

Preprečevanje hospitalnih infekcij

Nalezljivih boleznih, ki so drugo polovico 19. in prvo polovico 20. stoletja povzročale visoko smrtnost ljudi v zgodnjem in srednjem življenjskem obdobju, je vedno manj. Z uporabo novih zdravil in zlasti cepiv nekatere pravočasno preprečimo, druge pa zopet uspešno zdravimo. Tu mislim predvsem na klasične nalezljive bolezni. Številne študije in izkušnje pa nas vedno bolj opozarjajo na »nove« vrste nalezljivih boleznih, ki se kažejo posebno v hospitalnih infekcijah. Omenim naj samo nekatere od njih:

- stafilokokne infekcije,
- infekcije s fakultativno patogenimi, po Gramu negativnimi bakterijami,
- infekcije z enteropatogenim rodом E. coli,
- pnevmocistom carinae,
- mikoplazmo pnevmonije,
- virusni hepatitis,
- respiratorne virusne in enterovirusne infekcije (vključno virus poliomielitisa),
- infekcije s citomegalo-virusom in druge.

Brez dvoma te bolezni niso nove in so obstajale tudi že prej, niso jih pa takoj opazili zaradi prevladovanja klasičnih infekcijskih boleznih. Množična uporaba antibiotikov v zdravstvenih zavodih ustvarja pogoje za nastanek hospitalnih infekcij. Novi rodovi povzročiteljev so rezistentni proti večini antibiotikov, ki se uporabljajo. Njihova virulenca je vedno večja in zato se širijo tem laže. Najpomembnejši predstavnik skupine rezistentnih klic je bolnišnični stafilokok. Pogosto je povzročitelj najhujših hospitalnih infekcij, zlasti na kirurških in pediatričnih oddelkih. V zadnjem času se vse pogosteje opažajo tudi infekcije z gramsko negativnimi bakterijami iz vrst:

- Klebsiella aerobacter,
- Serrata,
- Proteus,
- Pseudomonas aeruginosa,
- Koliformni, gramsko negativni bacili,
- Skupina Mima,
- Providentia,
- Diphteroides in druge.

Mnogi od teh povzročiteljev so postali rezistentni proti vsem antibiotikom, tudi proti najnovejšim, kar vse zdravstvene delavce opozarja na njihovo nevarnost.

Množična uporaba različnih antimikrobnih sredstev, uporaba sodobnejših metod dela in profilakse v boju proti hišnim infekcijam in nalezljivim

boleznim, je tako privedla predvsem do spremembe mikroflore v zdravstvenih ustanovah. Posledica vsega tega je, da so bolniki danes še bolj izpostavljeni različnim infekcijam in so zanje tudi bolj občutljivi. Prav zaradi tega je možno, da se razne hospitalne infekcije na bolniku manifestirajo huje kakor nekoč in se lahko tudi usodno končajo.

Izboljšani socialni in ekonomski standard prebivalstva ter velik napredek znanosti in tehnike, zlasti v zadnjih desetletjih, se kaže tudi v zdravstvenih ustanovah s porastom števila bolnikov, ki so občutljivi za infekcije. V posebne skupine te vrste prebivalstva štejemo:

- novorojenčke (splošno zdravstveno zavarovanje, boljša zdravstvena prosvetljenost),
- nedonošenčke (boljša nega in prehrana, vse pogosteje ostanejo živi),
- dojenčke (posebno tiste z malformacijami in raznimi presnovnimi motnjami, ki jih lahko zgodaj odkrijemo in zdravimo),
- bolnike z deficitarnim imunološkim statusom (agamaglobinemija),
- diabetike,
- bolnike s kronično okvaro jeter, ledvic itd.

Sem lahko prištejemo še bolnike z različnimi malignimi boleznimi, ki jih sodobna medicina vzdržuje pri življenju, bolnike po transplantacijah različnih organov, po težkih operacijah in travmah. Za infekcije posebno disponirana skupina bolnikov so tisti, ki se zdravijo z imunosupresivnimi sredstvi, citostatiki, radioaktivnim obsevanjem, bolniki v času kronične steroidne terapije in tudi stari ljudje. Dokazano je, da bolniki s povečano dispozicijo za infekcije vse pogosteje obolevajo zaradi endogenih hospitalnih infekcij, katerih povzročitelji so že daljši ali krajši čas v bolnikovem organizmu.

