

KAKO SE JE POSLOVILA ANGELCA

Kako se je poslovila Angelca, je konec neke zgodbe, ki se je začela mnogo prej. Tako ne bom mogla povedati vsega, a potrudila se bom povedati, kar je pomembno za Angelco in vse nas.

Bila je primorana izstopiti iz svojega skritega sveta in razkriti delček sebe. Bilo je boleče, vendar nujno zaradi nje same in ohranitve njene osebnosti.

Prišla je nekega maja v spremstvu miličnikov. Vdrli so v njeno stanovanje. V kratkem uradnem pogovoru so ji povedali, da mora v bolnišnico. Jezna, užaljena in brez človeka, ki bi jo poslušal, je stopila z miličniki. Upirala se je. Nič ni pomagalo.

Sosedji sta ji kradli denar, stvari in na koncu še prašek za perilo. Žalostno. Nobenega ni pustila blizu, nobenega ni bilo, da bi mu zaupala svoje težave. Prikazovale so se ji podobe iz verskega življenja, z lučjo so ji svetili skozi stene in opazovali njeno gibanje. V paničnem strahu je premikala pohištvo, iskala je pomembne reči, ki jih ni našla, zmerjala je in vpila. Sosedje v bližnji okolici so postali pozorni in povsod prosili pomoč. Niso mogli prenašati »nemira«, motila je njihov mir. Toleranca in potrpljenje sta popustila, sosedje niso bili pripravljeni popuščati. Angelco so morali spraviti nekam.

Kam z žensko, ki je nobeden ne mara, ki je »čudna« in brez zaščite? Kraj, kamor pripeljejo takšne, je naša bolnišnica, kjer sprejememo vse ljudi; kaj ne bi nekoga, ki je »naš« kot Angelca. Presodite sami, ali ni res? Motila jih je in bili so v večini. Motila je njihov red. Kaj, če se vsi spravijo na ubogo žrtev? Morala se je skloniti in popustiti, ona žrtev in storilec v enem. Preveliko breme za utrjena pleča naše Angelce. Razumem, da je motila njihov mir. Kdo je motil njen mir? Kdo ji je jemal, kradel... Popolnoma zlomljena je odkorakala, tistega večera nekega maja. Kako jim je odleglo, ko so iz zastrtih oken skrivnoma pogledovali. Odpeljali so jo. Sedaj bomo imeli mir, so mislili zlobneži in tuhtali naprej. Mogoče se je komu tudi zasmilila. Kot »tatico« so jo pripeljali, njo, ki nikomur ni nič vzela in je v življenju spoznala samo trdo delo in trpljenje. Tu in tam kakšna drobtinica sreče. To mi je pozneje pripovedovala Angelca v najinih pogovorih na oddelku.

Drugi dan po sprejemu je bila premeščena na zaprti oddelek. Vzeli smo ji svobodo, mir in misli. Odrezavo me je odklonila tisto jutro in zasukala glavo v stran ter nekaj po tistem zamrmrala kot »hudiči«. Sprejela sem njeno jezo in razumela bolečino, ki je še tako hudo skelela.

»Gospa Angelca, če boste karkoli in kadarkoli potrebovali, lahko pridete v sestrsko sobo.« To je bilo najino prvo srečanje. Njen svet je bil en sam pekel. Toliko tihih vprašanj in nobenega odgovora. Postavljala si je hipoteze in jih utrjevala, ko si je sama dajala odgovore na le-te. Bila je polna besa, srda, straha, užaljenosti in nezaupanja, jezna na vse, ki so kakorkoli pomagali vzdrževati ta red. V takšnem stanju nas je sovražila. Nisem našla poti do njenih vprašanj, nisem mogla do njenih misli in nje. Jaz sem tista, ki držim z njimi in jim pomagam. Ni hotela komunicirati. Ko se je nabralo še več tega, ko se je nakopičilo goromno nejasnih vprašanj brez odgovora, je bruhnilo ven:

»Kaj sem bolna...? Nič mi ni. Zdrava sem: hodim, se uredim, pospravim posteljo...! Revežev imate dosti brez mene. Domov me spustite!«

Bila je to nepremišljena zahteva, a vendar možnost za nadaljnjo komunikacijo. Tako sem sprejela Angelco kot eno od mnogih in sva začeli. Začutila je, da jo poslušam in da sem na njeni strani. Večkrat je prišla ko drugih ni bilo zraven in se mi zaupala. »Tisti, ki sta kradli, sta prosti. Jaz pa zaprta! Kašen je svet, kakšna je to pravica. Dvakrat kaznovana: okradena in zaprta.« Opazila sem, da je vse bolj pogosto negotovo pogledovala v sestrsko sobo in preverjala, če je varno, če lahko vstopi?

Rojena 1919 leta, tam nekje, kjer gnezdijo štorcklje, kjer se široka slovenska ravnica stika z madžarsko pusto. Težka povojna leta, odraščanje brez staršev. Očeta ni poznala, mama jo je zapustila babici. Stara mama je bila nadomestna mama in vzgojiteljica. Časa za nežnosti in ljubečanje ni bilo: »nobene nežnosti, nobene ljubezni« kot mi je povedala Angelca. Pri babici je bil kruh. Strah jo je bilo grmenja, da se ne bi hišica vžgala. To so samo spomini. Babica je bila dobra, delovna, učila jo je živeti. Velikokrat je premišljevala o mami, s katero ni imela stikov. Doživljala jo je kot trpečo žensko s 15 otroki. Sebe je vedno prištela zraven, čeprav ni živela pri njej. »Utrujena mladost je bila, ki premore veliko, zamorjena sem bila od rojstvnega dne«. Ni se veliko družila s sovrstniki, čutila je svojo revščino. V šoli je pobirala skorjice kruha, ki so jih pustili sošolci. Na svoj račun je slišala tudi šikaniranje, kot tisto »pankrt«. »Delali smo, delali, a vseeno tako malo imeli.« S petnajstimi leti je prišla v Ljubljano in poiskala zaposlitev. Prva je bila službenje pri znani družini, potem v študentski menzi in na koncu v tovarni Ilirija. Bila je mirna in delovna. Imeli so jo radi.

Ves čas je bilo samo delo, pomanjkanje, odpovedovanje, skromnost in večno prisoten strah, da tega ne izgubiš. Angelca je spontano in sproščeno pripovedovala tudi o svojem življenju. Hotela mi je povedati, da ona ni samo to, kar je »danes«, ona je bila včeraj in bo še v prihodnje. Prepoznavala je pomembne trenutke v življenju, ki so jo obremenjevali in bili še tako trdno v spominu. Ogledalo je bila mama s kopico otrok. Vse bi še prenesla, le ljubezni ni bilo, po njej je hrepenela. Ob takšnih izpovedih je večkrat vzdihnila, kot da bi še danes čutila breme neizpolnjene mladosti. Imela je fanta. Spoznala ga je v Ljubljani. Začela se je druga vojna. Odšel je v Italijo in se ni vrnil. Takrat je začutila, da se je vse izklopilo. Leta ni mogla pozabiti prve ljubezni.

Angelco sem doživela kot skromno in urejeno gospo, ki je morala vse prigarati s svojimi rokami. In sedaj še bolezen, bolne misli ujete v možganih.

Kako pretrgati bolne niti, kako postaviti prave in iztkati trdno mrežo za stare dneve? Kako pomagati Angelci, da sprejme bolezen, da hitreje okreva in prepozna vsaj delček tistega, zaradi česa je prišla? Kako?

Angelci sem ponudila možnost druženja; tako se je vsedla med pokretne sobolnice. Opazila je, da jim je v nečem podobna. Prisiljena je bila komunicirati zaradi stalnih dražljajev iz socialnega okolja. Spontano in brez težav je spre-

jemala terapevtske aktivnosti. Postajala je vse bolj sprejemljiva za zahtevnejše oblike dela. Hudi znaki boleznin so bledeli in na njihovo mesto je bilo potrebno vgrajevati nove vsebine. Spoznala je, da mora sama nekaj storiti. Tako sem jo vključila v psihoterapevtsko skupino enkrat tedensko in individualno obravnavo trikrat tedensko. Angelca je začela opazovati, ugotavljala je, da so tudi druge bolne, primerjala razliko med seboj in njimi, jim prisluhnila, pomagala, dajala spodbudo. Počutila se je bolj zdravo. In mi smo jo še vedno zadrževali! Kakšna surovost in brezsrčnost! Lahko bi jo spustili domov! Tako si je mislila pri sebi.

