomoči dejansko odločalo o življenju in smrti veliko ljudi. Pri tem je odločilnega pomena, da se enotni doktrinarni postopki in ukrepi dosledno izpolnjujejo. Pogoji za to pa je njihovo obvladanie v teoriji in praksi.

Vsebina je v knjigi pregledno in logično razporejena na zaokrožena poglavja, opisi so enostavni in brez nepotrebnih obsežnejših teoretičnih razlag. Osnovni napotki za prvo pomoč so le omenjeni, poudarek je na najnujnejših načelih sodobne nujne medicinske pomoči. Osnovna doktrinarna izhodišča so preprosto in jasno razložena, strokovna slovenska beseda je klena in razumljiva. Za hitro orientacijo v knjigi je pripravna podrobna decimalna razdelitev poglavij in podpoglavij ter pregledno vsebinsko in stvarno kazalo. Številne enostavne in nazorne ilustracije pojasnjujejo osnovne ukrepe in olajšujejo razumevanje obravnavane snovi.

V uvodu so opisani pomen in naloge prve medicinske pomoči ter reševanje in položaji poškodovancev oziroma obolelih. **Oživljanje** je prikazano sodobno, na osnovi ABCD programa oživljanja. Že tu prvič vidimo, kaj naj sledi osnovni laični prvi pomoči. V tem smislu se dopolnjuje snov tudi v vseh drugih poglavjih knjige. Pri **krvavitvah in hemostazi** so opisani vsi ukrepi za zaustavljanje raznih vrst krvavitev. Pri **šoku** so zlasti pomembni ukrepi na terenu, prav tako ukrepi pri vseh

vrstah **nezavesti**. Obsežno poglavje **akutnih zastrupitev** skoraj leksikografsko obravnava vse najpogostejše možnosti in potrebne ukrepe. Do sedaj takšnega pregleda v tovrstnih učbenikih še nismo imeli. Prav tako so tudi pregledno obravnavane **poškodbe** vseh vrst. Dosti novega je tudi v poglavju **nenadna nagla obolenja**, kjer so podrobneje obravnavana takšna obolenja. Gre za obolenja dihal, srca in ožilja, nagla trebušna in urološka obolenja, urgentna stanja v ginekologiji in porodništvu ter v nevrologiji in akutne duševne motnje. Pri transportu sta podrobneje prikazana prenos in prevoz poškodovancev in bolnikov. Knjigo zaključuje podrobnejši **opis opreme** za nujno medicinsko pomoč na terenu.

Knjiga prav gotovo dopolnjuje in izpopolnjuje naše dosedanje znanje prve pomoči in ga dviga na višjo raven. Zato je pomembna za študente medicine in stomatologije ter višjih zdravstvenih šol in tudi za zdravstvene delavce in sodelavce, zlasti pa za zdravnike splošne medicine. Še posebej bo dobrodošla vsem, ki delajo zunaj bolnišničnih ustanov, morajo pa vseeno poznati načela prve pomoči in nujne medicinske pomoči. Ker nova programska jedra še krepijo mesto in obseg pouka prve pomoči tudi za farmacevte, bo učbenik tudi tu pomembno orožje za njeno solidnejše znanje. Zato naj bi to knjigo imeli v priložnih knjižnicah tudi v vseh lekarnah in povsod tam, kjer delajo farmacevti. Kaj je lepšega, kot če znamo in uspešno pomagamo sočloveku v življenjski nevarnosti!

mag. Dušan Repovš, dr. med.

Dr. Kurt Kancler: ŽELIM ZDRAVEGA OTROKA! PRIROČNIK ZA SLOVENSKE STARŠE.

Založba Obzorja, zbirka Slovenski dom 8, Maribor 1984; 429 strani, 16 barvnih fotografij (Smiljan Pušenjak), 97 črtnih črno-belih risb (Maja Kocmut) in 26 večinoma obsežnejših tabel, cena 1970 din.

V predgovoru nas pisec – znani mariborski otroški zdravnik – opozori, kolikokrat slišimo in beremo: Otroci so naše največje

bogastvo! pa Zdravje otrok je naša prva skrb! To zdravje pa ni nekaj samo po sebi umljivega; da ga ohranimo oziroma ponovno pridobimo, potrebujemo precej znanja in nemalo truda. Ker tega ne zmorejo zdravstveni in drugi strokovni delavci sami, moramo prav vsi – zlasti pa starši – skrbeti za zdravje naših otrok. Za to pa potrebujemo znanje, ki ga marsikomu in marsikje še manjka. To vrzel želi zapolniti ta knjiga, obenem pa še odgovoriti in pojasniti, zakaj tako in ne drugače – torej veliko več, kot običajno strokovno »navodilo za uporabo«. Ker pa so naši ljudje večinoma že dovolj zdravstveno razgledani, jim daje tudi vzročne povezave med stvarmi in dejanji. Tudi zato, ker je otrok pri nas čedalje manj, je potrebno, da tistim, ki jih imamo, zagotovimo vse potrebno za dober razvoj, normalno rast in da preprečimo vse tiste bolezni in nevarnosti, ki jih že znamo. Znanje je tudi tu pomembno orožje, saj pri zdravju gre za boj, za napredek, za izboljšanje!