Novi načini prenosa infekcije v bolnišnicah

Z razvojem znanosti in tehnike se je spremenil tudi položaj bolnika v bolnišnici. Desetletja so bolnike razvrščali po spolu in vrsti bolezni. Danes gledamo bolnika s stališča njegove bolezni in nege, ki jo potrebuje. S takim načinom zdravljenja in nege smo dosegli, da danes ozdravimo del bolnikov, ki so še pred nekaj leti bili zapisani smrti.

V vseh sodobnih zdravstvenih ustanovah se organizirajo enote za intenzivno nego. Bolnika v intenzivni enoti opredelimo po stopnji obolenja ter negi, ki jo potrebuje, in ne več po naravi njegove bolezni. S tem so nastopile v strukturi bolnišnice in organizaciji zdravstvene službe določene spremembe. Bistvena prednost je vsekakor v tem, da so težko bolni pacienti centralizirani. Pri tem pa je centralizirana tudi raba aparatov in drugih pripomočkov za diagnostiko, terapijo in nego. Z njimi ravna le specializirano osebje. S takšno organizirano službo nege se razbremenijo druge bolniške enote ali oddelki bolnišnice. Delo je tudi bolj ekonomizirano.

Morda je na prvi pogled nerazumljiva izjava, da so bolniki v takih sodobno urejenih bolniških enotah bolj izpostavljeni infekciji kakor v preteklosti. Poleg drugega so razlogi za to: večje število osebja, intenzivni praktični pouk s študenti in dijakinjami zdravstvenih šol, velika frekvenca bolnikov, včasih celo odvažanje bolnika na specialni pregled zunaj ustanove, nekontrolirani in neorganizirani obisk bolnika itd.

Sodobna medicina vse pogosteje uporablja naj sodobnejše diagnostične in terapevtske pripomočke ter posege, le-ti pa omogočajo nove načine in pota za prenos hospitalnih infekcij. Naj omenim samo nekaj možnosti za

prenose infekcij: katetrizacija srca ali uropoetskega sistema, diagnostične punkcije organov, kontrastne rentgenske preiskave, transfuzije in infuzije, uporaba aerosola, aparati za umetno ventilacijo, aspiratorji (za nedonošenčke), uporaba umetnih ledvic, traheotomija in številni drugi operativni posegi. Takšno neposredno vnašanje povzročitelja na notranje telesne površine ali v krvni obtok omogoča, posebno pri posebej disponiranih bolnikih, da tudi manj patogene ali celo saprofitne klice povzročijo težke hospitalne infekcije. Včasih so celo ukrepi, ki jih uporabljajo v naj sodobnejših zdravstvenih ustanovah za preprečevanje hospitalnih infekcij, v bistvu nova pota za njihov nastanek. Navajam samo nekaj takih primerov: prenos klic po kontaminiranih filtrih v sistemu za prečiščevanje zraka, detergenti za čiščenje površin v bolniških sobah, krema za mazanje rok po umivanju itd.

Večja dispozicija bolnikov v intenzivni enoti, sprememba mikroflore in nove bakteriološke preiskave, ki se danes uporabljajo v diagnostiki, so privedle do spoznanja, da je vrsta metod za preprečevanje hospitalnih infekcij pomanjkljiva. Mnoge bo potrebno zamenjati ali vsaj dopolniti. Prav na tem področju bo imela v teamu zdravstvenih delavcev pomembno vlogo medicinska sestra.