Slišala je ne. Angelca bo za Dom. Ni bila pripravljena za vedno zapustiti svojega gnezdeca, svojega ustvarjanja in življenja. To jo je zelo potrla. Postala je zopet nekoliko zamišljena in odmaknjena. Hitro se je pobrala in vprašala: »V Dom ali domov?« Prav je slišala, v Dom. Takoj je zbrala vse moči in glasno povedala ne. Svoj ne, ki je klical na pomoč. Začutila sem jo.

Angelca je hotela domov, ne v Dom, ne v kakršenkoli zavod ali ustanovo. Ne smem ji vsega vzeti. To mi je sporočala Angelca. Kdo sem, da si dovolim še takšno nersramnost? Kdo smo mi vsi in ali lahko tako hladno postavljamo odločitve? Tako je, sem ji pritrdila. Po enem mesecu bivanja sem ves čas delala nasprotno od tega, za kar me je dolžila... Prosila sem jo naj mi pove, kar misli, ker sem morala vedeti. Potrebovala je premislek, čas. Prišla je in se opravičila za grob napad, kar nisem pričakovala. Sprejela sem opravičilo in ji ponudila roko. Prosila me je nemogoče. »Domov bi rada, odprite mi, ne boste videli, ko bi odšla...«

Ker ji nisem ustregla, je odšla, in nekoliko sem se ustrašila, da mi ne bo ušla za vedno. Osebno sem se ves čas zavzemala za odpust domov. Res je, da Angelca nima nobenega svojega človeka, a vendar poskusiti je treba.

Povedala mi je, kako je zaskrbljena glede stanovanja, hladilnika, ki pušča, položnic, pokojnine. In kaj, če še kradeta? Mogoče še kradeta, čeprav se ves mesec trudiva, da bi bilo drugače. Ni bila popolnoma prepričana, možnost je. Opazila sem, da je Angelca postala bolj prijetna, sproščena in da se je malo prirasla na tla. Mislila sem, to je samo kalček, ki bo nova rastlinica, to bo nekaj na čemer bova gradili.

Dajte mi roko, pridite bliže, čutim da pogrešate in se bojite bližine in zaupanja. Povejte mi, ali vas je strah? Kaj vas bega? Enkrat ste mi čisto blizu in drugič zopet zbežite daleč stran.

S socialno delavko sva načrtovali odhod domov. Angelco sem pripravila in sklenila dogovor. Morala je pogledati: ali je stanovanje zaklenjeno in če še kradeta? Poiskala je položnice, pregledala hladilnik in poiskala sledi v kotičkih. Po prihodu na oddelek je prejela majhen odmerek depo injekcije.

Angelco sem počasi in previdno pripravljala na odpust domov. Odločila sem se v dogovoru z Angelco, da po telefonu pokličem patronažno medicinsko sestro. V prvem pogovoru sva se spoznali in izmenjali pomembna dejstva o Angleci, vsaka iz svojega zornega kota. Dobila sem pomembne in uporabne podatke, ki so mi pomagali pri nadaljnjem delu. Prosila sem za nadaljnje sodelovanje, kar je kolegica sprejela. Angelca je postajala vse manj skrivnostna in je izstopila iz svoje anonimnosti. Vse več ljudi jo je spoznavalo in vstopalo v njeno življenje.

Na njenih licih sem opazila neko najasno senco in bledico. Koža je postala bolj nagubana, mišice so izgubile moč in drža se je nekoliko upognila naprej. Komaj opazni, a vendar

prisotni znaki starosti. Takrat, tistega maja se je zanjo začela starost. Tiho in počasi se je priplazila. Sprejela jo je. Ni je bilo strah. Spremljevalka našega bivanja in znanilka nekega konca.

Prihajal je čas dopustov. Angleca je vedela, da mora počakati na naročeno preiskavo. Obljubila sem ji, da bom mislila nanjo. Pred odhodom na počitnice sem obvestila patronažno medicinsko sestro o moji odsotnosti. V pogovoru sva načrtovali možnost odpusta in nakazali možne oblike pomoči. Povedala sem resnično stanje in koliko se je Angelca spremenila. Kaj bo in koliko še pričakujeva? Brez visokih ciljev, samo to, da nas sprejme. Majhne spremembe, tudi z malim je potrebno biti zadovoljen.

Pozdravila me je ob prihodu z dopusta, bila je vesela. Takoj mi je povedala kaj se je z njo dogajalo v moji odsotnosti. Zaskrbljeno me je vprašala: »Kaj bo z menoj...? Šla bi domov. Čas se je vlekel, prevzemala jo je nekakšna žalost. Načrtovali sva drugi odhod domov po dveh mesecih bivanja v bolnišnici.«

Konec avgusta. Zopet sem poklicala patronažno medicinsko sestro in ji povedala točen datum odhoda. Pogovorili sva se o nadaljnji skrbi za našo Angelco. Nekaj zdravil, mesečna depo injekcija in občasni obiski patronažne medicinske sestre. Koliko je takšnih?

Angelci sem stisnila roko drugega septembra. Čutila se je jesen v zraku in tista vlažna trava na našem vrtu je oddajala svoj vonj. Kostonj je že rumenel in sem ter tja odvrgl kakšen plod. Obljubila mi je, da bo prišla. Čakala sem. Poklicala me je patronažna medicinska sestra. Povedala je, da Angelca ne bo prišla. Strah jo je bilo. Kako naprej? Tudi če ni pripravljena priti, ne smeva podreti doseženega. S patronažno medicinsko sestro se pogovoriva o tem, kako ji aplicirati zdravilo. Povedala mi je ime njenega domačega zdravnika, ki je bil pripravljen sodelovati.

Odločila sem se za obisk na domu. S socialno delavko in zdravnikom smo odšli k Angelci. Zdravnik je bil pri njej tistega maja. Bil je hudo. Angelca nas je lepo sprejela, povedala kaj počne, pokazala kje živi. Ima majhen, topel, urejen in čist domek. Nad posteljo je bila povečana fotografija iz mladosti. To je moja Angelca, objeli sva se z iskrico v očeh.

To je le del zgodbe, ki sem jo hotela predstaviti.

Če boste srečali Angelco, ali katero drugo, ki vam bo potožila, kako je težko živeti; prisluhnite ji, ponudite ji roko, ne zakrivajte oči pred realnostjo, verjemite ji. Hvaležna vam bo za vsako dobro besedo, stisnila se bo v varnem zavetju in nabrala moč za nov let.

Zgodba me je spomnila na že napisano misel da »tudi najbolj nesrečno življenje ima svoje sončne ure in svoje male cvetke sreče med peskom in kamenjem.« (Herman Hesse)

Posebej se zahvaljujem: socialni delavki za skrbno obravnavo, delovni terapevtki za primerno izbrane terapevtske aktivnosti, kolegicam z oddelka za natančno izvajanje načrta zdravstvene nege, spoštovanemu primariju za vsestransko človeško pomoč, patronažni medicinski sestri za pripravljenost pri sodelovanju in vsem sodelavkam, ki so kakorkoli pomagale pri zdravstveni negi naše Angelce. Želim si še več takega sodelovanja.

Radojka Kobentar,
višja medicinska sestra, prof. defektologije,
Psihiatrična klinika, Center za klinično
psihiatrijo, Studenec 48, Ljubljana

KAJENJE

Škodljivost kajenja za človekovo zdravje je nesporno dokazana. Strupene snovi v tobačnem dimu so pomemben dejavnik za nastanek številnih bolezni. Kajenje pospešuje nastanek bolezni srca in ožilja, kroničnega bronhitisa, odpira pot raku na pljučih in škodljivo deluje na funkcijo prebavil. Nekadilci in kadilci se med seboj pomembno razlikujejo tako glede zdravja, kot glede trajanja življenja. Statistični podatki kažejo »čezmerno« umrljivost med kadilci cigaret.

Kajenje pripomore ali je glavni vzrok smrti v 10 % smrtnih primerov. V tobačnem dimu je več kot 1000 kemičnih spojin, od katerih mnoge zelo škodujejo našemu organizmu. Najpomembnejši je živčni strup nikotin. Nikotin deluje na živčne celice in povzroči, da se iz njih v večji količini izločajo sestavine, znane z imenom kateholamini ali adrenalin, ki povzročajo krče žil v srcu in drugih organih ter pospešujejo delovanje srca.