Uvodoma opiše, koliko nas je, kakšna je rodnost; umrljivost dojenčkov je nizka, število splavov se ne zmanjšuje. Vse to vpliva na naravni prirastek, kjer moramo upoštevati še selitve (zdomstvo). Ko se mamica in očka srečata, je odprta pot k novemu življenju. Otrok naj bi bil spočet, rojen in se razvijal v okolju, ki mu daje telesno, duševno in socialno-ekonomsko blagostanje. Zato naj zdrav mož in zdrava žena hoté v zakonu spočneta novo življenje – zaželenega otroka. Možnosti za to zagotavlja načrtovanje družine, na vse drugo pa je treba misliti pravočasno.

V poglavju **Razvijal sem se že pred rojstvom** je opisan razvoj otroka od spočetja do poroda, prikazane so nevarnosti za mater in plod, poudarjen je zdrav način življenja in delež posvetovalnice za nosečnice. Po **porodu** so obširneje opisane tudi **otrokove posebnosti in značilnosti**, kot jih vidi sodobno otroško zdravstvo. Praktično so prikazane najpogostejše posebnosti otroka, ki bi jih morali starši poznati, da bodo lažje spremljali in podpirali rast in razvoj svojega otroka, upoštevali njegovo popolno odvisnost od njihove ljubeče skrbi in pravičnega ukrepanja ter razumeli različno delovanje posameznih organov.

Razvojna obdobja otroka: novorojenec, dojenček, mali otrok, predšolski otrok, šolski otrok, pubertetnik in mladostnik so ogrodje, ob katerem so nanizane vse osnovne značilnosti, pa tudi potrebe. Po istem sistemu je kasneje obdelana tudi snov v naslednjih poglavjih. Le **nedonošenčku** je posvečeno svoje poglavje. To gradivo zaključuje podrobnejši prikaz **rasti in razvoja** ter sprotnih potreb otroka.

Skrbno in pregledno je obravnavana **otrokov prehrana**, ki ji moramo posvečati precej več pozornosti kot pri odraslem. Za vsa obdobja rasti in razvoja so navedena podrobnejša navodila in napotki, zlasti za dojenčka. Tudi prehrana otroka je namreč del širše prehranske in splošne kulture.

V poglavju o **negi otroka** je opisanih večina stvari, ki spadajo sem: telesna nega, obleka in obutev, spanje in počivanje, svež zrak in sončenje, telesne aktivnosti in smotrni dnevni red.

Pisec posebej obravnava še **varstvo otrok, delo zdravstvenih ustanov**, zlasti še **cepljenje**, zadnje poglavje pa je namenjeno **bolnemu otroku**. Poleg splošnih pojmov so podrobneje zajete vse bolezni in nevarnosti za zdravje do motenosti v razvoju.

Knjigo zaključujeta **register** slovenskih pojmov in strokovnih izrazov, ki je kar mali poljudni slovarček. Oba bosta s podrobnim **vsebinskim kazalom** precej olajšala iskanje snovi v knjigi in njeno razumevanje.

Cena je razmeroma visoka, a vsebina tako bogata, da bi morala ta knjiga – kot že veliko podobnih prejšnjih, a ne enakih del – priti v roke vsem, ki želijo dobro zdravje svojim in našim otrokom!

mag. Dušan Repovš

Janko Kostnapfel: DRUGA KATAMNEZA BIVŠIH BORCEV Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

Zdravstveno varstvo. Posebna publikacija št. 13/84. Ljubljana, 1984; 96 strani; cena: 450 din.

Tretja raziskava, ki jo je avtor, psihiater prof. dr. Janko Kostnapfel posvetil 30-letnici Psihiatričnega dispanzerja Univerzitetne

psihiatrične klinike v Ljubljani, nadaljuje obravnavo naših bivših borcev z duševnimi motnjami.