Preprečevanje prenosa kužnih klic pri prometu z bolniškim perilom

Idealni pogoji za razvoj mikroorganizmov so v umazanem bolniškem perilu. Prav tega se mora medicinska sestra dobro zavedati in ravnanju ter prometu z bolniškim perilom posvečati veliko pozornosti. Skrbeti mora, da so s tem natančno seznanjeni vsi zdravstveni delavci in tudi pomožna osebje. Promet s čistim in umazanim perilom mora biti temeljito in strokovno obdelan. Zagotoviti mora brezhibno čistočo in higieno. Improvizirati ne smemo in ravnanju s perilom moramo posvečati prav toliko pozornosti kot kateremukoli drugemu opravilu.

1. Ravnanje z umazanim perilom

a) Pri menjavi perila pripeljemo stojalo z vrečami v bolniško sobo (vreče so označene po uporabnosti).

b) Umazano perilo razvrščamo po vrsti umazanosti (izločki, splošna umazanija). V vreče ga odložimo s prvim prijemom. Praviloma dela ena oseba s čistim, druga pa z umazanim perilom.

c) Vreče morajo biti primerno označene. Lahko so svetle in temne barve ali pa z vtkanimi raznobarvnimi oznakami. Najbolje je, da za vso bolnišnico velja enaka barvna oznaka. Vreče morajo biti impregnirane ter se dobro in tesno zapirati. V stojalu po potrebi menjamo vreče. Polne zadrngemo in postavimo v za to določen prostor, od koder jih čimprej odpeljemo v pralnico.

2. Transport umazanega perila v pralnico

a) Oseba, ki odpravlja umazano perilo, mora imeti zaščitno obleko in pokrivalo, ki ji pokriva vse lase.

b) Voziček za transport perila mora biti dobro zaprt in iz nerjaveče kovine (zaradi tekočega čiščenja in razkuževanja). Tudi mora imeti oznako za umazano perilo.

c) Za transport perila mora biti **čas natančno določen** (najmanj trikrat dnevno). Paziti moramo, da se promet s perilom časovno ne ujema s prometom hrane.

3. Pranje perila

a) Priprava za pranje:

— Ob pralniku se vreče razvežejo in s perilom vred vložijo v stroj. Perilo je sortirano že s prvim prijemom ob bolniku (pri viru okužbe). Tu le še porazdelimo vreče z istimi oznakami v stroje (svetle skupaj, temne skupaj). Popolnoma se vreče odpro med pranjem v pralnem stroju (bolnišnica mora imeti take stroje). Ob takem pranju tudi ni mogoč posredni prenos klic z umazanim perilom na drugo osebo.

b) Začetno in poznejše pranje perila:

— Perilo z grobo umazanijo namočimo v stroju z razkužilom in ga pustimo v njem 10 do 12 ur. Sledi izpiranje po programu.

c) Glavno pranje:

— Peremo z detergentom, ki vsebuje razkužilo ali natrijev perborat na bazi aktivnega kisika. Prati začnemo v hladni vodi, ki jo segrevamo na 80 °C do 90 °C vsaj 20 minut.

č) Izpiranje ponovimo najmanj 6-krat. Postopoma prehajamo od 80 °C tople do hladne vode (2-krat vroča voda, 2-krat mešana in 2-krat ali večkrat hladna voda).

d) Vse perilo mora biti prelikano na 120 °C do 150 °C. To daje perilu poleg estetskega videza tudi večje jamstvo za čistočo.

4. Transport čistega perila:

Perilo pripelje na oddelek vnaprej določena oseba, v zaprtem vozičku (samo za čisto perilo). Perilo zloži takoj v omaro na določeno mesto.

5. Splošna navodila:

a) Uporabljenega perila nikoli ne odlagamo na drugo posteljo, temveč na stol, na tla oziroma v vreče.

b) V bolniško sobo pripeljemo samo toliko perila, kolikor ga potrebujemo.

c) Pri vseh fazah dela strogo pazimo na higieno.

č) Redno pošiljamo vzorce izpiralnih vod na bakteriološke preiskave.

d) Ob določenih terminih pošiljamo na preiskavo bris rok, žrela in nosu osebja, ki ima opravka s perilom.

e) Občasno delamo bakteriološke kontrole čistih in nečistih prostorov za perilo.

f) V bolniški enoti ne smemo dopustiti prebiranja ali kakršnegakoli pranja perila.

g) Krpe za čiščenje morajo biti namensko označene in jih po uporabi takoj odvržemo za pranje.

h) Medicinska sestra mora skrbeti, da ima dovolj osebne, bolniškega, namenskega perila in perila za čiščenje. Tudi pri ravnanju s perilom v zdravstveni ustanovi se kaže strokovnost medicinske sestre.

