

ZBORNİK STROKOVNEGA SEMINARJA 2010

MEDICINSKE SESTRE ZAGOTAVLJAMO VARNOST IN UVAJAMO NOVOSTI PRI OBRAVNAVI PACIENTOV S KRONIČNIMI OBOLENJI



Strokovno društvo medicinskih
sester, babic in zdravstvenih
tehnikov Pomurja

ZBORNİK
STROKOVNEGA SEMINARJA
2010

**MEDICINSKE SESTRE
ZAGOTAVLJAMO VARNOST
IN UVAJAMO NOVOSTI PRI OBRAVNAVI
PACIENTOV S KRONIČNIMI OBOLENJI**

Strokovni seminar, 19. 4. 2010



Strokovno društvo medicinskih
sester, babic in zdravstvenih
tehnikov Pomurja

Zbornik strokovnega seminarja 2010

**Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo
novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji**

Izdalo: Strokovno društvo medicinskih sester, babic
in zdravstvenih tehnikov Pomurja, zanj Emilija Kavaš

Uredniški odbor:

Emilija Kavaš, Marija Zrim, Zlatka Lebar, Irena Šumak

Odgovorna urednica: **Emilija Kavaš**

Lektorica: **Judita Kalamar**, prof. slov. in soc.

Grafično oblikovanje, razmnoževanje in tisk:

Atelje za črko in sliko

Izšlo v nakladi 220 izvodov kot e-publikacija na zgoščenk
in v nakladi 25 izvodov kot tiskana publikacija

Murska Sobota, oktober 2010

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

616-036.1-052(082)

MEDICINSKE sestre zagotavljamo varnost in uvajamo
novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji
[Elektronski vir] : zbornik strokovnega seminarja 2010 /
Strokovni seminar, 19. 4. 2010 ; [uredniški odbor Emilija
Kavaš ... et al.] - Murska Sobota : Strokovno društvo
medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov
Pomurja, 2010

ISBN 978-961-269-311-4

1. Kavaš, Emilija

COBISS.SI-ID 65537537

VSEBINA

Marija Zrim, <i>dipl. m. s.</i> Uvodne besede	4
Emilija Kavaš, <i>VMS, dipl. org. menedž.</i> Zborniku na pot	5
Dr. Danica Železnik, <i>prof. zdr. vzg.</i> Vloga medicinske sestre pri starostnikih s kroničnimi obolenji	6
Zlatka LEBAR, <i>VMS, univ. dipl. ped.</i> Prilagajanje izobraževalnega sistema spremembam strukture prebivalstva	15
Edvard Jakšič, <i>dipl. zn.</i> ; Gena Virag, <i>dipl. m. s.</i> Kakovostni izobraževalni sistem lahko da kakovostne dijake, ki bodo nekoč kakovostni zdravstveni delavci	19
Daniela Mörec, <i>dipl. m. s.</i> Inovativna validacija – oblika dela z dementnimi starostniki	21
Alenka Duh, <i>dipl. m. s.</i> ; Olga Flisar Holcman, <i>dipl. m. s.</i> Bolnik z multiplo sklerozo	23
Simon Šemerl, <i>dipl. zn.</i> Komunikacija kot ključni element profesionalnega delovanjamedicinske sestre	29
Dragica Jošar, <i>dipl. m. s., ET</i> Patronažna zdravstvena nega pacienta z venko golenjo razjedo	34
Irena Šumak, <i>dipl. m. s.</i> Okužbe, povezane z zdravstvom	40
Angela Ambrož, <i>dipl. m. s.</i> Diabetično stopalo	49
Marica Holsedel, <i>dipl. m. s.</i> KOPB in trajno zdravljenje s kisikom na domu	52
Anita Vogrinčič Černezel, <i>dipl. m. s.</i> Zdravstvena vzgoja in obravnava bolnika v antikoagulacijski ambulanti	56
Emilija Kavaš, <i>VMS, dipl. org. menedž.</i> Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja Skupine za samopomoč, skrb za starejše	60

Uvodne besede

Marija Zrim,
dipl.m.s.

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope.

V skladu s tem dejstvom imajo bolniki pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti kot uporabnika vseh zdravstvenih storitev (Luksenburška deklaracija).

V središče pozornosti na vseh ravneh zdravstvene obravnave je postavljen pacient, ki mu zdravstveni delavci moramo nuditi kakovostno in varno zdravstveno obravnavo. Le ta pa od nas zahteva tako organizacijske kot strokovne prilagoditve procesov sprememb zdravstvenega sistema. Obvladovanje sprememb temelji na učinkovitem vodenju, ki se med razpoložljivimi viri in možnostmi zna prilagoditi novim izzivom in zahtevam po spremembah.

Zdravstvena nega v današnjem času terjaja od izvajalcev celostno in kompleksno obravnavo pacientov in skupno delo različnih strokovnjakov.

Zdravstvena dejavnost je področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi same bolezni, ampak kot posledica procesa zdravljenja, kar lahko pripelje do smrti, hudih okvar, zapletov in bolnikovega trpljenja. Osnovni namen je preprečevanje nezaželenih dogodkov v zdravstvenih ustanovah in uvedba orodij za zmanjševanje števila in posledic neželenih dogodkov.

Velja dejstvo, da je bogata tista organizacija, ki ima vgrajeno kulturo varnosti in mehanizme za registracijo in odpravo nevarnih opozorilnih dogodkov. Taka kultura ne temelji na iskanju »krivde in sramotjenja« in posledičnega kaznovanja. Osredotočenje na bolnikovo varnost vodi k zmanjševanju stroškov obravnave bolnikov, izpostavljenih neželenim dogodkom, kar posledično vodi v ustrežnejšo izrabo finančnih virov.

Tudi ministrstvo za zdravje je že leta 2006 izdalo priporočilo sveta Evrope Rec (2006)7 o varnosti bolnikov.

Zbornik je zbirka strokovnih prispevkov s področja zdravstvene nege, ki bolnika obravnava na vseh področjih svojega delovanja in s svojim delom pripomore k nastajanju nezaželenih nevarnih dogodkov. Kontinuirana zdravstvena nega, ki se nadaljuje bodisi na terenu, v institucionalnih zavodih in v bolnišnicah je odraz težnje profesije zdravstvene nege, da se varnost bolnika zagotovi tudi po odpustu iz bolnišnice. V zborniku so predstavljena specifična področja zdravstvene nege. V ospredje je postavljena zdravstvena nega starostnika v domačem in domskem okolju, obravnava dementnega starostnika, obvladovanje infekcij. Spremembe v zdravstvu terjajo tudi učinkovit učni sistem za pridobitev negovalnega kadra, ki je prešel v modularni sistem izobraževanja in vrnitev dijakov ob bolniško posteljo.

S stalnim izobraževanjem zdravstvenih delavcev pripomoremo h kakovostnejši in varni zdravstveni obravnavi bolnikov. V ta namen smo izdali tudi zbornik strokovnih prispevkov.

Zborniku na pot

Emilija Kavaš,

VMS, dipl. org. menedž.
predsednica DMSBZT Pomurja

Ob mednarodnem dnevu medicinskih sester, 12. maju, je bil letošnji moto »Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji«. Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja je obeležilo ter dalo poudarek temu področju s celodnevним seminarjem, ki je potekal, 19. 4. 2010, v Kulturnem domu Beltinci. Seminarja se je udeležilo čez 200 udeležencev in je bil prijavljen na Zbornici, tako da je ovrednoten z licenčnimi točkami.

Teme seminarja so bile osredotočene na zagotavljanje varnosti in uvajanje novosti pri skrbi za kronično bolne in starejše.

Na seminarju so nas predavatelji popeljali skozi naslednje teme:

- Vloga medicinske sestre pri starostnikih s kroničnimi obolenji – dr. Danica Železnik
- Prilagajanje izobraževalnega sistema spremembam strukture prebivalstva – Zlatka Lebar, VMS, univ. dipl. pedagog
- Kakovostni izobraževalni sistem lahko da kakovostne dijake, ki bodo nekoč kakovostni zdravstveni delavci – Edvard Jakšič, dipl. zdravstvenik, Gena Virag, dipl. m. s.
- Validacija – delo z dementnimi starostniki - Daniela Mōrec, dipl. m. s.
- Bolnik z multiplo sklerozo – Alenka Duh, dipl. m. s., Olga Flisar Holcman, dipl. m. s.
- Komunikacija kot ključni element profesionalnega delovanja medicinske sestre
- Simon Šemrl, dipl. zn., univ. dipl. org.
- Standardni ukrepi in skrb za kroničnega pacienta, Irena Šumak, dipl. m. s.
- Patronažna zdravstvena nega pacienta z vensko golenjo razjedo – Dragica Jošar, dipl. m. s.
- Diabetično stopalo – Angela Ambrož, dipl. m. s.
- KOPB, Trajno zdravljenje s kisikom na domu - Holsedl Marija, dipl. m. s.
- Obravnava Zdravstvena vzgoja bolnika na antikoagulantni terapiji - Anita Vogrinčič Černezel, dipl. m. s.
- Skupine za samopomoč nudijo varnost v starosti in bolezni, primer dobre prakse – Emilija Kavaš, VMS, dipl. org. menedž., Anica Benkovič, VMS.