Pomembna škodljiva snov v tobačnem dimu je tudi ogljikov monoksid (CO), ki izpodriva kisik iz rdečih krvničk. Največ ga zaužije kadilec cigar. Zelo kvarne vplive imajo tudi razne druge (katranske) snovi, ki pospešujejo napredovanje arterioskleroze, predvsem zato, ker v krvi znižujejo količino holesterola visoke gostote (holesterol – HDL).

Obsežne študije v ZDA so nesporno dokazale, da kadilci zbolevali za hujšo arteriosklerozo dvakrat pogosteje kot nekadilci.

Rezultat vseh škodljivih učinkov kajenja na srce in srčne žile je nezadostna preskrba srca s kisikom, ki jo bolniki občutijo v obliki bolečin za prsnico (angina pectoris). Včasih zadostuje že ena sama pokajena cigareta, da se sproži napad bolečin pri srcu. Pri hujši prizadetosti srčnih žil lahko pride celo do zapore žile (srčno mišični infarkt). Temu zapletu so kadilci šestkrat bolj izpostavljeni kot nekadilci.

Nevarnost kajenja se še poveča v prisotnosti drugih dejavnikov tveganja, kot na primer visokega krvnega tlaka in povečane količine maščob v krvi, kar ni redek primer.

Ko govorimo o škodljivosti kajenja za žile, ne smemo mimo ugotovitve o veliki škodljivosti kajenja za žile spodnjih končin. Žile spodnjih končin so posebno občutljive za kvarne vplive tobakovega dima in skoraj ni kadilca, ki ne bi imel vsaj malo prizadetih žil na nogah. Kajenje zelo pospešuje poapnevanje teh žil. Težave se pri bolniku začnejo kazati v starosti 40–50 let z bolečinami v mečih pri hoji. Bolečine nastopajo pri vedno krajši hoji. Če bolnik ne opusti kajenja, zapnevanje napreduje do stanja, ko se žile v mečih zapro in je treba prizadeto nogo amputirati.

»Prevelika« ali čezmerna umrljivost med kadilci narašča z večanjem števila na dan pokajenih cigaret. Za 30-letnega kadilca, ki pokadi povprečno 20 cigaret na dan, je življenjska doba kar za osem let krajša od življenjske dobe nekadilca.

Kako do uspešnega boja proti kajenju?

Zakrknjen kadilec skuša najti razne olajševalne okoliščine, češ da sta razvoj in stopnja bolezenskih sprememb zaradi kajenja odvisni od prirojene občutljivosti oziroma odpornosti, od števila pokajenih cigaret, od tehnike kajenja, od vrste in sestave tobaka. Tu pa ne smemo popustiti. Ker nam predhodno ni znano, komu kajenje ne bo škodilo in ker

povzročene škode ne moremo odstraniti, moramo vztrajati pri zahtevi, da prav vsi hipertonični opustijo kajenje, če hočejo dosledno zdraviti svojo bolezen.

Zavedamo se, da je opustitev kajenja ena najtežjih nalog, ki jih mora opraviti bolnik z visokim krvnim tlakom, če hoče pripomoči k uspešnemu zdravljenju visokega krvnega tlaka in njegovih posledic.

V programih zdravstvene vzgoje in izobraževanja občanov in delovnih ljudi v okviru Rdečega križa Slovenije, je v boju proti kajenju, posebno med otroki in mladino, namenjena precejšnja pozornost.

Prav tako morajo imeti vsi zdravstveni delavci izpopolnjeno strategijo in taktiko, kako odvaditi kadilca od kajenja in kako biti uspešni pri preprečevanju začetka kajenja pri mladini.

Naša prizadevanja morajo biti usmerjena v to, da kadilci opustijo svojo razvado, in v ozaveščanje ljudi, da ne bi začeli kaditi.

Tudi v boju proti kajenju mora veljati pravilo »bolje preprečiti kot zdraviti«. Pomembno je tudi, da družbi predstavimo kajenje kot izraz pomanjkanja kulture.

Pri odvajanju od kajenja kadilcu lahko pomagajo zdravstveni delavci in ožji svojci, še najbolj z zgledom. V tabeli 16 so navodila, kako se odvaditi kajenja.

Ali si že pokadil zadnjo cigareto v svojem življenju?

Prispevaj vendar k svojemu zdravju: »Opusti kajenje«.

Ne pozabi, da je kajenje desna roka hipertenzije v razvoju arterioskleroze.

Zdravju na ljubo prosim, da ne kadite.

Še beseda, dve o »pasivnem kajenju«

Kar zadeva »pasivno kajenje«, ki smo mu izpostavljeni nekadilci, je ugotovljeno, da gre predvsem za to, da se taki ljudje čutimo ovirane v svojem ugodju. Poleg neprijetnosti kot so glavobol, ščemenje v očeh in slabosti, lahko pri nekadilcih oslabi tudi psihomotorna dejavnost (na primer pri vožnji avtomobila, če v avtu sopotniki kadijo). Posebno ogroženi so srčni bolniki. Pasivno kajenje pa je dokazano škodljivo za tistega, ki stalno živi v neposredni bližini kadilca (otroci, partnerji). Najbolj nam škoduje dim cigar.

Zdravstveni delavci moramo vztrajati na stališču, da ima zaščita nekadilcev prednost pred potrebami kadilcev.

Kako se odvaditi kajenja

1. Odkloni ponujeno cigareto.
2. Če si ostal brez cigaret, ne prosi sodelavca zanje.
3. Ko nekoga čakaš, ne kadi.
4. Ko si v družbi, pokadi le eno cigareto na uro.
5. Ne kadi, ko si na konferenci ali ko vodiš poslovne razgovore, prav tako ne, ko se pogovarjaš s sodelavcem ali znancom.

6. Ne kadi v času, kot v tvoji prisotnosti kadijo drugi ljudje.

7. Ne kadi več pri delu, ko voziš avto, ko hodiš po cesti. Ne kadi pri manualnih delih (pisanje, kuhanje).

8. Ne kadi več v postelji, ne zjutraj ne zvečer. Prvo cigareto prižgi šele po zajtrku. Ne kadi z željo, da bi potešil občutek lakote, oziroma ko čakaš na hrano. Po jedi ne prižigaj cigarete, pač pa vstani in se loti kakšnega dela.

9. Ne kadi več, ko sedi v najbolj priljubljenem stolu. Kadiš lahko, ko sedi v neudobnem stolu.

10. Ne kadi, ko si se po družabnem večeru vrnil domov in si za relaksacijo naliješ čašo vina ali piva.

11. Kadar kadiš, ne beri, ne glej televizije, ne pij, ne jej, ne delaj.

12. Kupi vsak zavitek cigaret posebej, vedno najmanjši. Pri vsakem nakupu menjaj znamko cigaret. Kadi samo cigarete s filtrom.

13. Po vsaki pokajeni cigareti izprazni pepelnik in odloži zavitek cigaret tako daleč, da moraš za naslednjo cigareto vstati in iti v sosednji prostor.

14. Pusti vžigalnik (vžigalice) doma in prosí mimoidoče oziroma sodelavce za ogenj.

15. Ko nameravaš kaditi, ne prižgi cigarete takoj. Poglej na uro in počakaj vsaj deset minut. Ko si prižgeš cigareto, se zavedaj, da boš kadil.

16. Predno prižgeš cigareto, napravi tri globoke vdihe. Po prvem vleku ugasni cigareto in jo obnovljeno ponovno prižgi. Inhaliraj vsak drugi »vlek«. Pokadi vsako cigareto samo do polovice. Po vsakem »vleku« odloži cigareto v pepelnik.

17. Poskusi kaditi, ne da bi inhaliral.

18. Dnevno daj v hranilnik denar, ki ga nisi porabil za cigarete.

Darinka Čarni-Dobovišek,
višja medicinska sestra,
Klinični center Ljubljana,
OE Interna klinika bolnica dr. Petra
Držaja, Vodnikova 62,
61000 Ljubljana

OBRAVNAVA BOLNIKA Z ARTERIJSKO HIPERTENZIJO S STRANI MEDICINSKE SESTRE

Uvod

Arterijska hipertenzija je ena od najpogostejših civilizacijskih bolezni. Okoli 20 % vseh odraslih ljudi boleha za povišanim krvnim tlakom. Smrtnost zaradi povišanega krvnega tlaka oziroma zaradi njegovih posledic je zelo visoka – približno 40 % vseh ljudi pod 65. letom starosti.

