

Janez Strajnar, viš. med. tehnik — dipl. sociolog,
Helena Jeraj, viš. med. sestra,
Onkološki inštitut Ljubljana

Smernice za raziskovalno delo v negi bolnika*

UDK 616-083.001

GUIDELINES OF THE PATIENT CARE RESEARCH. *The authors present some additional views regarding the introduction of research in the field of patient care. First, the paper points to the significance of this activity, which represents an organized means of acquiring new theoretical and practical knowledge. Next, some suggestions are given regarding the study of problems related to the daily well-being and comfort of patients affected by tumours of the head and neck. This issue is explored in four divisions as follows: identification and diagnosis of the disease, treatment, discharge of the patient from the hospital, patient's returning home and at his/her work place and his her reintegration in the social environment. The object of the paper is to promote the research in the field of handling the cancer affected patients and stir the interest of the nursing staff in this work.*

POVZETEK. *Avtorja nadaljujeta razpravo o uvedbi raziskovalnega dela v negi bolnika. Članek v prvem delu opredeljuje pomen in vlogo tega dela — kot organiziranega načina za pridobivanje novega teoretičnega in praktičnega znanja; v drugem delu pa predstavlja nekatere možnosti za študij problemov »življenjskega udobja« bolnikov s tumorji glave in vratu — v štirih delih: spoznava in določitev bolezni — terapevtski ukrepi — bolnikov odhod iz bolnišnice — in bolnikova vrnitev v družino, na delovno mesto in v družbeno okolje.*

Želja avtorjev je prispevati k razvoju raziskovalnega dela na področju nege onkološkega bolnika in zbuditi zanimanje za to delo.

Nega bolnika je sestavni del celovite medicinske dejavnosti, medicinska sestra pa je strokovnjak za to področje. Nega bolnika v bolnišnici in na bolnikovem domu sta področji, kjer je zaposlenih največ medicinskih sester — to je njihovo osnovno delo, ki ima posebno vsebino in pomen. Nega bolnika pa ostaja osnovna dejavnost tudi medicinskim sestram, ki ne delajo neposredno ob bolniku, temveč jo oblikujejo z organizacijskim, pedagoškim in raziskovalnim pristopom.

Teorijo in prakso nege bolnika gradimo na več načinov:

— z intuicijo — to je z občutkom oziroma sposobnostjo zaznavanja in spoznanja bolnikovih potreb in želja,

* Referat na simpoziju o malignih neoplazmah, Kladovo, oktobra 1978.

- z upoštevanjem tradicij in navad,
- z naključnim spoznanjem pri delu,
- s poskusi in zmotami pri delu,
- s posploševanjem izkušenj in
- z znanstveno raziskovalnim delom.

Največ uspeha pričakujemo od znanstveno raziskovalnega dela, žal pa to delo v negi bolnika še ni razvito.

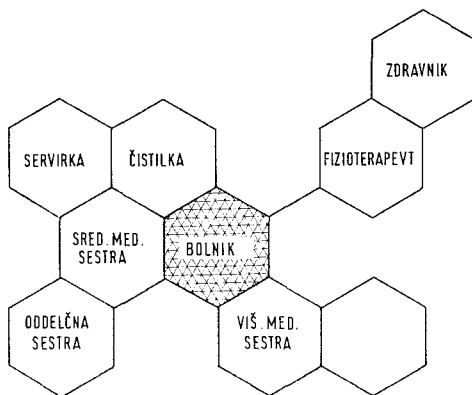
Razlogi in potrebe raziskovalnega dela v negi bolnika:

1. Nega bolnika ima specifična, teoretična in praktična znanja; ta znanja moramo z raziskovanji nenehno bogatiti, sicer je ogrožen naš poklicni razvoj, pa tudi delež, ki ga nega bolnika lahko daje zdravstveni službi.

Negovalni (sestrski) team sam nosi odgovornost za bodoče delo; nega bolnika se mora razviti v znanost, medicinske sestre pa morajo prevzeti klinične specializacije za področje nege in upravljanje lastne službe.

2. Negovalna (sestrska) služba je organizirana 24 ur na dan in vse dni v letu; medicinska sestra je vedno ob bolniku. Delo postaja vedno bolj zahtevno, zato moramo paziti, kako trošimo svoje moči, da jih porabimo tam, kjer pridejo do največje veljave. Pomembnost nege bolnika v bolnišnicah in na bolnikovem domu je tolikšna, in to po obsegu in po vsebini, da je nujno priznati resničen strokovni status medicinskih sester, zato je medicinska sestra strokovnjak za to področje.