Seminar je bil izveden kakovostno v skrbi za varno in kakovostno zdravstveno nego kroničnega bolnika. Prav tako je bila organizacija seminarja dobra, teme pa strokovno in humano zanimive za Pomurje, kjer beležimo porast starejše populacije in kroničnih bolezni, s tem pa tudi nove in dodatne potrebe po zdravstveni negi, ki naj bo prilagojena tej skupini bolnikov. Zaznali smo potrebe in vlogo zdravstvene nege pri kronično bolnih in našo pomembno vlogo pri reševanju ter zmanjševanju stisk.

Vsem predavateljem ter avtorjem člankov se v imenu Strokovnega društva medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja iskreno zahvaljujem.

Vsebine seminarja so izdane v tem zborniku društva z namenom, da slušatelji in drugi člani ter širša strokovna javnost, teme strokovno še bolj spoznajo in jih uporabijo pri svojem delu v dobrobit kakovostne in varne oskrbe bolnika ter uvajajo novosti na svojem delovnem mestu.

Moto mednarodnega dneva medicinskih sester »Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji«, je tudi naslov zbornika. Želim vam prijetno, koristno in strokovno uporabo zbornika.

Vloga medicinske sestre pri starostnikih s kroničnimi obolenji

Dr. Danica Železnik

prof. zdr. vzg.

Visoka šola za zdravstvene vede, Glavni trg 1, 2380 Slovenj Gradec; danica.zeleznik@gmail.com

IZVLEČEK

Starostniki postajajo številčnejša in za obravnavo vse bolj zahtevna skupina pacientov. Z naraščanjem življenjske dobe se pogledi starejših na življenje spreminjajo, saj želijo živeti kakovostno in zdravo življenje. Prispevek prikazuje staranje prebivalstva, ki postaja globalni problem. Zaradi daljše življenjske dobe nastajajo pri starostnikih dolgoročni zdravstveni problemi pogojeni z različnimi kroničnimi boleznimi, kot so povišan krvni tlak, obolenja dihal, rakasta obolenja, bolezni srca in ožilja, depresija, kronične degenerativne bolezni, sladkorna bolezen, ateroskleroza, osteoporoza in druge. Te bolezni zahtevajo prilagojen zdravstveni sistem, v katerem je vloga medicinske sestre izjemno pomembna. Zdravstvena nega omogoča aktivno vključevanje posameznika, njegove družine, družbenih skupin in lokalne skupnosti v samopomoč. Medicinske sestre sodelujejo kot partnerji s člani tistih profesij in poklicev, ki vključujejo v svoje delovanje skrb za zdravje. Ključni koncept, na katerem temelji zdravstvena nega, je v njeni vlogi zadovoljevanje zdravstvenih potreb starostnika.

UVOD

Demografske spremembe, ki smo jim priča v zadnjih desetletjih, zahtevajo spremembo doktrinarnih postopkov znotraj zdravstvenega, predvsem pa socialnega sistema. Število ljudi, starejših od 65 let, se v zadnjem desetletju izredno povečuje, tako zadnje statistike v Evropi prikazujejo naraščanje te generacije že na več kot 17 % prebivalstva. V letu 2008 je v Sloveniji živelo **71.773 ljudi** v starostni skupini od 75-79 let; v skupini 80-85 let **47.087 ljudi**; v skupini od 85-89 let **22.681 ljudi**; in v skupini nad 90 let **6551 ljudi**.

V tem življenjskem obdobju se pojavljajo popolnoma nove potrebe, tako do zdravstvene službe kot tudi do socialno-medicinskih in socioloških pogledov na zdravje in kakovost življenja. Naraščanje predvsem degenerativnih, srčno-žilnih in onkoloških bolezni, zahteva spremembo zdravstvene službe in korenito prilagajanje družbe (arhitektonske pregrade, ergonomske prilagoditve javnih prostorov, socializacija starostnikov ...). Kakovostna obravnava starostnikov vključuje celovit pristop tako zdravstvene službe kot tudi socialne in sociološke oskrbe (European Health for All Database 2008). Kot navaja Mednarodna organizacija medicinskih sester International Council of Nurses ICN (2010), se predvideva, da se bo staranje prebivalstva povečevalo tako zelo, da bo do leta 2020, torej v prvi četrtini 21. stoletja japonsko prebivalstvo najstarejše na svetu, z 31% ljudi starimi več kot 60 let. Japonski bodo sledile Italija, Grčija in Švica. Globalizacija in industrializacija sta v zadnjih desetletjih spremenili odnose v družini. Tako starostniki ostajajo vedno

bolj sami, prepuščeni lastnim težavam in razmišljanjem. Sodobna gerontologija se trudi starostnika obdržati čim dlje v njegovem domačem okolju, kjer se počuti varno in mu vliva zaupanje, ko se srečuje s problemi staranja, boleznimi in odvisnosti. Vsaka bolezen pomeni za starostnika nujno spremembo načina življenja in zahteva prilagoditev na nove obremenitve tako gibalnega kakor srčno-žilnega sistema. Program zdravstvene nege ne vključuje samo obravnave osnovne bolezni, ampak upošteva starostnika kot celoto z vsemi spremljajočimi bolezenskimi spremembami v sklopu soobolevnosti posameznika. Mnogokrat ob akutnem incidentu bolezni ali poškodbe iztirijo nekatera, sicer že prej poznana patološka kronična stanja, ki pa so bila zadovoljivo urejena, npr. krvni sladkor, povišan tlak, dementnost. Prav to pa odločujoče vpliva na obravnavo akutnega stanja in lahko privede do usodnih zapletov, posebej če k temu prištejemo deficitarnost čutil (vida, sluha, vonja). Obravnava starostnika zahteva izkušen zdravstveni tim, ki ga vodi zdravnik vanj je vključena medicinska sestra in ostali strokovnjaki različnih področij, kakor tudi svojci. Ob tem je potrebno poudariti, da je bolnik enakopravni član tima. Brez sodelovanja svojcev starostnika ali njemu bližnjih zdravstvena nega in rehabilitacija ne more uspeti v polni meri. Še tako dober rehabilitacijski izid pa se izniči, če družba s svojo infrastrukturo in organizacijo zdravstvenega in socialnega varstva ni zmožna ali sposobna sprejeti starostnika pod svoje okrilje, potem ko se vrne iz bolnišničnega zdravljenja (Turk, 2004)

VPLIV NA ZDRAVJE

Zdravje omogoča in zagotavlja kakovostno življenje in je temeljni vir razvoja vsake družbe. Ne poznamo področja družbenega življenja, ki ne bi vplivalo na zdravje. Za zdravje je najprej odgovoren vsak posameznik, država pa je v sodelovanju z različnimi strokami in znanostmi pristojna in odgovorna za ustvarjanje pogojev, v katerih lahko ljudje skrbimo za zdrav življenjski slog. Nezdrava prehrana, kajenje, nedovoljene droge, stres in uživanje alkoholnih pijač so najpomembnejši dejavniki nezdravega življenjskega sloga. Znanstveno je dokazano, da spadajo naštetih dejavniki nezdravega življenjskega sloga med ključne v procesih nastanka, napredovanja in pojavljanja zapletov najpomembnejših kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB): bolezni srca in žilja, sladkorne bolezni, nekaterih vrst raka, nekaterih kroničnih pljučnih bolezni, debelosti, osteoporoze in drugih bolezni kostno-mišičnega sistema. Nezaščiten telesna (gibalna) dejavnost in nezdravo prehranjevanje sta tesno povezana s pojavljanjem in vzdrževanjem znanih fizioloških dejavnikov tveganja v zvezi s KNB, kot so na primer zvišan krvni tlak ter bolezensko spremenjene vrednosti krvnih maščob (predvsem zvišane vrednosti holesterola in krvnega sladkorja). Od sedmih ključnih dejavnikov tveganja za KNB (zvišan krvni tlak, zvišan holesterol v krvi, zvišan indeks telesne mase, prenizek vnos zelenjave in sadja, čezmerno uživanje alkohola, kajenje) je vsaj pet tesno povezanih s telesno (gibalno) nedejavnostjo in nezdravo prehrano.