Krvni tlak in njegove naloge

Glavna naloga srca in ožilja je skrb za zadostno prekrvavitev vseh organov. Za to pa sta potrebna zadostna količina krvi in primeren krvni tlak. Ker je količina krvi konstantna, se mora krvni tlak prilagoditi različnim potrebam organizma. Krvni tlak je najnižji med spanjem. Podnevi pa se zaradi različnih psihofizičnih obremenitev poveča.

Pri krvnem tlaku ločimo sistolični in diastolični oziroma zgornji in spodnji krvni tlak. Zgornja vrednost tlaka, ki nastane s krčenjem prekata, se imenuje sistolični krvni tlak, spodnjo vrednost, ki nastane ob raztezanju prekata, pa imenujemo diastolični krvni tlak, odvisen pa je od upora v žilah.

Normalne vrednosti krvnega tlaka je zelo težko določiti. Vendar pa moramo za razvrstitev med hipertonične oziroma hipotonične postaviti mejo, ki bo služila za razvrščanje. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je za to mejo postavila vrednost 140/90 mm Hg.

Poudariti moram, da enkratna ugotovitev visokega krvnega tlaka še ne pomeni vedno bolezn. Z večkratnim merjenjem je treba spoznati nihanje krvnega tlaka. Vedeti moramo, da tlak med dnevom precej niha, višji je ob razburjenjih, najvišji ob nenadnih naporih.

Vzroki za nastanek povišanega krvnega tlaka

Hipertenzija je kronično povišanje sistoličnega in/ali diastoličnega arterijskega krvnega tlaka, ki ima lahko različne vzroke, vendar neodvisno od njih značilno poteka.

Poudarek je na kroničnosti, za razliko od občasnih enkratnih zvišanj zaradi različnih psihofizičnih vzrokov.

Vse oblike arterijske hipertenzije, ki nastane kot posledica dokazanega organskega obolenja, označujemo kot sekundarna arterijska hipertenzija. Pri večini bolnikov pa ne moremo ugotoviti takega vzroka, zato jih razvrščamo med primarne arterijske hipertenzije.

Pri nastanku hipertenzije moramo razlikovati:

- vzrok nastanka hipertenzije,
- sprožilne mehanizme, ki vplivajo na nastanek tega obolenja.

Vzroki nastanka arterijske hipertenzije (AH) so obolenja in motnje delovanja posameznih organov, ki posledično zvišajo krvni tlak:

- kronična vnetna obolenja ledvic in zoženje ledvičnih arterij, kar vodi v renalno in renovaskularno hipertenzijo,
- bolezn nadledvične žleze, hipofiza, ščitnica – endokrini hipertenzija,
- spremembe na srcu ali aorti – kardiovaskularna hipertenzija,
- obolenja osrednjega živčevja – nevrogena hipertenzija.

Znane so še hipertenzije pri:

- nosečnosti,
- dializi, po presaditvi ledvic,

– hipertenzija sprožena s poživilji (kava, alkohol), oralna kontracepcija, zastrupitve s svincem, talijem in živim srebrom.

Za razliko od zgoraj naštetih oblik hipertenzije, ki so posledica točno določenih obolenj, pa je primarna ali esencialna arterijska hipertenzija še do danes nepojasnjena bolezen. Znanstvene raziskave so potrdile vpliv dedne zasnove, vendar še ni pojasnjen mehanizem prenašanja na potomce.

Sprožilni mehanizmi, ki vplivajo na nastanek AH, tako imenovani zunanji vplivi pa so:

- debelost,
- pretirano uživanje kuhinjske soli,
- dolgotrajni stres.

Ljudi, ki imajo za 20 % povišano telesno težo, to obolenje ogroža trikrat bolj kot ljudi z normalno telesno težo.

Pojem psihosocialnega stresa lahko opišemo z besedami, kot so: naglica, enoličnosti tekočega traku, hrup, pritisk na delovnem mestu, težave s partnerjem, eksistenčni problemi...

Posledice AH

Posledice se kažejo predvsem na srcu, očeh in ledvicah. Te posledice lahko preprečimo oziroma omilimo, če AH pravočasno odkrijemo in primerno zdravimo.

Zdravljenje AH

Cilj zdravljenja AH je znižati krvni tlak na normalno vrednost, ki ustreza bolnikovi starosti. Pri večini bolnikov je s pravilno izbrano terapijo ta cilj možno doseči. Pri določeni skupini bolnikov krvnega tlaka ne moremo znižati na normalno vrednost zaradi napredujoče arterioskleroze, lahko pa dosežemo vsaj manj nevarno vrednost. Izbira vrste zdravila, količina in morebitne kombinacije ter način jemanja so odvisne od vsakega bolnika posebej. Pri lažji obliki zadošča eno samo zdravilo, pri težji obliki pa kombinacija več zdravil.

Zdravstvena vzgoja in vloga medicinske sestre pri tem

Pri obravnavi zdravljenja arterijske hipertenzije je pomemben odnos med zdravnikom in bolnikom, odnos bolnika do svoje bolezni in zaupanje bolnika zdravstvenemu osebju. Zdravnik si mora prizadevati, da bolnika motivira za zdravljenje, vendar je nazadnje vse odvisno od bolnika samega. Medicinska sestra lahko veliko pomaga pri odkrivanju ter izvajanju uspešnega zdravljenja AH. Je strokovno usposobljena za merjenje krvnega tlaka. Stres, ki ga bolnik doživlja v kontaktu z medicinsko sestro, je manjši kot pri kontaktu z zdravnikom. Medicinska sestra mora bolnika vzgajati po načelih zdravega načina življenja. Bolnik naj bi način življenja prilagodil zahtevam svojega obolenja.

Pomembno je:

- redno jemanje zdravil – sodobna zdravila so zelo učinkovita, vendar je eno od glavnih pravil redno jemanje. Bolnika je treba poučiti, da je zdravljenje dosmrtno. Ob vsaki prekinitvi zdravljenja se krvni tlak poveča. Ravno tako mora medicinska sestra opozoriti na morebitne stran-

- ske učinke zdravil (otekline, utrujenost, omotičnost, hitro bitje srca, pokašljevanje, depresija, motnje potence, suha usta), o katerih se mora bolnik pogovoriti z zdravnikom.
- redno nadziranje uspeha zdravljenja – kontrolni pregledi so v začetku pogostejši (na en mesec), ko je tlak zadovoljivo urejen, pa na eno leto. Vmes so kontrole pri zdravniku splošne prakse. Za boljši pregled uspeha zdravljenja imamo pri nas izkaznice za beleženje krvnega tlaka.
- splošni ukrepi pri zdravljenju arterijske hipertenzije:
- zmanjšanje telesne teže in pravilna prehrana ter nadomeščanje kalija, kalcija, magnezija, če ga primanjkuje;
- omejitev soli v hrani;
- redna telesna aktivnost – sprostitvena terapija;
- pravilen način življenja.

Merjenje krvnega tlaka

Pravilno merjenje krvnega tlaka je osnova za diagnozo arterijske hipertenzije in za uspešno zdravljenje. Poznamo neposredno arterijsko merjenje krvnega tlaka in posredno merjenje.

Neposredno merjenje

Kateter uvedemo v arterijo (običajno v arterijo v zapestju ali v arterijo v komolčni kotanji) in preko pretvornika na monitorju odčitamo vrednost krvnega tlaka. Merjenje lahko izvajamo neprekinjeno dalj časa in nam zato služi predvsem pri težkih kliničnih stanjih: šokovno stanje, hipertenzivne krize, zahtevni operativni posegi. To obliko merjenja lahko izvajamo samo v zato opremljenih intenzivnih enotah.

Posredno merjenje

Za posredno merjenje se uporablja več metod. Največ se uporabljajo:

- Korotkova avskultatorna metoda – merjenje po Riva-Rocciju;
- oscilometrična metoda;
- ultrazvočna metoda;
- neinvazivno merjenje krvni tlak v 24 urah (50–100 meritev v 24 urah), meritve med običajnimi aktivnostmi.

