

razvojno-raziskovalno delo**I. EVROPSKA KONFERENCA SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE
ZA PODROČJE ZDRAVSTVENE NEGE NA DUNAJU**

Svetovna zdravstvena organizacija si je postavila cilje, da do leta 2000 doseže takšen zdravstveni nivo prebivalcev sveta, ki bi jim omogočal kvalitetno življenje v socialnem in ekonomskem pogledu. Za uresničitev teh ciljev je treba krepiti delovanje na področju osnovnega zdravstvenega varstva, kjer ima pomembno vlogo zdravstvena nega, ki v zadnjih letih doživlja korenite spremembe.

Za uresničevanje sprejetih ciljev je Evropski urad SZO sprejel 38 ciljev, ki se tičejo izboljšanja zdravstvenega stanja prebivalstva do leta 2000. Pri tem imajo pomembno nalogo medicinske sestre, ki z razgovori, posredovanjem informacij in zdravstvenovzgojnim delom lahko prispevajo velik delež pri spreminjanju načina življenja in vedenja ljudi za bolj zdrav način življenja. V smernicah je Evropski urad za zdravstveno nego posebej opozoril na tiste naloge v ciljnih **Zdravje za vse do leta 2000**, ki so glede na delitev dela povezane s poklicem medicinske sestre. Lani so bile v okviru držav članic evropske regije organizirane konference, kjer je na tisoče medicinskih sester v diskusijah spregovorilo o novih kvalitetah dela, ki lahko zagotovijo uresničevanje zastavljenih ciljev.

Tudi v Jugoslaviji so potekale dejavnosti, s katerimi smo skušali organizirati široko akcijo in seznaniti medicinske sestre s strategijo in cilji projekta **Zdravje za vse do leta 2000**. Medicinske sestre Jugoslavije so se tako kot medicinske sestre drugih dežel v Evropi intenzivno pripravile za sodelovanje na dunajski konferenci, ki naj bi medicinske sestre seznanila in navdušila za filozofijo v smislu ciljev, utrdila začetke sprememb in predložila priporočila za akcijo med 1988 in 2000. Pripravljeno je bilo poročilo o aktivnostih medicinskih sester v Jugoslaviji, ki je bilo poslano SZO. Za samo konferenco na Dunaju pa je bilo v Zveznem zavodu za zdravstveno varstvo v sodelovanju s Kolaborativnim centrom za zdravstveno nego v Mariboru izdelano stališče glede odprtih vprašanj v okviru strokovne diskusije, vključno s sklepi, ki jih bo zastopala naša delegacija na konferenci. Stališča je sprejel na seji 26. 2. 1988 tudi Zvezni komite za delo, zdravstvo in socialno varstvo.

Evropska konferenca SZO za področje zdravstvene nege je potekala na Dunaju v Centru Avstrija od 21. 6. do 24. 6. 1988. Konferenco je organiziral Evropski urad SZO v sodelovanju z Ministrstvom za zdravstvo Avstrije, Društvom medicinskih sester Avstrije in Sindikatom avstrijskih zdravstvenih delavcev.

Konferenca se je udeležilo poleg funkcionarjev evropskega urada ter predstavnikov Kolaborativnih centrov v Evropi prek 200 delegatov iz 32 držav, večje število opazovalcev in strokovnih poročevalcev ter novinarjev. V deželah, ki so bile zastopane na konferenci, deluje prek 4,5 milijona medicinskih sester, ki bodo lahko odločilno pripomogle k uresničevanju zastavljenih ciljev – spreminjanju načina življenja ljudi za ohranjanje zdravja. To pomembno delo mora biti naloga slehernega zdravstvenega delavca, še zlasti medicinske sestre, ki pri svojem delu v stiku z ljudmi lahko odločilno vpliva na zastavljene cilje.

Jugoslavijo je na konferenci zastopala delegacija, v kateri so bile: *Vlasta Pecovič*, predstavnica Komisije za sestristvo pri Zveznem zavodu za zdravstveno varstvo, kot vodja delegacije, *Nada Keleman*, predstavnica Zveze zdravstvenih delavcev Jugoslavije, *Marija Šipec*, predstavnica Zveze medicinskih sester Jugoslavije. Poleg *Majde Šlajmer-Japelj*, ki je bila v organizacijskem odboru Konference, so bile kot strokovne poročevalke prisotne še *Marija Flisar*, glavna medicinska sestra Zdravstvenega doma Maribor, *Silva Vuga*, direkto-

rica TOZD Patronažnega varstva – Zdravstveni dom Maribor in *Marija Miloradović* z Republiškega komiteja za zdravstveno in socialno varstvo. Prvi dan zasedanja se je priključila k delu konference še medicinska sestra *Silveita Nushi* s Kosova kot strokovna poročevalka za albansko manjšino.

Konferenco je odprl dr. Jo E. Asvall, generalni direktor evropskega urada SZO. V svojem nagovoru je poudaril pomen konference, ki naj pripravi priporočilo za take oblike dela na področju zdravstvene nege, ki bodo usmerjeni k ohranitvi zdravja in ne samo k boleznim in zdravljenju. Predstavil je podatke o kadrovski zasedbi 32 držav članic SZO v Evropi.

Dr. Amalie Mangan Maglacas iz glavnega urada SZO v Ženevi je v pozdravu poudarila, da je medicinska sestra poklic z novo nalogo in pozvala vse medicinske sestre, naj se vključijo v uresničevanje zastavljenih ciljev, ki izhajajo iz sprejete deklaracije v Alma-Ati.

Konferenco so pozdravili še predstavniki državnih organov in organizacij Avstrije in Evropskega urada SZO, ki so poudarili pomembnost vloge medicinskih sester pri spreminjanju navad in jih vzpodbujali k delu z geslom konference »Naj bo moč z vami«.

Gospa Elisabeth Stussi – Evropski regionalni urad SZO – je odprla prvo plenarno zasedanje z referatom »Sestrski program v evropski regiji«. V svojem referatu je prikazala razvoj sestrinstva v Evropi od leta 1948. Poudarila je, da je zdravstvena nega kot stroka opredeljena v vseh dokumentih SZO in sprejeta s strani njenih članic in da bodo medicinske sestre naloge svoje stroke lahko izpeljale le z dodatnimi znanji in na podlagi prenovljenih vzgojnoizobraževalnih programov.

V naslednjih dneh so bili na dopoldanskih plenarnih zasedanjih še štirje referati, ki jih v tem poročilu le kratko povzemamo.

Eli Haugen Bunch – Zveza medicinskih sester Norveške – je v referatu »Evropska zdravstvena nega – pomemben poziv k spremembi« prikazala dejavnost medicinskih sester v Evropi v letih 1984–1988, ko so razpravljale o bodočih nalogah v sklopu 38. ciljev projekta zdravje za vse in ugotovila, da je veliko akcij že steklo in da klici po reformi že odmevajo v praksi in to na področju vodenja in izobraževanja medicinskih sester. Poudarila je potrebo po poglobljenem sodelovanju v evropski regiji, da bi izvajalcem in uporabnikom omogočili čimveč informacij in novosti o novi kvaliteti dela na področju zdravstvene nege.

Dr. Danielle Vailland – Ministrstvo za socialno varstvo in zaposlovanje iz Pariza – je skupaj z epidemiologom Evropskega urada SZO v Kopenhagnu dr. Michelom Thurauxom v referatu »Demografski in zdravstveni trendi v evropski regiji – implikacije za zdravstveno nego« posredovala demografske podatke, razvojne težnje zdravstva v Evropi ter opisala vlogo medicinskih sester, ki se bodo morale soočiti z nalogami, ki jih prinaša podaljšana življenjska doba prebivalstva.

Gavin Mooney, profesor zdravstvene ekonomike na Univerzi v Kopenhagnu je v referatu »Zdravstvena ekonomika in nega v Evropi« apeliral na medicinske sestre, da pri izvajanju svojega dela v večji meri uporabljajo ekonomske tehnike. Razložil je pomembnost ekonomike v zdravstvu, označil, zakaj bi morale biti medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci bolj vključeni v zdravstveno ekonomiko in kako to doseči, ter menil, da je vloga ekonomike treba upoštevati pri razvojnih strategijah za doseganje ciljev Zdravje za vse do leta 2000.

Nourith Ben-Dov, Gabi Bin-Nun, Bat-Sheva Lew z Ministrstva za zdravstvo v Izraelu so v referatu »Megatrendi pri reorientaciji zdravstvene nege v Evropi« poudarile, da bodo dogodki, ki se bodo zgodili v Evropi med 1988 in 2000, pomembno vplivali na način dela medicinskih sester. Referat nakazuje glavne trende potreb, na katere bo evropska regija morala odgovoriti: staranje, upadanje števila rojstev, naraščanje števila kroničnih bolezni in socialnih problemov. Referat prikazuje tudi uporabo napredne tehnologije, organizacijski sistem zdravstvene dejavnosti v korelaciji načel SZO pri doseganju ciljev projekta Zdravja za vse do leta 2000.

V popoldnevih so delegati konference delovali v skupinah. Delo je potekalo v desetih skupinah, v katere so bili vključeni delegati iz vseh evropskih dežel. Sprejemali so stališča o dopoldanskih referatih in razčističevali problematiko o naslednjih odprtih vprašanjih:

- osnovno in kontinuirano izobraževanje medicinskih sester,
- pomen zdravstvene nege kot stika na področju zdravstvenega varstva prebivalstva,
- timsko delo in povezovanje dela,
- reorientacija prakse zdravstvene nege glede na zdravstvene potrebe ljudi,
- zdravstvena nega in raziskovalna dejavnost,
- povezovanje in širjenje informacij v deželah in izven nje glede uresničevanja ciljev

Zdravje za vse do leta 2000.

V času konference je bila v odmoru organizirana tudi razstava gradiv, zdravstveno vzgojnih pripomočkov, prikazane so bile metode dela z varovanci, v razgovorih pa smo izmenjavali izkušnje za kvalitetnejše delo na področju zdravstvene nege. Tudi Jugoslavija je bila vključena v to »tržnico idej«.

Nada Keleman je predstavila video kaseto o vlogi medicinske sestre pri zmanjševanju umrljivosti dojenčkov.

Silva Vuga je predstavila vlogo patronažne medicinske sestre s študijo, ki je bila opravljena v Zdravstvenem domu Maribor »Proces zdravstvene nege v patronažnem varstvu«.

Marija Flisar je s plakatom »Zdravje za vse do leta 2000« predstavila naloge za doseganje in ohranitev zdravja v okviru Zdravstvenega doma Maribor.

Zadnji dan konference so delegati sprejeli priporočila za uresničevanje ciljev Svetovne zdravstvene organizacije. Priporočila, kako spremeniti odnos do zdravja – objavljena so bila v drugi letošnji številki Zdravstvenega obzornika – bodo pomagala oblikovati politiko sprememb pri vlogi medicinske sestre. Poslana bodo vsem članicam SZO za pripravo lastnih programov za ohranitev zdravja za spreminjanje odnosa do zdravja z upoštevanjem specifičnih potreb posameznih dežel.

Marija Miloradović, višja medicinska sestra
Republiški komite za zdravstveno
in socialno varstvo

organizacija dela

VŽIVLJANJE V VAROVANČEVE OZIROMA BOLNIKOVE PROBLEME (tako imenovani empatični pristop k reševanju varovančevih oziroma bolnikovih problemov)

Komuniciranje je izjemno pomembno področje v procesu zdravstvene nege. V pričujočem sestavku želim opredeliti dokaj težko področje dejavnosti komuniciranja, se pravi življenje v sočloveka ali empatijo. Dolgoletna praksa nam je pokazala, da je za medicinsko sestro to področje izjemno težavno, da zaradi neznanja ali neizkušenosti v začetku svoje poklicne poti pogosto doživlja konfliktne situacije, ko pomisli, da se pri izbiri poklica nemara ni prav odločila. Kasneje pa nekako otopi in je človeško trpljenje ne pretrese več tako zelo. Zato je prav, da medicinska sestra vé, kako naj ravna, da ne bo zašla v prvo skrajnost, kjer trpi tudi sama, in ne v drugo, kjer ji za bolnika oziroma varovanca ni več mar. Najboljša je seveda zlata sredina, ko uporablja ravno pravšnjo mero razuma in ravno pravšnjo mero čustev. Tega ravnovesja pa seveda ni lahko doseči.

Za ustvarjanje dobre, pozitivne komunikacije sta pomembni predvsem empatija in spoštljiv odnos. Empatija po definiciji pomeni subtilen občutek za notranji svet in stiske drugih oziroma razumevanje občutij, trpljenja in stisk drugih ljudi brez pomoči verbalne komunikacije. Empatičen odnos do soljudi ni dan sam po sebi, ampak ga oblikujemo z opazovanjem in učenjem.

Empatija je torej sposobnost odzivanja na čustva in doživljanje drugih, kakor da bi bila naša lastna. V slovenščini empatijo opisujemo z besedami »zlesti komu pod kožo« ali »postaviti se na njegovo mesto«. V kritičnih situacijah znamo reči: »Daj, postavi se na moje mesto, pa boš videl, kaj bi ti storil.« Empatično reagirati torej pomeni misliti in čutiti s človekom in ne namesto njega ali o njem.

Izrazi upoštevanja, spoštovanja ali čislanja pomenijo, da sprejemamo človeka takšnega, kakšen je, se pravi, da ga upoštevamo kot vsestransko osebnost. V odnosih med ljudmi prihaja do nesoglasij tudi zato, ker marsikdo te postavke pri vzpostavljanju in vzdrževanju medčloveških odnosov ne upošteva.

Za zdravstveno nego velja: če hoče medicinska sestra bolniku omogočiti izražanje potreb, čustev in mnenj, mora vzpostaviti dobro, odkrito komunikacijo. Komuniciranje je sestavni del celotnega procesa zdravstvene nege. Pogovor je tisto, kar začne in konča ta proces. Zato res ni vseeno, kako medicinska sestra to nalogo opravlja. Od tega je lahko odvisno tudi njeno osebno zadovoljstvo, tako v poklicu kot v osebnem življenju. Pri delu bo lahko uspešna, varovanci in bolniki ji bodo zaupali in jo imeli radi. Dobro bo sodelovala s sodelavci v negovalnem in zdravstvenem timu.

V odnosih med ljudmi prihaja do nesoglasij tudi zato, ker marsikdo te postavke pri vzpostavljanju in vzdrževanju medčloveških odnosov ne upošteva.