Zdrav življenjski slog omogoča ohranjanje in krepitev zdravja ter kakovosti življenja vsakega posameznika in zmanjšuje družbene stroške preprečevanja in zdravljenja KNB, invalidnosti in prezgodnje smrtnosti. Negativni učinki posameznih elementov nezdravega življenjskega sloga se med seboj dopolnjujejo, tako da je pri posameznikih velikokrat izraženih več dejavnikov tveganja hkrati. Zato je smiselno in potrebno hkrati oblikovati politike in izvajati učinkovite strategije za preprečevanje najpomembnejših dejavnikov tveganja – poleg prizadevanj za zmanjšanje porabe alkohola in tobaka – tudi s spodbujanjem in zagotavljanjem zdravega prehranjevanja in redne, zmerno intenzivne telesne (gibalne) dejavnosti za zdravje

Dobro zdravje in uspešno staranje je opredeljeno v smislu sposobnosti starostnika za samostojno delovanje, v določenem družbenem okolju. Za zdravo starejšo osebo se lahko šteje oseba, ki je družbeno in intelektualno aktivna tudi v prisotnosti kroničnih bolezni. Zdravstveno varstva starejših oseb vključuje pomoč ohraniti posameznikovo prilagodljivo obnašanje, spodbujanje dobrega počutja, ki ga zagotavlja zdravstvena oskrba v akutni in dolgoročni bolezni.

Najpogostejše kronične bolezni, ki se pojavljajo pri starostnikih po vsem svetu so bolezni srca in ožilja, rak, diabetes, osteoartritis, pljučne bolezni, Alzheimerjeve bolezni in psihiatrične motnje, najpogosteje depresija in demenca.

STAROST IN STARANJE

V zadnjem stoletju se je v večini evropskih držav življenjska doba podaljšala za več kot 50% (United Nations 2002). Staranje je proces z različnimi spremembami. Starost in zdravo staranje nista bolezen, temveč le programirani fiziološki proces, ki je zapisan v dedni zasnovi. Toda ta proces lahko pospešijo različni vplivi okolja, predvsem bolezni, ki lahko povzročijo bolezensko ali prezgodnje staranje organizma. Osnovna značilnost sprememb v procesu staranja je upočasnitev različnih procesov in posledično zmanjšanje delovanja različnih organskih sistemov ter s tem delovanja celotnega organizma. Zaradi zmanjševanja delovanja in posledično zmanjšane funkcijske rezerve se organizem teže prilagaja na spremenjene pogoje in večje obremenitve. Po drugi strani lahko zaradi okrnjenega delovanja organa bolezni pri starostniku povzroči hujše in trajnejše okvare kot pri mlajših osebah. Slabšanje funkcionalnega stanja poveča dovzetnost organizma za bolezni. Kot navajajo Šelb-Šemerl in ostali (2004), je pričakovati povečevanje deleža starih od 76 do 90 let in zelo starih nad 90 let. Vse večje število starejše populacije občutno vpliva na demografsko in socio-demografsko strukturo prebivalstva ter pomeni za družbo nove in posebne izzive na področju medgeneracijskih odnosov, socialne in ekonomske politike ter na področju zdravstvenega varstva. Zaradi staranja prebivalstva se namreč na vseh teh področjih pojavljajo bolj ali manj opazno določene spremembe, ki vplivajo na družbeni in ekonomski razvoj posamezne države. Staranje namreč posredno pomeni tudi povečevanje števila in deleža upokojencev med prebivalstvom, s čimer se spreminja razmerje med aktivno in vzdrževano populacijo. Staranje organizma je fiziološki proces, zato ga ne moremo preprečiti, lahko pa ga upočasnimo, in to predvsem z odstranjevanjem dejavnikov, ki povzročajo bolezensko staranje. Toda cilj naših prizadevanj ne sme biti zgolj podaljševanje življenja, temveč kakovostno staranje. Kakovost življenja je v pretežni meri odvisna od duševnih in telesnih funkcij, ki jih poslabšujejo kronične bolezni in s tem tudi onemogočajo kakovostno staranje.

Z upadanjem duševnih in telesnih sposobnosti se povečuje odvisnost od okolice. Ocenjujejo, da v svetu do 15 % oseb, starejših od 65 let, potrebuje pomoč pri vsakdanjih opravilih, medtem ko so starejši od 80 let kar v 80 % bolj ali manj odvisni od okolice. Telesne omejitve so najpogosteje posledica bolezni gibal, ki jih pri osebah nad 65 let najdemo v 50 %, in polovica teh oseb je zaradi prisotnosti omenjenih bolezni omejena v pomicnosti. Kakovost staranja v veliki meri poslabšujejo tudi motnje vida in sluha ter duševne spremembe, kot so demenca, Parkinsonova in Alzheimerjeva bolezen (Cassel, 2001). S staranjem se zmanjša sposobnost delovanja ledvic, obtočil, pljuč in nekaterih žlez z notranjim izločanjem (Exton Smith, 1997). V starosti pogosto nastopijo spremembe na vseh organskih sistemih, tako so težave starostnikov odvisne od različne stopnje prizadetosti. Gotovo nimajo starejše osebe le večjih potreb po bolnišnični obravnavi, ampak tudi na vseh drugih področjih zdravstvenih dejavnosti, kot so pregledi in zdravljenja pri osebnih zdravnikih, zobozdravnikih, zdraviliško zdravljenje, prevozi z reševalnimi vozili, zdravila, medicinski tehnični pripomočki in podobno. Še posebej je pri tem potrebno upoštevati potrebo po zdravstveni negi, ki jo izvajajo medicinske sestre v socialnih zavodih.

ZNAČILNOSTI PROCESOV STARANJA

Za obdobje starosti je pogosto značilno zmanjševanje duševnih in telesnih sposobnosti, h katerim prispevajo normalen fiziološki upad in številne kronične bolezni ter stanja (Gallo,

Gonzales, 2001). Upad fizioloških funkcij je del normalnega staranja, ki ga težko ločimo od vpliva kroničnih bolezni. Število kroničnih degenerativnih bolezni in intenziteta s starostjo naraščajo, pojavijo pa se tudi stanja, kot so: (inkontinenca urina in blata, kronično zaprtje, okvare vida in sluha, težave z ravnotežjem in padci, osteoporoza, slabša prehranjenost, razjede zaradi pritiska in druga t. i. gerontološki sindromi) in psihosocialne motnje. Telesne, duševne in socialne težave zmanjšujejo funkcionalno sposobnost starostnika in vplivajo na njegovo samooskrbo in kakovost življenja (Šabovič, 2004). Preventiva in zdravljenje bolezni sta pomemben del obravnave starostnika. Pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe starostnikov je potrebno slediti cilju, ki je zagotoviti čim boljše funkcionalno stanje in kakovost življenja. Doseganje omenjenega cilja zahteva od medicinskih sester kompleksno obravnavo, ki jo omogoča bio-psiho-socialni model oskrbe. Starostnika in njegovo bolezen obravnava v kontekstu posameznika, družine in okolja. Kot navaja Švab (2002), model pojasnjuje posameznikovo zdravje s štirimi bistvenimi elementi: somatskim, emocionalnim, delovnim (funkcionalno sposobnostjo) in prizadetostjo najbližjih. Po bio-psiho-socialnem modelu je za celovito oceno stanja starostnika potrebno upoštevati biomedicinski vidik (akutne in kronične bolezni, bolnikovo funkcionalno stanje in samostojnost pri aktivnostih, ki so potrebne v vsakodnevnem življenju, intelektualno stanje, čustveno stanje, stanje čutil, prisotnost psihiatričnih bolezni), socialno stanje (vloga družine, vključenost v socialno mrežo, finančno stanje, življenjske razmere ...) in vrednote (kulturne, etnične, verske, odnos do zdravja, pričakovanja v prihodnjih letih, pogledi na smrt ...) (Cobbs199810)).

BOLEZNI V STAROSTI

S starostjo in nezdravim načinom življenja narašča ogroženost posameznikov za možgansko žilno bolezen, zato je prepoznavanje dejavnikov tveganja osnova preventive, diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije. Kot navaja Turk et al, (2008) so najbolj razširjeni in dokazani dejavniki tveganja za razvoj možgansko žilnih bolezni visok krvni tlak, sladkorna bolezen, kajenje, čezmerno uživanje alkohola in povišane maščobe v krvi. Osnovni ukrep je sprememba življenjskega sloga tako glede razvad (kajenje, alkohol), kot tudi navad (telesna dejavnost, zmanjšanje vnosa soli in maščob ter povečanje vnosa sadja in zelenjave).

Rakava bolezen vstopi v življenje posameznika in njegove družine nenadno in globoko poseže na vse ravni njegovega življenja. Zato je potreben pri zdravstveni obravnavi starostnika, zdravstveni negi, rehabilitaciji in zdravljenju rakave bolezni celovit psihosocialni in medicinski pristop do bolezni. Vodilo zdravstvene nege je bio-psiho-socialni pristop. Možnosti za preživetje po obolenosti z rakom so glede na sodobne medicinske in kirurške posege iz dneva v dan večje. V organizacijo skrbi za starostnike se vključuje poleg zdravstvene stroke tudi civilna družba, ki s samoorganiziranostjo pomaga starostniku vrniti se v dejavno življenje in prebroditi telesno in duševno invalidnost (Callahan et al, 2004, Higginson, Constantini, 2008).