Čiščenje bolniških prostorov

Z načini čiščenja mora biti medicinska sestra dobro seznanjena. Pri čiščenju bolniških sob in vseh pripomočkov za nego bolnika moramo uporabljati najsodobnejšo tehniko.

Ne smemo se zanašati na antimikrobna sredstva, češ da je dovolj različnih razkužil, ki bodo rešila vse probleme. Rutinsko čiščenje ne sme biti

namenjeno samo odstranjevanju umazanije, temveč mora vse čiščenje prostorov imeti za cilj čim boljše dezinficiranje bolnikovega okolja. Pri prestiljanju bolniških postelj mora biti vse delo opravljeno tako, da se ne dviga prah. Stene v bolniških sobah je treba redno vzdrževati, biti morajo brez razpok, kjer se lahko nabirata prah in umazanija. Tla naj bodo prekrita z linolejem ali kakšno drugo plastično maso. Obloga mora biti iz enega kosa. Vse površine v bolniški sobi se morajo večkrat dnevno čistiti z detergenti in razkužiti. Kadar zračimo bolniško sobo, moramo paziti, da so vrata, ki vodijo na centralni hodnik, vedno zaprta. Tako se izognemo prepilu in večjemu mešanju zraka. S tem preprečujemo aerogeno prenašanje kužnih klic. Nekateri avtorji priporočajo posredno obsevanje prostorov z baktericidnimi svetilkami. Ves naš hišni red mora temeljiti na bakterioloških načelih.

Kaj pomeni bakteriološka kontrola v enoti za intenzivno nego? Budno spremljanje vseh dogajanj v bolnikovi okolici. V prid bolniku in nam samim je, da smo vedno in povsod budni in pazljivi pri odkrivanju sovražnika, kot so mikroorganizmi. Medicinska sestra mora biti vedno orientirana na tisto, kar se dogaja v bolnikovem okolju. Le tako lahko pravočasno reagira na vsako spremembo. Bakteriološka kontrola je samo člen verige v boju proti vsem hišnim infekcijam. Na podlagi analiz mora medicinska sestra aktivno sodelovati v teamu, kjer mora nenehno odkrivati vzroke napak pri delu in nevarnosti širjenja intrahospitalnih agensov.

Potrebne bakteriološke kontrole žive in nežive okolice bolnika so odvisne od vrste in namena oddelka za intenzivno nego bolnika. Znano nam je, da so enote za intenzivno nego na pediatričnem oddelku drugačne kakor na kirurških, ginekoloških, internih ali drugih oddelkih. Kadar jemljemo vzorec bolnikove okolice za bakteriološko preiskavo, moramo vedno vzeti tudi vzorce vsega osebja, ki dela v intenzivni enoti. Tako imamo stalen nadzor tudi nad higienskimi navadami osebja.

Ravnanje z bolniško hrano

Ni dovolj, da dobro poznamo osnovne sestavine hrane, temveč moramo skrbno paziti na njeno čistočo pri pripravi, transportu in distribuciji v bolniški enoti. Poleg strokovnjakov, ki so odgovorni za pripravo dnevnih obrokov, morajo sodelovati še strokovnjaki, ki so odgovorni za higieno prostorov, kjer se hrana pripravlja. Stalno je treba nadzirati vse faze v pripravi hrane in njeno dostavo do bolnika.

Osebje, ki dela v prehranski službi, se pravi pri pripravi in distribuciji hrane, mora biti redno sistematsko pregledano. Osebna higiena mora biti dosledna. Zaščitna obleka in njena čistoča je obvezna. Poleg splošne osebne higiene mora biti osebje redno bakteriološko kontrolirano in mora strogo upoštevati vse predpise, ki veljajo za prehransko službo.