Prva raziskava – **VOJNA KOT SPROŽILNI VZROK PSIHIATRIČNIH MOTENJ PRI NAŠIH NEKDANJIH BORCIH** (Zdravstveno varstvo. Posebna publikacija št. 1/73. Ljubljana, 1973; 141 strani) temelji na opazovani skupini slučajnostnega vzorca 60 bivših borcev – nevrotikov in alkoholikov (skupno število registriranih in obravnavanih psihiatričnih pacientov – bivših borcev je bilo 1564). Skupina je bila uravnotežena po metodi »matching« s primerjalno skupino slučajnostnega vzorca 60 psihiatričnih pacientov, ki niso bili v partizanih. Povprečna starost opazovane skupine je bila 45,8 leta, primerjalne 46,5 leta, obeh skupin skupaj pa 46,2 leta. Pri pacientih – bivših borcih je dosegla nevrozogena napenjalna faza skrajno mejo svoje napetosti prav v medvojnem in takoj v povojnem obdobju, zato so izražene statistično značilne razlike. Ti pacienti so izražali bolj površno ležečo konfliktnost, pacienti primerjalne skupine pa globljo represijo emocionalnih konfliktov. V opazovani skupini je bilo statistično značilno več upokojenih in upokojitve željnih pacientov kot v primerjalni. Raziskava v tej zvezi opredeljuje tudi upokojitveno nevrozo. Za paciente opazovane skupine so bile obremenitve v narodnoosvobodilni borbi tako pomembne, da so privedle tudi pri njihovi manjši nevrotski pripravljenosti do izražanja nevrotičnih simptomov.

Druga raziskava – **KATAMNEŠTIČNI IZVID BIVŠIH BORCEV Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI PO PETIH LETIH** (Zdravstveno varstvo. Posebna publikacija št. 2/78. Ljubljana, 1978; 91 strani) je zajela od prvotnih vzorcev po 60 pacientov v opazovani skupini še 49, primerjalna skupina pa še 53 pacientov (drugi so medtem umrli; skupno število registriranih in obravnavanih psihiatričnih pacientov – bivših borcev se je povečalo na 1954). Povprečna starost opazovane skupine je bila ob prvi katamnezi 50,9 leta, primerjalne 51,6 leta, obeh skupin skupaj pa 51,3 leta. Zdravstveno stanje pacientov obeh skupin je avtor primerjal med seboj (horizontalna komparacija) in še s tistim pred petimi leti (vertikalna komparacija).

Raziskava je pokazala, da se je duševno, telesno in socialno zdravstveno stanje pacientov – bivših borcev v primerjavi s pacienti, ki niso bili v partizanih, v petletnem katamnesticnem obdobju sorazmerno izboljšalo in ustalilo in je bilo takrat boljše, kot je bilo pričakovati ob prvi raziskavi.

Tretja raziskava – DRUGA KATAMNEZA BIVŠIH BORCEV Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI – je zajela obdobje od 1. 5. 1976 do 31. 12. 1982, torej šest let in osem mesecev. V opazovani skupini je bilo še 41 pacientov, v primerjalni pa 49 pacientov (v prvi skupini jih je od prvotnega vzorca umrlo 19, v drugi pa 11; skupno število obravnavanih psihiatričnih pacientov – bivših borcev se je povečalo na 2076). Povprečna starost opazovane skupine je bila 57,6 leta, primerjalne 58,3 leta, obeh skupin skupaj pa 57,9 leta. Obe skupini pacientov sta primerjani med seboj za obdobje med prvo in drugo katamnezo (horizontalna komparacija), glede na možnosti še z zdravstvenim stanjem v prvi katamnezi (vertikalna komparacija) in tudi s tistim pred 11 leti (dvojna vertikalna komparacija).

Raziskava zajema duševne motnje, telesno in socialno stanje obravnavanih pacientov, glede na njihovo starost (okvirno 58 let za obe skupini) pa so dodani še problemi staranja ter psihološke kategorije, ki se uporabljajo pri mentalno-higienskih obravnavah starostnikov (nad 65 let). Sklepne ugotovitve se nanašajo na register bivših borcev, na umrljivost, bivališče, stan, zaposlitev, ekonomski položaj, družinske oziroma osebne razmere in odnose z okolico, na telesne bolezni in starostne pojave, nevrotične motnje, alkoholizem in druge toksikomanije, na prosti čas, družbeno dejavnost, na osebnost, diagnoze in depresijo po samopresoji ter na deset psiholoških kategorij (osamljenost, dolgčas, zgrešenost življenja, občutek krivde, življenjska naveličanost, bojazen pred višjo starostjo, strah pred umiranjem, strah pred smrtjo, posmrtno življenje, smisel življenja). Mlajša generacija statistično značilno pogosteje doživlja občutek krivde in zgrešenosti svojega življenja kot 18 let starejša – »Ali je mlajša generacija vsemu navkljub res preživljala hujšo in manj primerno mladost kot starejša? Ali pa takšno občute-

nje in doživljanje zaradi degenerativnih procesov v višji starosti morda zbledi?« (str. 93).

