

strokovno izpopolnjevanje

VLOGA MEDICINSKE SESTRE V PRIHODNOSTI

Težko je vedeti, kakšna bo zdravstvena nega jutrišnjega dne in kakšno medicinsko sestro bomo potrebovali v prihodnosti. Zato je pričujoči prispevek le kratko razmišljanje o prihodnosti.

Zavedamo se dejstva, da je zdravstveno varstvo v Sloveniji na razpotju. V Sloveniji dajemo za zdravstveno varstvo vedno manj sredstev. Posledica tega je, da je zdravstvo v nezavidljivem položaju, iz katerega se bo moralo izkoptati s spremembami zdravstvene politike in zdravstvenega varstva, ki pa bodo seveda zelo odvisne od uspešne ekonomske in socialne politike. Hkrati z novo obliko zdravstvenega varstva vznikata miselnost, da moramo skrb za zdravje prenesti na posameznika, občana in lokalno skupnost, kar je v skladu z razvojno strategijo Svetovne zdravstvene organizacije (SZO). Razvijati in gojiti moramo tudi samopomoč prebivalstva in si prizadevati za uresničevanje ideje o novi kvaliteti življenja.

Tudi v razvitejšem svetu se zavzemajo za uresničevanje ciljev SZO, ki so usmerjeni k zagotavljanju zdravja vsem, k poudarjanju skrbi in odgovornosti za lastno zdravje in k humanejšemu svetu.

Na 19. svetovnem kongresu ICN so medicinske sestre označili za tisto skupino strokovnjakov, ki je zaradi svoje strokovne izobrazbe in številčnosti sposobna vplivati na izvedbo teh ciljev. Med zdravstvenimi delavci v svetu je kar polovica medicinskih sester, veliko med njimi jih ima tudi doktorat.



Medicinske sestre morajo zato v prihodnje bolj vplivati na socialno politiko ter na socialne in politične odločitve. Za naše razmere bi le težko trdili, da medicinske sestre bistveno vplivajo na oblikovanje zdravstvene in socialne politike, kar pa bo ob preusmeritvi zdravstva postalo nujno. Medicinska sestra je tista, ki bi bila lahko vezni člen med posameznikom in zdravstvom v skrbi za ohranjanje zdravja in kvalitetnejšega življenja. Zato medicinske sestre tudi tako težko razumemo, zakaj nam postavljajo toliko ovir pri prizadevanjih za izobraževanje na VII. stopnji. S temeljitim znanjem iz zdravstvene nege, ki izhaja iz potreb zdravega in nato bolnega človeka v celoti kot biopsihosocialno bitje z njegovim ožjim in širšim okoljem, bi bila medicinska sestra taki nalogi najverjetneje kos. Z ustrezno izobrazbo bi tudi lažje vplivala na socialno in zdravstveno politiko.

V razmišljanju, kako si predstavljamo vlogo medicinske sestre v prihodnosti, se moramo ustaviti ob vlogi medicinske sestre v skrbi za varovance oziroma bolnike. Vlogo razumemo kot obliko vedenja v določenem poklicu. Vloga, za katero je medicinska sestra vzgajana

v letih študija, pričakovanja samih medicinskih sester o svoji vlogi in pričakovanja in doživljanja vloge medicinske sestre s strani naših varovancev oziroma bolnikov pa niso vedno identične.

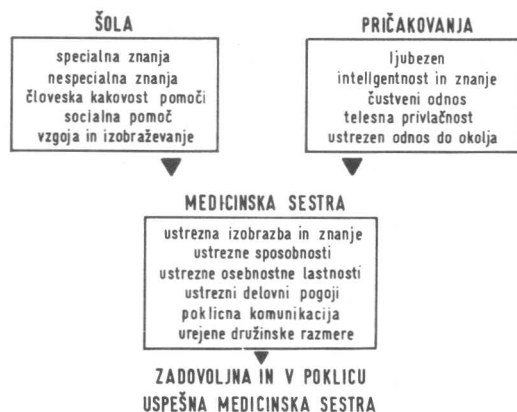
Medicinska sestra je vzgajana za naslednja področja dejavnosti:

- za specialna znanja,
- za nespecialna znanja,
- za človeško kakovost pomoči,
- za socialno pomoč,
- za izobraževanje varovancev in sodelavcev.