POLOŽAJ BOLNIKA IN SMERI KOMUNICIRANJA V
TEAMSKEM PRISTOPU



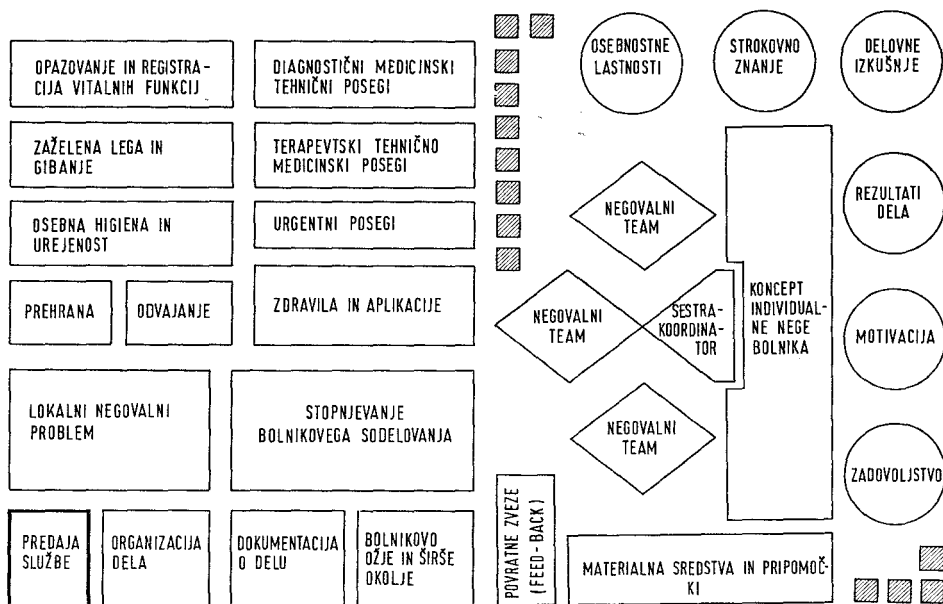
3. Delo medicinske sestre in delo zdravnika je v tesni medsebojni zvezi in odnos med njima mora temeljiti na enakopravnosti. V tradicionalnem smislu je medicinska sestra dopolnjevala delo zdravnika v dobro opredeljenem in ozko omejenem odnosu. Ta odnos pa se je danes prav zaradi izsledkov znanstveno-raziskovalnega dela v medicini in v negi bolnika, zaradi vse večje specializacije in naraščanja bolnikovih potreb — do kraja predrugačil in spremenil v aktivno sožitje.

4. Načrtovanje dela negovalnega teama zahteva, da upoštevamo splošne spremembe na tem področju:

- število medicinskih sester in njihovih sodelavcev v teamu raste,
- organizacija negovalne službe postaja vse bolj kompleksna,
- področje nalog in usposobljenosti medicinskih sester se širi,
- vloga medicinskih sester v zdravstvenem teamu se spreminja,
- načrtovanje kadrov je proces priprav za bodoče akcije — ne samo povečanje števila, temveč tudi rekrutiranje, vzgoja, izobraževanje, zadržanje v stroki, smotrni izkoristek kadra itd.

5. Šolanje medicinskih sester na vseh ravneh. Pripraviti moramo visoko usposobljene in kvalificirane predavatelje — medicinske sestre, ki bodo ustrezno obravnavale svoje lastno strokovno področje. Medicinske sestre prevzemajo mentorstva diplomskim nalogam. Na svojem delovnem področju morajo same poiskati najboljše metode in načine dela, organizacije, vzgoje in izobraževanja.

KONCEPT INDIVIDUALNE NEGE BOLNIKA



Iz navedenih razlogov je nujna uvedba raziskovalnega dela v negi bolnika; to delo je lahko preprosto, biti pa mora temeljito, ker:

- sami nosimo odgovornost za bodoče delo, sami moramo preveriti tradicionalni sistem in prakso;
- to delo prispeva k razvoju sposobnosti za presojanje, sklepanje, odločanje in analiziranje;
- daje možnost za rešitev negovalnih problemov in pridobivanje novega znanja;

— potrebno je trdo delo in vztrajanje, medicinske sestre se morajo razviti v stalne in znanja željne učenke.