Publikacija je vsebinsko in metodično zanimiva in pomembna. Še posebej jo priporočamo zdravstvenim in socialnim delavcem, psihologom in sociologom, ki jih zanima »življenjski komfort« bivših borcev ali pa se z njimi srečujejo pri njihovi zdravstveno-socialni obravnavi.

Naročila zanjo sprejema Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo, Trubarjeva 2, 61000 Ljubljana, njena cena pa je 450 dinarjev.

J. Strajnar

Skupina dvaintrideset avtorjev: PROSTOVOLJNO DELO NA PODROČJU SOCIALNIH DEJAVNOSTI

Zbornik strokovnih razprav. Uredili B. Mesec in sodelavci. Višja šola za socialne delavce Univerze E. Kardelja v Ljubljani – zbirka Socialno delo 3; založba DDU Univerzum, Ljubljana 1984; 264 strani, cena 700 din; naroča se na Višji šoli za socialne delavce, Šaranovičeva 5, Ljubljana.

V sedemdesetih letih so v SR Sloveniji ponovno oživele in se naglo razvile tudi različne nove oblike prostovoljnega dela na najširšem področju družbenih dejavnosti, predvsem kot obinstitucionalna pomoč posameznikom, družinam in drugim skupinam oziroma skupnostim v različnih težavah zlasti zdravstvene in socialne narave. To širjenje in vključevanje vse večjega števila nepoklicnih prostovoljnih, »laidnih« sodelavcev so spremljale tudi spremembe v odnosu strok do prostovoljnega dela na najširšem področju družbenih dejavnosti od socialnega varstva, zdravstva, vzgoje in izobraževanja do otroškega varstva, pa tudi spremembe oblik in načinov tega dela.

V zborniku je objavljena večina razprav in poročil na posvetovanju o prostovoljnem delu v družbenih dejavnostih, ki je bilo v Ljubljani 12. in 13. 2. 1982 ter na seminarju o organizaciji prostovoljnega dela, ki je bil

marca 1983, tudi v Ljubljani. S tem širša strokovna in »laična« javnost dobivata vpogled v dosedanje dosežke in perspektive nepoklicnega prostovoljnega dela pri nas. Obenem bo to omogočilo tudi širšo javno strokovno razpravo o posameznih vidikih in vprašanih tega dela, zlasti o njegovih vsakodnevni praktičnih vidikih. Obenem pa lahko predvidevamo, da bo to nova vzpodbuda za nadaljnji razmah takega dela.

Gradivo je razvrščeno v štiri vsebinsko različna področja. Po preglednem predgovoru v prvem (Družbeni pomen nepoklicnega prostovoljnega dela) obravnava družbeni pomen nepoklicnega prostovoljnega dela, njegove učinke na prostovoljne sodelavce same, na uporabnike, na strokovnjake, na ustanove in na širše družbeno okolje. Posebej obravnava pomen tega dela glede na sedanje stanje in naloge na področju socialnega varstva, predvsem v smislu njegovega podružbljanja. Sociološki vidik obravnava prispevek o odnosu med solidarostjo in prostovoljnimi delom, ki pokaže različne tipe solidarnosti in povezanost solidarnega vedenja s širšimi družbenimi dogajanja. Obravnava so tudi protislovja, do katerih pride zaradi institucionalizacije življenja v družbi. Opisana je vloga prostovoljnega dela pri preoblikovanju ustanov. Pri obravnavi izkušenj iz krajevne skupnosti pa je poudarjeno, da moramo ljudi vzpodbujati k samostojnemu reševanju problemov v skupnosti in k večjemu medsebojnemu povezovanju.

Drugo poglavje (Etična in pravna vprašanja nepoklicnega prostovoljnega dela) odpira etične dileme, pa tudi pravna vprašanja, predvsem vprašanja pravne odgovornosti.

V tretjem delu (Strokovne osnove nepoklicnega prostovoljnega dela) so obravnavani zlasti: odnos med prostovoljnimi in poklicnimi delom, organizacija in oblike prostovoljnega dela z ljudmi, metode tega dela ter usposabljanje in vodenje prostovoljnih sodelavcev.