Za tako področje dejavnosti mora medicinska sestra imeti:

- ustrezno izobrazbo in znanje,
- ustrezne sposobnosti,
- ustrezne osebnostne lastnosti,
- ustrezne delovne pogoje.

Vloga za katero je medicinska sestra izobraževana in vzgajana, se večidel sklada z njenimi pričakovanji. V različnih raziskavah pa je mnenje bolnikov in varovancev pokazalo, da postavljajo medicinsko sestro v vlogo specializiranega strokovnjaka, gospodinjke, prve dame oddelka, organizatorja dela, nadomestne matere, svetovalca ter psihologa, socialnega delavca in pedagoga.



Varovanci od medicinske sestre v psihičnem smislu pričakujejo na prevem mestu ljubezen, potem inteligentnost in znanje, čustven odnos, zdravje in telesno privlačnost, življenjski optimizem, ustrezen odnos do okolja, veselje do poučevanja.

Pričakovanja do zdravnika so bistveno drugačna in se vrstijo nekako takole: etičnost, natančna diagnoza, občutek gotovosti in zaupanja, nesebičnost itn.

Medicinske sestre se moramo vprašati, ali sta naša predstava o lastni vlogi in predstava varovancev in bolnikov identični. Hudo narobe bi bilo, če bi bila v ospredju vloga, ki nam ne ustreza. Pričakovanja, da je medicinska sestra strokovnjak na svojem področju, organizator dela v okolju, kjer dela, se pravi »gospodinja« oziroma »prva dama oddelka«, so vloge, za katere je medicinska sestra usposobljena in ji ob ustrezni organizaciji zdravstvene ustanove ne delajo težav. Pričakovanja do medicinske sestre v vlogi nadomestne matere, svetovalca, psihologa, pedagoga... in pričakovanja po ljubezni in čustvenem odnosu pa so vloge, ki stopajo v ospredje vzporedno z uspešnostjo medicine v diagnostičnem in terapevtskem postopku. Medicina in pomoč ljudem v stiski in boleznih sta se preselili v totalitarne ustanove, zato tudi zahteve in poudarjanja večje humanosti medicine po vsem svetu. V medicini so totalitarne ustanove nastale iz nekakšne nuje, saj si nihče več ne more predstavljati sodobne

medicine v podobi nekdanjega družinskega zdravnika in babice. Z večjo humanostjo in z novimi oblikami dela pa lahko rigidnost in slabosti teh totalitarnih ustanov presežemo.

Ključna oseba v humanizaciji medicine in preseganju rigidnosti z novimi oblikami dela je med drugimi prav medicinska sestra. Taka pričakovanja lahko izluščimo tudi iz pričakovanih bolnikov. Medicinska sestra mora biti most med bolnikom oziroma varovancem in okolico. Je koordinator skrbi za bolnika med različnimi zdravstvenimi in socialnimi institucijami. Komunikacija medicinske sestre z bolnikom in varovancem je orodje psihične pomoči. Profesionalno komunikacijo in odnos do bolnika bomo zato morali postaviti v ospredje.

Nova metoda dela medicinskih sester je proces zdravstvene nege, ki z usmerjenostjo in individualno nego, v celotno skrb za varovanca v psihološkem, biološkem in socialnem smislu; osnovni cilj je zagotavljanje, ohranjanje ali izboljševanje zdravja z varovancem, kar zagotavlja večjo humanost in nove oblike dela.

Proces zdravstvene nege se še ni dovolj usidral v delo medicinskih sester pri nas, pričakujemo pa, da bo do tega prišlo. Obravnava bolnika kot osebnosti v njegovem socialnem okolju po procesu zdravstvene nege bo zagotovila povezavo in večje sodelovanje med medicinskimi sestrami v bolnišnici in medicinskih sester primarnega zdravstva, kar sedaj tako pogrešamo. V okviru primarnega zdravstvenega varstva v svetu vse bolj poudarjajo medicinsko sestro v vlogi družinskega terapevta, predvsem v smislu večjega sodelovanja z družino varovanca, tudi ko je le-ta zdrava. Potrebna je širša perspektiva obravnavanja potreb naših bolnikov v bolnišnici in v primarnem zdravstvu, kar vsekakor zagotavlja proces nege, ki je bolj human, ustrezen in učinkovit.