Do sposobnosti empatičnega reagiranja bo torej medicinska sestra prišla z izobraževanjem v dodiplomskem študiju in v nadaljnjem strokovnem izpopolnjevanju. Spoznavati bo morala samo sebe, kajti spoznavanje in razumevanje samega sebe – svojega jaza – je predpogoj za sposobnost vživljanja v varovančeve oziroma bolnikove probleme. Kdaj najpogosteje nastanejo zapleti? Vedno, kadar varovanec oziroma bolnik telesno ali duševno trpi. Takrat mu »jokava« čustveno vpletena medicinska sestra ne bo v pomoč, groba in neuvidevna pa tudi ne. Le medicinska sestra, ki s strokovnega stališča gleda na problem, kot da bi bil njen, bo zanj našla rešitev. Pri tem je lahko medicinski sestri v pomoč tudi njena lastna, enaka izkušnja, vendar le kot primerjava in ne kot edino merilo.

Sama pogosto negujem bolnike po možganski kapi. Večina ima ohromelo eno polovico telesa. To ohromelost vsi sprejemajo v prvih dneh kot trajno, ki pa se po njihovem mnenju sploh ne more popraviti. Zato vsi po vrsti obupujejo, vsi so prepričani, da ne bodo nikoli več hodili ali uporabljali roke. Ob vsakem se individualno vživim, kaj bi počela na njegovem mestu. Ker poznam potek zdravljenja in možnosti za uspeh, bi mi bilo seveda toliko lažje. Vendar pa vem tudi to, da bi brez tuje strokovne pomoči težko dosegla ponovno vrnitev v družbo. Z empatičnim pristopom – ko mislim z bolnikom oziroma varovancem – pripravim načrt zdravstvene nege z globalnim ciljem: aktivirati bolnika, spremeniti tok misli od »ne morem« k »morem« in »moram«. To mi uspe v približno dveh tednih.

Zakaj naj se torej medicinska sestra vživlja v varovančeve probleme? Odgovor je na videz zelo preprost. Zato, da dožene, katere njegove individualne potrebe naj podpre. Pri tem pa naj uporablja tako verbalni kot neverbalni način komuniciranja. Pri verbalnem bo izbirala besede pomirjanja, razumevanja, podpiranja. Neverbalno komuniciranje pa bo prijazen in resen obraz, stisk roke ali položena roka na ramo varovanca oziroma bolnika, s čimer mu bo pomagala premagovati trpljenje.

Prav gotovo se je že marsikatera od nas znašla v položaju, ko bi v prvem trenutku spoznanja hudega trpljenja svojega varovanca najraje zajokala skupaj z njim. Tega seveda ni storila, ne zato, ker bi ji bilo vseeno, če trpi, temveč zato, ker se je zavedala, da njen varovanec oziroma bolnik potrebuje njeno strokovno pomoč, njeno podporo. Ravнала je prav. Pri tem pa je pokazala pravo mero vljudnosti in taktnosti. Vljudnost in taktnost sta

ključ za odpiranje vrat v še tako zaklenjeno osebnost. Razumevanje in vljudnost hkrati zmanjšujeta učinek površnosti na delo, ki je tako pogost sopotnik pri izvajanju postopkov zdravstvene nege. Ob tej priložnosti bi radi opozorili na ugotovitev, da smo žal medicinske sestre lahko s svojim nestrokovnim, netaktnim, neetičnim ravnanjem krive za nastanek tako telesnega kot tudi duševnega trpljenja varovancev oziroma bolnikov. Spomnimo se samo preležanin, zaprtja, apatičnosti, depresij.

Pri načrtovanju in pozneje pri izvajanju postopkov zdravstvene nege ne moremo mimo spoštovanja, če seveda želimo doseči globalni cilj zdravstvene nege, ki pravi, da želimo v procesu zdravstvene nege imeti obveščene in dejavnega varovanca oziroma bolnika. Za spoštovanje bo potrebno spoznati varovančevo oziroma bolnikovo osebnost, ki jo je kot odrasel človek oblikoval v določenem socialnem in kulturnem okolju. Medicinska sestra mora torej upoštevati varovanca oziroma bolnika takega, kot je. Erich Fromm definira osebnost kot skupek prirojnih in pridobljenih lastnosti posameznika, ki so zanj značilne in zaradi katerih je edinstven. Človek kot osebnost reagira na zunanji svet:

- s temperamentom (čustvena reakcija), ki je podedovana lastnost;
- s karakterjem (skupek etičnih, moralnih, voljnih, motivacijskih značilnosti), ki je pridobljena lastnost.

Poleg teh dveh tipičnih lastnosti pa človek v svojem življenju razvije še področje sposobnosti, ki zajema kapacitete in dispozicije za razne dosežke, storilnost na različnih področjih. Za spoznavanje osebnosti nam je lahko v pomoč še konstitucija, to je somatska značilnost temperamenta in karakterja.

Medicinske sestre prav rade ravna po načelu simpatije, se pravi po tem, koliko jim je kateri od varovancev oziroma bolnikov pri srcu. Medicinske sestre pogosto zamenjujejo empatijo s simpatijo. Simpatija namreč pomeni sočutje, soglasje v čustvih. Pri tem varovance oziroma bolnike delijo po svojih kriterijih na sitne in pridne. Najhujša pa je delitev na bolnike z določeno boleznijo, recimo alkoholiki, neuravnovešenci, agresivci in podobno. Pri poimenovanju varovanca oziroma bolnika, niti ne uporabljajo njegovega priimka, temveč jih označijo s »tisti prvi na levo«, »tisti z delirijem« in podobno. Takih bolnikov, ki so označeni kot sitni, ki glasno zahtevajo svoje pravice, se rade izogibajo. Menijo namreč, da jih preveč zaposlujejo. Raje imajo »mirne«, pohlevne varovance oziroma bolnike, ki sami zahtevajo malo ali nič in so zadovoljni s tistim, kar jim one same od sebe nudijo.

Na takšne in podobne napake opozarjajo mnogi. Res je skrajni čas, da spremenimo svoj odnos do varovancev oziroma bolnikov, da se nehamo ukvarjati zgolj samo s problemi nas samih na način, ki ne prinaša rešitev. To je neprestano premlevanje, kako smo zapostavljene, kako nimamo možnosti za delo. Z drugimi besedami: nehajmo se smiliti same sebi, pričnimo s študijem in analizo problemov, le-te zapisujemo in jih strokovno rešujemo! Ali če hočete: pričnimo se obnašati empatično tudi do svoje stroke!

Meta Furlan-Lipovec, Višja šola
za zdravstvene delavce, Ljubljana

VREDNOTENJE V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE

Uvod

Novosti zbegajo in jih ponavadi sprejemamo z nezaupanjem. Tak odnos imamo tudi do procesa zdravstvene nege, ki ga sedaj pri nas uvajamo in razpravljamo o aktualnih novostih v njem.

Sama ideja procesa ni nova in najbrž niti Lydia Hall leta 1955 ni slutila, da bo s pojmom, da je zdravstvena nega proces, ki ga je uvedla v javni razpravi o kvalitetni zdravstveni negi, začela pravo revolucijo na tem področju.

Leta 1959 ji je sledila Dorothy Johnson. Prva je poskušala ugotoviti sestavine tega procesa, ki ga je Ida Orlando v knjigi »The Dynamic Nurse Patient Relationship« leta 1961 podrobneje opredelila. To je bil prvi izdelan proces zdravstvene nege. Njegova pomanjkljivost je bila v tem, da ni upošteval vrednotenja. Šele leta 1963 ga je v svoj načrt vključila Ernestine Wiedenbach. Opredelila se je za naslednje faze: identifikacijo problemov, izvajanje in vrednotenje.

S pridobivanjem novih teoretičnih in praktičnih spoznanj je razvoj šel naprej in danes proces zdravstvene nege predstavlja metodo reševanja problemov, ki ima štiri faze: ugotavljanje potreb, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje. Vse več je tudi medicinskih sester, ki proces zdravstvene nege razumejo kot način humanejšega obravnavanja bolnikov, oziroma se zanj odločajo na osnovi naslednjih predpostavk:

1. Bolnik je posameznik – enkratno in dostojanstveno človeško bitje.
2. Človek mora najprej zadovoljiti svoje bazične potrebe, sicer nastopijo težave, ki zahtevajo posredovanje, oziroma pomoč drugega človeka, dokler posameznik ni spet sposoben skrbeti za samega sebe.
3. Človek ima pravico do kvalitetnega zdravljenja in kvalitetne zdravstvene nege, ki morata biti izpeljana z zavzetostjo, empatijo in sposobnostjo in osredinjeni na dobro počutje, preventivo in vnovično vzpostavitev zdravja.
4. Terapevtski odnos med medicinsko sestro in bolnikom je odločilen element v procesu zdravstvene nege – to pa pomeni skladnost v okviru osnovnih sestavin medčloveške povezanosti – odnosu z drugim, komuniciranju z drugim in potrebi po drugem.

Seveda pa samo odločitev za proces zdravstvene nege ni dovolj. Uresničitev v praksi zahteva od medicinske sestre mnogo naporov in razmišljanja. Odločilnega pomena pri tem pa so njene pridobljene izkušnje in podpora iz okolja.

Proces zdravstvene nege daje medicinski sestri občutek zadovoljstva – omogoča ji, da uresniči poglobitveni cilj celotnega dela: bolniku omogočiti kvalitetno in celovito zdravstveno nego.

Vrednotenje v procesu zdravstvene nege

Zadnjo fazo v procesu zdravstvene nege predstavlja vrednotenje ali evalvacija. Vrednotenje v procesu zdravstvene nege je sistematično določanje stopnje, do katere je bilo delovanje nege uspešno v doseganju predhodno zastavljenih ciljev.

Čeprav je vrednotenje zadnja faza, ni zgolj sklepna dejavnost, ampak je integralni del vsake stopnje procesa zdravstvene nege. Pri ocenjevanju bolnikovega stanja in potreb podatke zberemo vnaprej in potem oblikujemo cilje, pri vrednotenju pa cilji usmerjajo zbiranje podatkov. Pri tem primerjamo rezultate, ki so posledica zdravstvene nege, s ciljem oziroma s kriteriji, ki so zapisani v cilju.

Ker pri vrednotenju ocenjujemo na podlagi cilja, povejmo nekaj o oblikovanju cilja. Zapisan cilj se nanaša na negovalno diagnozo in napoveduje zmanjšanje ali razrešitev negovalnega problema, ki je vključen v negovalni diagnozi. Cilj mora biti realen (glede na bolnikovo stanje, število in usposobljenost medicinskih sester, materialne možnosti), biti mora skladen z diagnostično terapevtskim načrtom, oziroma usklajen s cilji drugih zdravstvenih delavcev. Cilj je lahko kratkoročen ali dolgoročen, kar je odvisno od negovalnega problema; biti mora časovno opredeljen. Bolnik je v procesu zdravstvene nege soudeležen in je aktivno vključen pri postavitvi cilja. V negovalnem načrtu se cilj oblikuje tako, da vsebuje:

- osebek (subjekt), ki sicer ni vedno omejen – subjekt je bolnik ali varovanec;
- povedek (predikat), ki pomeni akcijo, ki bo opravljena, na primer bolnik bo hodil;
- kriterij, ki predstavlja stopnjo, ki naj bi jo z negovalnimi ukrepi dosegli. Na primer: kako dolgo, kako daleč, kolikokrat . . .

Kriterij vsebuje tudi datum vrednotenja (časovna opredelitev);
– pogoj, ki v določenih primerih ni potreben.

Shema 1			
Osebek	Povedek	Kriterij	Pogoj
Bolnik, varovanec	Akcija: šel bo do kopalnice	Stopnja: dvakrat dnevno	Če je potreben če ne bo krvavel

Čeprav se zdi, da je proces vrednotenja preprost, ni tako. Medicinska sestra, ki vrednoti, se znajde pred množico podatkov, ki opisujejo rezultate negovalnih ukrepov.

Če pri vrednotenju na primer ugotovimo, da je bolnik razumel razlago o sladkorni dieti, to še ne pove dovolj, ker je ugotovitev preveč splošna. Ob tako izraženi oceni lahko ugotovimo, da bolnik morda celo marsičesa ni razumel.

V procesu vrednotenja se medicinska sestra lahko poslužuje naslednjih faz, ki so ji v pomoč:

1. Pregleda kriterije, zapisane v cilju.
2. Ugotovi, katere podatke potrebuje za primerjavo s kriteriji, ki so napisani v cilju.
3. Izbere sistematično metodo za zbiranje podatkov (intervju, opazovanje znakov, ki so povezani z zdravjem ali bolezenskim stanjem, opazovanje vedenja, izvidi).
4. Zbere podatke in jih primerja s kriteriji v cilju.
5. Zapiše oceno učinkovitosti.

Prva faza vrednotenja pomeni identifikacijo kriterija v cilju, ki je bil zapisan takrat, ko je medicinska sestra načrtovala zdravstveno nego. Čim natančneje je bil zapisan, tem lažje ga identificiramo.

Primer: cilj – bolnik bo v dveh mesecih shujšal 5 kg – je lahko identificirati.

Potem mora medicinska sestra določiti vrsto in število podatkov. Pomanjkljivi podatki dajejo pomanjkljivo primerjavo s kriteriji. Treba je zbrati podatke, ki ustrezajo kriterijem, ki so podani v cilju. V prej omenjenem primeru so podani podatki, za koliko kilogramov bo bolnik shujšal v dveh mesecih. Vendar za vrednotenje medicinska sestra nima dovolj podatkov, če hoče opisati bolnikovo napredovanje do cilja. Uspešno hujšanje je odvisno tudi od števila kalorij, ki jih bolnik porabi na dan, in od vrste hrane, kar pa je zapisano v načrtu. Tako se kriteriji za uspešno napredovanje nadaljujejo v načrtu, ki predstavlja dodatek cilju. Iz tega sledi, da je pri vrednotenju treba upoštevati tudi načrt.

V določenih primerih, predvsem kadar gre za potencialne probleme, kriteriji niso opredeljeni posebej. Kriterij ni korekcija ali razrešitev problema do določenega datuma, zato ker je problem potencialen in se še ni pokazal. Vrednotiti moramo v specifičnih intervalih, da lahko nadzorujemo preprečevanje, vzdrževanje ali zgodnje odkrivanje (ugotovitev) problema. Ko se pokaže, ni več potencialni, ampak aktualni problem.

Primer: cilj – vzdrževanje normalnega krvnega pritiska. Kriterij je v tem primeru v besedi »normalen«. Medicinska sestra ima strokovno znanje in bo presodila, kdaj je krvni pritisk normalen in kdaj patološki. Če medicinska sestra ugotovi patološke vrednosti, gre v takem primeru za ponovno ocenitev. Problem ni več potencialen, ampak je postal aktualen. Treba je obvestiti zdravnika, ki bo predpisal terapevtske ukrepe. Medicinska sestra bo bolnika še vedno opazovala v okviru diagnostičnoterapevtskega programa. Odgo-

vorna ni samo za opazovanje sprememb, ki so odgovor na opravljeno zdravstveno nego, ampak tudi tistih, ki nastanejo kot rezultat ukrepov, ki so izvedeni po naročilu zdravnika.