Zadnji del (Področja nepoklicnega prostovoljnega dela) pa prinaša poročila o praktičnih primerih tega dela: o organiziranju igralnih dejavnosti otrok v novi mestni krajevni skupnosti, o delu študentov z otroki v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani ter v vzgojni svetovalnici v Mariboru, o drugovanju starejših učencev z mlajšimi, ki imajo različne psihosocialne težave, v Splitu; o delu z mladostniki v mladinskem klubu, pri izvrševanju vzgojnih ukrepov, v krajevni skupnosti; o pomoči invalidnim in starejšim osebam – vse tudi z organizacijskimi podrobnostmi in izkušnjami.

Viri so največkrat navedeni kar med prispevki ali na koncu, to pa omogoča bolj zainteresiranemu bralcu širši razgled skozi tovrstne prispevke, ki so precej raztreseni po najrazličnejših strokovnih revijah; navedenih pa je tudi več raziskovalnih poročil, ki so sicer manj dostopna.

Skratka – gre za izredno zanimivo branje, ki daje dober vpogled v to novo, a zelo perspektivno področje dela in sodelovanja med ljudmi – tako strokovnjakov kot laikov. Zato ga lahko kar najbolj priporočimo vsem, ki jih to področje zanima ali pa bi jih celo moralo zanimati.

mag. Dušan Repovš

V TRENUTKU KO JE POPUSTIL OPRIMEK, MI JE BILO POPOLNOMA JASNO, DA BOM PADEL IN DA BOM UMRL. NOBENEGA STRAHU NISEM OBČUTIL. ČUTIL PA SEM, DA SE PREVRAČAM, IN BIL SEM CELO PRESENEČEN, DA ME NI NIČ ZABOLELO, KO SE JE NAENKRAT VSE STEMNILO OKROG MENE. POTEM VEM SAMO ŠE TO, DA MI JE V TEMI, KI ME JE OBDAJALA, SRCE DIVJE BOLEČE RAZBIJALO, IN SPET ME JE SPRELETELO SPOZNAVJE, V KATEREM NI BILO NITI TROHICE STRAHU, DA BOM ZDAJ UMRL, IN SEM SE ČUDIL, DA JE TO TAKO LAHKO, IN VESELIL, DA ME KMALU NE BONIČ VEC BOLELO.

Reinhold Messner, alpinist

zanimivosti

MEDICINSKA SESTRA OB POŠKODOVANCU ALI NENADNO OBOLELEM

Dolžnost prve pomoči je le izjemoma vezana na delovno mesto (npr. zdravstveno osebje na športnih prireditvah ali zborih veliko obiskovalcev), v glavnem pa je poklicna dolžnost, ki jo zdravstveni delavec mora sprejeti, kakor hitro začne delati v svojem poklicu, praktično takrat, ko dobi diplomu zdravstvene šole. Lepa navada je, da se najpozneje ob tej priložnosti z obljubo zaveže, da bo izpolnjeval načela kodeksa etike. S tem je prevzel tudi moralno obveznost, da bo dajal prvo pomoč, dolžnost, ki ga bo odslej vezala vse življenje, ne glede na to, ali bo v delovnem razmerju ali ne, torej tudi zunaj delovnega mesta ali celo med dopustom. Enako je naš zakon opredelil to dolžnost in jo poglobil z opozorilom, da je zdravstveni delavec dolžan dati prvo pomoč, tudi če ni izrecno zaprosen za to. Pri tem je zakonodajalec mislil na dogodke, pri katerih je zdravstveni delavec po naključju navzoč in pa v neposredni bližini in je o njih obveščen, pa ljudje zanj ne vedo ali ga ne poznajo; zato se nihče ne obrne naravnost nanj.

Večina ljudi se v nezgodni situaciji znajde na razpotju med odločitvijo, ali bi priskočili na pomoč ali pa se umaknili in prepustili prizorišču komu drugemu. Vzrok za tak umik je le redkokdaj strah pred neprijetnostmi in pred odgovornostjo. Pogosteje gre za sramželjivost, za neudobnost ob misli, da se bo treba kazati pred radovedneži. Če se bomo za čeli odločati šele na kraju samem, bo stvar najbrž izgubljena. Na take dogodke je treba biti pripravljen vnaprej, odločitev mora biti zrela že zdavnaj prej, enkrat za vselej. Lahko bi rekli: Priskočiti na pomoč poškodovancu ali nenadno obolelemu, mora postati refleks. Pri tem moramo biti prav tako že vnaprej pripravljeni, da nam bodo povsod pričujoči vseznalci delili neumne nasvete ali da nas bodo zviška ovirali pri delu.