Opozorili bi še na dejstvo, da se bo po vsem svetu povečalo število starejših ljudi. Potrebe te populacije v sistemu zdravstva bodo predvsem usmerjene v zdravstveno nego in manj na zahtevne medicinske posege in zdravljenje. Kvalitetna in humana pomoč starejšim ljudem bo v prihodnej postalo (široko) obsežno delovno področje medicinskih sester.



Take zahteve do medicinskih sester pa v prihodnosti ne bomo mogli zgraditi, če se ne bomo zavedali predvsem dvojega:

– Izobraževanje medicinskih sester mora biti omogočeno do samega strokovnega vrha stroke, saj bomo le z takim izobraževanjem usposobili ključne osebe za vzgojo, organizacijo in načrtovanje ustrezne zdravstvene nege v okviru celotne zdravstvene službe. To izobraževanje pa mora graditi znanje medicinskih sester tako na učnih vsebinah zdravstvene nege, kot na vsebinah psihološke, sociološke in pedagoške znanosti.

– Drugo pomembno dejstvo, ki se ga moramo zavedati pa je, zagotavljanje ustreznih delovnih pogojev za medicinske sestre, s čimer ne mislimo samo na fizične pogoje dela ampak tudi in predvsem na psihične pogoje dela, se pravi psihosocialno vzdušje na delovnem

mestu. Poklicni ideal medicinske sestre, zgrajen v izobraževanju, je postavljen zelo visoko. K idealu vedno težimo, težko pa ga dosežemo. Ta poklicni ideal lahko medicinsko sestro, ki ni zrela osebnost, spravi v veliko stisko. Še vedno veliko navodil za delo prihaja tako rekoč od zgoraj, kar za ustvarjalno medicinsko sestro ni prijetno. Avtoriteta pa ni več kamen spotike za osebnostno zrele medicinske sestre. V poklicnem usmerjanju in zaposlovanju v poklicu, v katerem pričakujemo predvsem človeško kakovost pomoči, bi morali zagotoviti večjo selekcijo, hkrati pa poskrbeti za primerne psihosocialne pogoje za delo medicinskih sester.

Prihodnost poklicnega delovanja medicinskih sester in s tem njihove vloge in spoštovanja je predvsem v njihovih rokah. Za vsak korak v prihodnost pa potrebujemo pogum, samozaupanje in samospoštovanje.

Ladi Škerbinek, višja medicinska sestra, prof. pedagogike,
Univerzitetna psihiatrična klinika, Ljubljana

organizacija dela

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PO OPERACIJI KORONARNIH ARTERIJ

Zdravstvena nega bolnika je strokovna dejavnost, ki je pomemben del procesa zdravljenja. Nega bolnika, ki je vitalno ogrožen, kar bolnik po operaciji koronark nedvomno je, zahteva stalno prisotnost izkušene in strokovno usposobljene medicinske sestre, budno spremljanje in hitro reagiranje ob nevarnih spremembah.

V pričujočem sestavku sem se omejila na delo medicinske sestre ob bolniku, kjer je pooperativni potek brez zapletov. Predvsem je pomembna nega in opazovanje bolnika takoj po operaciji in v prvih dneh po njej. Zaradi obsežnosti sem pripravo na sprejem, nego in spremljanje po operaciji razdelila na več delov: delo medicinske sestre pred sprejemom bolnika, sam sprejem, spremljanje in nega bolnika po dnevih do odpusta domov.