Treba je določiti sistematičen postopek za zbiranje podatkov, ki jih medicinska sestra potrebuje za vrednotenje. Podatke dobi neposredno od bolnika s pogovorom, z opazovanjem znakov, ki so povezani z zdravjem ali bolezenskim stanjem, z opazovanjem njegovega vedenja in reakcij na negovalne ukrepe, s pregledovanjem izvidov, pa tudi v pogovorih z drugimi člani tima in seveda s svojci bolnika. Zbrane podatke primerja s kriteriji v cilju. Zapiše oceno učinkovitosti, ki predstavlja vrednotenje.

Kratek zapis »cilj je bil dosežen« ali »cilj ni bil dosežen« ni dovolj. Potrebno je napisati poročilo, ki vsebuje tudi opis bolnikovega počutja, ki ga je spremljalo na poti k cilju.

Primer: Bolnika je v času hujšanja spremljala fizična slabost in razdražljivost. V poročilu je potrebno napisati tudi trend napredovanja, ki na primer pove, da bolnik kljub izvajanju dietnih navodil ni shujšal za toliko, kot je bilo napisano v cilju. Zaradi tega je cilj dosežen delno, v celoti pa bo nekaj dni kasneje. Stanje je sicer bilo ponovno ocenjeno, vendar ukrepi ostanejo enaki, ker bolnik zadovoljivo napreduje do cilja.

Pogosto se skrb za bolnika ne konča, ko zapušča bolnišnico, ker pač ne more ostati v njej, dokler niso zadovoljene vse njegove potrebe. To ni le predrago, ampak je predvsem pomembno dejstvo, da si bolnik v domačem okolju pogosto hitreje opomore.

Z vrednotenjem ob odpustu bo medicinska sestra ugotovila potrebo po kontinuiteti nege. Ona pomaga reševati nadaljnje bolnikove probleme tako, da se poveže z ustreznimi službami. Skrbno bo pretehtala, ali ga lahko negujejo svojci. Tudi bolnik, ki hujša, bo lahko odpuščen iz bolnišnice prej, preden bo dosežen končni cilj. Po odpustu bo imel stik z medicinsko sestro iz zdravstvenega doma, ki bo nadaljevala z načrtom zdravstvene nege. Ta medicinska sestra ga bo obiskovala tedensko, zbirala bo podatke in proces vrednotila po etapah, končno pa po dveh mesecih.

V primeru, da cilj ni bil dosežen ali da ni bilo možno vzdrževati zaželenega stanja, mora medicinska sestra z vso odgovornostjo spremeniti celoten načrt zdravstvene nege. S ponovnim ocenjevanjem ugotovi, ali morda problem ni bil točno opisan, kaj je vzrok in kako se ga da spremeniti. Če to ni možno, se spremeni opis problema, oziroma negovalna diagnoza.

Iz vsega tega je razvidno, da je proces zdravstvene nege v bistvu ciklični, ker potrebuje povratno informacijo. Stalno je v gibanju skozi vse faze proti zastavljenemu cilju. V vsaki fazi opravi medicinska sestra določene dejavnosti, ki jih zahtevajo bolnikovi problemi, ki se rešujejo individualno.

Sklep

Vrednotenje v procesu zdravstvene nege izhaja iz potrebe, da se zdravstvena nega prilagaja spreminjajočim se potrebam bolnika. Da bo medicinska sestra sposobna spoznati potrebe po zdravstveni negi, mora biti sposobna vrednotiti. Znati mora ugotavljati, kako se odraža vpliv nege na bolniku, kar zahteva od nje, da razmišlja kot medicinska sestra – strokovnjak. Ves njen napor pa ni zaman, saj je bolnik deležen kvalitetnejše nege, sama pa ob tem povečuje obseg strokovnega znanja in izkušenj in doživlja osebno zadovoljstvo, ki jo spodbuja pri njenem delu. Ker vrednotimo timsko, je to hkrati priložnost za strokovno izpopolnjevanje. Rezultati so zapisani v negovalni dokumentaciji, ki predstavlja osnovo za preučevanje nege kot smotrne aktivnosti. Medicinski sestri daje vpogled v najboljše negovalne postopke, ki jih bo uporabljala pri nadaljnjem delu, neučinkovite postopke pa bo opustila.

Na učinkovitost zdravstvene nege in s tem na vrednotenje vplivajo tudi nekateri drugi dejavniki, kot so usposobljenost medicinskih sester, vodenje negovalnega tima, materialna sredstva, odnosi, vse to pa je verjetno predmet druge teme.

Emma Banič, višja medicinska sestra,
Mihaela Skoberne, višja medicinska sestra,
obe Višja šola za zdravstvene delavce, Ljubljana

VZDRŽEVANJE TELESNE ČISTOČE IN UREJENOSTI

Uvod

Bolniki potrebujejo medicinsko sestro, da jim pomaga pri izvajanju vseh tistih življenjskih dejavnosti, pri katerih so ovirani zaradi nemoči, neznanja ali pomanjkanja volje. Pomoč oziroma delo medicinske sestre bo pripomoglo k dvigu kvalitete zdravja pri zdravih varovancih, pri bolnikih jim bo pomagala k vrnitvi zdravja oziroma uspešni rehabilitaciji. Pri neozdravljivo bolnih pa bo v pomoč pri človeka dostojnem umiranju, torej pri mirni smrti. »Medicinska sestra izvaja ‚negovalno funkcijo‘ pri naslednjih bolnikovih dejavnostih« (Kavalič 1981): dihanje, prehranjevanje, odvajanje, gibanje, spanje in počitek, oblačenje, vzdrževanje telesne temperature, vzdrževanje telesne čistoče, izogibanjem nevarnostim v okolju, izražanje čustev, potreb in mnenj, izražanje verskih čustev, koristno delo, rekreacija, učenje, pridobivanje znanja o zdravju in bolezni.

Higiena in urejenost sta človekovi potreba in osnova za ohranitev zdravja in dvigovanja splošne odpornosti.

Koža opravlja več funkcij.

Fiziološke funkcije:

- izloča (znoj, loj),
- varuje (mehanični, kemični, termični vplivi, pH),
- je čutilni organ (senzorični živci, čutilna telesca),
- uravnava telesno temperaturo (vazokonstrikcija, vazodilatacija),
- v njej nastaja pod vplivom UV žarkov in provitamina (ergosterina) vitamin D,
- tudi diha, čeprav je ta funkcija skoraj zanemarljiva.

Fizikalna funkcija:

– prilagajanje okolju, oziroma zunanjim fizikalnim vplivom (zrak in sonce jo porjavita in nagubata, od mraza razpoka povrhnjica in ekskrecija se zmanjša).

Psihološka funkcija (notranja, duševna doživetja se kažejo tudi na koži):

- človek od sramu ali jeze zardi,
- od groze prebledi,
- zaradi doživljajev, ki ga pretresajo, dobi kurjo polt,
- spreletava ga po hrbtu (vroče – mrzlo).

Naše čustveno stanje ni izraženo samo v očeh, za katere pravimo, da so ogledalo naše notranjosti, temveč tudi na koži.

Pomen telesne čistoče in urejenosti za zdravega človeka

Osnove higienskih navad in temelje lastne urejenosti človek osvoji v obdobju primarne socializacije in so odraz splošne higienske kulture okolja, v katerem odrasča. Če je ta splošna higienska kultura slaba, tudi potreba po higieni ni velika, pomanjkljive higienske navade pa ne zavirajo rasti potrebe po tej aktivnosti v poznejših življenjskih obdobjih.

Dokler je človek zdrav, je sposoben sam vzdrževati higieno telesa in skrbeti za svoj zunanji videz, v skladu s kulturo telesa, ki je izraz notranjega – duševnega počutja, izraženega v človekovi zunanosti (kadar smo zelo slabe volje, potrebujemo veliko več energije in časa, da smo urejeni v skladu s svojo predstavo o sebi in obratno, če smo dobre volje, smo hitreje zadovoljni s samim seboj).

Zdrav človek skrbi s higieno in urejenostjo tudi za zaščito telesa (pred patogenimi mikroorganizmi, fizikalnimi, kemičnimi vplivi) in se izraža s svojim videzom, s katerim na neverbalni način pokaže pripadnost določeni socialni skupini ali odvisnost od družbenih norm svojega okolja, modnih tokov itn.

Na higienski standard vpliva naslednje: okolje, v katerem človek živi, materialne možnosti, vzgojenost posameznika, njegovo prepričanje. Pomembno pa je tudi delo oziroma poklic, ki ga opravlja, zato si posamezniki ali celo družbene skupine ustvarjajo individualni higienski standard (težko bi bil optimalni higienski standard enak za skladiščnega in zdravstvenega delavca)!

Meje med minimumom in pretiravanjem v zadovoljevanju potreb po higieni in urejenosti so individualne in tisto, kar nekemu pomeni višek v zadovoljevanju te potrebe, pomeni drugemu le osnovo.

Če je potreba po čistoči in urejenosti zadovoljena, je človek:

- samozavesten,
- gotov vase v socialnem komuniciranju,
- polno doživlja lastno osebnost.

Vse to pripomore k boljšemu počutju.

Pomen telesne čistoče in urejenosti za bolnika

Težave z izvajanjem higiene telesa in urejenosti se pokažejo takrat, ko človek zboli, oziroma kadar ovire preprečijo izvajanje te dejavnosti. Te ovire so lahko posledica fizične, psihične ali socialne prizadetosti človeka. Kadar je motena fizična sposobnost (operacije, poškodbe, ovirana gibljivost, oslabeledost, paralize, pareze) človek najpogosteje ne more skrbeti sam zase, ali pa je sposoben za to le deloma ob pomoči strokovnih delavcev.

Kadar je človek duševno prizadet, je telesna aktivnost lahko ustrezna, vendar je oslabiljena volja, pogosto pa tudi ne zna oziroma ne čuti potrebe za izvajanje te dejavnosti (depresija, manija). Tudi otroci, čeprav tu seveda ne gre za patološke procese, so do določene starosti pri izvajanju dejavnosti odvisni od negovalnega osebja.

Socialna problematika se kaže tudi v nerazvitih higienskih navadah odraslih in otrok, ki prihajajo iz higiensko nerazvitega okolja.

Če bi telesno čistočo in urejenost v bolnišnici zanemarili, bi se naši varovanci umazani in neurejeni zelo slabo počutili. Prizadet bi ne bil le njihov videz, kar bi slabo vplivalo na njihovo duševnost, temveč tudi telesna plat, saj bi predstavljali vir znotrajbolnišničnih infekcij (črevesne, kožne, ascendentne infekcije urotrakta). Presnovni produkti bi razpadali na njihovi koži, kar bi dražilo povrhnjico in povzročalo vnetja kože, ki bi se lahko stopnjevala v defekte kožnega tkiva. Ogroženo bi bilo ozračje v bolnišnici, saj bi se širil smrad iz umazanih oblačil, prepojenih z znojem in izločki (izbruhane mase, urin, blato . . .), kar bi dodatno ogrožalo ne le varovance, temveč tudi celotni negovalni oziroma zdravstveni tim. Kmalu bi se pojavila tudi socialna prizadetost, saj zanemarjenost odbija sočloveka, pa tudi varovanec bi se zaradi lastnega videza, zaradi svoje nekulture telesa izogibal ljudi.

Vloga zdravstvene nege pri vzdrževanju telesne čistoče in urejenosti

Z zdravstveno nego skušamo pomagati bolnemu, in sicer toliko, kot je potrebno in kjer je potrebno, da bo varovančeva potreba po higieni in urejenosti zadovoljena, ne samo glede njegovih higienskih navad, temveč tudi z vidika njegove ogroženosti in problemov, ki so posledica bolezni.

Zavedati se moramo, da se čist in urejen bolnik dobro oziroma bolje počuti, zato omenimo, da je tisto, kar pri zdravem posamezniku predstavlja optimalni higienski standard, šele dosežen minimum, kadar je ta človek naš varovanec.

Zdravstvena nega mora biti organizirana tako, da imata bolnik in negovalno osebje dovolj časa za osebno higieno. Seznanitev bolnika s hišnim redom v pisni in ustni obliki je nujna. Ni dovolj, da varovanca seznanimo s časom obiskov, vizite, obrokov, temveč tudi s časom, ki ga lahko posveti svoji higieni in osebni urejenosti. S takim načinom informiranja spodbudno delujemo na tiste, ki osebno higieno čutijo kot potrebo, saj jim damo na voljo dovolj časa za izvajanje, drugega pa, ki te potrebe ne čuti, s tem posredno opozorimo na nujnost osebne higiene.

Tudi pripomočki, ki jih varovanec ali negovalno osebje potrebuje za izvajanje te dejavnosti, morajo biti na oddelku, če jih bolnik nima sam (milo, krema, zobna ščetka, zobna pasta, brivniki za enkratno uporabo, sušilec za lase). Varovancem moramo omogočiti, da nemoteno uporabljajo kopalnico, da lahko v miru brez naglice skrbijo za svojo higieno samostojno ali z našo pomočjo.

Zbiranje podatkov o higieni in urejenosti bolnika

Pri zbiranju podatkov oziroma ugotavljanju potreb varovanca nam pomaga, če sistematično opazujemo in ne izpustimo ničesar, kar bi pomagalo zadovoljiti bolnikovo potrebo po higieni in urejenosti. Hkrati uskladimo te potrebe z negovalnimi, ki izhajajo iz bolnikovega stanja, oziroma iz diagnostičnoterapevtskega programa (ekcem na koži, obsevani predeli – prepeved kopanja itn.).

Klasifikacija bolnikov glede na higieno in urejenost

Taka klasifikacija bolnikov je nujna na vseh oddelkih bolnišnic, kjer se trudijo doseгти optimalni nivo zdravstvene nege. Potreben bi bil tak higienski standard, ki bi omogočil delno sposobnim in nesposobnim varovancem enake možnosti zadovoljevanja potreb po higieni in urejenosti, kot jih imajo tisti, ki so pri izvajanju te dejavnosti samostojni. Klasifikacija nam pomaga tudi odkrivati probleme in potrebe, ki se pokažejo v času bolnikove ogroženosti, da bi pri higieni in urejenosti upoštevali tiste posebnosti, ki jih narekuje stanje bolnika, in tiste, ki izhajajo iz njegovega diagnostičnoterapevtskega programa.

Model te klasifikacije temelji na enakih osnovah kot model klasifikacije bolnika po načelih progresivne nege, kakršnega je predstavila tovarišica Stana Kavalič na Bledu leta 1986. Razlika je v tem, da ta model ustreza le eni življenjski dejavnosti, zato je toliko bolj razčlenjen.