Zaradi zmanjšane odpornosti se pri starejši osebi lahko pojavijo bolezni, ki so značilne za osebe z zmanjšano odpornostjo. Nadalje se pri teh osebah neredko pojavljajo okužbe z manj kužnimi mikrobi, kot so glivice in bakterije, ki pri mlajši zdravi osebi praviloma ne izzovejo bolezenskih sprememb (Poredoš, 1998).

Pri starejših osebah so pogoste tudi motnje v presnovi vode in elektrolitov. Starejše osebe imajo večkrat prizadet občutek za žejo, zato je uživanje tekočine pomanjkljivo in lahko pripelje do izsušitve, ki prizadene delovanje različnih organov, predvsem dihal in ledvic. Izsušitvi so podvrženi zlasti starostniki, ki prebolevajo vročinske bolezni, in osebe, ki nekontrolirano jemljejo zdravila za odvajanje vode. Pri tem so še posebej usodne spremljajoče motnje elektrolitov (Adelman, 2001). Po drugi strani pa se pri starostnikih zaradi pogostega pojavljanja srčnega popuščanja srečujemo s kopičenjem vode v organizmu, ki ga prav tako kot pri izsušitvi neredko spremljajo motnje v presnovi elektrolitov. Za prepoznavanje

različnih motenj, ki se pojavljajo pri starostniku in kasnejši njegovi obravnavi potrebujejo medicinske sestre in ostali zaposleni v socialnih zavodih dodatna strokovna znanja.

Kronične bolezni in vzrok smrti starostnikov v letu 2008 v starostnih kategorijah od 75–90 + let

Bolezni obtočil

Kronične nenalezljive bolezni so kot vzrok smrti izpodrinile nalezljive bolezni. Največ starostnikov je umrlo zaradi bolezni obtočil, in sicer v starostni kategoriji od 75–79 let 1222; v starostni kategoriji od 80–84 let 1637; v starostni kategoriji 85–89 let 1432; in v starostni kategoriji nad 90 let 1078.

Neoplazme

Neoplazme kot vzrok smrti naglo sledijo, in sicer v starostni kategoriji od 75–79 let 991; v starostni kategoriji od 80–84 let 836; v starostni kategoriji 85–89 let 496; in v starostni kategoriji nad 90 let, 201 starostnik.

Bolezni dihal

Sledijo jim kronične bolezni dihal. V starostni kategoriji od 75–79 let 207; v starostni kategoriji od 80–84 let 273; v starostni kategoriji 85–89 254 in v starostni kategoriji nad 90 let 153.

Bolezni prebavil

V starostni kategoriji od 75–79 let 146; v starostni kategoriji od 80–84 let 184; v starostni kategoriji 85–89 105 in v starostni kategoriji nad 90 let 56.

Endokrine, prehranske in presnovne bolezni

V starostni kategoriji od 75–79 let 76; v starostni kategoriji od 80–84 let 77; v starostni kategoriji 85–89 40 in v starostni kategoriji nad 90 let 12.

Bolezni sečil in spolovil

V starostni kategoriji od 75–79 let 47; v starostni kategoriji od 80–84 let 57; v starostni kategoriji 85–89 53 in v starostni kategoriji nad 90 let 27.

Bolezni živčevja

V starostni kategoriji od 75–79 let 41; v starostni kategoriji od 80–84 let 50; v starostni kategoriji 85–89 31 in v starostni kategoriji nad 90 let 7.

Bolezni mišično skeletnega sistema in vezivnega tkiva

V starostni kategoriji od 75–79 let 16; v starostni kategoriji od 80–84 let 15; v starostni kategoriji 85–89 7 in v starostni kategoriji nad 90 let 1.

Povprečna starost umrlih v letu 2008 je bila pri moških 69,6 let in pri ženskah 78,8 let. Dostopno na <http://www.stat.si/letopis/2009/04-14-09> htm. Datum pristopa 4. 4. 2010

Izzivi, ki jih pogojuje staranje

V starosti potekajo bolezni praviloma drugače kot v mladosti ali v srednji življenjski dobi. Staranje populacije ima za posledico spremembo družbenih, socialnih in ekonomskih razmerij. Zvečanje deleža starejše populacije vpliva na izzive in zahteve, ki jih doslej nismo poznali (Toth, 2004). Potrebe starejše populacije so praviloma drugačne, kot to velja za mlajše generacije. S staranjem se povečujejo zlasti potrebe po zdravstvenih storitvah. Velika večina starejših oseb ima eno ali več kroničnih bolezni, kot navaja Adelman (2001), poleg tega se pri starostnikih srečujemo s poslabšanjem funkcionalnega stanja, kar otežuje uspešno zdravljenje in rehabilitacijo akutnih bolezni. V starosti se bolezni pogosto po-

javljajo v neznačilni obliki, zato jih je težje prepoznati (Daly, 2001). Brez poznavanja značilnosti bolezenskih sprememb in potreb starostnikov ni možno zagotoviti kakovostnega zdravstvenega varstva za ta del populacije. Obravnava starostnika zahteva poznavanje geriatrije, in obvladovanje posebni specialnih znanj in veščin, kar pomeni usmerjeno izobraževanje, ki pa ga žal v zadostni meri ni zaznati, ne v okviru dodiplomskega kot tudi ne podiplomskega izobraževanja.

Trendi, ki se odvijajo v zvezi s starostjo in staranjem in ki bodo takšni še v nekaj naslednjih desetletjih, postavljajo pred vse gospodarsko razvite družbe povsem nove izzive. To velja tudi za področje zdravstvenega zavarovanja in zdravstveno dejavnost, kamor zdravstvena nega sodi. Vseh in vse večjih zahtev in potreb starejše populacije po zdravstveni negi v vseh okoljih ne bo več mogoče zadovoljevati na sedanji način. Za to populacijo bo potrebno pripraviti nove programe in pristope in pri tem upoštevati njene spremenjene potrebe in jih tudi finančno ovrednotiti, da ne bo prihajalo do prevzemanja aktivnosti zdravstvene nege s strani cenejšega, nestrokovnega neusposobljenega in nekompetentnega kadra.

ZDRAVSTVENA NEGA

Poslanstvo zdravstvene nege v družbi je pomoč posameznikom, družinam in skupinam, da izkoristijo svoje fizične, mentalne in socialne potencialne in da lahko delujejo tudi znotraj okolja, kjer živijo in delajo. To zahteva, da medicinske sestre opravljajo naloge, ki pospešujejo in ohranjajo zdravje, kakor tudi naloge, ki preprečujejo ogrožanje zdravja. Zdravstvena nega je utemeljena v analizi osnovnih človekovih potreb, vendar je pri vsakem posamezniku potrebno opredeliti in vključiti modifikacije, ki jih zahtevajo njegova starost, čustveno stanje, duševne in telesne sposobnosti, socialni, kulturni, ekonomski položaj in okoliščine, v katerih se zdravstvena nega izvaja. In prav kombinacija osnovnih potreb in potrebnih modifikacij je tisti ključni element, zaradi katerega je zdravstvena nega ustvarjalna dejavnost.

Starostniki so nedvomno posebna, drugačna skupina prebivalstva, ki potrebuje posebno skrb. Skrb za starostnika z vidika zdravstvene nege se pojavlja na edinstven način, ki pomeni, da ljudi povezuje z ljudmi oziroma človeka s človekom, kar daje medicinskim sestram posebno pomembnost. Zdravstvena nega podpira odgovornost starostnika do samega sebe, spoštuje njegove odločitve, mnenja in želje. Potrebno je poudariti, da je zdravstvena nega dejavnost, ki ima svoje avtonomno področje delovanja, lastne pristojnosti in odgovornosti in lastna stališča in vrednote. S specifičnim delovanjem v skrbi za zdravje posameznega starostnika, zapolnjuje tiste vrzeli, ki jih medicina, sociala in druge znanosti ne morejo učinkovito pokrivati. Naloga zdravstvene nege ni le negovati bolne in poškodovane starostnike, temveč varovati in podpirati njihovo zdravje, dobro počutje in ugodje, tako v telesnem, kot duševnem smislu ter skrbeti za vse tiste, ki so nemočni in prizadeti. Cilj zdravstvene nege je preprečevati bolezni in varovati zdravje starostnika, zato je zdravstvena nega povezana z vsemi dejavnostmi, ki stremijo k preprečevanju bolezni in vzdrževanju zdravja. Zdravstvena nega se nenehno prilagaja in razvija kot odgovor na potrebe starostnikov v sodobni družbi, saj so njene naloge ohranjanje vrednot in vzdrževanje idealov povezanih s človekovim zdravjem v vseh življenjskih obdobjih. Medicinske sestre gledajo na posameznega starostnika holistično, ga spoštujejo kot biopsiho-socialno in duhovno bitje, ki ima sposobnosti in zmožnosti, da si sam postavlja cilje in odloča o sebi. Medicinske sestre so sposobne in zmožne samostojnega delovanja na avtonomnem področju zdravstvene nege, in so enakovredne sodelavke v interdisciplinarnem timu, saj suvereno zastopajo zdravstveno nego in individualne interese starostnika (Cassel 2001). Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovarjanje starostnika, tako pred njihovimi svojci, za njih pomembnimi drugimi, in njihovimi svojci, kakor ostalimi člani interdisciplinarnega tima. Zdravstvena nega ima nalogo in dolžnost promovirati varno

okolje, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov ter specialnega izobraževanja medicinskih sester.

