

Dr. Elizabeth Seidl,
Rudolfinerhaus — Dunaj

Nega bolnika jutri — bližja bolniku*

UDK 616-083

IZVLEČEK. Prvi del opredeljuje pomembnejše dejavnike, ki jih moramo upoštevati pri izvajanju bolnikovim potrebam prilagojene nege. V drugem delu avtorica analizira probleme individualizacije nege bolnika. Navaja tudi pomembnejše izsledke novjših raziskav s tega področja, ki so jih opravili v Avstriji, Veliki Britaniji, Nemčiji, Nizozemski in Združenih državah Amerike. Sklepni del opozarja na pomen raziskovalnega dela pri uveljavljanju teoretičnih spoznanj v vsakodnevni praksi. Opisane so tudi prednosti individualne nege bolnika.

PATIENT CARE OF TOMORROW — CLOSER TO THE PATIENT. In the first part the author deals with the relevant elements which should be taken into consideration in giving the individual-oriented nursing care. Next, she lists out the problems connected with this concept of patient care. The author presents the results of the recent study into this subject, carried out in Austria, Great Britain, Germany, the Netherlands and the States. The paper closes with emphasizing the role of research in application of theoretic achievements to daily practical work. Advantages of individual patient care are presented.

Tema: Nega bolnika jutri — bližja bolniku* je bila zame spodbujajoča in razburjajoča obenem zaradi pomembnih perspektiv, ki jih nakazuje. Beseda »jutri« izraža tudi dejansko stanje, kajti s tem priznavamo, da se doslej še nismo ustrezno približali bolniku.

Tema je spodbujajoča, ker so v njej obravnavana pereča vprašanja našega časa. Ponovno moramo namreč razmišljati o človeku, ki je v današnjem času avtomatizacije, elektronike in racionalizacije enostavno prikrajšan in v nevarnosti. »Nazaj k človeku« bi se moralo glasiti geslo, enako kot je Rousseau v 18. stoletju poudarjal geslo »nazaj k naravi« (Retournons á la nature). Rousseujevo geslo so lahko spodbijali, a našega ne morejo.

Nazaj k človeku se je treba vrniti prav v bolnišnici, v instituciji, ki je po svoji dejavnosti usmerjena k človeku in kakor pravi Rohde: **»humanost je sama**

* Avtorica Elizabeth Seidl je diplomirana bolniška sestra in doktorica »sestrskih znanosti«, zaposlena pa je v znani dunajski bolnišnici »Rudolfinerhaus« kot glavna sestra bolnišnice. Temo je predstavila na 4. avstrijskem kongresu bolniških sester, ki je potekal pod geslom »Negovalni poklic razpet med odgovornostjo in podrejenostjo« marca letos. Naslov izvirnika je »Krankenpflege Morgen — näher am Patienten«, referat pa je bil objavljen v mesečniku Österreichische Krankenpflege Zeitschrift št. 5/1981, stran 157—164.

Zaradi zanimivosti in želje, da bi spodbudili razmišljanja in razprave o »individualni negi bolnika« tudi med našimi medicinskimi sestrami, je referat prevedla M. Drnovšek, za objavo pa nekoliko priredil J. Strajnar. Pri prevodu je ohranjen izraz »bolniška sestra«, kar v naših razmerah pomeni »medicinska sestra«. Uredništvo

po sebi razumljiva, zato se svoje nehumanosti sploh ne zaveda«. Vsekakor se danes spet sprašujemo: kako humane so naše bolnišnice in to je že napredek.

POJMOVANJE NEGE BOLNIKA, PRILAGOJENE BOLNIKOVIM POTREBAM

Vrnimo se nazaj k človeku — nazaj k bolniku v bolnišnici. Danes opuščamo delitev nege na osnovno in terapevtsko — kar je vsekakor v naši sosednji deželi Nemčiji močno poudarjeno — in govorimo raje o celoviti negi bolnika, o negi, prilagojeni bolnikovim potrebam.

Za pravilno, usmerjeno oziroma bolniku prilagojeno nego, ki jo želimo razviti, je potrebno preučiti in obravnavati vrsto predpostavk.