Klasifikacija bolnikov z vidika higiene in urejenosti

BARVA KOŽE	3 normalna, rožnata, negovana
	2 bleda, hladna, pordela, vroča
	1 cianoza, purpura, siva bledica, ikterus
LOKACIJA SPREMEMB BARVE	3 ni sprememb
	2 samo na nekaterih delih
	1 generalizirane
OBARVANOST	3 normalna obarvanost
	2 lokalna hipo ali hiperpigmentacija
	1 generalizirana hipo ali hiperpigmentacija
NAPETOST	3 normalna elasticiteta
	2 zmanjšana elasticiteta
	1 izsušena, ohlapna koža

EDEMI	3 ni edemov 2 posamezne otekline 1 generalizirane oteklina
KOŽNI DEFEKTI	3 vsa koža intaktna 2 posamezni kožni defekti (praske, rane) 1 hujši kožni defekti (dekubitus, ulkus cruris, operativne rane, anus praeter, gangrena)
ZNOJENJE	3 normalno 2 lokalno povečano 1 generalizirano povečano
KOŽNI IZPUŠČAJI	3 jih ni 2 lokaliziran, boleč, infekciozen (herpes, impetigo) 1 generaliziran, infekciozen, boleč
ANALNO GENITALNI PREDEL	3 brez posebnosti 2 menstruacija, vaginalni iztok, stresna inkontinenca 1 inkontinenca, diareja, stalni kateter
USTNA VOTLINA	3 zdrava 2 lokalne spremembe: vnetje, afte 1 vnetje ustne sluznice gingiv, bruhanje
ZOBJE	3 zdravi, popolni, sanirani 2 pomanjkljivo urejeni, proteza, škrbine 1 zanemarjeno kariozno zobovje
LASIŠČE	3 čisto, urejeno 2 pomanjkljivo urejeno (mastno, umazano) 1 zanemarjeno (uši, glivična obolenja, kruste, rane, poškodbe)
KOŽA IN NOHTI NA ROKAH	3 čista, urejena 2 hrapava, občutljiva, lomljivi nohti 1 razpokana, vneta (ekcem, glivično obolenje)
KOŽA IN NOHTI NA NOGAH	3 normalna 2 delna hiperkeratoza 1 hiperkeratoza, vraščeni hohti, glivična obolenja
OBRAZ	3 normalno stanje 2 lokalne spremembe (akne, nahod, herpes labialis, ječmen) 1 generalizirane spremembe (nevrogeni dermatitis, rozacea, itn.)
OČI	3 normalno stanje 2 slepota 1 močno izražena slabovidnost, poškodbe, produktivno vnetje, motnje v funkciji v vek
NOS	3 normalno stanje 2 nosni kateter 1 vnetje sluznice, patološki procesi, poškodbe, rane

Kategorizacija bolnikov z vidika samooskrbe

STOPNJA SAMOOSKRBE	3 popolnoma samostojen pri izvajanju te dejavnosti 2 delno samostojen 1 nesamostojen – popolnoma odvisen
--------------------	--

Popolnoma samostojen bolnik je zavestno in telesno sposoben skrbeti za svojo higieno in urejenost. Dejavnost izvaja samostojno brez pomoči članov negovalnega tima, se pravi, da neposredno izvajanje nege in oblačenje ni potrebno, vendar pa moramo načrtovati delo pri posredni negi, se pravi pri vzdrževanju prostorov, pripomočkov, perila ipd. Kljub bolnikovi samostojnosti mora medicinska sestra ocenjevati in nadzorovati njegovo higiensko stanje in ob opaženi pomanjkljivosti bolnika nanjo obzirno opozoriti.

Delno samostojen bolnik je odvisen od naše pomoči pri izvajanju te dejavnosti. Pomoč mu nudimo v tolikšni meri, kot jo potrebuje in kjer jo potrebuje, odvisno od obolenja

oziroma starostne dobe. Motena je lahko telesna sposobnost, duševna dejavnost (oslabljena volja ali neznanje) ali še ne razvite higienske navede. Ta kategorija predstavlja najbolj problematično skupino, saj za higienko »obravnavo« delno samostojnih varovancev potrebujemo največ časa. Če hočemo namreč, da bo varovanec maksimalno sodeloval, bomo tisto dejavnost, ki mu je še ostala, koristno uporabili oziroma jo skušali izboljšati. Pri tej skupini je potrebno tudi dovolj strokovnega znanja za ugotavljanje realnega higienskega standarda, ki je pogosto pomanjkljiv.

Nesamostojen bolnik je popolnoma odvisen od naše pomoči. Vzrok odvisnosti je lahko telesne ali duševne narave (dojenčki, nezavestni, paralizirani po poškodbah ali motnjah v cirkulaciji, psihiatrični bolniki).

OBRAZEC ZA KLASIFIKACIJO BOLNIKA GLEDE VZDRŽEVANJA TELESNE ČISTOČE IN UREJENOSTI

VAROVANEC:	DATUM ROJSTVA:		
POKLIC:	DIAGNOZA:		
STOPNJA SAMOOSKRBE	3	2	1
VZROK MOTENE DEJAVNOSTI	Fizična	Psihična	Socialna
POTREBA VAROVANCA PO HIGIENI	Velika	Majhna	Nima
VAROVANČEVI PRIPOMOČKI	Zadoščajo	Delni	Pomanjkljivi
OSEBNO PERILO	Standardno	Delni dodatki	Posebno krojeno
ODVISNOST OD DIAGNOSTIČNO TERAPEVTSKEGA PROGRAMA	Ni	Delna	Popolna
DATUM:		DATUM:	
BARVA KOŽE		USTNA VOTLINA	
LOKACIJA SPREMEMB		ZOBJE	
OBARVANOST		LASIŠČE	
NAPETOST		KOŽA IN NOHTI NA ROKAH	
EDEMI		KOŽA IN NOHTI NA NOGAH	
DEFEKTI		OBRAZ	
ZNOJENJE		OČI	
IZPUŠČAJI		NOS	
AG PREDEL			

PROBLEMI IN POTREBE VAROVANCA:

Po tem obrazcu zbrani podatki niso le dodatna obremenitev za medicinsko sestro in izpolnjena dokumentacija ni končni cilj našega dela: na osnovi sinteze vseh informacij, ki jih bo podal varovanec sam ali njihovi svojci, tudi tisti, ki jih bo dobila iz opazovanja varovanca in teh, ki jih bo zbrala iz dokumentacije, bo medicinska sestra na podlagi teoretičnega in praktičnega znanja induktivno izluščila probleme, ki se nanašajo na to dejavnost in postavila cilje za njihovo rešitev.

Cilji zdravstvene nege pri tej dejavnosti

Vso zdravstveno nego vedno izvajamo z določenim ciljem. Globalni cilj pri tej dejavnosti je higiensko vzdrževanje in s svojo urejenostjo zadovoljen bolnik. Etapni cilji pa so prisotni le v primerih, ko nastopijo problemi, ki se nanašajo na izboljšanje oziroma ohranjanje negovanosti in urejenosti. Medicinska sestra se mora zavedati, da se za fizično prizadetostjo pogosto skriva psihična: oslABLJENA volja, pripravljenost varovanca, da bi ohranil svoj urejeni videz. V takem primeru bo eden od vmesnih – etapnih ciljev tudi iskanje in spodbujanje virov skrite energije, pomoč pri tem, da začuti potrebo po higieni in urejenosti in jo skuša tudi izvajati v mejah svojih sposobnosti.

Načrtovanje zdravstvene nege

Na podlagi zbranih podatkov in ugotovitve bolnikovega stanja in iz tega izhajajočih potreb lahko naredimo individualni načrt za to dejavnost, ki bo sestavni del celotnega načrta zdravstvene nege. Pri načrtovanju moramo upoštevati materialne, kadrovske, prostorske in časovne možnosti. V načrtu mora biti navedeno, kaj bomo izvajali za higieno in urejenost, kdo bo posege izvajal, kje in kdaj. Posegi, ki jih izvajamo za uspešno higieno in urejenost, so naslednji:

- čistilna ali osvežilna posteljna kopel,
- prhanje,
- jutranje in večerno osvežilno umivanje,
- ustna nega,
- nega nosne votline,
- nega oči,
- nega ušes,
- analno genitalna nega,
- umivanje nog in striženje nohtov,
- umivanje lasišča,
- umivanje rok in striženje nohtov.

V načrtu moramo zagotoviti varovancu optimalni higienski standard. Pri tem izhajamo iz higienskega standarda zdravega človeka, ki bi bil primeren le za popolnoma samostojnega varovanca. Pri bolnikih iz 2. ali 1. kategorije pa moramo higienski standard prilagoditi njihovem stanju, diagnostičnoterapevtskem programu in obolenju.

Izvajanje zdravstvene nege

Zavedati se moramo, da pri izvajanju osebne higiene bolnika pride do tesnega stika med njim in medicinsko sestro. Ne zdi se mi odveč poudariti etične kvalitete medicinskih sester! Pri izvajanju osebne higiene gre namreč za poseganje v bolnikovo intimnost, kar mu je včasih zoprno in odveč, lahko pa celo ogroža njegovo človeško dostojanstvo, vendar je z vidika zdravstvene nege nujno. Če bo medicinska sestra delovala po načelih splošne človeške etike in morale, bo to, za varovanca včasih mučno situacijo zelo olajšala. Ta intimni stik je dolgotrajen in bi ga morala medicinska sestra izkoristiti za navezovanje pristnejših stikov z bolnikom, z opazovanjem napredka v gibanju, sprememb na koži, za pogovor, kar je lahko pomemben vir informacij za medicinsko sestro in druge člane negovalnega in zdravstvenega tima. Res je cilj vzdrževanja higiene čist bolnik in njegovo dobro počutje, vendar pri tem ne smemo zanemariti vrednosti in pomembnosti komuniciranja z bolnikom pri izvedbi zdravstvene nege.

Dokumentiranje izvedbenih posegov je nepogrešljivo, zlasti pri tistih bolnikih, ki so od naše pomoči odvisni, ali pri posebnih stanjih bolnika, kjer preverjamo uspešnost izvedbenih metod dela.

Vrednotenje zdravstvene nege

Uspešnost zdravstvene nege ocenjujemo glede na dosežene cilje. Če smo cilje dosegli, to pomeni, da smo delo pravilno načrtovali in izvajali. Kvalitetna izvedba zdravstvene nege pri tej dejavnosti se odraža v higiensko vzdrževanjem in urejenem bolniku, ki se dobro počuti in je s svojo urejenostjo zadovoljen.

Zadovoljstvo pa zagotovo pripomore k zdravju – sposobnosti živeti z realnostjo.

Sklep

Dejavnost vzdrževanja telesne čistoče in urejenosti je tako študijsko obdelana. Za praktično delo lahko uporabite le tiste elemente, ki predstavljajo problem za vašo skupino varovancev.

Morda se nekatere stvari zdijo v vsakdanji praksi neizvedljive, vendar menimo, da bi bilo treba za reševanje problematike varovancev z vidika higiene in urejenosti več premišljene ravnanja. Dejavnost sicer dnevno izvajamo, vendar standardno in z naglico, v kateri za sodelovanje bolnika ni možnosti. Vedno skušamo reševati najprej najbolj očitien problem, ki ga na bolniku vsak takoj opazi. Zanemarjenost je tako odpravljena. Premalo se zavedamo, da se za zapuščeno zunanostjo največkrat skriva zapuščena notranost človeka, pomanjkane volje, neznanje ali nemoč, da bi bil čist in negovan.

Vera Štebe, strokovna
sodelavka Višje šole za
zdravstvene delavce, Ljubljana

STANDARDIZACIJA V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE

Na simpoziju Zveze društev medicinskih sester Jugoslavije leta 1986 na Bledu smo predstavili zamisli za delo po procesu zdravstvene nege na Univerzitetni kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja v Ljubljani. Že takrat smo pri analiziranju stanja in zahtev procesa zdravstvene nege prišli do zaključkov, da moramo nekatere stvari v našem delu in organizaciji dela spremeniti oziroma spopolniti. Med drugim smo ugotavljali tudi potrebo po standardizaciji zdravstvene nege.

Kaj je standard v zdravstveni negi

Standard je dokument, ki natančno določa merila, ki jih mora določen proizvod spolnjevati. Te enote, dogovorjene, ustaljene mere zagotavljajo proizvodu stalno kvaliteto in uporabnost. Ta definicija je oblikovana za standardizacijo proizvodov. V našem poklicu seveda ne moremo govoriti o kvaliteti proizvodov, temveč govorimo o kvaliteti našega celotnega dela z varovancem, sestavljenega iz vrste postopkov, ki morejo biti standardizirani.

S standardizacijo želimo razjasniti in natančno opredeliti elemente, ki omogočajo izvajanje našega dela v skladu z željami potrošnika (v našem primeru je to varovanec) in našimi možnostmi. Standardizacija je enotno reševanje problemov, ki se ponavljajo.

V sklopu procesa zdravstvene nege in standardizacije znotraj procesa govorimo o standardnih načrtih na različnih nivojih.

Kdo pripravlja standardne načrte zdravstvene nege

Standardne načrte za zdravstveno nego pripravljajo dobro usposobljene medicinske sestre, po potrebi v sodelovanju z drugimi strokovnjaki zdravstvenega tima. Osnova za oblikovanje poklicnih standardov so veljavni znanstveni principi in raziskovalna dognanja naše stroke in drugih znanosti, tako medicinske kakor tudi naravoslovnih in družboslovnih.

Na podlagi tega znanja, ki si ga medicinske sestre v določeni meri pridobijo že v šoli, si bomo lahko zamislili pričakovane probleme varovanca in predvideli načrt dela za doseg postavljenih ciljev. Standardov ne šabloniziramo, pripravljamo jih za svoje ožje področje, ker upoštevamo dejansko situacijo in možnosti našega okolja, v katerem delamo. Okoliščine, v katerih delamo, pa so precej različne. Če so standardi izdelani za preširoka in raznolika področja enotno, obstaja nevarnost, da se v praksi ne bodo uveljavili in bodo hitro izgubili svojo vrednost. Pri snovanju standardov prihajamo tudi do spoznanj, kaj bomo v danih okoliščinah spremenili in izboljšali, na podlagi česa se bomo približevali poklicnim standardom in bomo naše delo izvajali bolj kvalitetno.

Ker se vse znanosti razvijajo in prihajajo strokovnjaki vedno do novih spoznanj, tudi naši standardni načrti, ki temeljijo na teh dognanjih, niso nespremenljivi. Vsakih šest mesecev standarde, ki jih imamo dokumentirane in zbrane v dokumentu oddelka, ponovno pregledamo in izboljšujemo. Vodja negovalnega tima na oddelku neprekinjeno zbira material za izpopolnjevanje standardnih načrtov. S člani negovalnega tima, ki delajo po teh načrtih, material pogosto obravnavamo na timskih sestankih in zbiramo zelo dragocene praktične izkušnje.