Dezinfekcija in sterilizacija pripomočkov za nego in terapijo

Za uničevanje mikroorganizmov in inaktiviranje virusov so poleg drugih na razpolago še fizikalni in kemični postopki sterilizacije. Klasična sterilizacija s suho in vlažno toploto je ena najboljših in najzanesljivejših metod. Znano nam je, da lahko prenašamo serumski hepatitis z inokulacijo pri različnih medicinskih posegih. Virus je občutljiv samo za visoke temperature in ga lahko inaktiviramo samo na ta način. Zato bi bilo najbolje, da vse

instrumente in pripomočke, ki jih pri bolniku potrebujemo v diagnostične, terapevtske ali druge namene, steriliziramo eno uro v suhi sterilizaciji (180 °C, po mnenju nekaterih avtorjev tudi 160 °C). Pri sterilizaciji v avtoklavu moramo sterilizirati pri temperaturi 120 °C najmanj 20 minut. Vendar te visoke temperature niso primerne za vse vrste materialov. Sem štejemo vse gumijaste predmete, ki se pri visokih temperaturah deloma pokvarijo. Znano nam je, da že pri prvi sterilizaciji v avtoklavu ali s kuhanjem nastanejo v teh materialih majhne razpoke, ki se vanje lahko naselijo mikroorganizmi. Pri ponovni sterilizaciji teh predmetov se prične izločati posebna organska substanca, ki zaliva naseljene mikroorganizme, jim naredi zaščitni plašč in jih tako varuje pri ponovni sterilizaciji. Prav ta pomanjkljivost toplotne sterilizacije je pripomogla k razširjenju kemičnih metod za sterilizacijo. Te uporabljamo v glavnem pri sterilizaciji vseh plastičnih materialov in so se uveljavile šele v novejšem času. Antibakterialne substance, ki so sposobne sterilizirati tudi zelo kontaminiran material, so etilenoksid in drugi. Med vsemi najpomembnejši je etilenoksid. Leta 1949 je sistematično delo Philipsa in Kaya postavilo teoretične osnove za sterilizacijo z etilenoksidom. Od tedaj dalje narašča sterilizacija z etilenoksidom čedalje bolj. Za medicino je neprecenljive vrednosti, da se z etilenoksidom lahko sterilizirajo predmeti iz najrazličnejših snovi. To so npr. plastični deli za narkozo, trahealni tubusi, občutljivi kirurški instrumenti, urološki instrumenti, cevi aparata za umetno ventilacijo, cevi za aspiracijo, endoskopi itd., ki se zaradi odlične prodornosti etilenoksida lahko sterilizirajo v nerazstavljeni obliki, zataljeni v polietilenskih vrečkah. Etilenoksid se uporablja v tekoči ali plinasti obliki. Princip sterilizacije s tekočim etilenoksidom je v tem, da se sterilizacijskemu blagu v zaprti posodi doda shlajen etilenoksid. Z višanjem temperature etilenoksid počasi hlapi in odhaja skozi odprtino posode. Pri delu s tekočim etilenoksidom moramo upoštevati, da je toksičen in lahko vnetljiv. Poznamo tudi sterilizacijo s plinastim etilenoksidom, ki ima več različnih tehnik. Sterilizacija nezapakiranih predmetov ima le teoretični pomen, ker je v praksi prevelika nevarnost kontaminacije. Zato mora biti pri plinski sterilizaciji material za pakiranje prepusten za etilenoksid. Najprimernejše so umetne snovi iz polietilena. Ta dobro prepušča etilenoksid, pri dovolj debeli foliji pa je neprepusten za mikroorganizme. Moj namen ni, da bi podrobno opisovala sterilizacije z etilenoksidom. Hotela sem le poudariti njegovo prednost, zlasti za termolabilne materiale, kjer klasične metode sterilizacije ne pridejo v poštev, sterilnost pa je nujno potrebna.