1. Arhitektonske ureditve bolnišničnih prostorov, ki so na voljo bolnikom, v splošnem močno zaostajajo v primerjavi s poslovnimi in trgovskimi lokali. Pomislimo samo na bolniške sobe ali sobane, v katerih so natrpani bolniki; tudi stranski prostori so pogosto pomanjkljivi, ali pa jih sploh ni, kot na primer: primerni prostori za bivanje in obiske, da omenimo le najvažnejše. Pri izgradnji bolnišnic mora biti sodelovanje bolniških sester (medicinskih sester) v prihodnje veliko bolj upoštevano. Že pred mnogimi leti sem obiskala otroško bolnišnico, ki so jo načrtovale bolniške sestre. Bila je zelo praktično in domiselno urejena; vsa oprema je bila prilagojena otrokovim potrebam. In to ne bi smel biti edini primer!

Pri arhitektonskem urejanju bolnišničnih prostorov je pomembno tudi to, da je v bolniških sobah prostor — ne le za stol namenjen obiskovalcem, ki se morajo stiskati med posteljami. Za obiskovalce mora biti več prostora; tudi za bolnikove svojce bo treba najti več razumevanja. Ne bi jim smeli biti dovoljeni le obiski kot obiskovalcem, temveč naj bi čimveč pomagali pri negi, kajti sorodniki in prijatelji so bolniku najbližji. Tudi pri najboljši negi ter v času bolezni jih potrebuje, morda bolj kot kdajkoli prej v življenju. Geslo »Rooming in« — »skrb za prostor« — bo moralo postati resničnost, ne samo za otroke ali nekatere privilegirane bolnike.

2. Oprema bolniške sobe mora ustrezati bolnikom. Potrebna je omara za obleke, tako da lahko bolnik, če mu gre na bolje, obleče svoje osebne stvari in se s tem tudi že nekoliko bolje počuti.

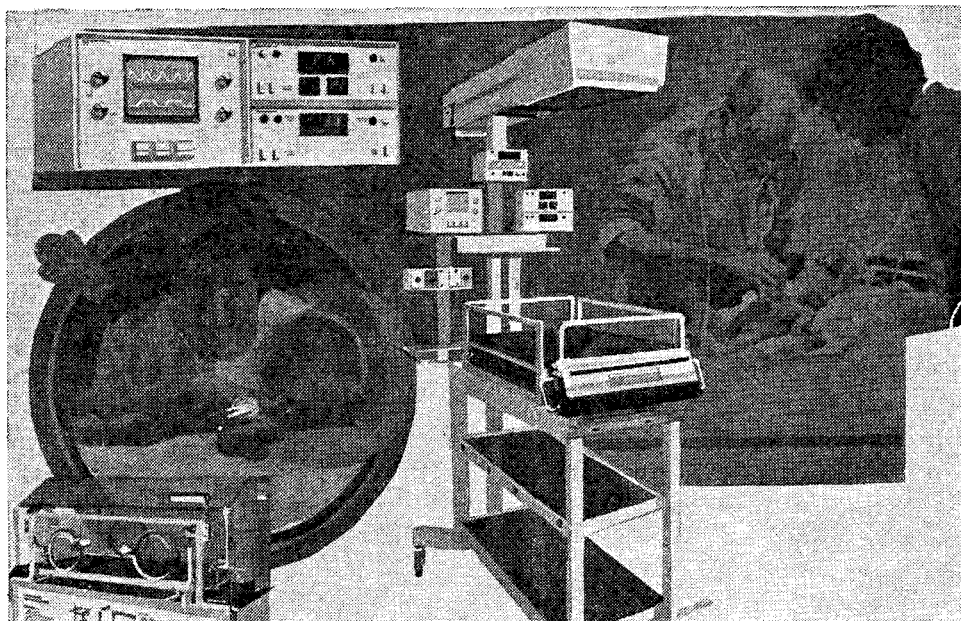
K opremi sodijo tudi svetilke za branje, ki jih prav tako ni(majo) povsod. Neka bolnica mi je povedala, da so jo ozmerjali kot »teroristko«, ker je zvečer (ob 16h je pozimi že temno) hotela brati in je prinesla s seboj svojo majhno nočno svetilko. To so posnemali tudi drugi bolniki in nastala je pravcata zmeda.