Kakovostna gerontološka zdravstvena nega zajema tako teoretično kot praktično znanje medicinskih sester. Pomembno je poznavanje starostnih sprememb in njihov vpliv na izvajanje osnovnih življenjskih aktivnosti, upoštevanje standarde zdravstvene nege in spremljanje ter doseganje zastavljenih ciljev. Pri tem se upoštevajo pričakovanja, zmožnosti in specifične potrebe posameznika.

Smernice, ki jih upošteva gerontološka zdravstvena nega, so predvsem odkrivanje vzrokov za določene vedenjske vzorce, ki jih imajo starostniki ter vzpodbujanje posameznega starostnika, da naredi največ kar zmore in zna. S takšnim načinom obravnave se zagotavlja kakovostna, kontinuirana zdravstvena nega. Od medicinske sestre se pričakuje, da bo poleg strokovnega znanja imela tudi pozitivne značajske lastnosti, kot so: prijaznost, razumevanje, sočutje in druge, da bo znala dobro poslušati, da bo predvsem slišala starostnika, ga znala profesionalno usmerjati in pri njem dosegla, da ji bo zaupal. Važno je, da starostniku ponudi toliko pomoči, kolikor je dejansko potrebuje, saj na ta način ohranja njegovo samooskrbo, s tem pa zmanjšuje občutek njegove odvisnosti. V ustanovi, ki skrbi za vse starostnikove potrebe pogosto do njegove smrti, je ugotavljanje njegovih potreb po celostni obravnavi, načrtovanje, uvajanje, izvajanje in vrednotenje programov za ustvarjanje boljših pogojev za medčloveško sožitje strokovno zelo zahtevno.

Ob tem se zastavlja vprašanje, ali so medicinske sestre dovolj dobro usposobljene za prepoznavanje akutnih stanj, ki se pogosto pojavljajo pri starostniku, ob dejstvu, da se pri starostniku akutne bolezni neredko kažejo z neznačilnimi splošnimi znaki, kot so: izguba teka, zmedenost, nepomičnost, depresija in brezvoljnost. Prav tako je neredko zapleten tudi potek bolezni, saj je dolgotrajnejši in združen z dolgim okrevanjem. Podaljšan potek bolezni večkrat preide v kronično obliko s posledično trajno prizadetostjo in invalidnostjo, kopičenje kroničnih bolezni v starosti pa vodi tudi v pogoste hospitalizacije.

Zdravje posameznega starostnika ima številne razsežnosti, kot so telesne, duševne in socialne, ki se morajo obravnavati v kontekstu s starostnikovimi izkušnjami, prepričanji in pričakovanji. Ker ima geriatrična zdravstvena nega svoje posebnosti, kakovostna zdravstvena obravnava starostnikov zahteva poznavanje posebnih veščin, ki pa jih pri nas žal obvladajo le redki zdravstveni delavci.

Ker so starostniki heterogena skupina, z velikimi razlikami v zdravstvenem stanju, funkcionalnih zmožnostih, socialnih stikih, vrednotah, razumevanju bolezni, pričakovanjih, občutkih, strahovih, pogledih na življenje in smrt ter verskem prepričanju, se njihova obravnava razlikuje od obravnave mlajše populacije, predvsem po vsebini, času obravnave in pogostosti obravnave na vseh nivojih zdravstvenega in socialnega varstva. Za celostno obravnavo starostnikov, kar pomeni bistvo bio-psiho-socialnega modela obravnave, so nujno potrebna dodatna specialna znanja vseh tistih, ki za njih skrbijo. Celostna obravnava starostnika od medicinske sestre poleg dobrega znanja iz področja zdravstvene nege in poznavanja geriatrije, zahteva tudi poznavanje socialnega okolja starostnika, njegovega odnosa do zdravja, razumevanja bolezni, njegovih pričakovanj, občutkov, strahov ter sodelovanja s strokovnjaki zdravstvenih in drugih strok ter njegovo družino.

Medicinska sestra je odgovorna za avtonomne naloge zdravstvene nege, odgovorna je za zdravstveno nego, ki jo izvaja. Kontinuirano se mora izobraževati v managementu, v poučevanju, v klinični praksi in v raziskovalnem delu. Naloge medicinske sestre izhajajo neposredno iz poslanstva zdravstvene nege v družbi. Te naloge so načelno enake ne glede na prostor ali čas.

Naloge medicinske sestre pri obravnavi starostnika s kronično boleznijo:

Prva naloga je izvajanje in vodenje zdravstvene nege pri promociji zdravja, pri preprečevanju obolenja, pri zdravljenju, rehabilitaciji posameznikov, družin ali skupnosti. Njena učinkovitost se kaže v procesu zdravstvene nege:

- ocenjevanje samooskrbe starostnika in potreb po zdravstveni negi ter ugotavljanje možnih virov pomoči

- prepoznavanje najpogostejših potreb, ki se razrešujejo z zdravstveno nego, in tistih, ki bi jih morali prevzeti drugi strokovnjaki
- razvrščanje zdravstvenih potreb, ki jih je mogoče najbolje rešiti z zdravstveno nego v prioritetenem zaporedju
- načrtovanje in izvajanje potrebne zdravstvene nege
- vključevanje starostnika (če je primerno tudi družine ali zanj pomembnih drugih) v zdravstveno nego in v sodelovanju lokalne skupnosti (če je ustrezno in sprejemljivo), samonega in samopomoč v vsem, kar je povezano z zdravjem
- dokumentiranje opravljenega dela v vsaki fazi procesa zdravstvene nege ter uporaba informacija za vrednotenje rezultatov zdravstvene nege in
- prilagajanje sprejemljivim in primernim kulturnim, etičnim in strokovnim standardom.

Druga naloga – poučevanje starostnikov in zdravstvenega osebja obsega:

- ocenjevanje posameznikovega znanja in izkušenosti v zvezi z ohranjanjem in vračanjem zdravja
- organiziranje in sodelovanje pri zdravstveno vzgojnih aktivnostih
- vrednotenje rezultatov takšnih izobraževalnih programov
- pomoč medicinskim sestram in drugemu osebju, da osvojijo novo znanje in izkušnje in
- uporaba sprejetih in primernih kulturnih, etičnih in strokovnih standardov.

Tretja naloga – učinkovito sodelovanje v zdravstvenem timu:

- sodelovanje s posamezniki, družinami in z lokalnimi skupnostmi ter z drugimi zdravstvenimi delavci pri načrtovanju, organiziranju, vodenju in vrednotenju zdravstvene nege kot komponente celotne zdravstvene dejavnosti
- vodenje negovalnega tima, ki lahko vključuje druge negovalne profile, kakor tudi uporabnike zdravstvene nege
- dodeljevanje aktivnosti in nalog zdravstvene nege drugemu negovalnemu osebju in podpora pri njegovem delu
- dogovarjanje s starostnikom o njegovem sodelovanju, pri izvajanju negovalnega načrta
- sodelovanje z drugimi ljudmi v multidisciplinarnih in multisektorskih timih pri načrtovanju, izvajanju, razvoju, koordinaciji in vrednotenju zdravstvenih storitev
- sodelovanje z drugimi strokovnjaki pri ohranjanju varnega in harmoničnega delovnega okolja, ki pripomore k delu v timu
- aktivno vključevanje v oblikovanje zdravstvene politike in njenih programov, postavljanje prioritete in
- sodelovanje pri pripravi poročil na lokalnem, regionalnem ali nacionalnem nivoju in če je primerno, za masovne medije.

Četrta naloga – razvoj prakse zdravstvene nege na osnovi kritičnega mišljenja in raziskovanja vsebuje:

- iskanje novih načinov dela za doseganje boljših rezultatov
- prepoznavanje raziskovalnih področij za teorijo in prakso zdravstvene nege, za izobraževanje
- uporaba sprejetih in primernih kulturnih, etičnih in strokovnih standardov za usmerjanje raziskovanja v zdravstveni negi.

Trenutni razvoj zdravstvene nege starostnikov s kroničnimi obolenji v smislu kompetentnosti, je tesno povezan s problemi organiziranja kakovostne zdravstvene nege in oskrbe, saj je odvisen predvsem od finančnih sredstev, kar ponekod nakazuje zaradi neustrezne kadrovske zasedbe že na strokovno oporečnost.