Medicinska sestra pa mora tudi vedeti, da je ob takem dogodku, če ni prisoten tudi zdravnik, prav ona strokovno najbolj poklicana in zato tudi najbolj odgovorna za prvo pomoč. Z resnim in odločnim nastopom ter s smotrnim ukrepanjem si mora znati ustvariti prostor in mir, si izbrati pomočnike in poskrbeti, da bo kdo ovestil, kogar je pač treba v tem ali onem primeru: zdravnika, reševalno postajo, milico, bolnikove svojce.

Prvič bo težko, drugič laže, tretjič utegne biti porazno, in tako dalje – toda nekoč, po desetem ali petdesetem primeru, si bo morda lahko mislila: »Če ne bi bila priskočila, bi bolnik umrl...«

Milčinski J: Dolžnost zdravstvenih delavcev in zdravstvenih zavodov glede na prvo pomoč in oživljanje. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester Slovenije. 1981: 7.

PRVA POMOČ V ZDRAVSTVENEM ZAVODU (1)

Takšen dogodek, ki terja prvo pomoč na cesti ali v stanovanjski hiši, se lahko pripeti tudi v zdravstvenem zavodu. Čim dlje je po naravi od stroke, ki jo goji tisti zavod, toliko več je možnosti, da bo sprožil neustrezno, zakasnelo ali celo laično reakcijo. Specializiranost ima pač to slabo stran, da ohromi zanimanje in zoži razgled na dogajanje, ki ne sodi v njeno področje. Če bolniku nenadoma zastane srce na kardiološkem oddelku, se bodo lotili reševanja z dostojanstveno sistematiko. V čakalnici ali ordinaciji kakega drugega specialista pa bo bolnik ostal skoraj na istem, kakor če bi se mu to zgodilo pred laično publiko. Nepredviden incident na oddelku sproži neorganizirano dobronamerno aktivnost, ki pa je bliže zmedu kakor resnični pomoči. Ob samomorilnem obešenju, pri nesreči z elektriko, padcu po stopnicah, ob eksploziji, požaru in podobnih nepričakovanih dogodkih se hitro pokaže, da zavod ni bil pripravljen organizacijsko, njegovi delavci pa ne strokovno.

Dolžnost prve pomoči, ki jo je zakon naložil zdravstvenim zavodom, pa navzlic omejitvi o strokovni usposobljenosti gotovo ni bila mišljena samo na primere, ki se dogodijo

v samem zavodu. Pogosto se neutemeljeno domneva, da je v teh razsežnostih vse to kar v redu. V mislih imamo predvsem bolnika s ceste, ki se poškodovan ali nenadoma obolel zateče v »napačen« zavod. Ne bi se smelo zgoditi, da bi iz katerega koli zdravstvenega zavoda pustili ranjenega oditi brez prvega povoja, četudi mora na kirurški oddelek samo čez cesto; ali da bi poškodovanca s prelomom kosti poslali na prvi oddelek brez imobilizacije; ali da bi navidezno ali klinično mrtvega premestili, ne da bi ga začeli takoj oživljati; ali pa bi ga poslali na prevoz, preden mu zagotovimo neprekinjeno umetno dihanje in po potrebi zunanjo masažo srca tudi med prevozom.

Milčinski J; Dolžnost zdravstvenih delavcev in zdravstvenih zavodov glede na prvo pomoč in oživljanje. Ljubljana; Zveza društev medicinskih sester Slovenije, 1981: 7–8.

PRVA POMOČ V ZDRAVSTVENEM ZAVODU (2)

Kaj pomeni ta obveznost – pa naj izhaja iz določb zakona ali iz moralnih načel – za zdravstveni zavod? Lahko bi jo povzeli v treh točkah:

1. Zavod se mora organizacijsko pripraviti. Ne sme se zgoditi, da bi bil v vratarnici zaposlen nepoučen delavec, ki bi po lastnem preudarku odslovil bolnika. Ob vsakem času mora biti v zavodu zdravstveni delavec, ki lahko da strokovno ustrezno nujno pomoč. Morda bo potrebna njegovemu najbližjemu sodelavcu.

2. V zavodu, in to pri rokah, mora biti nujna oprema za prvo pomoč. Ker gre za »nujno zdravstveno pomoč«, torej za več kot prvo pomoč, zato npr. avtomobilski karton z obvezili v zdravstvenem zavodu ni zadostna oziroma ustrezna oprema. Ni dvoma, da bi zdravstveni zavod moral biti pripravljen, npr. za imobilizacijo ekstremitet, zaustavitev krvavitve, aspiracijo tekočine iz dihalnih poti.