3. Nadaljnja predpostavka za pravilno nego bolnika je izobrazba iz nege bolnika; ta se je v zadnjih letih zelo spremenila. Po zakonu o negi bolnika iz leta 1961 je znašalo število učnih ur 630, izmed katerih so obsegali medicinski predmeti 470 ur, negovalni predmeti pa 100 ur. 74,6 odstotka pouka je bilo namenjenega medicinskim predmetom in le 15,9 odstotka negovalnim predmetom.

Z zakonom iz leta 1969 se je celotno število učnih ur povečalo na 790, odstotek posameznih predmetov pa je ostal skoraj enak. Šele z novim zakonom iz leta 1973 je prišlo do odločilne spremembe. Celotno število ur se je povzpelo

na 1850, število negovalnih predmetov pa se je povečalo na 26,5 odstotka, in sicer na 490 ur; del medicinskih predmetov pa znaša nič več kot 37,8 odstotka, torej 700 ur. Dodanih je bilo 500 ur, kar pomeni 27 odstotno povečanje obsega pouka, pri čemer se je povečal tudi obseg socialno-zdravstvenih predmetov za 8,7 odstotka, torej za 160 ur.

Pomembna naloga strokovnjakov s področja izobraževanja je, da morajo oblikovati kvalitetne negovalne učne predmete, tako da bo res zagotovljena temeljna izobrazba. Tudi socialno-zdravstveni predmeti so pri sedanjem konceptu celovite bolniške nege pomembni, pri čemer je treba izbrati dobre predavatelje, ki bodo posredovali praktično znanje, usmerjeno k bolniku.



4. Organizacija negovalne službe v večini še ni usmerjena k bolniku, delno je usmerjena oddelčno, funkcionalno ali zdravniško.

Še vedno obstaja takšna organizacija službe, pri kateri bolnika pet dni neguje vselej druga sestra, medtem, ko šele šesti dan pride ponovno na vrsto prva sestra. Bolnikovo stanje se je medtem bistveno spremenilo — izboljšalo ali poslabšalo. Naj povemo na primer le-to: nemogoče je, da bi pet negovalk točno vedelo, kako je treba prevezovati rano, čeprav je mazilo in mesto mazanja točno označeno. Tudi pri negi so potrebni pogovori z bolnikom in jih ne more vsakokrat nadaljevati druga sestra. Kot vedno, so tudi v tej organizacijski obliki možne različne variante. Pomembno je, da bolniške sestre več dni zapored negujejo istega bolnika.

Pri turnusni službi se pojavlja še en problem: ena sestra je dopoldanska, druga popoldanska, tretja pa je v nočni izmeni. Dopoldanska služba je v celoti obremenjena s pisanjem in izvajanjem zdravnikovih naročil, služi torej zdravniku. Oddelčna sestra mora sodelovati na viziti in to je videti kot glavna naloga sestree,

sicer se ne bi imenovala glavna sestra. Torej se ne smemo čuditi, če je izvajanje zdravnikovih naročil opredeljeno kot najvažnejša naloga bolniških sester.

To je leta 1978 izzvalo polemiko v petih dunajskih bolnišnicah: 79,3 odstotka bolniških sester je menilo, da je najvažnejše delo izvajanje zdravnikovih naročil; 9,6 odstotka je poudarjalo izvajanje lastnega dela, torej negovanje bolnika; 11,1 odstotka pa je kot najvažnejšo nalogo zagovarjalo organizacijo dela na oddelku.

Obsežna anketa, ki so jo izpeljali leta 1980/81 zunaj bolnišnice, je nakazala še nekaj drugih stališč. Precej bolniških sester je označilo »lastno dejavnost« kot najvažnejšo nalogo. Zadnja anketa je bila izvedena med učenci šole za medicinsko nego, imenovane Rudolfinerhauses. Izprašanih je bilo prek 550 oseb. Učenci so, seveda s pomočjo izvedencev, sestavili vprašalno polo, postavili so hipotezo, po anketi zbrali in uredili vprašalne pole, kodirali vprašanja, tako da je bilo vse pripravljeno za računalniško obdelavo. Vse to jim je bilo v veselje, obenem pa so se še veliko naučili, kajti s tem so se pričele resne raziskave na področju bolniške nege, o kateri bom še kasneje govorila.