ZAKLJUČEK

Zdravstvena nega starostnikov s kroničnimi boleznimi ima svoje posebnosti, zato zahteva kakovostna obravnava starostnikov obvladovanje posebnih veščin in usmerjeno strokovno izobraževanje in usposabljanje. Potrebno bo organizirano dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje iz področja geriatrije in gerontološke zdravstvene nege ter oskrbe. Bolj kot posebne zdravstvene ustanove za starejše, potrebujemo znanje o značilnosti bolezni v starosti, o posebnih potrebah starostnikov ter ustrezno število usposobljenih medicinskih sester, česar trenutne situacije v institucionalnih zavodih ne omogočajo, zato so potrebne izboljšave v organizaciji zdravstvene in socialne oskrbe, zlasti za kronično bolne in neozdravljive starostnike.

LITERATURA

- Adelman AM. Managing chronic illness. In: Adelman AM, Daly MP, Weiss BD eds. 20 common problems in Geriatrics. New York: McGraw Hill 2001: 4-15.
- Cassel KCK. How increased life expectancy and medical advances are changing geriatric care. Geriatrics 2001; 58: 35-9.
- Callahan EJ, Stange KC, Zyzanski SJ, Meredith AG, Goodwin MA, Flocke SA, Bertakis KD. Physicianelder interaction in community family practice. J Am Board Fam Pract 2004; 17: 19-25.
- Cobbs EL. Goals of care. In: Yoshikawa TT, Cobbs EL, Brummel-Smith K eds. Practical ambulatory geriatrics. Mosby, 1998: 3-10.
- Daly MP. Dementia. In: Adelman AM, Daly MP, Weiss BD eds. 20 common problems in geriatrics. New York: McGraw Hill 2001: 237-60.
- European Health for All Database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe. Dosegljivo na: [http:// data.euro.who.int/hfadb](http://data.euro.who.int/hfadb), dostop: 20. 8. 2008.
- Higginson IJ, Constantini M. Dying with cancer, living well with advanced cancer. In: Coleman et al, eds. Responding to the challenge of cancer in Europe. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia; 2008.
- Exton-Smith AN. Functional consequences of ageing: clinical manifestations: In: Exton-Smith AN, Grimley Evans J eds. Care of the elderly: Meeting the challenge of dependency. London: Academic Press, 1997.
- Gallo JJ, Gonzales J. Depression and other mood disorders. In: Adelman AM, Daly MP, Weiss BD eds. 20 common problems in geriatrics. New York: McGraw Hill 2001: 205-35.
- Kolšek M, Logar V. Zdravnikovo delo v domu starejših občanov. In: Švab I, Rotar-Pavlič D ed. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva, 2002: 705-8.
- Poredoš P. Posebnosti bolnišničnih okužb pri starejši populaciji. In: Gubina M, Dolinšek M, Škerl M eds. Bolnišnična higiena. Ljubljana: Medicinska fakulteta in Klinični center, 1998: 98-102.
- Šelb-Šemerl J, Rok-Simon M, Kelšin N, Ivas N. Staranje prebivalstva v Sloveniji: Demografske spremembe in nekaj posledic za zdravstveno varstvo. Zdrav Vestn 2004; 73: 527-31.
- Šabovič M. Sodobna načela internistične geriatrije. ISIS 2004; 13 (8-9): 37-40.
- Švab I. Teoretične osnove družinske medicine. In: Švab I, Rotar-Pavlič D eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva, 2002: 30-8.
- Toth M. Koriščenje zdravstvenih storitev po življenjskih obdobjih, zlasti po 65 letu starosti. Zdrav Vestn 2004; 73: 731-5
- Turk Z. Uporaba fizikalnih metod pri starostnikih. In: Krčevski Škvarč N ed. 8. seminar o bolečini, Maribor, 18. in 19. junij 2004. Zbornik predavanj. Maribor: Splošna bolnišnica; 2004. p. 47- 55.
- Turk Z, Jesenšek Papež B, Turk E. Specifičnost rehabilitacije starostnikov XII kongres in 144. skupščina slovenskega zdravniškega društva –Staranje slovenskega prebivalstva – gerontološki in geriatrični izzivi. Ljubljana, 2008.
- United Nations. World population aging 1950-2050. New York: United Nations, 2002: 1-484.
- <http://www.stat.si/letopis/2009/04-14-09 htm> datum pristopa: 4. 4. 2010

Prilaganje izobraževalnega sistema spremembam strukture prebivalstva

Zlatka LEBAR

VMS, univ. dipl. ped.; Srednja zdravstvena šola Murska Sobota, Ulica dr. Vrbnjaka 2, Rakičan, 9000 Murska Sobota
zlatka.lebar@guest.arnes.si

UVOD

O staranju prebivalstva govorimo, kadar se delež prebivalstva nad določeno starostno mejo (običajno 65 let) povečuje, sočasno pa se zmanjšuje število otrok, mlajših od 15 let, in podaljšuje življenjska doba prebivalcev. V zadnjih 100 letih se je število svetovnega prebivalstva povečalo za več kot 4-krat (z 1,6 milijarde na že več kot 6,5 milijarde) in proti koncu zadnjega stoletja so se začele države sveta spopadati ne samo s posledicami hitrega naraščanja prebivalstva, ampak tudi z upadanjem rodnosti ter s staranjem prebivalstva, posebej tam, kjer se pričakovana življenjska doba ljudi ob rojstvu podaljšuje.

Tudi prebivalstvo Slovenije je staro: delež prebivalstva, starega 65 let in več, je precej velik, delež mladih pa dokaj skromen. Ob zadnjem popisu leta 2002 je bil delež mladih (t. j. prebivalcev, starih 0–14 let) le še malo višji od deleža prebivalcev, starih 65 let in več.

Starejši ljudje postajajo vse bolj odvisni od domače oskrbe, institucionalne oskrbe in varstva v domovih za starejše ter od servisnih služb v lokalni skupnosti.

Za institucionalno varstvo starejših ljudi v Sloveniji skrbijo predvsem domovi za starejše; ti so praviloma javni socialnovarstveni zavodi; v letu 2007 jih je bilo v Sloveniji 69, skrbeli pa so za 13.856 oskrbovancev (10.359 žensk in 3497 moških). Omenjeni socialnovarstveni zavodi lahko glede na svoje zmogljivosti sprejmejo dobre 4 odstotke prebivalcev Slovenije, starih 65 let in več. Tako so domovi za starejše v Sloveniji polno zasedeni, število prošenj za sprejem pa iz leta v leto narašča, oziroma je »čakanje na prosto posteljo« čedalje daljše.

Med oskrbovanci domov za starejše je delež žensk bistveno večji od deleža moških, kar je glede na dejstvo, da moški umirajo v Sloveniji znatno mlajši od žensk, razumljivo. Razlike v številčnosti med spoloma so najbolj izrazite med osebami v starosti nad 80 let; moških je med temi le dobrih 15 odstotkov). Med vsemi osebami, starejšimi od 65 let, ki živijo v domovih za starejše, pa je 25,2 % moških in 74,8 % žensk. Leta 2007 je med toliko starimi bivalo v domovih za starejše 2,67 % moških in 5,18 % žensk. Njihov delež se s večanjem starosti strmo dviga. Izmed oseb, starih 80 let in več, je bivalo v domovih za starejše 6,75 % toliko starih moških in 13 % toliko starih žensk. Med osebami, ki živijo v domovih za starejše, je delež moških večji od deleža žensk le v starostnih skupinah do 64 let in 65–69 let. V vseh »višjih« starostnih skupinah pa delež žensk presega delež moških (kot že povedano, najbolj med osebami, starejšimi od 80 let; delež moških med temi obsega le dobrih 15 odstotkov).

NALOGE POSAMEZNIKA IN SKUPNOSTI DO STAREJŠIH LJUDI

Zelo pomembno je, da posameznik razume, pozna in prizna proces staranja. Pridobiti si mora znanje in informacije za zdrav način življenja s pomočjo ustreznih programov in si zagotoviti informacije o možni podpori in učinkoviti samopomoči.

Za večino ljudi starih nad 80 let je zdravstvena nega in oskrba pogosto nepogrešljiva in odvisna od dobrega usklajevanja med zdravstvenimi in socialnimi službami ter prostovoljnimi delom.