Korotkova avskultatorna metoda

Še danes lahko najzanesljiveje in najpreprosteje izmerimo krvni tlak po metodi, ki sta jo v začetku stoletja razvila zdravnik Riva Rocci (RR) in Korotkov.

Krvni tlak merimo z napravo, ki se imenuje sfigmomanometer. To je naprava, ki je sestavljena iz manšete, tlačilke in manometra, ki kaže tlak v manšeti.

Uporabljajo se različne oblike merilnikov: živosrebrni, na pero in elektronski. Slednji se priporoča samo za osebno uporabo. Za množično uporabo so manj zanesljivi. Za vse oblike merilnikov velja pravilo, da jih je treba enkrat letno testirati v za to usposobljenih delavnicah. Vsak aparat mora imeti nalepko z datumom testiranja.

Priprava aparata za merjenje krvnega tlaka

Za natančno merjenje mora biti oprema brezhibna. Pred merjenjem se moramo prepričati, da manometer ni poškodovan in da je živosrebrni stolpec na ničli. Med napihovanjem in spuščanjem se mora živo srebro gibati brez ovir. Napaka pri merjenju lahko nastane tudi zaradi različne občutljivosti mikrofona.

Za pravilno merjenje pa ima odločilno vlogo tudi pravilno izbrana manšeta. Manšeta je sestavljena iz gumijastega mehurja in prevleke iz blaga. Mere manšete se nanašajo na velikost gumijastega dela. S preozko manšeto bomo izmerili lažjo višji krvni tlak, s preširoko pa nekoliko nižjega. Dožino manšete moramo prilagoditi obsegu nadlahti, na kateri merimo krvni tlak. Dolžina manšete mora znašati najmanj 80 % obsega nadlahti. Širina manšete pa naj bo 40 % obsega nadlahti. Za merjenje krvnega tlaka pri odraslih se uporablja običajno 15 cm široke manšete, ki so uporabne za obseg nadlahti med 30 in 40 cm. Pri debelih ljudeh, kjer je obseg nadlahti večji od 41 cm, je treba meriti krvni tlak s širšimi manšetami, na primer 18 cm, ki se uporablja tudi za merjenje na stegnu. Pri otrocih moramo uporabljati ožje in krajše manšete. Obstajajo tabele, ki prikažejo obseg nadlahti ter potrebno širino in dožino manšete. Če nimamo primerne manšete, moramo rezultate korigirati za vrednosti, ki jih najdemo v za to izdelanih tabelah.

Izvedba merjenja krvnega tlaka

- Bolnik naj udobno sedi v sobi 5 minut.
- Manometer mora biti v višini oči in dovolj blizu, da je dobro viden živosrebrni stolpec.
- Otipamo pulz brahialne arterije.
- Manšeto, ki ne sme biti nagubana in mora biti prazna, ovijemo okoli podlahti, gumijasti del mora biti nad brahialno arterijo, spodnji rob manšete naj bo 2,5 cm nad komolčno kotanjo.
- Manšeto moramo napihnuti 30 mm Hg nad pričakovano sistolično vrednost krvnega tlaka, ki jo ocenimo z otipom pulza arterije radialis med napihovanjem manšete.
- Hitro in enakomerno spustimo zrak iz manšete in počakamo 15–30 sekund.
- Otipamo pulz kubitalne arterije in postavimo nad njo zvon fonendoskopa tako, da v celoti pokrije kožo – z zmernim pritiskom.
- Hitro in enakomerno napihemo manšeto do vrednosti, ki smo jo ocenili z otipom.
- Hitrost spuščanja zraka iz manšete naj bo 2–3 mm Hg v sekundi.
- Sistolični krvni tlak zabeležimo, ko slišimo prvi Korotkov ton.
- Pri določanju diastoličnega krvnega tlaka upoštevamo pri otrocih IV. fazo, pri odraslih pa V. fazo Korotkovih tonov. Poslušamo še 10–20 mm Hg potem, ko toni izginejo in nato spustimo zrak iz manšete.
- Zabeležimo sistolično/diastolično vrednost krvnega tlaka, položaj bolnika, širino manšete in mesto merjenja.
- Počakamo najmanj 2 minuti, predno meritev ponovimo na isti roki.

Ugotovljeno je, da so vrednosti krvnega tlaka, ki jih izmeri zdravnik, do 30 mm Hg višje od izmerjenih doma ali od tistih, ki jih izmeri medicinska sestra. To je posebno pomembno pri mejnih in blagih oblikah arterijske hipertenzije, kjer gre lahko za »hipertenzijo belega plašča«. Na tlak med merjenjem vpliva tudi spol preiskovalca. Moški imajo lahko višji krvni tlak, če jim ga meri ženska in obratno.

Da ne bi prišlo do napake pri merjenju, moramo biti pozorni na več stvari:

- Med merjenjem krvnega tlaka mora biti roka podprta tako, da je glava stetoskopa v višini srca ne glede na

položaj telesa. Naslonjena mora biti na trdno podlago in sproščena (tlak v roki naraste, če je roka spuščena pod nivo srca in pade, če je dvignjena. To je posledica hidrostatskega tlaka).

- Manometer mora med merjenjem stati na vodoravni podlagi, da je živosrebrni stolpec navpičen, vendar ni pomembno, da je v višini srca. Oči merilca naj bodo pravokotno na skalo.
- Za merjenje krvnega tlaka na stegnu uporabljamo 18–20 cm široko manšeto, ki je tudi ustrezno daljša. Bolnik leži na trebuhu, manšeto pa namestimo na sredini stegna in avskultiramo na podkolensko arterijo. Tako izmerjene vrednosti tlaka so približno enake kot na podlahti, sistolični tlak pa je lahko višji tudi do 30 mm Hg.
- Pri nekaterih bolnikih Korotkovi toni ne izginejo, ko spuščamo zrak iz manšete in jih slišimo celo tedaj, ko pade tlak na manšeti na 0 mm Hg. To se pogosto zgodi pri otrocih, pri bolnikih z aortno insuficienco, pri hiper-cirkulatornih stanjih (anemija, tireotoksitoza, nosečnost) in pri bolnikih z močno periferno vazodilatacijo (po telesni obremenitvi), pri arteriosklerozi.
- V stanju poka pulzacije brahialne arterije Korotkovi toni oslabijo ali popolnoma izginejo. To je posledica zmanjšane minutnega volumna srca in povečanega perifernega upora zaradi vazokonstrikcije. V kritičnih stanjih je potrebno intraarterijsko merjenje krvnega tlaka.
- Krvni tlak se precej spremeni tudi pri hujših oblikah aritmije.

Pri merjenju krvnega tlaka zaznamo pet faz Korotkovih tonov. Prvi jasni ton (I. faza) predstavlja vrednost sistoličnega tlaka. Temu slede zamolkli šumi v II. in glasnejši toni v III. fazi. Pri IV. fazi postanejo toni tišji, v V. fazi pa izginejo.

Avskultatorna metoda merjenja krvnega tlaka s poslušanjem Korotkovih tonov se zelo dobro ujema z intraarterijskim merjenjem, predvsem kar zadeva sistolični krvni tlak.

Izmerjene diastolične vrednosti pa so za 8 mm Hg višje, če upoštevamo IV. fazo in za 2 mm Hg nižje, če upoštevamo V. fazo kot merilo za določitev diastoličnega krvnega tlaka v primerjavi z intraarterijskim merjenjem.

Splošni ukrepi pri zdravljenju arterijske hipertenzije

Samo s splošnimi ukrepi začnemo zdraviti blago AH brez zapletov, ko je diastolični tlak med 95 in 105 mm Hg. Pri hujših oblikah AH s prizadetostjo tarčnih organov ali, če se pridružijo dejavniki tveganja za nastanek arterioskleroze, uvajamo poleg splošnih ukrepov tudi zdravljenje z zdravili. Z uvedbo splošnih ukrepov lažje uravnavamo tlak in zmanjšamo potrebo po zdravilih.

Med splošne ukrepe štejemo:

- Zmanjšanje telesne teže in pravilna prehrana ter nadomeščanje kalija, kalcija, magnezija, če ga primanjkuje.
- Omejitev soli v hrani.
- Redna telesna aktivnost – sprostitvena terapija.
- Pravilen način življenja (ureditev delovnega mesta, dopust, potovanja, vozniška sposobnost, psihoterapija in klimatsko zdravljenje).