Standardne načrte za svoje postopke dela lahko medicinske sestre pripravljajo na vseh področjih našega dela, bodisi v bolnišnici, dispanzerju, patronaži, medicini dela itn. Standardne načrte zdravstvene nege lahko opremimo tudi z materialnimi, časovnimi in kadrovskimi normativi. To nam bo zelo koristilo pri predstavljanju naše službe in pri materialnem in kadrovskem načrtovanju za naše področje dela.

Kakšne koristi pričakujemo od standardiziranja zdravstvene nege na posameznih področjih našega dela?

Če bomo delali po dogovorjenih, enotnih, ustaljenih merilih, bodo postopki zdravstvene nege za zadovoljevanje varovančevih potreb opravljeni kvalitetnejše. Enotno kvalitetno delo vseh naših medicinskih sester bo dvigovalo zaupanje bolnika in svojcev v naše delo in tako bomo imeli tudi večji uspeh pri pritegovanju varovancev v izvajanju individualnega načrta zdravstvene nege. Za primer: Varovanec bo le težko zaupal v naše delo, če mu bo v enakih okoliščinah in ob enakih potrebah ena medicinska sestra opravila ustno nego po vsakem obroku hrane, druga pa samo enkrat na dan. Naše delo na podlagi standardov bo seveda tudi bolj sistematično (standardi so pripravljani po enotni metodologiji), z racionalnejšo izrabo časa. Medicinska sestra ne bo vedno znova iskala oblike, kako naj prenese svoje temeljno znanje, pridobljeno v šoli, v prakso pri oskrbi varovancev. Prenehali bomo uporabljati nepriljubljeno frazo »to je po šolsko«, temveč bomo lahko rekli »to je boljše, to je slabše«, glede na to, v kakšni meri dosegamo idealne poklicne standarde.

Z izoblikovanimi standardi dosežemo tudi racionalizacijo oblikovanja individualnih načrtov. Individualno načrtujemo samo tisto, kar posamezen varovanec potrebuje poleg našega standarda. Na primer: pripravljen imamo standardni načrt za pripravo varovanca na operacijo. Pri večini varovancev bomo opravili to pripravo po tej shemi. Pri enem varovancu pa opazimo v času priprave izredno prestrašenost pred operacijo. Pri tem varovancu bomo časovno in metodološko razširili načrt psihične priprave. Vključili bomo še druge strokovnjake, za katere domnevamo, da bodo pri njegovi psihični pripravi na operacijo uspešni.

Standardi so nam v pomoč pri nadzoru in vrednotenju dela vsake posamezne medicinske sestre in pri uspešnosti dela na našem oddelku za doseg cilja zdravstvene nege oddelka. Opravljeno delo lahko primerjamo s predvidenim delom po standardu. Probleme lahko analiziramo, argumentiramo in rešujemo.

Naše delo pri uvajanju novih medicinskih sester v delo bo veliko lažje in verjetno tudi učinkovitejše, če bomo lahko uporabili sistematično pripravljen dokument standardizacije postopkov zdravstvene nege na našem oddelku.

S pripravljenimi standardnimi načrti bodo medicinske sestre lažje predstavljale svojo dejavnost znotraj zdravstvenega tima in se bodo zanjo lažje zavzemale. Pri oblikovanju standardov bomo oblikovali tudi našo strokovno terminologijo.

Nekaj nivojev standardnih načrtov za bolnišnično oskrbo varovancev

Glede na pričakovane probleme si lahko pri bolnišnični oskrbi varovancev postavimo naslednje standarde:

1. Podobne probleme pri izvajanju življenjskih aktivnosti pričakujemo pri varovancih, ki se zdravijo na istih specializiranih oddelkih: kirurgija-travmatologija, interna-koronarna enota, infektologija, pediatrija, gerontologija itn. Za te skupine varovancev bomo izoblikovali standarde za zadovoljevanje pričakovanih potreb pri izvajanju življenjskih aktivnosti. Ti širši standardi bodo verjetno v pomoč vodilnim medicinskim sestram pri oblikovanju in organiziranju službe zdravstvene nege na tem področju, kakor tudi pri urejanju najprimernejšega okolja za negovanje teh varovancev.

2. Znotraj posameznih specialnosti bomo oblikovali standardne načrte za skupino varovancev z enako boleznijo (varovanci s sladkorno boleznijo, z zlatenico, po operaciji žolčnika itn.). Pri teh varovancih pričakujemo na različnih stopnjah bolezni enake probleme. Ti načrti nam bodo potrebni za racionalno in kvalitetno individualno načrtovanje.

3. Standardne načrte bomo pripravili za postopke zdravstvene nege (na primer prvo vstajanje, urejanje položajev itn.) in za diagnostičnoterapevtske postopke, ki jih opravljajo medicinske sestre (na primer aplikacija infuzijske terapije, odvzem izpljunka za bakteriološko preiskavo itn.).

Pri oblikovanju vsakega standardnega načrta uporabljamo določen sistem:

- Opredelimo pričakovane probleme na podlagi našega strokovnega znanja in praktičnih izkušenj na našem področju.
- Postavimo si cilje, ki jih želimo doseči z reševanjem pričakovanih problemov.
- Pripravimo načrt dela za reševanje ali preprečevanje pričakovanih problemov in za doseg zastavljenih ciljev.

Standardni načrt za izvajanje ustne nege:

Pričakovani problemi	Cilji	Načrt
Zadrževanje in razkranjanje ostankov hrane med zobnimi režami.	Čisto zobovje in ustna votlina, ohranjena funkcija zobovja in ustne sluznice.	Čistiti zobovje in ustno votlino po večjih obrokih hrane (3-krat dnevno) z zobno ščetko in zobno pasto z poglobljenimi čistilnimi sredstvi. Splahovati ustno votlino z mlačno vodo.
itn.	itn.	itn.

Standardni in individualni načrt zdravstvene nege in kvaliteta našega dela

Kakšni podatki so nam potrebni za oblikovanje standardnih načrtov zdravstvene nege?

Standardne načrte oblikujemo na podlagi pričakovanih problemov, ki se pojavljajo pri določeni skupini varovancev ali pri določenem postopku dela. Za pričakovane probleme se opredeljujemo na podlagi našega strokovnega znanja in praktičnih izkušenj, ki smo jih pridobili pri negovanju varovancev. Pri oblikovanju teh načrtov še ne upoštevamo individualnih problemov varovanca, kar je bistvena odlika individualnih načrtov, ki jih predvideva proces zdravstvene nege.

Kakšni podatki so nam potrebni za oblikovanje individualnih načrtov?

Za razliko od standardnih načrtov oblikujemo individualne načrte na podlagi dejanskih – aktualnih problemov in šele na drugem mestu pričakovanih – mogočih. Probleme nam

navede varovanec sam, njegovi svojci ali prijatelji, oziroma jih poiščemo sami po metodi, ki nam jo ponuja proces zdravstvene nege. Standardni načrti so nam v veliko pomoč pri oblikovanju individualnih načrtov. Ker pa vemo, da je vsak človek svojstvena osebnost z lastnimi reakcijami na probleme (na primer toleranca na bolečino) lahko edino od individualnega dela z varovancem pričakujemo najvišjo kvaliteto.

Nekaj o vrednotenju kvalitete zdravstvene nege

Kvaliteto zdravstvene nege, opravljene po procesu zdravstvene nege, lahko vrednotimo po tristopenjskem sistemu vrednotenja, ki sva ga s kolegico Silvo Hoyer uporabili v raziskavi. Pri tem načinu vrednotenja se kvaliteta stopnjuje od 1 do 3.

Stopnja 1 Varna nega.

Medicinska sestra poskrbi za najnujnejše, tako da varovanec ni ogrožen. Z negovanjem varovancu ne škoduje. Negovanje poteka po pripravljeni rutinski shemi (na podlagi pričakovanih – mogočih problemov).

Stopnja 2 Ustrezna nega.

Medicinska sestra poskrbi za zadovoljevanje tistih bolnikovih potreb in navad, ki jih leta sam izraža. To zdravstveno nego načrtujejo in izvajajo sestre same.

Stopnja 3 Optimalna nega.

Medicinska sestra poskrbi za usmerjeno pomoč varovancu pri prilagajanju na spreminjajočo okolščino in pri reševanju njegovih problemov. Samoiniciativno spoznava varovanceve navade in potrebe. Nego načrtuje in vrednoti skupaj z varovancem in svojci.

Iz tega načina vrednotenja kvalitete v procesu zdravstvene nege vidimo, da z delom samo po standardnih načrtih dosegamo samo najnižjo kvaliteto oziroma prvo stopnjo. Le individualno načrtovanje in aktivnost varovanca – kadar je to mogoče – nas lahko vodi k najvišji kvaliteti. Seveda pa tudi pri nesodelujočem varovancu lahko upoštevamo njegovo individualnost, kar nas bo vodilo k višji kvaliteti.

Standardizacija je torej eden izmed elementov pri oblikovanju zdravstvene nege na oddelku, korak k boljšemu delu ter temeljni in neobhodno potrebn element za dobro funkcioniranje zdravstvene nege.

Tita Sekavčnik, višja medicinska sestra,
Višja šola za zdravstvene delavce,
Ljubljana

UVAJANJE PROCESA ZDRAVSTVENE NEGE NA UNIVERZITETNI PSIHIATRIČNI KLINIKI

Z uvajanjem procesa zdravstvene nege smo na naši kliniki začeli spomladi leta 1986. S tem načinom dela smo se seznanili iz priročnika Proces zdravstvene nege, na seminarjih in iz tuje literature.

Proces zdravstvene nege smo najprej predstavili na strokovnih zdravniških kolegijih in na strokovnem sestanku višjih medicinskih sester naše klinike. Dogovorili smo se, na katerih oddelkih bomo začeli s praktičnim uvajanjem. S procesom zdravstvene nege smo seznanili negovalno osebje po posameznih enotah. V okviru tega so na vsakem oddelku tudi praktično poskusili vsaj enega bolnika negovati po načelih procesa zdravstvene nege. Ob zaključku tega obdobja uvajanja smo izpeljali anonimno anketo, ki jo je vrnila polovica višjih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Vsi razen enega so bili seznanjeni z osnovami procesa zdravstvene nege. 68% jih je menilo, da se splača poskusiti. 29% udeležencem v anketi je bilo žal, da tega nismo uvedli že pred leti, in 44% jih je menilo, da ta način dela

bolnikom koristi. Glavni pomisleki so bili, da je to teorija, ki se v praksi ne bi obnesla, da zahteva preveč časa (41%), 10% se je zdel ta način dela nerazumljiv. 29% udeležencev je bilo, kot so nam pokazale kasnejše izkušnje, zelo treznih, saj so trdili, da je potrebno precej časa, preden se človek navadi na nov način dela. Žal je na vprašalnik odgovoril zelo nizek odstotek vprašanih. Molčečneži so verjetno nezadovoljni s svojim delom in položajem v zdravstvenih timih in od novosti ne pričakujejo nobenega napredka.

Izkušnje na oddelkih, kjer so k procesu zdravstvene nege res pristopili in je bil celoten tim pripravljen sodelovati, so dobre. Tako so na naši kliniki vse bolnike dveh oddelkov začeli negovati po procesu (40 bolnikov). Na ostalih oddelkih pa so tako negovani le posamezniki. Mnenja smo, da s tem načinom dela največ pridobijo bolniki z dolgotrajno hospitalizacijo, ker je nevarnost, da postanejo s časom »inventar« ustanove in se okoli njih nič ali zelo malo dogaja, in pa suicidalni in nemirni bolniki, saj so le-ti najbolj ogroženi in potrebujejo zares intenzivno zdravstveno nego.

Tudi uvajanje procesa zdravstvene nege je proces in pričakovanja, da se bo ta način dela na hitro uveljavil na tako veliki kliniki kot je naša, so iluzorna. Letos je večje število naših višjih medicinskih sester končalo v organizaciji Višje šole za zdravstvene delavce specializacijo iz psihiatrične zdravstvene nege bolnika. Velik del programa je bil posvečen tudi procesu zdravstvene nege in je njihovo znanje dokaj poglobljeno. Pričakujemo, da bodo to znanje prelele v prakso.

V naslednjem obdobju uvajanja procesa zdravstvene nege moramo urediti enotno shranjevanje dokumentacije. Sedaj vsaka medicinska sestra shranjuje programe, kakor ve in zna, nikoli pa niso sestavni del popisa bolezni, kar bi bilo najbolj smiselno. Najpomembnejše pa bo nadaljnje poglobljanje znanja in motiviranje vseh članov negovalnih in tudi drugih članov zdravstvenih timov.

Brane Kogovšek, Univerzitetna
psihiatrična klinika, Ljubljana

ORGANIZACIJA SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU

Zdravstvena nega je strokovno področje medicinskih sester in je namenjena zdravim in bolnim varovancem ter predstavlja celoten delež medicinskih sester v zdravstvenem varstvu.

Primarna zdravstvena nega je najširši pojem zdravstvene nege in pomeni skrb za zdravje posameznika, družine in družbene skupnosti. Vendar medicinska sestra pri tem ni edini izvajalec nege, temveč je koordinator vseh izvajalcev le-te.

Med 1600 delavci Zdravstvenega doma Dr. Adolfa Drolca v Mariboru je 450 medicinskih sester, od tega jih 91 dela v patronažnem varstvu. Osnovno koordinacijo med medicinskimi sestrami oziroma službo zdravstvene nege v Zdravstvenem domu predstavlja strokovni kolegij medicinskih sester in tehnikov, ki je posvetovalni organ pomočnika direktorja za zdravstveno nego in oskrbo varovancev, po stari terminologiji glavne sestre delovne organizacije. Kolegij sestavljajo glavne sestre služb – za varstvo žensk, za varstvo otrok, za varstvo šolske mladine, za medicino dela, prometa in športa, za specialistične preventivne ambulante, za patronažno varstvo, za splošno medicino, za pnevmoftiziofoško varstvo, za zobozdravstveno varstvo, za psihohigiensko in psihiatrično službo, za laboratorijsko službo in za službo medicinske rehabilitacije. Naloge kolegija so oblikovanje enotne strokovne doktrine za področje zdravstvene nege po metodi procesa zdravstvene nege; racionaliziranje postopkov zdravstvene nege in posledična ekonomizacija delovnega procesa; sodelovanje pri načrtovanju kadrovske politike za področje zdravstvene nege; pripravljanje in izvajanje programov pripravištva; organizacija in izvajanje prakse učencev zdravstvene šole in študentov Višje šole za zdravstvene delavce; usklajevanje razvoja zdravstvene vzgoje.