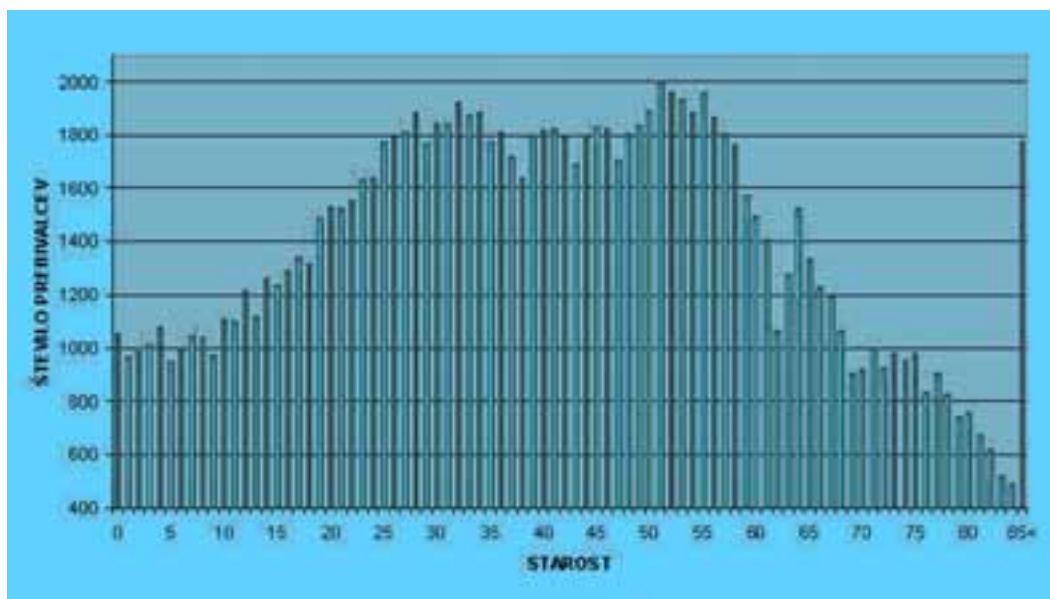
Podlaga za kakovostno zdravstveno nego so dobro oblikovani programi vzgoje in izobraževanja s poudarkom na negovalnih vsebinah in laični pomoči.

Na osnovi Zakona o poklicnem in strokovnem izobraževanju iz leta 2006 se je pripravila sodobna modularna zasnova izobraževalnih programov na vseh ravneh srednješolskega izobraževanja. Leta 2008 smo začeli s spremenjenim izobraževanjem na področju zdravstvene nege in na področju programa bolničar-negovalec.

Poklicno in strokovno izobraževanje vse bolj vzpodbuja načela vseživljenjskega učenja ter si skuša izpolniti višje in kompleksnejše zahteve, ki jih pred izobraževanje postavlja trg delovne sile.

DEMOGRAFSKA SLIKA POMURJA 2008

Demografski potencial Pomurja je sedanje prebivalstvo Pomurja s svojo specifično starostno in spolno sestavo, ki je posledica preteklega demografskega razvoja Pomurja.

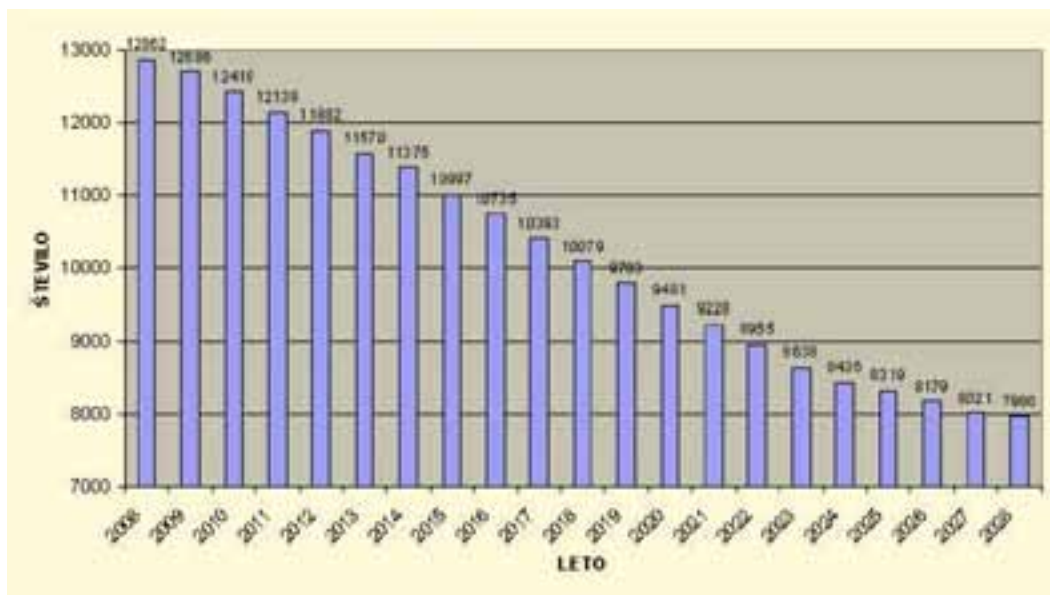


Starostna sestava prebivalstva Pomurja 31. 3. 2008 (Vir: Podatki registra prebivalstva (Statistični urad RS in MNZ))

Najvišje vrednosti bi morale biti na levi strani, kjer pa je velik primanjkljaj mlajšega prebivalstva zaradi odseljevanja in še bolj zaradi drastičnega znižanja rodnosti po letu 1980. Največ prebivalcev je starih od 50 do 55 let in zato lahko v naslednjih letih pričakujemo zelo močno povečevanje števila upokojenih prebivalcev, po letu 2020 pa drastično povečanje letnega števila umrlih.

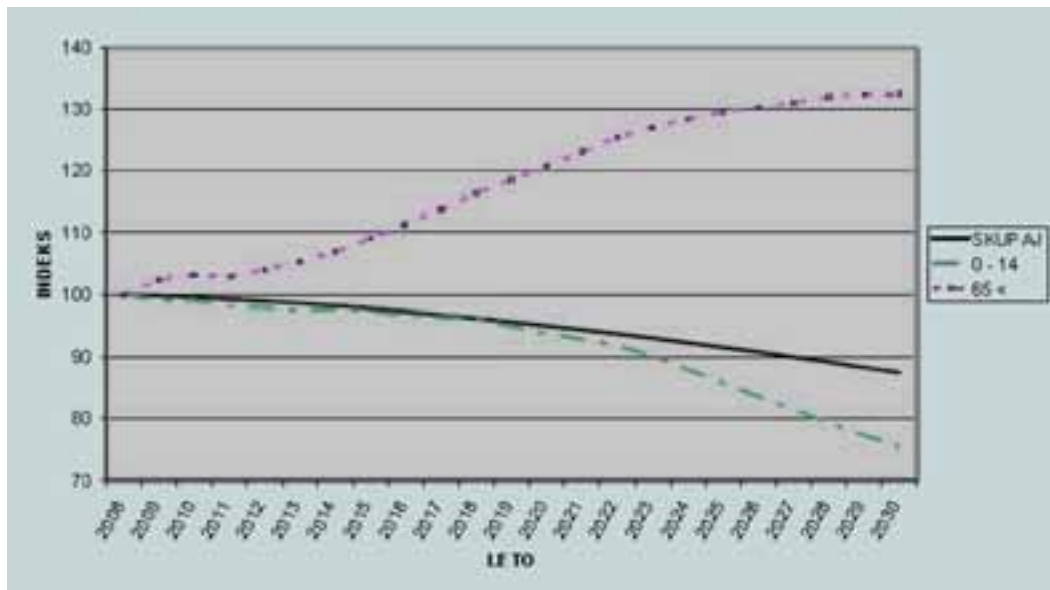
Število starejših prebivalcev se bo vedno hitreje večalo, s tem pa bo naraščalo tudi letno število umrlih, kar vpliva na naravni prirast.

Zaradi pričakovanega zniževanja števila žensk v rodni dobi pa lahko z veliko gotovostjo trdimo, da se bo število rojstev zniževalo.



Ocena števila žensk v najbolj rodni dobi (20–34 let) v Pomurju na temelju podatkov o številu žensk v Pomurju leta 2008. (Vir: Podatki registra prebivalstva (Statistični urad RS in MNZ))

Ta slika nam najbolj nazorno »dokaže«, da bo število rojstev v Pomurju upadalo.



Projekcija prebivalstva Pomurja po naravni rasti za obdobje 2008–2030 – indeksi gibanja števila prebivalcev značilnih starostnih skupin (leto 2008=100). (Vir: Podatki registra prebivalstva (Statistični urad RS in MNZ))

Po projekciji prebivalstva po naravni rasti bi se število prebivalcev Pomurja do leta 2030 znižalo za 15.000 na dobrih 105.000 prebivalcev, kar je celo nekaj manj, kot je bilo prebivalcev Pomurja leta 1880. Opazen je tudi nižji delež delovno aktivnega prebivalstva. Sedanji demografski potencial Pomurja se ne razlikuje bistveno od slovenskega povpre-

čja. Za demografski razvoj v naslednjih tridesetih letih pa je za Pomurje (in Slovenijo) zelo pomembna tudi sedanja starostna sestava prebivalstva.

Sedanji demografski položaj kaže na nadaljevanje upadanja števila prebivalcev. Dolgoročno je glavni razlog prenizka rodnost, v naslednjih tridesetih letih pa bodo izrazite tudi posledice sedanje starostne sestave prebivalstva.