5. Kot zadnjo predpostavko naj omenim odnos do bolnika in do bolezni.

Vsi smo nagnjeni k temu, da opravljamo naše delo rutinsko, pri tem pa v našem vsakdanjiku pozabljamo, kaj je bistveno in pomembno. **Bistven v naši dejavnosti je in ostane človek —bolnik.** Tudi pri najboljši organizaciji in izvajanju nege lahko človeka razvrednotimo ali mu celo škodujemo. Odnos bolnika je morda pomembnejši od znanja in eksaktnega izvajanja negovalne tehnike. Z odnosom do bolnika ne mislim samo na prijaznost, ljubeznivost, pozornost in spoštovanje človeka; vse to bi moralo biti samo po sebi razumljivo. Če vse to že v vsakodnevem življenju izvajamo, nam tudi pri bolniku ne bo težko. V mislih imam tudi pravičen odnos do bolezni. Lahko rečemo, da je bolezen del človekovega življenja, del človeka. Kadar telo čuti bolečine, ga ne moremo enostavno oddati, kot bi pripeljali avtomobil na servis in ga prišli pozneje popravljenega iskat (primerjava je ustrezna, kajti marsikateri človek bolje skrbi za avtomobil, kot za svoje telo). Bolnik mora obtičati v avtomobilu med popravilom. Prav tako ne moremo avtomobila, če je škoda prevelika, kar enostavno odriniti in zamenjati za novega. Nadomestne dele kot endoproteze, ledvice ali druge organe, je možno nadomestiti. Bolnik pa mora prestatati ves servisni proces.

Mi, ki delamo v bolnišnici — zdravniki in sestre — pa tudi drugo osebje, smo veliko bolj zaposleni s popravilom, kakor s samim človekom v avtomobilu. Komajda ovazimo njegove občutke, strah, bolečino — ne opazimo niti njegovega vedenja, temveč samo odpravljamo poškodbe — povezane z boleznijo. Takorekoč se polastimo njegove bolezni, jo imenujemo z imenom, jo analiziramo do najmanjših podrobnosti, katerih bolnik ne razume — saj to končno za lastnika avtomobila sploh ni pomembno. Nato ga odpustimo domov z nekaj tabletami in včasih z nekaj nasveti. Toda od navodil, ki mu jih damo, je vendar odvisno njegovo nadaljnje zdravljenje — kot kažejo študije. Zato torej takšno ravnanje ni pravilno.

Če bolniku ne moremo enostavno odvzeti njegove bolezni, mu moramo pomagati, da bo bolezen premagal, včasih tudi, da bo z njo živel. Naša naloga je,

da začrtamo smernice za to, še preden bolnik zapusti bolnišnico, saj bo od tega odvisen pomen našega posvetovanja,

Nasvete o bolezni in zdravljenju, ki jih dobi bolnik ob odhodu iz bolnišnice, naj bi dobila tudi medicinska sestra v njegovem okraju in uresničitev tega naj bi bila pomembna naloga v prihodnje. »Če se ljudem ne bo posrečilo bolj zdravo in harmonično živeti, ne bodo kos svoji bolezni«, mi je pred kratkim povedal zelo izušen zdravnik. In, če le pomislimo na vsa psihosomatska obolenja, bomo te besede pravilno razumeli. Živeti zdravo in harmonično; to je lahko pot do uspeha pri zdravljenju bolezni, na kateri pomagamo bolniku. Takšna naj bi bila nega bolnika, približana bolniku v najboljšem smislu, pri čemer bi bolnik z našo pomočjo laže našel samega sebe.

PROBLEMI INDIVIDUALIZACIJE NEGE BOLNIKA

1. Lahko je govoriti o bolezni in o zdravju, a ni tako lahko opredeliti, **kdo je bolan in kdo zdrav** — in kje je ta meja. Paul Tournier opredeljuje bolezen in zdravje kot dva »različna kraja«. Če nekdo zboli, mora, kot rečemo, zamenjati kraj.

Sama razmišljam o »tekočem prehodu« ali celo o »krhkem ravnotežju« med boleznijo in zdravjem. Zdravje opredeljuje definicija Svetovne zdravstvene organizacije kot stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja. Takšno stanje je v celoti težko doseči, zato rajše govorim o »krhkem ravnotežju«. Že naraščajoče gospodarske in ekonomske težave, v katerih se je znašla naša družba, lahko motijo socialno ravnotežje in s tem vplivajo tudi na zdravstveno stanje.