V strokovno-upravnem smislu je pomočnik direktorja za zdravstveno nego in oskrbo varovancev član kolegija zdravstvenega doma in član medicinskega sveta, kar mu omogoča neposredno sodelovanje v programiranju dela zdravstvenega doma.

Prav tako je po svojem položaju član kolegija za zdravstveno nego pri SOZD Združeno zdravstvo Maribor, katerega članice so, poleg glavnih sester delovnih organizacij, glavne sestre velikih oddelkov oziroma služb. Kolegij ima opredeljene specifične naloge na področju zdravstvene nege, in sicer: ustvarja pogoje za kontinuirano zdravstveno nego na območju delovanja članic SOZD združeno zdravstvo; gradi enotno doktrino zdravstvene nege, zasnovano na sodobnih strokovnih spoznanjih, uvaja in izpopolnjuje dokumentacijo zdravstvene nege, ki je kompatibilna s sodobnimi informacijskimi sistemi; organizacijsko in vsebinsko pomaga razvijati time zdravstvene nege, da bodo ob najmanjših možnih stroških strokovno, kultivirano in racionalno funkcionirali; sinhronizira delovanje področja zdravstvene nege v okviru združenega zdravstva.

Organizacija zdravstvene nege v Zdravstvenem domu je integrirana v organizacijo strokovnih služb zdravstvenega doma na enak način, kakor so naloge medicinskih sester integrirane v naloge strokovnih timov primarnega zdravstvenega varstva. Značilnost te organizacije in delovanja je torej integriranost zdravstvene nege v vseh interdisciplinarnih strokovnih dejavnostih primarnega zdravstvenega varstva v smislu timske obravnave varovancev, znotraj ustanove v ambulantah in dispanzerjih ter v smislu povezave zdravstvene službe z domovi varovancev in okoljem, v katerem živijo ali delajo. Temu sledi še povezanost z družbenopolitičnimi skupnostmi na nivoju krajevnih skupnosti in občin. Temeljni princip delovanja v vseh dejavnostih primarnega zdravstvenega varstva in torej tudi primarne zdravstvene nege je delovanje po dispanzerski metodi dela. Iz te obveznosti izvirajo najzahtevnejše naloge primarne zdravstvene nege in s tem najodgovornejše delo medicinskih sester v primarni zdravstveni negi, ki zahteva uporabo metode procesa zdravstvene nege. Načela dispanzerske metode dela naj bi sprejeli v vseh oblikah zdravstvenega varstva zdravstvenega doma in na osnovi tega pristopa obravnavali varovanca od rojstva do smrti znotraj ustanove in na terenu v zdravstvenem varstvu žensk, otrok in mladine, v splošnem zdravstvenem varstvu odraslih in starejših prebivalcev, v zdravstvenem varstvu delavcev, športnikov in udeležencev v prometu, v zobozdravstvenem varstvu in v patronažnem varstvu. Z metodo procesa zdravstvene nege lahko medicinske sestre najuspešneje kombinirajo metodo dispanzerskega dela in na ta način uresničujejo primarno zdravstveno nego zdravstvenega doma.

Enotna načela delovanja področij zdravstvenega doma so:

- poznavanje terenskega območja na katerem dejavnost deluje, poznavanje gospodarskih in družbenih potencialov območja, njegovih socioloških in ekoloških karakteristik;
- poznavanje prebivalstva, ki ga posamezna dejavnost obravnava oziroma delov prebivalstva kot so žene, otroci, delavci, bolniki in starostniki;
- poznavanje epidemiološkega položaja tistega dela prebivalstva, ki ga posamezna dejavnost obravnava, pri čemer so plodnost, rodnost, obolevnost in smrtnost osnovni epidemiološki kazalci, ki jih dejavnosti spremljajo;
- specifična organiziranost dejavnosti, ki omogoča zajemanje določenega dela prebivalstva z mrežo enot,
- izvajanje aktivnega zdravstvenega varstva, ki nalaga dejavnostim, da po lastni iniciativi vzpostavljajo stik z varovanci in to na najrazličnejše načine, med katerimi so osnovni način sistematski pregledi. Načrtovano, sistematično zajemanje in obravnavanje delov prebivalstva omogoča načrtovane prve stike varovancev z zdravstveno službo ter ponovne obravnave, kadar je to potrebno, bodisi zaradi ohranjanja zdravja ali pa obravnave zaradi bolezni;
- enotnost kurativne, preventivne in socialne obravnave varovanca in slehernega zdravstvenega problema uresničuje celovitost obravnave na vsaki od naslednjih stopenj:

varovanje zdravja, krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje bolezni, zdravljenje in nega, rehabilitacija;

- razvijanje najširše mreže sodelovanja posameznih dejavnosti zdravstvenega doma med seboj, z bolnišničnimi službami zdravljenja in nege, z organi, organizacijami in dejavniki na terenskem območju, ki delujejo v skrbi za varovanca;

- zdravstvenovzgojno delovanje vseh timov in vseh posameznih zdravstvenih delavcev pri slehernem stiku z varovancem;

- vključevanje v znanstvenoraziskovalno delo;

- pedagoško delo v tistem delu vzgojnoizobraževalnega programa, ki ga uresničujejo dejavnosti zdravstvenega doma.

Na navedenih načelih temeljijo tudi glavne naloge primarne zdravstvene nege, ki so vgrajene v:

- posvetovalnično obravnavo varovancev,

- sistematsko obravnavo varovancev,

- obdobjno obravnavo varovancev,

- urgentno obravnavo varovancev,

- zdravstvene akcije različnih vrst,

- obravnavo varovancev na delovnem mestu,

- patronažno obravnavo varovancev in družin na domovih, vključno z nego bolnikov na domovih,

- različne oblike zdravstvene vzgoje v enotah zdravstvene službe, na domovih varovancev, v vzgojnovarstvenih ustanovah, v šolah, krajevnih skupnostih in v delovnih organizacijah,

- in končno v povezavi z zdravstveno nego v bolnišnici.

Pri izvajanju navedenih nalog se medicinska sestra lahko opira na proces zdravstvene nege na svojstven način, ko se vključuje v obravnavanje varovancev od rojstva do smrti v posameznih dejavnostih zdravstvenega doma in tako uresničuje kontinuirano primarno zdravstveno nego kot specifično področje zdravstvene nege.

Marija Flisar, višja medicinska sestra, pomočnica direktorja za zdravstveno nego in oskrbo varovancev, Zdravstveni dom Maribor

strokovno izpopolnjevanje

DOKTRINARNE SPREMEMBE NA PODROČJU OŽIVLJANJA

V program oživljanja (kardiopulmonalne reanimacije) so bile v lanskem letu povsod v ZDA uvedene nekatere važne doktrinarne spremembe (Standards and Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiac Care, JAMA 1986; 255: 2905–89). V minulih desetletjih se je dosledno pokazalo, da so vse novosti, ki so jih na področju oživljanja dognali ameriški avtorji, prav kmalu povzeli tudi v večini evropskih in drugih držav ter tudi pri nas v Sloveniji. Te spremembe so logične in utemeljene ter jih naši anesteziologi in reanimatologi že uvajajo v prakso programa oživljanja ABCD. Zato je potrebno, da bi bili z njimi seznanjeni prav vsi slovenski zdravniki in zdravstveni delavci.

V točki A (sprostitvev dihalnih poti) reševalec z eno roko na čelu potiska glavo v defleksijo, drugo roko pa iz zatilja prenese na brado in z dvema prstoma (kazalcem in sredincem) potiska brado naprej in navzgor, kar omogoča večji odmik korena jezika od zadnje stene žrela in s tem učinkovitejšo sprostitvev dihalne poti. Kadar je pri zamašeni dihalni poti s tujkom potreben Heimlichov postopek, je le-ta pri majhnih otrocih (novorojenčki, dojenčki, otroci do tretjega leta starosti) spremenjen. Pri njih pri tem ne pritiskamo več s kazalcem in sredincem obeh rok v predel epigastrija, ampak napravimo Heimlichov postopek tako, da razkrcenega otroka položimo z obrazom navzdol in glavo nižje na podlaket in dlan ene roke, ki je oprta na stegno. Z dlanjo te roke mu pri tem podpiramo spodnjo čeljust, z dlanjo druge roke pa ga nekajkrat udarimo po hrbtu med lopaticama. Če na ta način ni uspeha, položimo prosto roko čez otrokov hrbet tako, da je kot »sendvič« med obema rokama in ga obrnemo z obrazom navzgor. Glavo naj ima pri tem še vedno nižje in oprto ob naše stegno. Nato z obema rokama napravimo en do štiri stiske prek spodnje polovice prsnega koša, to je pod namišljeno črto, ki spaja obe prsni bradavici. Stiski naj bodo nekoliko počasnejši kot kompresije pri srčni masaži ter izdatni, da tako nastali nadpritisek v pljučih izvrže tujek.

Kot uvod v točko B (umetno dihanje) ne delajo več štirih vpihov v hitrem zaporedju, ampak dva počasna, vsak traja sekundo do sekundo in pol. S tem dosežejo, da vpihani zrak izdatne napolni pacientova pljuča in je pri tem manj možnosti, da bi vpihani zrak šel v želodec. Med vpihavanjem zraka usta na usta reševalec z eno roko zatiska nosnici in deflektira glavo, druge pa nima v zatilju, ampak s kazalcem in sredincem te roke potiska brado naprej in navzgor.

Zunanjo masažo srca v okviru točke C (umetna cirkulacija) delajo vedno s frekvenco 80 do 100 v minuti, in to, če oživlja en sam reševalec ali pa če oživljata dva. S tako visoko frekvenco masaže dosežejo ne le zadosten sistolični krvni tlak, ampak tudi tako visok diastolični krvni tlak v ožilju, da so možgani in drugi pacientovi življenjsko pomembni organi zadosti prekrvljeni in oksigenirani. Če oživlja en reševalec, bo tako visoko in primerno frekvenco masaže dosegel, če bo med kompresijami hitro štel »ena in, dva in, tri in, štiri in, pet in, šest in, sedem in, osem in, devet in, deset in, enajst in, dvanajst in, trinajst in, štirinajst in, petnajst« ter nato dvakrat globoko vpihnili zrak v pacientova pljuča, nato pa spet petnajst kompresij itd. Vpiha sta globoka in trajata vsak po sekundo do sekundo in pol. Kadar pa oživljata dva reševalca, ne delata več 60 kompresij v minuti in na vsakih pet kompresij vpih brez pavze, ampak napravita na vsakih pet kompresij pavzo na vpih, ki traja sekundo do sekundo in pol. Frekvenca masaže je tudi tu 80 do 100 v minuti. Reševalec, ki dela kompresije, hkrati hitro šteje: »ena in dva in tri in štiri in pet« ter napravi pavzo, v kateri reševalec, ki vpihava, močno vpihne zrak v pacientova pljuča, nato spet naredi pet hitrih kompresij itd. Pavzo v točki C za vpih zraka, kadar oživljata dva reševalca, razlagajo in utemeljujejo s tem, da bo le ob pavzi reševalec, ki vpihava zrak, pravilno in zadosti napolnil pacientova pljuča z zrakom in da ob frekvenci kompresij, ki so tudi tu 80 do 100 v minuti, pavza ne bo pomembneje vplivala na padec sistoličnega tlaka, predvsem pa ne bo

vplivala na padec diastoličnega tlaka, ki bo ob taki frekvenči kljub pavzi dovolj visok za zadostno prekrvitev in oksigenacijo možganov, srca in drugih organov. Frekvenca kompresij masaže srca pri otrocih, dojenčkih in novorojenčkih pa je ostala nespremenjena (100 do 120 v minuti). Pri novorojenčkih in dojenčkih je frekvenca masaže srca 120, vpihavanje zraka pa 40 v minuti, torej je razmerje vpih zraka : masaža srca 1 : 3.

Zaradi pojava do zdaj neznanih hudih nalezljivih obolenj (aids) priporočajo pri oživljanju povsem nepoznanih oseb oziroma pacientov v okviru točke A (čiščenje dihalnih poti) uporabo gumijastih rokavic ali rokavic iz sintetike, pri izvajanju točke B (umetno dihanje) pa uporabo tehničnih pripomočkov. Najosnovnejši tehnični pripomočki (žepna maska in Safarjev tubus S) se v zahodnih državah dobijo v prosti prodaji in so dostopni tudi laikom.

To je nekaj najvažnejših sprememb doktrine kardiopulmonalne reanimacije, uveljavljenih lani v ZDA. Morda še nekaj pripomb oziroma sugestij za naše razmere:

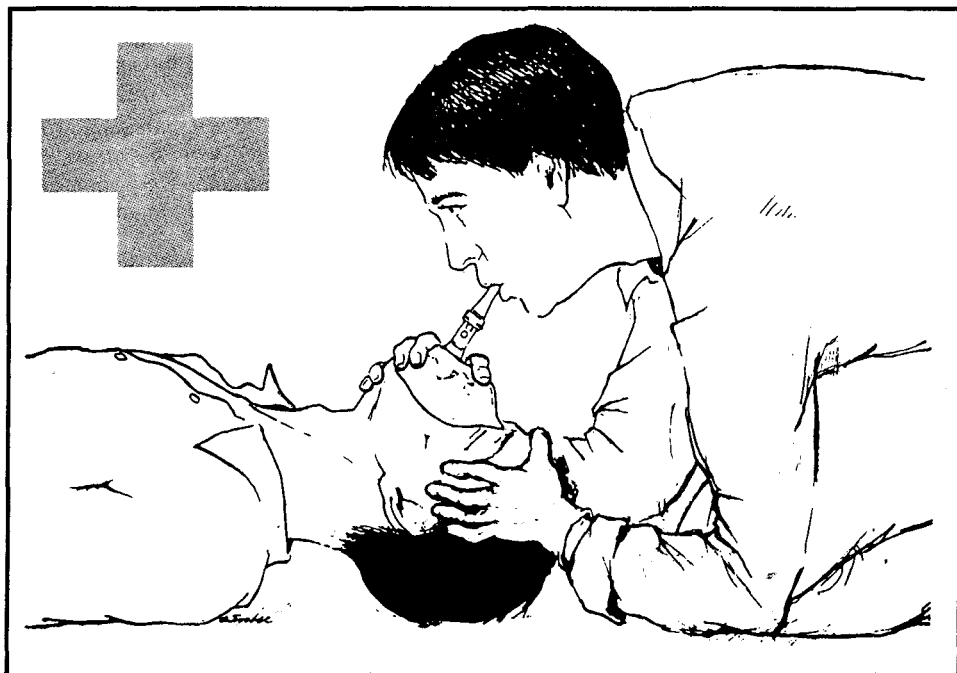
Virus aidsa se z izdihanim zrakom ne prenaša. Med oživljanjem se lahko prenaša le, če reševalec pride neposredno v stik s krvjo pacienta. Nevarnost okužbe z virusom aidsa je možna pri čiščenju dihalnih poti, če ima pacient poškodovano ustno sluznico in ima reševalec že od prej kako ranico na roki ali pa je med čiščenjem morda dobil kako mikrolezijo kože ob zobeh pacienta. Zato naj dosledno velja načelo, da pri oživljanju neznanih oseb pri čiščenju dihalnih poti vedno uporabljamo gumijaste rokavice ali pa rokavice iz trpežne sintetike. Rokavice naj bi pri oživljanju uporabljali tudi laiki in bi bilo potrebno uvesti v seznam vsebine omaric in torbic za prvo pomoč in škatle za prvo pomoč v avtomobilu tudi take rokavice.