Delo medicinske sestre pred sprejemom bolnika

O sprejemu bolnika po operaciji koronark v našo enoto zvemo iz operativnega programa za ta dan. Za takega bolnika pripravimo čisto, sveže posteljo in ogreto posteljo. Na vrhnje rjuhe položimo električno grelno blazino in odeje, grejemo vsaj dve uri. Ob desno stran postelje pritrdimo infuzijsko stojalo, na vzglavno končnico postelje obesimo kisikovo bombo. Na posteljo si pripravimo tri močne peane za klemanje subakvalne drenaže in balon ambu. Sestavimo sistem respiratorja in preverimo delovanje aparata. Nastavimo višino vodnega stolpca pri torakalni sukciji in preverimo, če deluje. Preskusimo delovanje aspiratorja in monitorja. Medicinska sestra si pripravi še sterilni set za torakalno drenažo (pripravljamo ga same: dolga ravna gumijasta cev, raven steklen konekt, konekt v obliki črke Y z gumijastim podaljškom), urinometer, pladenj za aspiracijo in vlažilec kisika.

Medicinska sestra si lahko vnaprej napiše napotnice za krvne preiskave ob sprejemu in napotnice za rentgensko slikanje.

Sprejem bolnika

Ko dobimo obvestilo, da je operacija končana, gresta po bolnika s posteljo v operacijski blok dve medicinski sestri. Imeti morata zaščitno kapo za lase in obrazno masko. S seboj peljeta prenosni monitor EKG z defibrilatorjem. Bolnika spremljata v sobo za intenzivno terapijo še operater in anesteziist.

V sobi posteljo fiksiramo in vklopimo električno napeljavo. Medicinska sestra, ki bo bolnika oskrbovala, mora opraviti bistveni del sprejema, predvsem pa mora sama dajati naročeno terapijo. Druga medicinska sestra ji le pomaga.

Bolnika takoj priklopi na monitor EKG. Vodilna medicinska sestra bolnika priključi na respirator in ga priredi njegovim potrebam. Sledi priključitev receptorjev za arterijski in venski tlak na monitor in umerjanje tlaka. Medicinska sestra pa priklopi bolnika na torakalno sukucijo in ko ta začne delovati, lahko popusti peane, s katerimi je bil dren med prevozom stisnjen. Urinsko vrečko zamenja z urinometrom, medicinska sestra, ki ji pomaga, pa izmeri količino urina in drenaže. Bolnika namestimo v polsedeci položaj. Če ima bolnik začasni zunanji pospeševalec utripa, ga z varnostnimi sponkami pripravimo ob vzglavni blazini.

Takoj zatem sledi dajanje terapije in ureditev infuzij. Med prevozom morajo teči, v sobi pa čimveč infuzij priklopimo na infuzijske števec in perfuzorje, da je odmerjanje kar se da natančno.

Vsakemu bolniku ob sprejemu naredimo posnetek pljuč in srca. Na temperaturni list vpišemo vse splošne podatke, označimo dan z rdečim svinčnikom »OP«, vnesemo na list vrednosti vitalnih znakov: pulza, srednji arterijski tlak (ker je ob sprejemu bolnik podhlajen, tlak še ni slišen, pišemo srednji tlak, ki ga kaže monitor), venski tlak, količino drenaže in urina med operacijo in vpišemo tudi vso dano terapijo. Bolniku naredimo na sredincu obližno trakucijo in mu zvežemo obe roki.

Kri in plazmo, ki ju pripeljemo s seboj, pregledamo, označimo z nalepko z bolnikovim priimkom in jo damo v hladilnik.

Ko je najnujnejše ob sprejemu narejeno, vzamemo še kri za krvne preiskave: hemo-gram, elektrolite, arterijsko plinsko analizo. Kri jemlje vodilna medicinska sestra iz arterijskega kanala, ki je narejen v arteriji radialis. Na temperaturni list odtisnemo štampljke krvnih preiskav in pljuč ter napišemo uro odvzema krvi.

Spremljanje bolnika na dan operacije

Na dan operacije mora medicinska sestra bolnika budno opazovati in se ne sme oddaljovati od njega, ker je odvisen samo od aparatov in nje. Vitalne znake v začetku beležimo na 15–30 minut (puls, srednji arterijski tlak), CVP, diurezo, drenažo na eno uro, infuzijsko tekočino na dve uri. Temperatura merimo pogosteje, dokler se bolnik ne ogreje, potem na dve uri. Če pride vmes do kakršnihkoli motenj ritma ali odstopanja v višini tlaka, moramo to zabeležiti in takoj obvestiti zdravnika, da dobimo nadaljna navodila.