3. Zavod ali natančneje njegov vodilni strokovni delavec je za izpolnitev teh obveznosti dolžan omogočiti svojim zdravstvenim delavcem sodobno teoretsko in praktično usposobitev v prvi pomoči. Njihovo znanje mora tudi preizkusiti in zagotoviti, da si ga bodo obnavljali. To velja zlasti za tiste delavce, ki bodo morali biti pozneje ob vsakem času dosegljivi za nujno zdravstveno pomoč. Glede na splošno obveznost zavoda in zdravstvenih delavcev pa je vodstvo zavoda vsaj moralno dolžno v zavodu samem ali zunaj njega poskrbeti za teoretski in praktični pouk iz prve pomoči, zlasti še iz oživljanja. Če ne iz drugega razloga, že zato, ker je za zavod mnogo ceneje organizirati interni tečaj, kakor pa plačevati odškodnino za škodo, ki bi jo bolnik ali delavec v zavodu utrpel, če sploh ne bi dobil nujne zdravstvene pomoči ali če pomoč ne bi ustrezala.

Milčinski J; Dolžnost zdravstvenih delavcev in zdravstvenih zavodov glede na prvo pomoč in oživljanje. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester Slovenije, 1981: 8.

CILJI ZDRAVSTVENE NEGE (2)

Če imamo na voljo dovolj podatkov, so navadno splošni cilji tisti, ki vodijo v stik z zdravstvenim sistemom, h klinični diagnozi in v zdravniško obravnavo. Splošne cilje lahko zelo določeno vpišemo v načrt nege in nas bodo vodili v celotni oskrbi bolnika. Čim nastopijo kakršnekoli spremembe v stanju bolnika, moramo tudi splošne cilje prilagoditi.

Specifični cilji so tisti, ki jih postavimo v zvezi z neko potrebo, ki smo jo zapisali in vnesli v načrt zdravstvene nege. Izhajajo iz splošnih ciljev zdravstvene nege in so po svoji naravi kratko – ali srednjeročni. Da bomo lahko opazovali bolnikovo napredovanje in

STAROST JE VSELEJ PREPRIČANA, DA POSTAJA VSE MODREJŠA IN MODREJŠA, V RESNICI PA POSTAJA ČEDALJE BOLJ NEUMNA.

Hamsun

ocenili dosežke, jih moramo zapisovati tako, da bodo merljivi. V opisu moramo imeti možnost, da registriramo:

- vedenje varovanca,
- vse posebne znake in znamenja (simptome) ali njihovo odsotnost,
- izraz razumevanja ali čustev ter
- varovančeve sposobnosti.

Predvideti moramo tudi čas, v katerem bomo posamezne cilje dosegli, zato navedemo obdobje, ko bomo ocenili napredek.

Včasih je cilje težko določiti tako, da bi bili merljivi ali da bi jih registrirali na podlagi vedenja varovanca. Toda ko osvojimo načelo, je to preprosto. Ker moramo cilje meriti, jih potrjevati, nadaljevati ali prilagajati, jih moramo opisati v jeziku, ki bo dovoljeval, da jih bosta ovrednotila medicinska sestra in sam varovanec. Z določenimi besedami ali ugotovitvami označimo tudi točen čas in stanje.

Proces zdravstvene nege. Priročnik. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester Slovenije, 1984: 49–50.

PRAVILA ZA SMUČARJE

1. **Obzirnost do drugih:** vsak smučar mora ravnati tako, da ne bo ogrožal ali poškodoval drugih!

2. **Obvladanje hitrosti in način vožnje:** smučar mora svojo hitrost in način vožnje prilagoditi svojemu znanju ter terenu, snegu in vremenu!

3. **Izbira smeri vožnje:** smučar, ki se približuje drugemu od zadaj, mora izbrati tako smer vožnje, da ne bo ogrožal tistih, ki krmarijo pred njim!

4. **Prehitevanje:** prehitevanje je dovoljeno od zgoraj ali spodaj, z desne ali leve, vendar vselej tako, da ima smučar, ki ga prehitevamo, dovolj prostora za svoje gibanje!

5. **Prečkanje smučišča:** smučar, ki zavije na progo ali namerava prečkati smučišče, se mora s pogledom navzgor in navzdol prepričati, ali ne bo ogrožal sebe in drugih; enako naj stori tudi po vsakem postanku!

6. **Postajanje na smučišču:** brez posebne potrebe smučar ne sme postajati na ozkih in nepreglednih delih smučišča. Če je padel, se mora čim prej umakniti s proge!

7. **Vzpenjanje:** smučar se sme vzpenjati samo ob robu smučišča. Ob slabi vidljivosti se mora povsem umakniti s proge! To velja tudi za smučarja, ki sestopa peš!

8. **Ravnanje ob neizgodah:** pri neizgodah mora vsakdo pomagati!