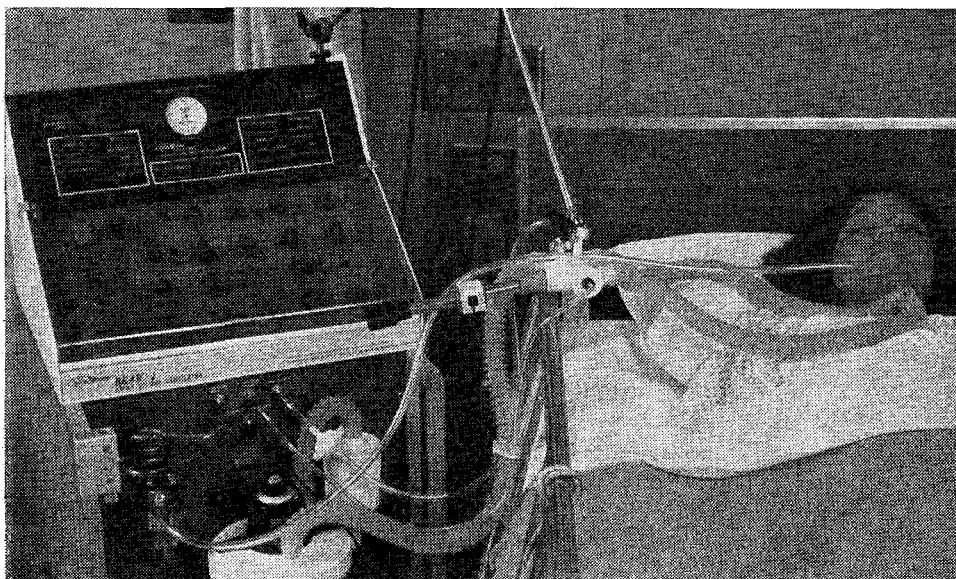
Anemarie Borsig iz Berlina je oblikovala osnutek **lestvice zdravja**, za izhodišče je postavila zdravje kot širok pojem. Ta lestvica vsebuje (gledano horizontalno) vrsto dejavnikov, ki vplivajo na zdravje in pogoje za telesno, duševno in socialno blagostanje. Vertikalno je opredeljeno merilo omejitve zdravja s stopenjsko porazdelitvijo od 100 do 0 odstotkov.

Npr.: lestvica zdravja je za ambulantnega bolnika, ki pride v bolniško oskrbo zaradi želodčnih težav, pokazala: funkcija srca, krvnega obtoka in ledvic, ki so prve navedene, niso omejene; funkcije želodca in črevesja oziroma prebava in izločanje so znatno omejene, zaradi česar pride tudi do preobremenitve in slabosti, slabega razpoloženja, bolečin in strahu, predvsem pa do omejevanja socialnih spoznanj, doživljanja uspeha in delovnih uspehov. Pomembno je opozoriti, da so lestvico zdravja izpolnili bolniki sami; torej predstavlja njihovo lastno oceno.

Prav tako je možno posebno ocenjevanje, ki ga opravi negovalec, če je bolnikovo zdravstveno stanje zelo resno, kot na primer pri bolniku s politravmo. Pri tej lestvici zdravja je pomembno tudi to, da zdravljenje in nega bolnika ne izhaja samo iz ene same bolezni, zaradi katere je bolnik na zdravljenju in pogosto tudi razporejen v določen bolnišnični oddelek, temveč moramo zajeti njegovo celotno zdravstveno stanje. To bi omogočilo, da bi v bolnišnici obravnavali vse bolnikove zdravstvene probleme, ne samo bolezen, ki je zapisana na napotnici. Naloga negovalnega osebja je, da pospešuje takšno obravnavo bolnika in širi med ljudmi znanje o lastnem zdravstvenem stanju.

2. Nekaj besed bi rada povedala o pomenu **splošne zdravstvene službe in nege bolnika na domu**. Za bolnike je posebej pomembno, da zanje skrbijo dobro organizirani timi: zdravniki, medicinske sestre in socialni delavci in morda tudi negovalci v njegovem okolju. Do sprejetja bolnika v bolnišnico naj bi prišlo samo v nujnih primerih. Sama sem se v Genfu že pred leti seznanila z delovanjem takšnih timov v vseh okrajih tega mesta. Razumljivo je, da so za takšno delo potrebne ustrezno izobražene diplomirane sestre, ker morajo delati zelo samostojno. Razvijanje nege bolnika na domu mora biti naš skupni interes.