Torakalne drene mora medicinska sestra večkrat pomasirati oziroma »molzti«, da drenaža odteka in ne zastaja v prsni votlini. Kri, ki priteče po dreneu, sproti nadomeščamo s transfuzijo krvi ali plazme.

Ker je bolnik priklopljen na respirator, moramo opazovati delovanje aparata in dvigovanje bolnikovega prsnega koša. Vmes so potrebne aspiracije dihal, da sekret ne zastaja v pljučih. Prvič bolnika odklopimo dve uri po sprejemu, takrat ponavadi še ni zbujen, da bi dihal sam, zato ga ročno ventiliramo. Odklopi si sledijo na 1,5–2 uri in so vedno daljši, ker želimo, da bo bolnik naslednji dan ekstubiran. Če ga sili na bruhanje, mu uvedemo nasogastrično sondo. Ob prebujanju kontroliramo tudi nevrološki status. Zbujen bolnik bo miren, odprl bo oči na klic in bo na sestrično zahtevo premaknil vsak ud posebej.

Ko se bolnik ogreje na normalno telesno temperaturo, mu odstranimo odejo in grelno blazino.

Operativne rane ne previjamo, razen če je skozi obvezo prišla kri.

Popoldne bolniku umijemo kri in jod s telesa, posteljne kopeli ne delamo, ker bi ga s tem preveč shladili.

K negi sodi še oskrba infuzijskih vbodnih mest, prebrizgavanje linij za CVP in srednji arterijski tlak. Centralnih infuzijskih kanalov pri nas ne prebrizgavamo, ker tečejo infuzije kontinuirano preko infuzijske črpalke.

Na dan operacije bolnika čim manj premikamo, zato postelje ne postiljamo v celoti, poskrbimo le, da leži na suhem.

Krvne preiskave jemljemo na štiri ure, če je potrebno, tudi pogosteje in jih sproti korigiramo.

Prvi dan po operaciji

Še nočna medicinska sestra začne z jutranjo nego, opravi celotno posteljno kopel, le hrbet mu umije in namaže pri prestiljanju. To pa zato, da bolnika ne obračamo in mu povzročamo bolečine dvakrat.

Bolnika odklopimo z respiratorja in ga pustimo, da spontano diha eno uro. Po eni uri vzamemo material za krvne preiskave: hemogram, elektrolite, transaminaze, izoencime in arterielno plinsko analizo. Izmerimo mu trenutni in minutni dihalni volumen. Če sta le-ta dovolj velika, plinska analiza in rentgen pljuč brez posebnosti, je bolnik po viziti ekstubiran. Roko, kjer ima uveden arterijski kanal, pustimo še zavezano, drugo osvobodimo. Opravimo ustno nego in mu damo kisikovo masko.

Vitalne znake merimo in zapisujemo na eno uro, še vedno moramo večkrat pomasirati dren. Popoldne bolniku kontroliramo krvne preiskave.

Bolniku močimo usta, mu dajemo piti po požirkih in ob peroralni terapiji, ostalo tekočino dobiva v obliki infuzij.

Popoldne mu naredimo spet posteljno kopel. Če se znoji, ga umijemo večkrat. Postiljamo trikrat dnevno, po potrebi pogosteje.

Na ta dan začne bolnik z respiratorno fizioterapijo: dihalnimi vajami in dihanjem na IPPB, z aktivnim razgibavanjem mišic nog. Dopoldne izvajajo to fizioterapevti, popoldne in ponoči pa medicinske sestre.

Bolnik na ta dan lahko sprejme obisk ožjih svojcev. Dovolimo dvema obiskovalcema, da ga vidita in za nekaj minut se lahko pogovarja po telefonu. Ti obiski po navadi ne koristijo toliko bolniku samemu kot svojcem, ki se tako prepričajo, da je z bolnikom vse v redu in da se dobro počuti.