Bolj kakor vse pa pomeni to delo — dinamično gibanje za boljšo vlogo medicinske sestre, ki daje obljube za **j u t r i š n j o b o l j š o n e g o b o l n i k a** in zdravstveno varstvo, nekaj pa je mogoče uresničiti že danes.

»ŽIVLJENJSKO UDOBJE« BOLNIKOV S TUMORJI GLAVE IN VRATU — RAZISKOVALNE MOŽNOSTI

V nadaljevanju želimo nakazati nekatere probleme »življenjskega udobja« bolnikov s tumorji glave in vratu, ki jih priporočamo za raziskovalno obdelavo.

Za te bolnike smo se odločili iz več razlogov:

— bolniki so poleg prizadetosti zaradi strahu, povezanega z rakom, njegovim ponavljanjem in možno smrtjo, še dodatno prizadeti zaradi strahu pred velikimi spremembami videza;

— nekateri bolniki zelo trpijo zaradi socialnih posledic, kozmetične pomanjkljivosti, nenavadnega glasu, stalnih stresov zaradi nove dihalne poti; načina hranjenja in omejenih stikov z ožjim in širšim okoljem;

— tem bolnikom smo posvetili veliko časa in pozornosti pri načrtovanju, organizaciji in izvajanju individualno prilagojene nege, študirali smo njihove potrebe in pogoje za zadovoljevanje teh potreb, vzdrževali vztrajanje pri dolgem zdravljenju in se seznanjali z njihovimi težavami doma;

— izkušnje so pokazale, da bolniki potrebujejo še posebno psihološko poglobljeno nego s širšim razumevanjem problemov. Prilagodili smo delo, imeli številne razgovore o bolezni, o zdravljenju, o negi, analizirali razloge, zaradi katerih morajo ponovno normalno zaživeti, in jih tako pridobili za sodelovanje;

— za veliko skupino bolnikov smo opravili dodatna dela in zapise za študijske potrebe;* za njih imamo tudi najbolj urejeno dokumentacijo o tem delu.

Problematico njihovega »življenjskega udobja« predstavljamo v štirih delih. To so:

I. Spoznava in določitev bolezni.

I. Terapevtski ukrepi.

III. Bolnikov odhod iz bolnišnice.

IV. Bolnikova vrnitev v družino, na delovno mesto, v družbeno okolje.

SPOZNAVA IN DOLOČITEV BOLEZNI

1. **Strah pred rakom** — zdravstvena prosvetljenost — zgodnje odkrivanje bolezni

— odnos do zdravja, bolezni in invalidnosti,

— splošna in zdravstvena vzgoja,

— proučevanje »javnega mnenja« o raku.

* Raziskovalna naloga: Problemi kemoterapije tumorjev glave in vratu.

2. **Narava bolezni** — nujnost zdravljenja
 - prvi pregled pri onkologu in potrditev diagnoze,
 - sporočilo načrta za zdravljenje,
 - upanje v uspešnost zdravljenja.
3. **Bolezen in hospitalizacija** kot duševna obremenitev
 - stanje bolnikove prizadetosti zaradi bolezni,
 - bolnikove potrebe in različne faze bolezenskega procesa,
 - potrebe po sodelovanju pri zdravljenju in možnosti za vplivanje nanj,
 - potrebe po širši informiranosti,
 - potrebe po socialnem in čustvenem kontaktu z ženo, otroki, starši, prijatelji,
 - potreba po humanem odnosu z zdravstvenim osebjem,
 - subjektivni dejavniki bolnikovega prilagajanja,
 - objektivni dejavniki bolnikovega prilagajanja,
 - »dopolnitev informacij« o bolezni na bolniškem oddelku,
 - uspešnost prilagoditve glede diagnoze ali terapevtskega načrta,
 - problemi dolgih in ponovnih hospitalizacij,
 - odnos medicinskega in drugega osebja do bolnika.
4. **Bolnikova osebnost in življenjske razmere**
 - bolnikova sposobnost za prilagoditev stvarnosti,
 - bolnikova reakcija na bolezen,
 - bolnikova reakcija na rakavo bolezen,
 - stanje bolezni in organa, na katerem je bolan,
 - stopnja dejanske smrtne nevarnosti,
 - stanje bolnikove socialne in družbene situacije,
 - življenjska doba bolnika.
5. **Pridobitev bolnika za sodelovanje**
 - poučitev bolnika o bolezni, poteku in posledicah zdravljenja,
 - sodelovanje pri diagnostičnih in terapevtskih posegih,
 - bolnikovi stiki z družino,
 - pogovori z bolnikom in njegovimi svojci, vzdrževanje normalnega psihičnega stanja,
 - bolniki z neuravnovešenim čustvovanjem, neprilagojeno motivacijo in neustreznim načinom življenja.