3. Sedaj pri nas temeljne naloge bolniške nege izvajamo vselej v bolnišnici, pri čemer skušamo delo organizirati tako, da vsakega posameznega **bolnika negujemo individualno** kot je to le mogoče.



»Proces nege« je geslo, ki označuje takšno obliko nege. O samem negovalnem procesu, ki se sestoji iz zbiranja podatkov, načrtovanja, izvedbe in vrednotenja nege, ne bom posebej razpravljala, ker je bilo o tem že veliko napisanega. Poročati želim le o nekaterih naših izkušnjah in s tem spodbujati sestre, da bi takšno obliko nege tudi zares uvedle v vsakodnevno prakso.

Proces nege se prične, kot je znano, z »anamnezo nege«, v kateri celovito zajamemo bolnikovo stanje: njegove potrebe in zdravstvene probleme; tudi njegov strah in težave ter njegova pričakovanja in znanje o bolezni.

V naši bolnišnici imamo najvažnejše faze poteka nege že nekaj časa tiskane v obliki kodeksa ob negovalnem načrtu. Pogosto se dogaja, da želenega negovalnega procesa ne uresničujemo, če zahtevana navodila niso dovolj natančno oblikovana.

Že nekaj časa na oddelku uporabljamo poseben dokument o poteku nege bolnika v bolj izpopolnjeni obliki (na treh straneh so izpisane točke, ki jih je delovna skupina določila za vso Avstrijo. In glej: negovalni načrt je dobil nov pomen in zbudil veliko zanimanje pri sestrah, učenkah in bolnikih.

Sestre pravijo:

- imamo več stika z bolniki in lažje se z njimi pogovorimo;
- bolniki so bolj zaupljivi, manj boječi — in tudi manj zvonijo;
- bolniki so z našim delom bolj zadovoljni, celo pri jedi.

Nadaljnji rezultati, ki jih lahko pričakujemo: sestre bodo lažje izvajale ustrezen negovalni proces, pogovori z bolniki bodo krajši. Če je bilo v začetku potrebnih 30 do 40 minut, jih je zdaj potrebnih poprečno samo 20, če bolnik ne izrazi posebne želje po pogovoru.

Tudi tretja stran dokumenta bo bolj izpopolnjena. Na kratko rečeno, ta vsebuje vprašanja, ki se nanašaj ona telesne aktivnosti bolnika, socialne in poklicne podatke, stanovanjske razmere, verske potrebe ter vprašanja: kaj veste o svoji bolezni, kaj pričakujete od bivanja v bolnišnici, itd.

Če so bile te točke doslej pogosto izpuščene, ali če so vodile do splošnih odgovorov, bodo odslej odgovori zanimivejši, popolnejši in bolj raznoliki.

Od negovalnega procesa do obsežne nege je samo še majhen korak. Bolniki so pripravljeni govoriti in celo čakajo na to. Sestre, ki načrte nege pri skupnem pogovoru (srečanju) preberejo, pokažejo večje zanimanje za bolnika in so tudi pripravljene pogovore z bolniki nadaljevati. Bolnikov problem je postal tudi njihov problem.

Bolnik zelo potrebuje in si želi pogovora, zato zelo ceni njegov pomen. Siegrist je leta 1972 pri hospitaliziranih bolnikih izmeril trajanje razgovora z zdravnikom in kasneje bolnike vprašal, kako dolgo je razgovor trajal. Bolniki so čas ocenili večinoma kot dvojni ali celo trojni čas.

Pri sestrah bi bilo to verjetno podobno. Na žalost so v bolnišnicah še vedno zdravstveni delavci, ki menijo, da pogovor z bolnikom ni nikakršno delo in da ni potreben.

Vrnimo se k negovalnemu procesu in njegovemu pomenu v praksi. Zanima nas namreč, kaj ta proces prinaša bolniku v vsakdanjem življenju. Mnogi pravijo: mi smo bolnika dobro negovali tudi brez negovalnega načrta. Čemu bi ga zdaj potrebovali?

To vprašanje je postavil Hegyvary iz ZDA in se lotil obsežne študije, da bi ugotovil, ali je postala nega z uvedbo načrtovanja boljša.