Drugi dan operacije

Zjutraj bolniku naredimo rentgenski posnetek pljuč. Bolnik začenja piti in naročimo mu tekočo hrano, infuzijo pa zmanjšamo. Dopoldne dobi čistilno klizmo. Če je vse v redu, mu odstranimo arterijsko in vensko linijo in kisikovo masko. Respiratorno fizioterapijo izvajamo še naprej. S pomočjo fizioterapevta bolnik sedi v postelji, z nogami prek roba postelje. Posnamemo mu celoten EKG in ga nesemo odčitat bolnikovemu lečečemu kardiologu. Nega se ta dan ne razlikuje od prejšnjega dne.

Bolnika premestimo v sobo za polintenzivno nego.

Bolnik v polintenzivni negi

Tretji dan po operaciji začne bolnik z vstajanjem in hojo okrog postelje. Hrano mu spremenimo v navadno oziroma dieto, če jo je imel že pred operacijo. Infuzijo zmanjšamo na minimalno količino. Če bolnik ni imel težav z uriniranjem pred operacijo, mu vzamemo urin za Sanford in mu urinski kateter odstranimo. Glede na količino drenaže in rentgenski posnetek se zdravnik odloči za odstranitev torakalnega drena. Konice drena pošljemo na antibiogram.

Bolnik potrebuje pomoč pri vstajanju in negi. Delno se lahko umije sam, drugače mu medicinska sestra pomaga umiti hrbet in noge.

Medicinska sestra mora paziti na bilanco tekočin; ker je količina omejena, naj pije večkrat po malo.

Četrti dan je bolnik priklopljen le še na monitor, že hodi sam po sobi, sme iti do stranišča in kopalnice. Pomoči pri negi skoraj ne rabi več.

Bolnik na oddelku

Peti dan je bolnik premeščen na oddelek. Sedmi ali osmi dan mu pobere zdravnik polovico šivov, čez nekaj dni še ostale. S fizioterapevtom dela vaje v skupini in z njim odide tudi na hojo po stopnicah. Na oddelku bolniku še enkrat posnamemo celoten EKG in ga nesemo odčitat njegovemu kardiologu. Ponovimo vse krvne preiskave in rentgenski posnetek pljuč. Če je vse v mejah normale, lahko bolnik 14. ali 15. dan zapusti kliniko z navodili, kdaj naj pride na kontrolo pri svojem kardiologu in našem kirurgu in z datumom, kdaj odide na rehabilitacijo v eno od naših zdravilišč primernih za srčne bolnike.

Stanka Lovšin, višja medicinska sestra
Univerzitetna klinika za kirurgijo srca in ožilja,
Ljubljana

RAZJOČITE SE IN JOKALI BOSTE SAMI

Če ste depresivni in se vam zdi, da v bolnišnici niso do vas prav nič prijazni, imate najbrž povsem prav.

Psihologa Timothy Elliott in Robert Umlauf sta v nedavni raziskavi ugotovila, da se medicinskim sestram zdi nega trajno invalidnega bolnika lažja od nege depresivnega.

Raziskovalca sta medicinske sestre z medicinskega centra v Seattlu prosila, naj si ogledajo video posnetke o treh bolnikih: eden je bil po vsem videzu nepomičen, drugi depresiven, tretji pa ne eno ne drugo. Medicinske sestre so nato opisale osebnosti vseh treh bolnikov in ocenile, koliko časa bi bile pripravljene porabiti zanje.

Medicinske sestre so osebnost depresivnega bolnika opisale v glavnem negativno in pri tem pogosto uporabljale besede kot »hladen«, »sebičen« in »nezaupljiv«. Tudi manj časa mu so bile pripravljene posvetiti kot drugima dvema.

Elliot in Umlauf poudarjata, da »bolnikova depresija pomeni za medicinsko sestro precejšnjo čustveno in delovno obremenitev«, oboje pa dodatno oteži že tako ali tako naporen posel. Depresivni bolniki so pogosto otopeli, slabo spijo in nimajo teka.

»Nočeva kajpak reči, da je za depresijo in slabo nego kriv bolnik,« pravita Elliot in Umlauf. Huda bolezen in hospitalizacija marsikoga pehata v depresijo. Tu pa se začne začarani krog. Medicinske sestre težko pomagajo depresivnim bolnikom, ki se zaradi tega še globje potegnejo v depresijo in nerazrešeni problemi se kopičijo na obeh straneh.