Glavni nosilec dela v teamu je — poleg zdravnikov specialistov oddelka za intenzivno nego, ki aktivno sodelujejo z zdravniki terapevti — medicinska sestra. Zaradi tega mora biti prav sestrsko osebje izbrano skrbno in po možnosti na lastno željo. Vsaka kandidatka mora natančno poznati bodoče delovno področje. Tudi mora pismeno potrditi pripravljenost, da dela na takem delovnem mestu.

Izredno pomembno vlogo ima oddelčna medicinska sestra, ki uravnava odnose v tem okolju. S svojim zgledom in delom mora doseči, da s pravilnim in ne kateremu izmed mnogih. Po teh načelih mora medicinska sestra bolniku občutek dejanske varnosti. Vedno mora imeti pred očmi le bolnika. Kvaliteta in kultura strokovnega dela je namenjena le njemu kot osebnosti in ne kateremu izmed mnogih. Po teh načelih mora medicinska sestra vzgajati nove sodelavce pri delu, praktikantke in študentke zdravstvenih šol. Vedno mora nastopati kot del močne in zanesljive strokovne službe ter kot posameznik čim manj zbudjati pozornost.

Pri svojem delu ima sestra različne kontakte z bolnikom in njegovimi svojci. Ne more jih ustaliti in dokončno urediti s hišnim redom ustanove. Doslednost, strokovno znanje, delovna morala in poklicna etika medicinske sestre so najboljše pogoji in jamstvo za urejanje vseh odnosov med bolnikom, svojci in režimom na oddelku. Medicinska sestra mora pri organizaciji obiskov bolnika skrbeti, da so njemu in svojcem v korist. Mislim, da dajejo dobro organizirana strokovna služba, garderobe, zaščitni plašči, maske, zaščitna obuvala in strokovno vodenje obiskov (zdravnik ali medicinska sestra) tudi pogoje za obisk težko bolnih. Mimogrede lahko medicinska sestra vzgojno vpliva tudi na bolnikove svojce, ko jim pojasni, zakaj je ta režim potreben.

Predlogi in zaključki

1. Intenzivna enota mora biti prostorsko tako urejena, da zagotovi take pogoje dela, ki ustrezajo naj sodobnejšim konceptom za nego bolnika.

2. Kjer je le mogoče, se namesto dezinfekcije priporoča uporaba sterilizacije.

3. Ob diagnostičnih in terapevtskih postopkih ter drugih posegih pri bolniku in okoli njega se priporočajo pripomočki za enkratno uporabo.

4. Vzdrževanje mikroklimе je potrebno po predpisanih standardih. Napredek in razvoj tehnike že omogoča uporabo takih naprav, s katerimi je moč doseči zaželeno smer in hitrost gibanja, regulacijo smeri gibanja, potrebno vlažnost in tudi sterilizacijo zraka. Nujno bi bilo, da bi bile te naprave vgrajene tudi v oddelkih za intenzivno nego bolnika in ne samo v operacijskih sobah.

5. Predmeti, ki prihajajo v neposredni stik z bolnikom, so potrebni temeljite obdelave. Poleg pogostne menjave in pravilnega ravnanja z bolniškim perilom je zelo važno čiščenje jedilne in transportne posode ter distribucija hrane.

6. Izredno pomembno vlogo ima oddelčna medicinska sestra, ki uravnava vse odnose v tem okolju. S svojim delom in zgledom mora doseči, da se na oddelku dosledno vzdržuje odrejeni režim dela.

7. Neprenehoma je potrebno nadzorovati zdravstveno stanje osebja, posebno tistega, ki dela na oddelku za intenzivno nego.

8. Izobraževanje medicinskega osebja in pomožnega osebja s sočasno uporabo sodobnih metod preventive je najboljše jamstvo za preprečevanje hospitalnih infekcij.

9. Potrebna je trajna bakteriološka kontrola predmetov in zraka v bolniških prostorih.

10. Važno je bakteriološko in epidemiološko proučevanje vsake nove infekcije na oddelku z namenom, da odkrijemo vir in širjenje infekcije.