Zmanjšanje telesne teže in pravilna prehrana

Ugotovljeno je, da je povečana telesna teža hipertonična večja kot pri zdravih ljudeh. Prav tako imajo debeluh trikrat pogostejšo hipertenzijo in zaplete na srcu.

Pri prekoračenju telesne teže za 10 % se prav toliko zviša umrljivost. Pri 30 % previsoke telesne teže pa je smrtnost kar za 50 % višja. Znižanje telesne teže za 5 kg zniža sistolični krvni tlak za prek 10 mm Hg in diastolni krvni tlak za skoraj 10 mm Hg. Na splošno se držimo tudi indeksa po Brocchi (1824–1880); telesna teža se zniža za toliko, koliko je bolnik v centimetrih višji od enega metra. Idealna telesna teža je pri moških za 10 % in pri ženskah za 15 % manjša od normalne.

Hipertoniku mora preiti v »meso in kri« spoznanje, da so vzrok za prekomerno telesno težo napačne navade hranjenja. Prva navodila o tem, kako se mora zdraviti, dobi že pri svojem zdravniku, podrobnejše informacije z navodili pa v raznih brošurah in knjižicah, ki se dobijo v vsaki knjigarni. Priporočamo pet obrokov na dan, ker s tem zmanjšamo občutek lakote. Jesti mora vedno ob določeni uri, servirano v majhnih porcijah. Po jedi mora zavreči vse ostanke hrane. Jedi in pijač ne sme puščati na lahko dosegljivem mestu. Slehernega bolnika z zvišanim krvnim tlakom moramo opozoriti na škodljivost prekomernega uživanja sladkih jedi, sladkorja in zasičenih maščob v hrani. To priporočilo je še bolj pomembno za hipertonične s sladkorno boleznijo. Mastne jedi odsvetujemo zaradi njihove visoke kalorične vrednosti in zaradi pospešenega razvoja arterioskleroze. Ugotovljeno je, da najbolj škodujejo maščobe živalskega izvora, bogate z zasičenimi maščobnimi kislinami. Manj škodljive za razvoj arterioskleroze so mastne jedi, pripravljene z rastlinskim oljem.

V okviru »zdrave prehrane« sodi tudi omejitev uživanja hrane, ki vsebuje holesterol. Odrasel človek sme zaužiti največ 300 mg holesterola na dan. Raven holesterola v krvi zvišujejo kajenje, prekomerno uživanje alkoholnih pijač, premajhno gibanje in stresne situacije.

V prehrani hipertonična mora biti obilo sveže zelenjave, sadja, beljakovin, omejene količine testenin, riža in krompirja. Od pijač svetujemo nesladkan čaj in mineralno vodo, ki vsebuje malo natrija. Dovoljeno je uživati razno bio hrano, revno s kalorijami (Diemon). Bolniku svetujemo kontrolo telesne teže vsak dan ali vsak dvakrat na teden ob enakih pogojih.

Vsakodnevne razvade kot so kava, alkohol in kajenje, so škodljive. Škodljivost kajenja za človekovo zdravje je nesporno dokazana. Nevarnost le-tega se še poveča ob prisotnosti drugih dejavnikov tveganja – visok krvni tlak, povečana količina maščob. Ker nam ni znano vnaprej, komu kajenje ne bo škodilo in ker povzročene škode ne moremo odstraniti, moramo vztrajati pri zahtevi, da vsi hipertonični opustijo kajenje, če hočejo dosledno zdraviti svojo bolezen.

Pri odvajanju od kajenja kadilcu lahko pomagajo zdravstveni delavci in svojci, še najbolj z vzgledom.

V seznamu razvad je pitje kave. Ker je kofein poživilo, ki zveča živčno napetost in rahlo zvišuje krvni tlak, dovoljemo 1–2 majhni skodelici kave na dan.

Alkohol odsvetujemo v večjih količinah. Dovoljeno je pol litra piva ali 2 del vina ali šilce koncentrirane pijače na dan.

Omejitev soli v hrani

Z dieto moramo zmanjšati tudi količino soli v hrani. Normalno soljena hrana vsebuje 10–15 g soli dnevno. Hiper-

tonik naj uporabo soli zmanjša na 3–5 g dnevno. Vedeti moramo, da čisto neslana hrana praktično ni nikoli, ker nekaj vsebujejo že živila sama (zlasti mleko). Okus hrane izboljšamo z različnimi začimbami.

Uspeh naših prizadevanj za »zdravo prehrano« ne bo izostal, zlasti, če bo bolnik ugotovil, da se mu počutje ob upoštevanju naših navodil boljša, da se mu izboljšuje kvaliteta življenja in s tem zboljšuje prognoza njegove bolezni.

Redna telesna aktivnost – sprostitvena terapija

Hipertonik si mora sleherni dan vzeti nekaj časa za sprostitve. Redna telesna aktivnost pri nezapletenem visokem krvnem tlaku je zaželena, ker ne najdemo organske prizadetosti, zmanjšuje periferni žilni upor, ugodno vpliva na presnovo, telesno težo in krvni tlak.

Za telesno aktivnost uporabimo prosti čas zlasti za kolesarjenje, vrtičkanje, igre z žogo; dvakrat na teden po 30 minut.

Najbolje je delati gimnastične vaje po 15 minut zjutraj in zvečer ter porabiti eno uro dnevno za popoldanski sprehod.

Športna dejavnost je zaželena le, če ne vsebuje dolgotrajnih in nenadnih naporov ter hitrih obremenitev. Prepovedani so tekmovalni športi, škodljivo dolgotrajno sončenje in savna. Skok v hladno vodo zviša krvni tlak.

Pravilen način življenja

Zdravnik mora bolnika seznaniti o pomenu, ki ga ima krvni tlak za njegovo zdravje, saj je znano, da le dobro poznavanje bolezni ustvari pogoje za uspešno zdravljenje. Bolniku naj da kartico, da bo sam beležil vrednosti KT. Že pri blagem hipertoničniku je treba v začetku redno meriti krvni tlak in ga navajati na redno spremljanje le-tega.

Pri trajnem visokem krvnem tlaku je treba bolniku razkriti resno napoved poteka bolezni in mu predstaviti prednost rednega zdravljenja in zdravega načina življenja.

Zavedati se moramo, da je KT tudi uničevalec zdravja, zato s slabim počutjem ne moremo presojati o potrebnem zdravljenju. Zato je potrebno zaupati zdravniku in vztrajati pri zdravljenju.

Uspeh zdravljenja je odvisen tako od zdravnikovega zavzemanja za zdravljenje, kakor tudi od značaja in razumnosti bolnika.

Poklici in osebni odnosi naj bi bili urejeni, bolnika ne bi smeli duševno in telesno obremenjevati.

Delovno mesto naj bo enakomerno (lažja fizična dela), brez pogostih menjav delovnega časa. Odsvetujemo odgovorna delovna mesta in mesta, ki zahtevajo veliko koncentracije (piloti, poklicni vozniki). Prav tako se mora izogibati »statičnim« trajnim obremenitvam, ker dvigajo sistolni krvni tlak.

Dopust naj hipertonični načrtuje, če je možno, večkrat letno ali vsaj dvakrat letno 3–4 tedne. Pri napačnem načrtovanju lahko postane dopust telesna obremenitev in »stresor« (hrubi – ne več kot 1500 m nadmorske višine). Potovanja, predvsem daljša, so utrudljiva in nepriporočljiva. Daljša vožnja z avtomobilom naj ima več krajših vmesnih počitkov. Potovanje z letalom je nepriporočljivo za bolnike s krvnim tlakom 200/120.

Vozniška sposobnost z dobro urejeno hipertenzijo je še normalna. Najbolje je prepustiti presojo o sposobnosti za vožnjo svojemu zdravniku.

Psihoterapevtski ukrepi imajo manjši pomen pri zdravljenju arterijske hipertenzije, vendar bolnikom raznih me-

tod, kot so tečaj joge, avtogeni trening, akupunktura... ne odsvetujemo, ker vidimo, da se ob sprostitvi krvni tlak zmerno zniža.