Izdelali so 384 kriterijev za šest temeljnih področij nege, da bi z njimi lahko ocenili kvaliteto nege. Med ta področja sodijo npr.: področje načrtovanja nege, zadovoljevanje telesnih potreb, zadovoljevanje duševnih in socialnih potreb in drugo.

Navajam le nekaj primerov s področja načrtovanja nege:

- bolnikovo stanje je v celoti zajeto, je delno zajeto, ni zajeto itd;
- oblikovan je pisni načrt nege;
- načrt nege je koordiniran z zdravnikovim načrtom zdravljenja itd.

Vprašanja so postavili bolnikom in njihovim svojcem, ki naj bi bili pri negi tudi upoštevani.

Primer vprašanja in merilo, kako sestra posluša bolnika:

»Kadar postavite vprašanje, ali izrazite opombo, ali imate občutek, da vas sestra posluša in pokaže zanimanje za to, kar ji pripovedujete? Ne — da — včasih — vedno«.

To je bil zelo dober, med dolgoletnim delom oblikovan merilni instrument, ki so ga preskusili na 104 oddelkih v 19 bolnišnicah. Rezultati so bili zelo zanimivi. **Povsod, kjer so upoštevali negovalni proces oziroma načrtovanje nege bolnika, se je nega izboljšala, še predvsem na duševnem in socialnem področju.**

Prepričana sem, da je bila nujno potrebna uvedba posebnih metod, kot je proces nege in kontrola teh metod, kar pravzaprav pomeni raziskovanje področja nege bolnika.

4. Raziskovanje nege bolnika je potrebno:

— zaradi izboljšanja nege, kot je razvidno iz omenjenega primera;
— zaradi našega poklica, ki se lahko s tem načinom dela veliko hitreje razvija;

— ker ne moremo slediti razvoju vseh vej medicine, če tudi od sebe in nege bolnika ne zahtevamo napredka.

Res je, da imamo samo »One pair of feet« kot je naslov knjige Monice Dickens o negi — »le par nog«, s katerimi tekamo in tekamo; izmerili so, da preteče bolniška sestra na dan 25 km v poprečno 12 urah.

5. Uvedba organizacije dela in vodenja je nujno potrebna. Čim bolj se oddelčna sestra zaveda svojih vodilnih nalog, tem več možnosti bo za individualno nego bolnikov na njenem oddelku. To je rezultat angleške študije, ki je bila izdelana preteklo leto in objavljena v knjigi »Oddelčna sestra, ključ do negovanja«, ki jo je napisala Susan Pembrey. Izprašali so 50 oddelčnih sester, ki so opazovale in ocenjevale nego na svojih oddelkih. Rezultat je bil osupljiv. Pokazal je, kako malo je potrebno, da vsi negovalci na bolnišničnem oddelku upoštevajo bolnikove individualne potrebe v celoti. Takšen način dela pa pomembno vpliva tudi na zadovoljstvo osebja, ki nego izvaja.

6. Z namenom na novo organizirati nego — je potekal tudi poskus na Nizozemskem. O tem so poročali v glasilu: *International Nursing Review*«, marca 1979. V njem piše: »Bolniške sestre v bolnišnicah so nezadovoljne s svojim delom. Hočejo več odgovornosti in več možnosti za negovanje ‚svojih bolnikov‘.«

Tudi bolniki so želeli imeti več stika s sestro, zato so v tej bolnišnici poskusili dodeliti vsakemu bolniku njegovo sestro (imenovano Primary Nurse). »To pomeni za sestro veliko odgovornost, čeprav ji pomagajo še druge sestre, učenke in pomočnice,« pravi omenjeni članek. Sestra se prvič sreča z bolnikom ob sprejemu — pomaga urediti administrativne zadeve ter bolniku in svojem nekoliko enostavneje razloži, kako bolnišnica deluje. Ugotovi tudi, ali lahko bolnik sam skrbi za sebe, kdaj potrebuje pomoč, načrtuje z njim nego in jo tudi sama izvaja, dokler bolnik leži na oddelku. Bolnika obvešča o morebitnih preiskavah in pregledih, ima stik z njegovo družino in se vsak dan pogovarja z njim o zdravljenju. Sestra sprejema tudi informacije od drugih sester, ki ga negujejo v njeni odsotnosti, ima z bolnikom zaključni pogovor pred njegovim odhodom iz bolnišnice, včasih tudi skupaj s socialno sestro in ga pospremi k izhodu.