TERAPEVTSKI UKREPI

1. **Kirurški, radioterapevtski, kemoterapevtski, kombinirani** načini zdravljenja in prilagojena nega
 - posebnosti nege po kirurškem posegu,
 - posebnosti nege obsevanega bolnika,
 - posebnosti nege po rekonstruktivnih posegih,
 - nega bolnika pri kemični terapiji,
 - nega bolnika po kriokirurškem posegu.

2. Koncept individualne bolnikove nege (2).

- opazovanje in registracija vitalnih funkcij,
- terapevtsko želeno lega in gibanja,
- osebna higiena in urejenost,
- problemi prehrane,
- odvajanje,
- lokalni problemi nege (načini ustne nege, načini hranjenja, načini prevezovanja . . .),
 - študij negovalnih potreb,
 - stopnjevanje bolnikovega sodelovanja, krepitev zaupanja,
 - priprava bolnika za samostojno življenje doma,
 - diagnostični in terapevtski posegi,
 - urgentni posegi,
 - zdravila in aplikacije,
 - poročanje — predaja službe in njene funkcije,
 - principi in tehnike psihološko poglobljene nege bolnikov,
 - organizacija dela (individualne nege, diagnostičnih preiskav in posegov, terapevtskih posegov po individualni shemi, vzdrževanje sistema za arterijsko dovajanje citostatikov, priprava materiala in zdravil . . .).

3. Invalidnost po izvedenem zdravljenju

- možnosti za rehabilitacijo, če bolnik ostane invalid,
- ortopedski pripomočki.

4. Programi rehabilitacije za bolniške in izvenbolniške pogoje

- zveza: narava bolezni in stanje obolelega organa — osebnost bolnika in njegove življenjske razmere — zdravstveni delavci in bolnišnica,
- medicinska rehabilitacija — krepitev fizične in psihične sposobnosti,
- socialna rehabilitacija — vrnitev v družinsko, delovno in družbeno okolje,
- stopnjevanje bolnikove samostojnosti,
- uporaba ustreznih ortopedskih pripomočkov,
- individualni pristop: ocena psihičnih moči, njihovo aktiviranje in vzdrževanje, delo z družino ali s posameznimi člani družine,
- skupinsko delo: srečanje bolnikov s podobnimi težavami, izmenjava izkušenj, sodobne možnosti rehabilitacije, »zdravljenja ljudi z ljudmi« . . .,
- pridobivanje znanja, razumskega in čustvenega razumevanja lastnih stališč do bolnika in bolezni,
- pridobivanje razumskega in čustvenega razumevanja bolnikovih reakcij na boazen in invalidnost.

5. Bolnikovo vrednotenje življenja in našega dela

- vrednotenje človeka,
- napredek medicine in znanosti — nove rešitve,
- kvaliteta življenja ozdravljenih, zazdravljenih in neozdravljenih bolnikov.

6. Bolnikova dokumentacija, dokumentacija o delu, študijska dokumentacija

- pomen dokumentacije — bolnike spremljamo do smrti,
- vsebina, preglednost in uporabnost bolnikove dokumentacije,
- terapevtske sheme, grafični dokumenti,
- dokumentacija o negi bolnika, tudi za potrebe raziskovalnega dela,

- študijska dokumentacija,
- vodenje evidenc posameznih skupin bolnikov, evidence kontrol in ponovnih sprejemov,
- obračun storitev.

BOLNIKOV ODHOD IZ BOLNIŠNICE

1. **Stanje bolnika po zdravljenju** — posebnosti zdravstvenega in negovalnega režima

- organizacija nege na bolnikovem domu,
- koncept nege na bolnikovem domu — potrebe (število bolnikov), življenjske razmere (zaposlenost), ekonomski dejavniki zdravljenja (manjši stroški), prednosti bivanja v domačem okolju,
- zdravstvena vzgoja na domu,
- patronažna služba in dokumentacija.

2. Sprejem bolnika v družini

- bolnikova želja po čimprejšnjem bivanju v domačem okolju,
- pripravljenost družine za sprejem bolnika,
- bolnik in družina v posebnem življenjskem položaju.