Bolniku svetujemo, naj opusti dejavnosti, ki so duševno ali telesno naporne, izogiba naj se razburjenju in jezi. Običajno bolniki obdržijo svoje zaposlitev, večkrat pa so prisiljeni zamenjati svoje delovno mesto ali poklic, zato mu pri tem pomagamo z nasveti.

Visok krvni tlak je tihi uničevalec zdravja, zato ga moramo jemati resno takoj, ko ga odkrijemo pri bolniku in ga o tem tudi poučiti.

Darinka Čarni-Dobovišek, višja medicinska sestra,
Klinični center Ljubljana,
OE Interna klinika bolnica dr. Petra Držaja,
Vodnikova 62, 61000 Ljubljana

PREDSTAVITEV SLUŽBE – PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE ZDRAVSTVENEGA DOMA DOMŽALE

Patronažna medicinska sestra ima zagotovo na našem območju najdaljšo tradicijo v Sloveniji. V kraju Lukovica, približno pet kilometrov oddaljenem od Domžal, je bila leta 1926 na področju Slovenije ustanovljena prva zdravstvena postaja, ki se je leta 1976 – ob 50-letnici njene ustanovitve – preimenovala v Zdravstveno postajo medicinske sestre Jelke Reven-Komatar. Znano je, da je to bila, lahko bi rekli, prva patronažna medicinska sestra v Sloveniji sploh, ki je že od leta 1927 preventivno delovala na terenu in domovih tamkajšnjih ljudi. Po rodu je bila iz Kočevja in ko je med prvo generacijo medicinskih sester končala šolo za zaščitne sestre v Ljubljani, je bila izbrana, da poleg zdravnika začne delovati v na novo ustanovljenem Zdravstvenem domu. Vodila je otroško kolonijo pod okriljem Dečjega doma iz Ljubljane, kar je pomenilo začetek organiziranega rejništva na tem območju in država je imela takrat strokovni nadzor nad temi družinami. Po II. svetovni vojni pa so politiki menili, da rejništvo ni več potrebno in zdravstveni delavci, ki so kolonije vodili, so se zaman trudili dokazati nasprotno in sledilo je dolgo obdobje »črne reje«, ko so starši sami oddajali otroke na kmete. Mnogo kasneje, šele po letu 1970 se stvari izboljšujejo in leta 1980 so dobile rejnice in rejniki svoj pravni status.

Težišče dela medicinske sestre Jelke Reven-Komatar je bilo v obiskovanju ljudi na terenu in pod okriljem zdravstva so bili zajeti najprej dojenčki, matere, predšolski in šolski otroci. Gotovo podatek, da se je umrljivost dojenčkov v osmih letih zmanjšala za polovico, govori zase. Delala je vse od leta 1927 pa vse do leta 1966, ko je umrla za srčno kapjo. Že v času njenega delovanja so svoje delo opravljale mnoge terenske delavke; omenim naj težaško delo prvih babic s 4-letno šolo, ki so se kot »Lavričeve učenke« z vso zagrizenostjo borile še proti mnogokateri zakoreninjeni zastareli miselnosti.

(Naj omenim le nekatere – Zdenka Ilič, Alojzija Preša, Cvetka Koler, Nanda Dolenc, kasneje nekaj časa Minka Zabret in danes še aktivna Bronka Kos).

Svoje pionirsko delo na področju dispanzerskega otroškega varstva in varstva nosečnic po letu 1952 začelja slušateljica državne šole medicinskih sester – Tilka Leb, ki je od Okrajnega ljudskega odbora Kamnik nameščena kot zdravniški pomočnik v ZD Mengeš in dela med ljudmi celih 38 let. Terensko delo še takrat ni bilo sistematizirano, organizirali pa so ga vsepovsod, kjer so to zahtevale potrebe razvijajočega se zdravstva. V Domžalah v tem času deluje na

področju zatiranja tuberkuloze danes že pokojna medicinska sestra Irena Sluga s sodelavkami, v Lukovici se dolga leta uspešno trudi in razdaja svoje znanje ljudem Črnega grabna patronažna medicinska sestra Mojca Skobir, v Moravčah pa prav tako neutrudno deluje požrtvovalna Slavka Pestotnik.

In patronažna dejavnost danes, pri nas, v Domžalah?

Občina Domžale spada med največje občine v Sloveniji, saj šteje danes približno 46.000 prebivalcev.

Za njihove tegobe na področju patronažnega varstva tako v zdravju kot boleznih trenutno skrbi 12 terenskih delavk (od tega osem višjih medicinskih sester, dva medicinska tehnika, ena babica, ena socialna delavka).

Organizirane smo v popolni polivalentni dejavnosti vključno z babiškimi obiski. Zdravstveni dom Domžale združuje poleg matične ustanove še tri dislocirane enote:

- Lukovica – ena višja medicinska sestra, en medicinski tehnik
- Moravče – ena višja medicinska sestra, ena babica
- Mengeš – ena višja medicinska sestra, en medicinski tehnik – delno

Pokrivamo delo ene dispanzerske medicinske sestre v otroški posvetovalnici šestkrat na teden in lahko rečemo, da nas je dejansko 11, s socialno delavko vred. Ni težko izračunati, da je naša zasedenost komaj nekaj več kot 60 % in bi bil kritični normativ (3000 prebivalcev/1 medicinsko sestro) naravnost blagodejen, povprečni slovenski (2500 prebivalcev/1 medicinsko sestro) pa ostaja – le sanje, saj danes pride pri nas približno 4200 prebivalcev/1 terensko delavko (najmanj 2500 in največ 7000 prebivalcev). Na številne naše intervencije, da je stanje kritično, so odgovori blizu črnemu humorju, saj se nikakor ne more najti tisti višek primernih kadrov za teren, čeprav je v celotnem številu zaposlenih kakšen referent celo preveč.

Kadrovski problem je torej zelo pereč, saj nas odmika od našega osnovnega sistematičnega preventivnega dela. Običajno le »gasimo požar«, vedno je vse omejeno na nujna dela, ki jih še komaj zmoremo oziroma smo prisiljeni že med temi delati selekcijo. Trpijo seveda naši varovanci, zlasti starejši, saj so naših obiskov deležni le v hudih krizah, če sploh zvemo zanje, nas pa se kljub volji lotevajo tesnobni občutki, da smo zaradi obsežnosti dela, mnoge prikajšali za pravico do našega obiska in morebitnih ukrepov, ki bi jim življenje olajšali in osmislili v drugačni luči.

Še vedno pa upam, da v doglednem – prihodnjem času tudi ta problem ni – nerešljiv.

Z osamosvojitvijo naše države ni bilo »nič več tako kot prej«, saj je do tedaj naša služba na področju babiške dejavnosti delovala monovalentno, čeprav so se tudi babice zadnjih nekaj let zaradi upadanja rojstev uspešno vključevale v proces zdravstvene nege bolnika na domu in so bile na tem področju dragocene sodelavke. V tistem času pa se je večina njih upokojila in čez noč smo patronažne medicinske sestre morale prevzeti tudi njihovo delo. Tako smo zares uresničevale načelo »ena medicinska sestra v eno hišo« in postale družinske medicinske sestre z združevanjem vseh nalog v eni osebi. Z vso resnostjo smo se lotile dela (edukacija na porodniškem oddelku v Kranju in Ljubljani in kmalu za tem sva dve patronažni medicinski sestri končali enoletno specializacijo iz porodniško-ginekološke nege, danes končuje še ena kolegica specializacijo iz patronažne dejavnosti in pri naslednjih razpisih se bo naše izobraževanje gotovo nadaljevalo. Sedaj že na visoki šoli). Nekako deprimirane smo se počutile ob javnih izjavah (na primer gospa Sonja Lokar je v Cankarjevem domu leta 1992 govorila o neusposobljeni patronažni medicinski sestri, ki je zamenjala verzirano babico, danes se prav tako, v javnosti priznani porodničarji vprašujejo, kaj sploh to polivalenca je, kajti patronažna medicinska sestra je v njihovi predstavi nekakšna nuna, ki ji je seks tuj ipd.). Vprašajmo se, kaj so ti častitljivi gospodje (pa naj ne zamerijo), razen velike govorniške vneme, storili, da bi nastalo situacijo spremenili in »obvarovali« tako občutljivo populacijo pred patronažno medicinsko sestro, ki je edina tukaj ostala. Vemo, da se na področju šolanja babic zadnjih deset let ni nič zgodilo; šole kot je bila, ni več, sodobni čas pa zahteva gotovo drugačen nivo babice – z novejšimi pristopi in vsebinami; take šole pa, kot vemo, tudi še ni. Znano je, da se že obstoječe babice zopet bojijo za svoj naziv, čeprav so ga z diplomo nedvomno pridobile, tiste najbolj vzdržljive bežijo iz porodnih sob, nekatere z višjo izobrazbo ali celo s specializacijo pa zaradi nevzdržnih razmer in odnosov, bežijo drugam... Storimo že kaj in ne obožujemo patronažne medicinske sestre (izmed katerih so mnoge tudi babice) za profesionalen pristop v zdravstveni negi – tako nosečnice, otročnice in novorojenčka. Saj gre vendar za zdravstveno nego, le-ta pa je samostojna dejavnost in me smo profesionalke. Porodi na domu pa glede na kapacitete naših porodnišnic niso perspektiva jutrišnjega dne, saj je tega tudi na tako razvitem Zahodu po prvotnem navdušenju čedalje manj. Najbrž bo moral dr. Lavrič krepko požugati nekaterim svojim učencem! Pa dovolj o tem!