Možnost okužbe z virusom aidsa je tudi v točkah B in C oživljanja med vpihovanjem zraka z usti na usta oziroma nos, če ima pacient poškodovano sluznico zgornjih dihalnih poti, ust in ustnic ter tako reševalec lahko pride v dotik z njegovo krvjo. Le če takih poškodb ni (in največkrat jih ni), bi morda zasilno zaščito predstavljal način, da reševalec prekrije usta in nos pacienta s preganjenim robcem in mu vpihava zrak v pljuča skozi robec. Vendar so navarne lahko že mikrolezije sluznice, ki sploh niso opazne, vendar se lahko iz njih robec prepoji s krvjo in sokrvico. Torej ta metoda ni zanesljiva. Zato naj velja za zdravstvene delavce dosledno načelo, naj za vpihavanje zraka vedno uporabljajo tehnične pripomočke. V zdravstvenih ustanovah, kjer delajo (ambulante, bolnišnice), imajo povsod na razpolago respiratorje (ročne dihalne balone). Ker ti včasih niso takoj dosegljivi ter tudi za rabo izven zdravstvene ustanove, pa naj bi vedno imeli pri sebi še priročne tehnični pripomoček za vpihavanje zraka, in sicer žepno masko ali pa Safarjev tubus S.

Ker je metoda umetnega dihanja za vpihavanje zraka z usti dokazano mnogo učinkovitejša in uspešnejša, kot so ročne metode, je po mojem mnenju v okviru prve pomoči ne bi kazalo opustiti in naj tudi laiki še uporabljajo to metodo. Kadar oživljajo svojce oziroma povsem znane ljudi, bi lahko uporabljali neposredno metodo usta na usta ali usta na nos. Pri oživljanju neznanih oseb pa sta dve možnosti: uporabljati ročno metodo umetnega dihanja, kar pa ne bi bila najboljša rešitev. Boljše bi bilo pri vpihavanju zraka uporabljati tehnični pripomoček (žepna maska ali Safarjev tubus S) in tako tudi pri oživljanju neznanih oseb uporabljati uspešnejšo metodo vpihavanja zraka z usti. Vendar bi morali v tem primeru v šolah in na tečajih prve pomoči laike učiti uporabe teh pripomočkov in jih vnesti v seznam vsebine omaric in torbic za prvo pomoč in škatle za prvo pomoč v avtomobilih. Seveda bo treba te pripomočke tudi izdelovati ter laikom omogočiti nabavo. Pri tem bi bilo najbolje odločiti se le za enega od teh pripomočkov, na primer Safarjev tubus S, ki je enostavnejši za izdelavo in pri uporabi prav tako, ali pa še uspešnejši kot žepna maska. V vseh podobnih problemih in akcijah se je pri nas vedno odlično izkazala organizacija RK Slovenije. Morda bi zdravniki, ki sodelujejo pri Rdečem križu, dali pobudo za vse to in prek javnih občil poskrbeli za informiranost ljudi na tem v sedanosti tako perečem problemu.

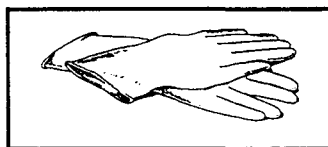
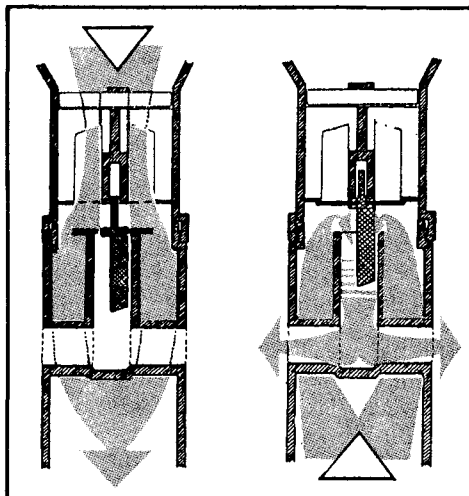
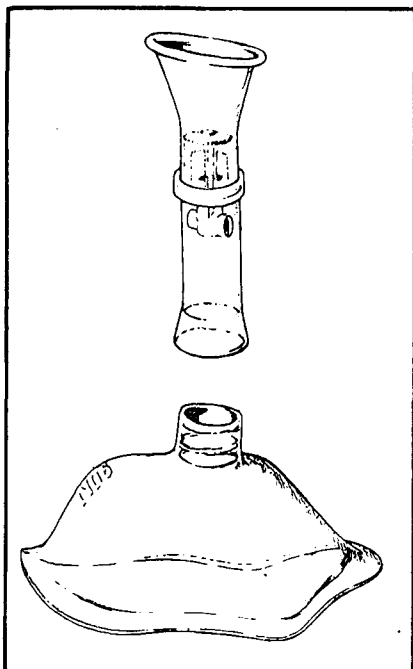
ŽEPNA DIHALNA MASKA

- je preprost, učinkovit in varen pripomoček za dajanje umetnega dihanja, ki ga imate lahko vedno pri sebi
- z njo lahko rešite življenje brez nevarnosti, da bi pri tem okužili sebe ali poškodovanca
- dihalna maska omogoča umetno dihanje usta na nos in usta brez neposrednega stika in je namenjena za množično uporabo
- ustnik z nepovratno zaporo varuje reševalca, ker preprečuje stik z izdihanim zrakom, slino in krvjo
- uporaba dihalne maske in priloženih zaščitnih rokavic preprečuje morebitno okužbo z virusom HIV, povzročiteljem AIDS-a

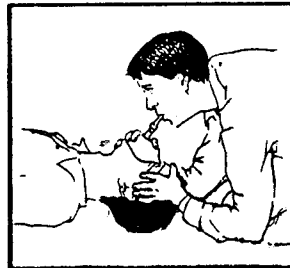
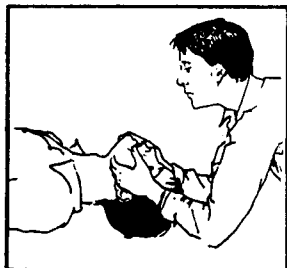


UPORABA ŽEPNE DIHALNE MASKE NE SPREMINJA SPLOŠNIH NAČEL ZA OŽIVLJANJE

Žepno dihalno masko sestavljata obrazni del maske in ustnik z nepovratno zaporo. Maski sta priložena še dva para zaščitnih rokavic.



- Obrazni del dihalne maske je ergonomsko oblikovan in se prilagaja različni velikosti obraza; pravilna namestitvev in drža dihalne maske zagotavljata potrebno tesnenje.
- Ustnik omogoča vpihovanje zadostne količine zraka za odrasle iziroma otroke kljub zgornji membrani, ki edina ovira vpihovanje zraka. Ta membrana je nujno potrebna, ker zadržuje slino reševalca.
- Gumijasti del nepovratne zapore v ustniku vpihovanja zraka ne ovira, pač pa tesno zapre zgornji del ustnika ob izdihu poškodovanca; tako gre izdihani zrak skozi spodaj vdeleni odprtini.
- Dihalna maska je izdelana iz posebne plastike za medicinsko opremo in je odporna na običajne nizke in visoke temperature.
- Pri projektu žepne dihalne maske sodeluje in jo testira Univerzitetni klinični center, Inštitut za anesteziologijo, Ljubljana.



IZDELUJE: EVI, 61000 Ljubljana, Titova 273, telefon: (061) 341-000

Naročila sprejemajo: SANOLABOR, 61000 Ljubljana, Cigaletova 9, telefon: (061) 317-355; SKUPŠČINA RDEČEGA KRIŽA SLOVENIJE, 61000 Ljubljana, Mirje 19, telefon: 224-522, in vse OBČINSKE ORGANIZACIJE RDEČEGA KRIŽA.

NOV PROFIL: VIŠJA MEDICINSKA SESTRA – BABICA

Čeprav vsaka dežela strokovno osebje, ki pomaga pri porodu, različno imenuje in različno izobražuje ter mu daje različne zadolžitve, menimo, da še vedno velja definicija babice Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 1966:

1. Babica je oseba, ki je izučena za dajanje zdravstvene nege in svetovanje ženskam v nosečnosti, med porodom in v poporodnem obdobju.

2. Babica vodi normalne porode na lastno odgovornost in skrbi za novorjenčka. Ob vsakem času mora biti sposobna prepoznati grozeče znake nenormalnega poroda, ki zahteva zdravnikov poseg. Sposobna mora biti za nujno ukrepanje, tudi kadar zdravnika ni zraven.

3. Babica opravlja svojo službo v bolnišnici, zdravstvenem domu ali na domu. Na vseh področjih svojega dela ima pomembno vlogo pri zdravstveni vzgoji.

4. V nekaterih deželah se njena vloga razširja tudi na področje ginekologije, načrtovanja družine in oskrbe novorojenčka.

Prelomnica v izobraževanju babic v Sloveniji je vsekakor leta 1984, ko so odšle na delo zadnje diplomantke štiritletne Babiške šole. V tem letu je babiška šola nehala delovati zaradi reforme šolstva in načrtovanja usmerjenega izobraževanja zdravstvenih delavcev.

Tedaj smo predlagali izobraževanja babic namesto na srednji na višji stopnji rednega izobraževanja. Ob tem pa je prišlo do deljenih mnenj glede potrebne stopnje izobrazbe babic.

Babiška šola v Ljubljani je imela dolgo tradicijo. Ustanovljena je bila na pobudo cesarice Marije Terezije, ki je zadolžila Nizozemca Van Swietna za ustanavljanje babiških šol; do tedaj so pri porodih pomagale le izučene babice in zgodilo se je veliko nesreč. Leta 1753 je bila na Ajdovščini v Ljubljani ustanovljena prva babiška šola.

Trajanje izobraževanja babic se je daljšalo:

TEČAJI				
Dolžina	Čas	Trajanje	Število babic	Učitelji
2 meseca	1753–1789	36 let		F. Klopstein 1 l.
3 mesece	1789–1815	26 let	1857	B. Hacquet 13 l.
5–6 mesecev	1815–1919	104 leta	-----	A. Makovic 9 l.
8 mesecev	1919–1920	1 leto		F. Vehovar 8 l.
10 mesecev	1920–1927	7 let	1496	B. Pachner 17 l. A. Valenta 41 l.

REDNO ŠOLANJE				
Dolžina	Čas	Trajanje	Število babic	Ravnatelj
18 mesecev	1927–1943	16 let	143	1919–1944 dr. Alojz Založkar
10–18 mesecev	1943–1948	5 let	81	1944–1977 dr. Vito Lavrič
2 leti	1948–1961	13 let	208	1977–1984 v. m. s. Hermina Klun
4 leta	1961–1984	23 let		(1945–1952)

Zgornja prikaza kažeta, da je izobraževanje babic na Slovenskem neprekinjeno potekalo kar 231 let.

Hkrati so pisali tudi učbenike za babice:

Anton Makovic: Prašanja inu odgovori čez všegarstvo	1782
Podvučenje za babice	1788
Všegarske bukve za babice na deželi	1788
dr. Janez Matošek: Babištvo ali porodničarski kurz za babice	1818
dr. Janez Kömm: Bukve od porodne pomoči za porodne pomočnice na kmetih	1840
dr. Bernard Pachner: Bukve za učene porodništva	1848
dr. Alojz Valenta: Porodoslovje za babice	1860
Učna knjiga za babice o porodoslovju	1886
dr. Benvenuto Banelli: Kratek poduk o pravem babičevanju	1880
dr. Alfred Valenta: Učna knjiga za babice	1903
2. izdaja	1911
dr. Alojz Zalokar: Predavanja o porodništvu (skripta)	1921
dr. Vito Lavrič: Porodništvo za babice in druge medicinske šole (3 izdaje)	1949

Od leta 1949 pa do danes ni izšel noben učbenik za babice.

V sodobnem času v vseh deželah narašča število porodov v bolnišnicah, kjer je porod varnejši. Babica lahko s svojo specialno izobrazbo, spretnostjo in znanjem fiziologije poroda najbolj pomaga porodnici pri normalnem porodu. Zdravniki-porodničarji pa vodijo predvsem nenormalne porode. V skandinavskih deželah imajo najnižjo perinatalno smrtnost na svetu in tam normalne porode vodijo babice. Normalen porod je tisti, pri katerem ženska rodi donošen plod v glavični vstavi, porod se začne spontano, je brez epiduralnega bloka, ni stimuliran in se ne konča instrumentalno ali operativno.

Nov koncept izobraževanja babic smo pri nas začeli pripravljati pred dvema letoma in v uvodu k opisu del in nalog višje medicinske sestre-babice smo zapisali:

– po tradiciji je ob porodu pomagala babica, tudi danes v novih okoliščinah je njeno delo nepogrešljivo. Njeno šolanje bo torej moralo vsebovati vse tiste prvine, ki bodo zagotavljale ustrezno strokovno izobrazbo in nepogrešljivo člvečnost.

V letih 1981/82 je nastal naslednji osnutek usmerjenega izobraževanja zdravstvenih delavcev:

1981/82 USMERJENO IZOBRAŽEVANJE ZDRAVSTVENA USMERITEV		
OSNOVNA IZOBRAZBA	NADALJEVANJE	
bolničar III	bolničar kopalniški delavec maser pediker voznik reševalnega avtomobila	
zdravstveni tehnik V	splošno zdravstvo zdravstveno varstvo otrok zobozdravstvo urgentna medicinska pomoč mavčarstvo	Višja šola za zdravstvene delavce, vsi oddelki Medicinska fakulteta
babica V		– nadaljevanje ni možno – Višja šola za babice?

Specializacija V/1

a) babica

b) zdravstveni tehnik – sekcijski pomočnik

Do rednega izobraževanja babic na višji stopnji zaradi različnih mnenj o potrebnosti takšne študijske usmeritve ni prišlo. Ostala je le možnost izobraževanja babic po rednem šolanju s specializacijo. Razširjeni strokovni kolegij vseh slovenskih porodničnic je predlagal dve različici specializacije po V. in VI. stopnji usmerjenega izobraževanja. Začeli so pripravljati dva izobrazbna programa. Komisija za pripravo programa na Univerzitetni ginekološki kliniki v Ljubljani je imela težave s pripravljanjem dveh opisov del in nalog medicinske sestre-babice in z delitvijo del ob porodu na zahtevna in manj zahtevna.