Takšnega začaranega kroga ni lahko prekiniti. Korak naprej bi pomenilo že to, da bi se medicinske sestre, bolniki in njihovi svojci problema sploh zavedali.

Slikovno poročilo

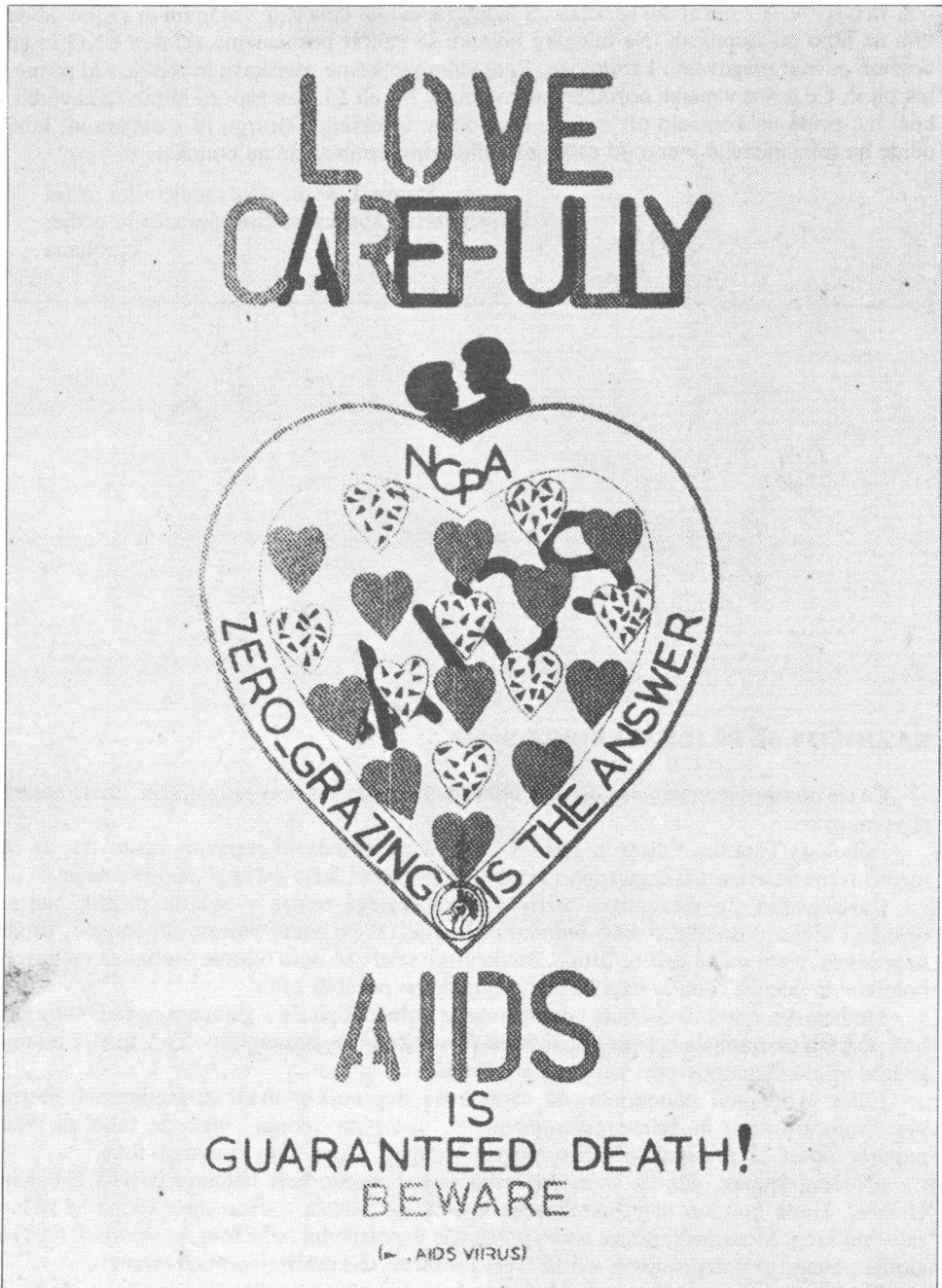


Foto: World Health oktober 1989