Problematika, ki jo vsakodnevno obravnavamo, je kajpak zelo raznolika. Zelo visok odstotek predstavljajo starejši prebivalci (približno 15 %, kar je zelo visoko povprečje) in vemo, da starost ni človekov cilj niti ideja in ne potreba, je dejstvo in če želimo življenje dodati letom, je poleg razumevanja potrebno storiti še mnogo več – morda pregnati strah pred samoto, pred bolečino in da bo dom za ostarele rešitev v skrajni sili. V naši občini sta dva taka domova, ki pa nikakor ne pokrijeta potreb in želja naših ljudi – morda se bodo v prihodnosti odprle nove možnosti za privatne – manjše domove; močno pogrešamo prepotrebno dnevno bivanje, ki bi poleg oskrbe nudilo še druge aktivnosti in bi to bil za vse – zares prijazen dom!

Omenim naj, da smo nekaj let nazaj imeli dokaj dobro organizirano pomoč na domu – mnogim s tako pomočjo ni

bilo potrebno oditi v dom upokojencev in pogoji za strokovno nego bolnika na domu so bili ugodnejši. Temu smo takrat rekli »plačana sosedska pomoč«, ker so se v delo vključevale tiste osebe, ki so bile bolniku blizu. Vsako tako negovalko je patronažna medicinska sestra naučila vse potrebno ob bolniku, vse postopke smo razdelili v tri težavnostne skupine in jih ekonomsko ovrednotili. Sklenjena je bila posebna pogodba na relaciji Zdravstveni dom – negovalka – bolnik, varovanci pa so za opravljeno delo tudi delno prispevali iz dodatka za tujo pomoč. Tak način dela se je pokazal za zelo uspešnega, vendar je nekega dne nekemu iz birokracije šinila v glavo pregrešna misel, da je to predrago in vse se je – sesulo. Zopet je bilo vse na ramenih že tako zdesetkanih patronažnih medicinskih sester, danes nekaj pomoči nudi Center za socialno delo prek javnih del, vendar to še zdaleč ne zadošča, zato zopet resno razmišljamo o akciji, kako bi nekoč začeto delo zopet oživili.

Pomembno številko, ki je v porastu, predstavljajo bolniki z rakom in onih v terminalni fazi umira vse več doma, saj tudi v bolnišnicah primanjkuje medicinskih sester in taki bolniki so hitro odpuščeni domov. Trenutno imamo 15 bolnikov s kisikom na domu, nedavno nam je umrla deklica, ki je bila več kot 10 let priključena na respirator in jo je vsakodnevno več ur negovala naša medicinska sestra.

Velik problem našega območja predstavlja alkoholizem, ki nima za posledico le razbitih družin, temveč mnoge družinske tragedije, katerih žrtve so največkrat otroci; precej je tudi duševnih bolnikov; samomori, zlasti mladih ljudi dosegajo nezavidljivo visoko številko v Sloveniji.

Mamila med mladino niso neznanka, podatki niso razveseljivi in ravno iz tega razloga naša socialna delavka nadaljuje študij na Visoki šoli in je lani v okviru evropskega projekta Tempus – študij duševnega zdravja v skupnosti, preživela šest mesecev v Italiji v razpuščenih bolnišnicah za duševno bolne, da bi kmalu bilo možno kaj več storiti za preprečevanje tega zla tudi pri nas.

Posebna skrb je namenjena rejniškim družinam – teh je na področju Lukovice in Moravč zelo veliko – približno 400 otrok v 150 rejniških družinah.

Vključene smo v projekt – Za zdravo šolo (medicinska sestra v Lukovici), delujemo v društvu MS (multipla skleroza), društvu diabetikov, gerontološkem društvu, Društvu pljučnih bolnikov, Društvu rejnic in rejnikov, sodelujemo s področno organizacijo RK, občasno tudi s Karitasom, povezani smo z vrtci, s šolo nekoliko manj, s Centrom za socialno delo dobro sodelujemo in še bi se našlo kaj...

Zgledno sodelujemo tudi z našim dispanzerjem za diabetike, prav tako z ATD, z ginekološkim dispanzerjem izmenjamo le nujne zadeve, da smo del dispanzerja za dojenčke in predšolske otroke, pa je že dolga tradicija. Zavedamo se, da so poleg »rok in srca« potrebna vedno nova znanja in verjetno se tega krepko zaveda vodstvo našega Zavoda, zato nam zares omogoča poleg že omenjenega izobraževanja, udeležbo na vseh možnih seminarjih, obiskujemo tudi tedenska predavanja v porodnišnici, ko še nismo bili tako kadrovsko osiromašeni, smo se vsaj enkrat letno vsi vključili v delo na različnih klinikah od približno 10 dni do treh tednov skupaj (na primer respiracijski center, Onkološki inštitut, Zavod za rehabilitacijo, Porodnišnica...) in upam, da bo tak način pridobivanja znanj še zaživel.

Sami se želimo vključiti čimprej v delo s skupinami (na primer hipertonicov) v krajevni skupnosti (zopet pomanjkanje osebja!), prav tako še ne sodelujemo v materinski šoli,

čeprav je to naša velika želja, saj smo prepričane, da lahko z znanjem, ki ga imamo, mnogo storimo za nosečnice, predvsem je treba poskrbeti za tiste zelo mlade in tiste, ki v materinsko šolo ne pridejo.

Še vedno pogrešamo v svojih vrstah fizioterapevta – še vedno se gremo »patronažno fizioterapijo«; v absolutno strokovno pomoč nam je naša fiziatriinja dr. Kocjanova, ki ob vsakem novem primeru opravi obisk skupaj z nami in nam ustrezno svetuje.

Pri našem delu je hitra mobilnost vsekakor nujna, nekateri tereni so še posebej odročni in težje dostopni. Tako imamo sedaj deset avtomobilov, nekateri so že krepko doatrajani in kljub vedno novim delovnim zahtevam, nas ravno zaradi prevoza imenujejo »najdražja služba« v Zdravstvenem domu in nam obljublajo vedno slabše variante. Upamo lahko le, da se bo vodstvu zdelo vredno zaradi dela, ki ga opravljamo za naše kliente, obnavljati vozni park. Obleko smo

pred kratkim dobili, za čevlje pa se vsako leto nekako najde nekaj denarja. Želimo si, da bi ta večni sporni pogoj dela bil urejen za celotno državo enotno in bi ne bilo odvisno, kako nasilen si v zahtevah, da se kakšen tolar da v ta namen. Za že itak predrago službo.

Naj navedem še to, da vsako leto oktobra in to že celih 11 let organiziramo delno strokovno in delno družabno srečanje na relaciji Kamnik – Litija – Domžale in ga imenujemo Patronažni dan. Vemo, da neomejeno dajanje brez »polnjenja baterij« vodi v izgorelost. Moramo si kdaj oddahnuti, napolniti življenje s čim lepim, dragocnim, da bi nam nekatere vrednote, ki nimajo cene, kot so prijateljstvo, dobra beseda, stisk tople dlani, zopet bile blizu...

Vida Čeh, višja medicinska sestra,
spec. porodniške zdravstvene nege,
ZD Domžale