9. **Upoštevanje prometnih znakov:** vsak smučar mora upoštevati prometne in druge znake ob smučišču!

10. **Obveznost legitimiranja:** vsakdo, ki je priča ali udeleženec neizgode, pa naj bo zanjo kriv ali ne, mora na zahtevo pokazati svojo izkaznico!

Seveda moramo navedenim pravilom Mednarodne smučarske organizacije za red in varnost na smučiščih dodati še temeljni pogoj za varno smučanje: potrebna je dobra telesna oziroma smučarska kondicija!

VSE JE ENA SAMA IZGINJAJOČA BELINA, LE ODTENKI SENC LOČIJO STOPINJE, KJER SEM HODIL. VETER POČASI BRIŠE SLEDI DROBNEGA ČLOVEKA, IN KO SESTOPIL BOM, JIH BO ZASUL S SNEGOM IN NOVE POTI BODO PREKRILE SPOMINE.

Nejc Zaplotnik

sporočilo

SPOŠTOVANI NAROČNIKI ZDRAVSTVENEGA OBZORNIKA!

● Vsa plačila naročnine za leto 1984 smo zabeležili s pomočjo računalnika. Pri tem smo upoštevali tudi vse spremembe obračuna naročnine, ki so nam jih poslali dijaki in študenti zdravstvenih šol.

● Naročnikom, ki naročnine kljub številnim prošnjam niso poravnali, smo v decembru poslali opomin. Pričakujemo, da bodo svoje obveznosti uredili še pred izidom letošnje prve številke, sicer jih bomo morali izločiti iz evidence naročnikov.

● Pred izidom letošnje prve številke Zdravstvenega obzornika smo v računalniško evidenco naročnikov vnesli prejete spremembe priimkov in naslovov ter jo dopolnili z novimi naročniki med katerimi je največ dijakov in študentov zdravstvenih šol. Upoštevali smo tudi vse odpovedi glasila, ki smo jih prejeli do konca februarja.

● Zaradi velikega povečanja materialnih stroškov tiska glasila sta uredniški svet in uredniški odbor Zdravstvenega obzornika posredovala organom Zveze društev medicinskih sester Slovenije predlog za zvišanje naročnine: za naročnike s polno naročnino 700 din, za dijake in študente zdravstvenih šol 350 din, za delovne organizacije in zamejstvo 5.000 din. Predlog bo dokončno potrdila skupščina ZDMSS.

● Dijaki in študenti zdravstvenih šol plačujejo polovično naročnino le med rednim šolanjem. V računalniški evidenci je vpisano leto zaključka šolanja, kar je potrebno za izpis položnice s polovično naročnino. Po preteku vpisane letnice bo računalnik naročnika uvrstil med naročnike s polno naročnino. Torej morajo dijaki morebitno nadaljevanje študija na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani pisno sporočiti uredništvu. Le tako se bomo izognili nesporazumom zaradi plačila naročnine za tekoče leto.

● Vse naročnike vljudno prosimo, **da čimprej poravnajo letošnjo naročnino po naših položnicah, ki jih bomo poslali v aprilu.** Z njimi je namreč povezano računalniško knjiženje plačil. Če iz kakršnegakoli razloga naročnine ni mogoče poravnati s poslano položnico, je treba na plačilni dokument vpisati vse številke iz rubrike »sklicevanje na številko«. Te namreč pomenijo oznako naročnika in obračuna naročnine za leto 1985.

● Naročnike prosimo za redno sporočanje sprememb priimka in naslova (pisno ali po telefonu), ki jih bomo vnašali v računalniško evidenco naročnikov pred izidom posamezne številke glasila. Naročniki morajo napisati dosedanji in novi naslov – oboje s tiskanimi črkami.

● Za novo naročanje Zdravstvenega obzornika med letom so potrebni naslednji podatki:

- priimek in ime,
- točen naslov stalnega bivališča s poštno številko,
- za dijake in študente je potrebna še letnica začetka in zaključka šolanja.

Naročnik mora istočasno nakazati tudi letno naročnino (objavljena je v vsaki številki glasila) na Zvezo društev medicinskih sester Slovenije, Zdravstveni obzornik, 61000 Ljubljana, Vidovdanska 9; številka žiro računa: 50101-678-48641.

Na naslov šole in dijaškega doma glasila ne pošiljamo!

- Za razumevanje in sodelovanje se vsem lepo zahvaljujemo!

Uredništvo

ČLOVEK JE PAMETEN, DOKLER TEŽI K TEMU, DA BI POVEČAL SVOJE ZNANJE.
POSTANE PA BEDAK, KO MISLI, DA VSE VE.

Hisidim