Nega bolnika jutri — je bila moja tema, za katero sicer lahko trdite, da so le teoretična razmišljanja, ki jih ni mogoče uresničiti. Vendar prosim, ne recite enostavno, da to ni mogoče. Poznam dober pregovor, ki se glasi: **»Vsi pravijo, da ne gre, dokler ne pride nekdo in to naredi!«**

Če danes še ne moremo doseči, moramo vsaj načrtovati, premisliti ter o tem razpravljati, sicer tudi jutri ne bo mogoče. Kdaj pa bo ta jutri, je odvisno od nas samih. Vem, da si vsi prizadevamo za to, zato naj se vam zahvalim. Nega bolnika je zelo lep poklic, lahko pa bo jutri še lepši. Preostala bi nam samo še želja, da bi tudi ljudje zboleli šele jutri.

Literatura:

1. Basler-Dieter H. et al.: Sozialwissenschaftliche Aspekte der Medizin. V: Medizinische Psychologie II. Stuttgart-Köln-Mainz 1978.
2. Börsi A.: Gesundheitsskala und ihre Bedeutung für die patientenorientierte Krankenpflege. Deutsche Krankenpflegezeitschrift 4/1980 (Beilage).
3. Eindhoven van J.: Patient — Oriented Ward Organization. International Nursing Review ICN, Nr. Mai/Juni 1979, 86—88.
2. Hegyvary S. T.: Nursing Process: the Basis for Evaluating the Quality of Nursing Care. International Nursing Review ICN Nr. Juli/August 1979, 113—119.
5. Käppeli S.: Patientengerechte Pflege in der Theorie und am Krankenbett. Krankenpflege — Soins infirmiers, 5/1980, 249—253.
6. Little D., D. Carnevali: Nursing Care Planning. 2. Auflage, Philadelphia 1976.
7. Pembrey S.: The Ward Sister — Key to Nursing; A Study of the Organisation of Individualised Nursing; London 1980.
8. Schwitajewski H., J. J. Rohne: Berufsprobleme der Krankenpflege. München-Berlin-Wien 1975.

PRIPOROČILA IV. KONFERENCE ZA RAZISKOVALNO DELO NA PODROČJU NEGE BOLNIKA

IV. konferenca za raziskovalno delo na področju nege bolnika, ki je bila letošnjega septembra v Oslu (Norveška), je sprejela priporočila, v katerih je opredeljeno, naj ima vsaka bolnišnica z več kot 500 bolniškimi posteljami **pomočnika vodje (direktorja) službe za nego bolnika**. Ta naj bi bil odgovoren za **kakovost nege bolnika, za praktično raziskovalno delo oziroma inovacije** na omenjenem področju. Številne študije so namreč pokazale, da medicinske sestre, ki so polno zaposlene z vsakodnevnim rutinskim delom, ne morejo sistematično opravljati teh nalog. Njihove pripombe, predlogi in ideje o organizaciji in metodologiji nege bolnika, ki temeljijo na delovnih izkušnjah, so zelo dragocene, vendar v bolnišnici pogosto nimajo organa, ki bi mu jih posredovale.

Omenjena konferenca priporoča tudi, naj bolnišnice ali skupnosti za raziskovalno delo v bolnišnicah vključijo v strokovni organ tudi predstavnika negovalne službe.

Za sodelovanje medicinskih sester v raziskavah, ki jih vodijo in izvajajo drugi sodelavci v bolnišnici, mora dati soglasje strokovni kolegij medicinskih sester. Soglasje kolegija je potrebno tudi za vse analize in študije s področja nege bolnika ter preučevanje negovalnega osebja. Prepogosto se namreč dogaja, da se medicinske sestre vključujejo v etično dvomljive raziskave (nepotrebni ponovni odvzemi različnih diagnostičnih materialov, preiskušanje novih preparatov in pripomočkov itd.) ali pa sodelujejo v analizah, ki preučujejo negovalno službo brez strokovne utemeljitve.

Natančnejše informacije o poteku in priporočilih konference za raziskovalno delo o negi bolnika so na voljo pri Zvezi društev medicinskih sester Jugoslavije (62000 Maribor, Trg Milana Zidanska 3, telefon (062) 32—827.

(Maribor, 5. sept. 1981)

Majda Šlajmer-Japelj