Realizacija naštetih predlogov za zatiranje hospitalnih infekcij zahteva sistematično delo stalno organizirane komisije v zdravstveni ustanovi. V tej komisiji mora biti poleg bakteriologa, zdravnika terapevta in hišnega epidemiologa še glavna in oddelčna medicinska sestra, ki pri rednih sestankih komisije poročata o pojavih hospitalnih infekcij v svoji bolniški enoti.

Navedenih je nekaj problemov, na katere sem želela opozoriti medicinske sestre, da bi še povečale svojo pazljivost na tem področju. Svojo nalogo bo medicinska sestra opravila najboljše, če bo vestno in natančno sodelovala pri odkrivanju in preprečevanju škodljivih pojavov v intenzivni enoti. Posebno natančno mora delati pri preventivi hospitalnih infekcij in ne samo

sodelovati pri njihovem odpravljanju. Nenehno mora misliti tudi na podaljšano hospitalizacijo zaradi saniranja »komplikiranih primarnega obolenja«, povzročene s hospitalizacijo in povezanega z velikimi izdatki, ki jih je treba upoštevati.

Viri:

1. Control of infectious Diseases in General Hospitals Franklin H. Top M. D. Editor: American Public Health Association New York.
2. Povzetki iz referatov na simpoziju o hospitalnih infekcijah Zbora liječnika Hrvatske v Zagrebu (novembra 1971).
3. M. Remic-Palka in P. Jerman, Referat s III. zveznega simpozija farmacevtske tehnologije (Farmaceutski vestnik, april 1967).
4. Obnavna perila — preizkušena na infektivni kliniki v Ljubljani.

Višja med. s. Danica Jurca
Kirurška klinika, Ljubljana

Nega srčnega bolnika pred operacijo in po njej ter njegova reanimacija

Število srčnih bolnikov narašča iz leta v leto. Zlasti zbuja skrb hitro naraščanje števila bolnikov z degenerativnimi boleznimi koronarnih srčnih žil ter posledicami prebolelih srčnih infarktov. Bolniki s prirojenimi srčnimi hibami, kot so stenoza aortnega istmusa, ventrikel septum defekt in Fallotova tetralogija, ter bolniki s pridobljenimi srčnimi hibami, ki so večidel revmatičnega porekla in zajemajo mitralno ali aortno zaklopko, in pa bolniki z okvarami prevodnega sistema z Adams-Stokesovimi napadi bi postali invalidi, če bi sodobna anesteziologija, ekstrakorporalna cirkulacija in sodobne tehnične aparature ne omogočile razvoja srčni kirurgiji, ki skuša s posegi na srcu popraviti omenjene napake.

Uspehi v srčni kirurgiji niso odvisni samo od operaterjeve tehnike in ubranosti celotne ekipe, ki sodeluje pri operaciji, ampak tudi od specializirane nege bolnika. Cilj nege srčnega bolnika pred operacijo je, da bolnik doseže najvišjo stopnjo fizične in psihične kondicije, da mu operativni poseg ne izčrpa vseh rezervnih zalog. Vestno opravljena nega po operaciji skuša odvrniti komplikacije oziroma jih, če že nastanejo, čim hitreje odpraviti. Poleg tega pa skuša nega po operaciji srčnega bolnika čim hitreje rehabilitirati in mu omogočiti vrnitev v domače okolje.

Sestra, ki se je odločila za delo s srčnimi bolniki, mora vedeti, da so ti bolniki depresivni, čestokrat obupani in da dvomijo o uspehu operativnega posega na srcu, za katerega se odločijo, ker v njem vidijo zadnjo možnost za ozdravljenje. Zato mora biti sestra z bolnikom prizanesljiva, vendar ne popustljiva. Bolnik dobi zaupanje v sestro in prek nje tudi v vso ekipo, ki dela za njegovo ozdravitev. Sestra si pridobi bolnikovo zaupanje že takoj ob sprejemu. O sprejemu bolnika v bolnišnico je bilo že veliko napisanega in povedanega, vendar mislim, da ne bo odveč, če ponovim, da se nega bol-

* Referat na seminarju ZMSJ, Bled 8. in 9. VI. 1972.