Komisija Univerzitetne ginekološke klinike v Ljubljani se je 7. januarja ponovno sestala z vodilnimi delavci te klinike in po temeljiti razpravi sprejela predlog za en sam program izobraževanja babic na VI. stopnji usmerjenega izobraževanja. Ta predlog je komisija posredovala Posebni izobraževalni skupnosti, in sicer strokovnemu svetu za zdravstveno usmeritev. Posebna raziskovalna skupnost je ta predlog takoj sprejela.

Pri pripravi novega programa za izobraževanje babic razmišljamo, ali bi morala imeti tako izobražena babica tudi mesto v zdravstvenih domovih in posvetovalnicah za nosečnice. Taka babica bi lahko predstavljala povezavo med osnovnim zdravstvenim varstvom in porodničnico, kar bi bilo pomembno za vodenje patoloških nosečnosti. Predvsem pa bomo izobraževali babice za potrebe vodenja poroda v bolnišnici.

Komisija za pripravo programa izobraževanja babic bo morala izdelati tudi ustrezne normative za babice glede na število porodov, na arhitekturno zasnovo porodnih sob in glede na prisotnost in aktivnost babice ob porodnici, kjer bo babica delovala v enakovrednem timu s porodničarjem, neonatologom in anesteziologom.

Dela in naloge višje medicinske sestre-babice po novem programu so naslednja:

- predporodna vzgoja nosečnic v materinski šoli,
- orientacijska anamneza, triža, toaleta ob sprejemu,
- kontinuirano spremljanje in ugotavljanje napredovanja poroda,
- strokovno vodenje porodnice ob popadkih,
- kontinuirano spremljanje in vrednotenje plodovih srčnih utripov,
- zgodnje ugotavljanje nepravilnega napredovanja poroda,
- ocenjevanje aktivnosti uterusa pri medikamentozno vodenem porodu,
- pravočasna oskrba
- pravočasno porajanje ploda in prva oskrba novorojenca,
- načrtovanje potreb in izvajanje zdravstvene nege v vseh fazah poroda

Višja medicinska sestra-babica bo torej imela nepogrešljivo vlogo pri vodenju poroda.

Specializacija višje medicinske sestre-babice bo trajala dva semestra z 900 šolskimi urami.

Specializacija naj bi potekala samo na Univerzitetni ginekološki kliniki v Ljubljani po predhodnem razpisu. Kandidatke naj bi izpolnjevale naslednje pogoje:

- diploma Višje šole za zdravstvene delavce – oddelek za medicinske sestre,
- končana pripravniška doba, ki traja 9 mesecev, strokovni izpit,
- izpopolnjevanje ob delu.

Na informativnih dnevih po šolah in tudi ob vpisu na Višjo šolo za zdravstvene delavce smo ugotovili, da je zanimanje za poklic medicinske sestre-babice precejšnje.

Ustavimo se še ob nazivu »višja medicinska sestra-babica«. Morda je zdaj ugoden trenutek, ki bi na predlog Republiškega komiteja za zdravstveno in socialno varstvo lahko predlagali spremembo naziva »babica«, ki kljub tradiciji ne ustreza več zahtevam in načrtovani izobrazbi novega poklicnega profila in potrebam modernega porodništva. Zato bo vsaj predlog za nov naziv zelo dobrodošel.

Za konec naj znova poudarimo nepogrešljivo človečnost pri delu ob porodnici. Vsi delavci, ki sestavljajo porodniški tim, bi morali zmeraj upoštevati, da:

- je za otroka med porodom najbolj zaskrbljena porodnica, zato naj bo ona najpomembnejša;
- strokovni delavci med porodom so porodničar, pediater, anesteziolog in babica in so ob porodnici zato, da ji svetujejo in ne za to, da jo obvladujejo.

PREDMETNIK

	Teorija + seminarji		Skupaj	Vaje
Porodništvo	130	–	130	124 dispanzer 376 porodna soba 4 kolokviji
Neonatologija	35	–	35	60
Ginekologija	20	–	20	2 kolokvija
Porodniška in ginekološka zdravstvena nega:	30	15	kolokvij	
– psihoprofilaksa	5			3 seminarji iz zdravstvene nege porodnice
– etika	5			
– socialno delo v ginekologiji	5		60	
in porodništvu	10	–	10	–
Organizacija dela v porodništvu in ginekologiji				
Metode zdravstvenega izobraževanja	20	15	35	učni nastop seminarska naloga
Psihodinamika odnosov	10	–	10	–
Bioinformatika in računalništvo	20	10	30	–
Raziskovalno delo v porodništvu	10	–	10	–
Skupaj			340	560
				900

PROGRAM VAJ, PREDPISANO ŠTEVILO POSEGOV**1. Zdravstvena nega v dispanzerju za ženske – 124 ur**

- vodenje nosečnice;
- ginekološko porodniška anamneza;
- orientacijska anamneza;
- registracija osnovnih podatkov (materinska knjižica);
- načrtovanje higienskega režima nosečnice: prehrana, oblačenje, porodniški dopust, materinska šola itn.;
- izvajanje zdravstvene nege v nosečnosti;
- izračun termina poroda;
- kontrola preiskav nosečnice in prevencija EPH gestoz;
- diagnostične preiskave krvi;
- vrednotenje zbranih podatkov o nosečnici;
- pregled po porodu.

2. Zdravstvena nega v porodnem bloku – 376 ur

Poseg	Število posegov
SPREJEM PORODNICE	50
– prevzem porodnice od spremstva;	
– registracija osnovnih podatkov;	
– orientacijska anamneza in triža porodnice ter toaleta;	
– preoblačenje, osebna prtljaga;	
– toaleta: britje, čistilna klizma, nadzor čiščenja;	
– sprejem očeta ob porodu.	
VODENJE PRVE PORODNE DOBE	
– vnanja porodniška preiskava;	60

– vodenje porodnice s psihoterapevtskega vidika	
I. porodni dobi	30
II. porodni dobi	30
– vrednotenje napredovanja poroda:	
ocena partograma z vnanjo preiskavo,	20
rektalna preiskava,	50
vaginalna preiskava,	10
– vrednotenje porodnih popadkov:	
jakost, trajanje, frekvenca	40
bolečin, značilnosti bolečin;	10
– nadzor ploda s posegi:	
ocena PSU,	20
nastavitev monitorja – kardiotokografije,	20
ocena pH ;	5
– amniotomija za oceno plodovnice;	10
– izvajanje pravočasne medikamentozne terapije	20
spozmolitiki, analgetiki, uterotoniki in porodna analgezija N_2O ;	
– vodenje diriganega poroda:	
indukcija,	10
stimulacija;	20
– vodenje poroda pri težjih obolenjih porodnice:	
eklampsija, diabetes, kardialna obolenja, ledvična;	2
– vodenje infekciозnega poroda po higiensko sanitarnih predpisih.	1

VODENJE DRUGE PORODNE DOBE

– ugotavljanje in vrednotenje trebušnega pritiska in	
– iztisa ploda pri glavični vstavi,	20
medenični vstavi;	5
– samostojno vodenje poroda pri glavični vstavi,	50
pri medenični vstavi;	2
– asistenca ob porodu pri glavični vstavi,	10
– asistenca zdravniku pri porodu z medenično vstavo,	5
– asistenca pri carskem rezu,	5
– asistenca zdravniku pri porodu s forcepsom,	2
– asistenca zdravniku ob porodu z vakuumskim ekstraktorjem,	2
– prerez presredka,	10
– prva oskrba novorojenčka in dokumentiranje,	60
– prva reanimacija novorojenčka,	2
– asistenca zdravniku pri reanimaciji novorojenčka,	10
– prvo pristavljanje k prsim – dojenje,	10
– oskrba umrlega novorojenčka,	1

VODENJE TRETJE PORODNE DOBE

– ugotavljanje ločitve posteljice in porajanje posteljice,	20
– ročno luščenje posteljice	2

VODENJE ČETRTE PORODNE DOBE

– iztipanje maternice,	
– asistenca pri šivanju epiziotomije,	10
– vodenje četrte porodne dobe z vso dokumentacijo:	20
količina krvavitve,	
velikost uterusa,	
mehur,	

- stanje porodnice;
- priprava porodnih setov: 20
 - porod, šivanje, forceps, VE, PH, EB,
 - dekapitacija, iztipanje, amnioskopija;
 - vodenje porodnice z atonijo z vso dokumentacijo 1
- 3. Zdravstvena nega na**
- oddelku za zdrave novorojenčke;
 - oddelku za nedonošenčke in bolne novorojenčke 60 ur.

Hedvika ŠKRABAN, višja medicinska sestra,
Univerzitetna ginekološka klinika, Ljubljana

NAVODILA SODELAVCEM IN DOPISNIKOM ZDRAVSTVENEGA OBZORNIKA

1. Prispevki za objavo naj bodo tipkani na pisarniškem papirju formata A4 z dvojnimi razmikom. Levi rob naj bo širok 3 cm, desni pa 2 cm. Prosimo za dva izvoda!

2. **Naslovna stran članka** mora vsebovati: naslov članka, ki naj kratko in razumljivo označuje njegovo vsebino, ime in priimek vseh avtorjev, njihov akademski naslov oz. poklic, ime in naslov delovne organizacije in oddelka, kjer je delo nastalo.

3. **Izvleček v slovenščini** naj v največ 15 tipkanih vrsticah vsebinsko povzema in ne le našteva pomembnejše dele članka.

4. **Izvleček v angleščini** (abstract) se začne z naslovom članka. Na željo avtorja ga pripravi tudi uredništvo Zdravstvenega obzornika.

5. Prispevki za objavo naj bodo napisani po metodoloških načelih, razdeljeni v poglavja in podglavja, kar naj bo razvidno tudi iz oblike tipkopisa ali načina podčrtavanja. Članek naj bo napisan jedrnat, slogovno in jezikovno neoporečno. Obsega lahko največ 15 tipkanih strani, vključno s tabelami, slikami in literaturo.

6. Uporabljati se morajo **mednarodne merske enote** (Unités SI) in tiste, ki jih dovoljuje zakon o merskih enotah in merilih (uradni list SFRJ, št. 13/76).

7. **Tabele** morajo imeti vsaj dva stolpca, izpisane pa naj bodo med besedilom, na mestih, kamor sodijo. Večje tabele naj bodo le izjemoma natipkane na posebnih listih.

8. **Slike** (fotografije, risbe, diagrami) morajo biti izdelane ločeno od besedila in vsaka zase. Fotografije naj bodo na kvalitetnem papirju, risbe pa na trdem belem ali prosojnem papirju, narisane s tušem in označene z letraset črkami. Za objavo je treba predložiti izvornik. Na hrbtni strani naj bo s svinčnikom napisano ime avtorja, naslov članka, zaporedna številka slike, po potrebi pa naj bo označen tudi njen položaj.

9. **Citate oštevilčite po vrstnem redu, po katerem se prvič pojavijo med besedilom, z arabskimi številkami v oklepaju.** To velja tudi za uporabljene citte v tabelah ali slikah.

Če se sklicujete na več del istega avtorja, ki so napisana istega leta, ali pa so izšla v več delih v isti reviji, dobi vsak citat svojo številko (starejša dela navedite najprej).

Na koncu strokovnega članka ali raziskovalnega poročila naj bo literatura zbrana po zaporednih številkah citatov.

Imena revij krajšajte tako, kot določa sekundarna revija Index Medicus.

Če je članek napisalo šest piscev ali manj, navedite vse, pri sedmih in več pa le prve tri in dodajte »et al«.

Če pisec članka ni znan, namesto njegovega imena napišite »Anon«.

Osnovne podatke o delih, kot so navedbe: urednik, izdaja in del, pišite v jeziku, v katerem je pisano delo, torej tako, kot je navedeno v izvorniku.

Navedbe, kot so: osebni pogovor, ustni pogovor in podobno, ne sodijo v seznam literature.

Če citirate delo, ki v tisku pri neki reviji ali založbi, a še ni izšlo, navedite vse podatke, namesto strani pa: (v tisku).

Literatura naj se citira tako:

● **primer za knjigo:**

1. Varl B. Notranje bolezni, Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1981:199–201.

● **primer za poglavje iz knjige, ki so jo pisci uredili:**

2. Greenberger MJ, Toskes PP. Disorders of the pancreas. In: Isselbacher KJ, Adams RD, Braunwald E, Petersdorf RG, Wilson JD, eds. Harrison's principles of internal medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill, 1980: 1498–514.

● **primer za članek iz revije:**

3. Kavalič S. Ocenjevanje bolnikovih potreb v negovalnem procesu. Zdrav Obzor 1981; 15: 112–7.

● **primer za članek iz revije, kjer je pisec organizacija:**

4. The Committee on Enzymes of the Scandinavian Society for Clinical Chemistry and Clinical Physiology. Recommended method for the determination of gammaglutamyltransferase in blood. Scand J Clin Lab Invest 1976; 36: 119–25.

● **primer za anonimni članek iz revije:**

5. Anon. Epidemiology for primary health care. Int J Epidemiol 1976; 5: 224–5.

● **primer za članek iz suplementa revije:**

6. Rott T. Patološke spremembe pri uremičnem sindromu. Med Razgl 1984; 23: Suppl 7: 358–410.

● **primer za članek iz zbornika referatov:**

7. Preuss HG. Biochemistry of bicarbonate, lactate and acetate in man. In: Northern meeting proceedings. New York: Renal Physicians Association, 1977; 1–10.

● **primer za magistrske naloge, doktorske disertacije in Prešernove naloge:**

8. Knap B. Energija srčnega utripa pri minimalni in maksimalni akciji. Prešernova naloga Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze Edvarda Kardelja, 1981.

● **primer za časopisni članek ali uradni list:**

9. Jurić D. Mladi imajo moč. Tribuna 1984 nov 5: 8.

Za trditve v prispevkih odgovarjajo avtorji sami, zato objavljamo le prispevke, ki so podpisani s polnim imenom in priimkom. Vse prispevke tudi lektoriramo.

Prispevke za objavo pošljite ali oddajte le na naslov: **Uredništvo Zdravstvenega obzornika, 61000 Ljubljana, Vidovdanska 9.**

V primeru nejasnosti pri pisanju in opremljenosti člankov so uredniki na voljo za posvet ob četrtkih od 15. do 18. ure ali po predhodnem telefonskem dogovoru (telefon 061 316–055). Po končanem redakcijskem postopku, strokovni recenziji (za članke) in lektoriranju vrnemo članek avtorju, da odobri popravke. Čistopis člankov pripravimo v uredništvu. Rokopisov in ilustracij objavljenega gradiva ne vračamo, razen na posebno željo avtorja po izidu.

Uredništvo