3. Bolnikovi občutki varnosti

- pogovori, izmenjava misli, stališč,
- samostojnost pri negi in uporaba ustreznih ortopedskih pripomočkov daje bolniku občutek neodvisnosti,
- želja, da ga bodo ljudje še priznali, še potrebovali,
- problem socialne odtujenosti,
- obiski patronažnih sester,
- kontrolni pregledi.

VRNITEV V DRUŽINO, NA DELOVNO MESTO, V DRUŽBENO OKOLJE

1. Stopnja bolnikove samostojnosti

- sposobnost za osebno nego,
- sposobnost za hranjenje,
- sposobnost za gibanje,
- sposobnost za navezavo stikov z drugimi ljudmi,
- sposobnost za ustrezno nego glede na lokalni negovalni problem.

2. Možnosti za normalno življenje — »veselje do življenja«

- medicinska — socialna in ekonomska rehabilitacija, ponovna opredelitev življenjskega smisla,
- problem strahu in depresije,
- stopnjevanje samozavesti,
- »klubi« ozdravljenih in zazdravljenih bolnikov.

3. Družina in nadaljevanje rehabilitacije

- vloga bolnikovih svojcev pri mobilizaciji bolnikove sposobnosti, kot jih zahteva nova situacija,

— ozdravljeni, zazdravljeni bolniki, bolniki invalidi, bolniki z napredovalo boleznijo.

4. **Začasne in trajne deformacije** — stanje delovne sposobnosti

— ozdravljeni in zazdravljeni bolniki se vrnejo na delo,
— kategorije bolnikov s trajno deformacijo.

5. **Kontrolni pregledi — patronažna služba**

— strah pred prihodnostjo, problem socialne odtujenosti,
— problem kronične bolečine,
— ponovitev bolezni in dodatni terapevtski ukrepi,
— ponovne hospitalizacije,
— bolniki z napredovalo obliko bolezni,
— obiski patronažne med. sestre.

Bolnike s tumorji glave in vratu smo tako zajeli v celoti, v vseh fazah: v prvi jim določijo bolezen, v drugi jih zdravijo, v tretji zapustijo bolnišnico in v četrti se ponovno vrnejo v svojo okolico, ki pa se ji težko prilagodijo znova, ker imajo zaradi bolezni in zdravljenja pogosto zmanjšane življenjske in delovne sposobnosti.

Literatura

1. Lawson C. N.: Psychological Rehabilitation Of the Head and Neck Cancer Patient, The Cancer Bulletin, No. 2-1977, 30—32.

2. Strajnar J.: Delo negovalnega teama za bolnike pri intraarterialni kemoterapiji tumorjev glave in vratu, Zdravstveni obzornik št. 3-1977, 221—222.

KAJENJE IN SRČNA OBOLENJA

Že dolgo je znano, da nikotin oži male arterije in zato povzroča slabo prekrvitev okončin in tudi srčne mišice. Vsi ljudje seveda niso enako občutljivi za to, vendar pa vsaj za nekatere lahko sodimo, da imajo mrzle noge in roke in da jih na splošno bolj zebe zaradi vdihavanja cigaretnega dima. Da je nikotin dejavnik, ki pogojuje srčni infarkt ali vsaj angino pektoris, pa je že znano. Manj znan je drugi dejavnik cigaretnega dima (seveda tudi cigare in pipe), ki pospešuje arteriosklerozo. Ta je tudi eden od vzrokov srčne kapi. To je plin ogljikov monoksid, ki je poleg ogljikovega dvokisa v tobakovem dimu. Raziskave biokemikov so pokazale, da zavira encime v njihovem delovanju v telesu, in sicer konkretno pri razgradnji holesterola v žolčne kisline. Tako ostane holesterola v krvi več in laže se nalaga v stene ožilja. Seveda ne mislimo s tem trditi, da je to edini dejavnik arterioskleroze.

Slabo prekrvljenost perifernih delov telesa in tudi srca najbolj občutijo tisti, ki nimajo najboljše sestave krvi. Težave imajo prvič zaradi zoženja arterij, drugič pa zaradi delovanja ogljikovega monoksida, za katerega vemo, da izpodriva kisik pri vezavi s krvnim barvilom. Telo dobi torej manj kisika zato, ker ga je v krvi manj, in še zato, ker so periferne žile zožene.

Dr. B. B.