VLOGA ŠOLSKEGA SISTEMA

Način izobraževanja se z leti vse bolj spreminja. Izobražujemo mlade, ki bodo po končanem šolanju delali z ljudmi, ki so izgubili svoje največje bogastvo – svoje zdravje. Zato je potrebno izobraziti in vzgojiti odgovorne zdravstvene delavce. Prenovljeni program zdravstvene nege z modularnim načinom izobraževanja nam omogoča, da upoštevamo potrebe delodajalcev in vključujemo vsebine, ki jih trenutno v izobraževalnem programu pogrešamo. Vsako leto v določenem segmentu izobraževanja (odprti kurikulum) dodajamo nove vsebine, ki jih prilagodimo zahtevam delodajalcev in potrebam na trgu. Za 20 % ur šola skupaj z delodajalci in okoljem ponudi strokovne/splošne vsebine, ki so pomembne za okolje v katerem šola deluje.

Tesno sodelovanje med šolami in delodajalci bo pripomoglo k izobraževanju bolj kakovostnega zdravstvenega delavca.

Dijak ima v sklopu izobraževanja tudi možnost izbirati med štirimi izbirnimi moduli, ki so:

- Zdravstvena nega v psihiatrični dejavnosti
- Paliativna zdravstvena nega
- Zdravstvena nega v gerontologiji
- Zdravstvena nega v reševalni dejavnosti
- Zdravstvena nega v zobozdravstveni dejavnosti

Glede na spremembe v izobraževalnem procesu, se šole lahko maksimalno prilagajajo potrebam okolja v sodelovanju s socialnimi partnerji.

UPANJE VSAKEGA NARODA TEMELJI NA USTREZNEM IZOBRAŽEVANJU MLADINE IN ZA TO SMO ODGOVORNI VSI.

VIRI

- http://www.drustvo-geografovpomurja.si/projekti/zborovanje/zbornik/oAleksander%20Jakos_T.pdf (pridobljeno 16. 4. 2010)
- www.stat.si/index.asp (pridobljeno 16. 4. 2010)

Kakovostni izobraževalni sistem lahko da kakovostne dijake, ki bodo nekoč kakovostni zdravstveni delavci

Edvard Jakšič

dipl. zn.

Gena Virag

dipl. m. s., Srednja zdravstvena šola Murska Sobota

IZVLEČEK

Na področju zdravstvene nege je prišlo do premikov na področju kakovosti v zdravstvu. Z novim modularnim izobraževalnim srednješolskim programom je svoje mesto dobilo tudi področje kakovosti. Dijake želimo že v času izobraževanja navaditi na to, da ni dovolj, da je delo opravljeno, temveč mora biti opravljeno po sprejetih standardih in smernicah, torej kakovostno. Če želimo na področju zdravstvene nege doseči nenehno rast, moramo biti odprti za nenehno izobraževanje in raziskovanje na področju zdravstvene nege.

KLJUČNE BESEDE: kakovost, dijaki, izobraževanje

UVOD

Pred leti se o kakovosti v zdravstveni negi ni veliko govorilo, v zadnjem času pa na tem področju doživljamo velike premike. Tudi na področju šolstva smo v srednjih zdravstvenih šolah uvedli nov izobraževalni modul Zdravstvena zakonodaja in kakovost v zdravstvu. Na podlagi novega izobraževalnega sistema, uvajamo tudi nov pristop do pacienta. Na področju kakovosti v zdravstvu težimo k temu, da delo mora biti opravljeno na primeren način po sprejetih standardih.

VSEBINSKI DEL

Pomembnejši element zagotavljanja in pospeševanja kakovosti zdravstvene nege so torej standardi in kriteriji, ki med drugim jasno opredeljujejo naloge, pristojnosti in odgovornosti zdravstvene nege ter njen prispevek k dobrim rezultatom uspehom zdravstvene nege in zdravstvenega varstva v celoti (Hajdinjak, 2006, str. 26).

Pri kakovosti v zdravstvu upoštevamo predvsem naslednja načela:

- na znanju osnovana zdravstvena obravnava
- zdravstvena obravnava s pacientom v središču
- brezpogojno medsebojno sodelovanje

Pri izobraževanju na področju kakovosti smo pozorni na naslednja načela:

- delo se opravi po sprejetih standardih
- timsko delo in timski pristop k pacientu
- individualna obravnava pacienta
- individualna odgovornost
- sistemski pristop
- uvajanje sprememb
- merjenje kakovosti
- nenehno izobraževanje na področju kakovosti
- jasna obravnava problemov in zdravstvenih zapletov

Standardi in kriteriji zagotavljajo in pospešujejo kakovost zdravstvene nege in so korigirani in nujen pripomoček za delo v praksi. Vendar je potrebno poudariti, da je kljub oblikovanemu standardu potrebno pacienta vedno obravnavati individualno in glede na njihovo stanje, potrebe in probleme načrtovati in izvajati zdravstveno nego (Hajdinjak, 2006, str. 26)

V izobraževalnem sistemu izhajamo iz tega, da je na področju zdravstvene nege potrebno narediti red in sistematiko. Stvari je potrebno sistematično približati izvajanju in ne po nepotrebnem komplicirati. Tim naj deluje kot homogena celota, z jasnimi cilji in pričakovanji, potrebno je brezpogojno sodelovanje. Od kolektivne odgovornosti je potrebno čim prej preiti k individualni odgovornosti. Tu mislimo predvsem na individualno kritiko in pohvalo.

Jasno je, da so na področju zdravstva prisotne nenehne spremembe, katerim se moramo prilagoditi. Na tem področju je potrebno zdr. delavce vzpodbuditi k izobraževanju, ki je nujna za strokovno rast. Poleg tega pa nenehno raziskovanje na področju zdravstvene nege.

Namen raziskovanja v zdravstveni negi je razvijati znanje, ki podpira in usmerja razvoj celotne zdravstvene nege, tako dejavnosti kot discipline. Raziskovanje omogoča izboljševanje kakovosti zdravstvene nege in njen dvig na profesionalni nivo (Hajdinjak, 2006 str. 46.)

Zato morajo pripadniki stroke znanje stalno in neprekinjeno dopolnjevati in posodabljeni. To ni prepuščeno le posameznikovi iniciativi, ampak je normativno urejeno in je dolžnost in obveznost vsakega pripadnika stroke, ki v njej poklicno deluje. Ta znanja si pridobiva in pogloblja na kongresih, strokovnih seminarjih in drugih oblikah strokovnega izpopolnjevanja (Hajdinjak, 2006, str. 46).

SKLEP

Vsem skupaj nam je lahko v veliko veselje, da na področju zdravstvene nege doživljamo velike spremembe v pozitivnem smislu. Medicinske sestre se izobražujejo na področju zdravstvene nege vse do akademskih nazivov. Področje kakovosti je postala pomembna komponenta v zdravstvu in obenem tudi dobra povratna informacija o opravljenem delu.

LITERATURA

Hajdinjak G., Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Visoka šola za zdravstvo Ljubljana, 2006.

Inovativna validacija – oblika dela z dementnimi starostniki

Daniela Mörec

dipl. m. s., Dom starejših Rakičan

Demenca je upad kognitivnih sposobnosti pri človeku. Obubožani so predvsem spomin, sposobnost mišljenja, učenja, govora, presoje. Demenca vodi v propad osebnosti.

Najpogostejša oblika demence je Alzheimerjeva bolezen, sledi pa ji demenca zaradi prekrvavitvenih motenj v možganih – ICV, atrofija možganov, nastane pa lahko tudi zaradi tumorjev, možganskih poškodb, alkoholizma, zastrupitev in Parkinsonove bolezni. Gre za sindrom, ki ga povzročajo možganske bolezni in progresivno napreduje.

Validacijo je razvila ameriška sociologinja Naomi Feil. Gre za obliko dela z dementnimi ljudmi, kjer je osnova zaupanje, spoštovanje, empatija in sprejemanje človeka takšnega kot je. V slovenskem prostoru imamo trenutno pet učiteljic validacije, ki so pri svojem študiju vnesle značilnosti naših ljudi in pokrajine in jih vključile v delo z dementnimi starostniki, zato govorimo o inovativni validaciji.

Demenco delimo v štiri stadije, ki imajo svoje značilnosti in specifične oblike obravnave v posameznem stadiju.

STADIJ 1 – POMANJKLJIVA ALI NESREČNA ORIENTACIJA

V tem stadiju prihajajo do izraza težave zaradi nerazčiščenih odnosov dementnih ljudi iz preteklosti, zato so tudi nesrečni. Krajevno in časovno so še orientirani, prihaja pa do motenj kratkoročnega spomina. Svojce obtožujejo kraje, ali da jih želijo zastrupiti, zato tudi pogosto odklanjajo hrano. Ne zmorejo izražati občutkov. Zaprejo se vase in ne marajo dotikov.

Osnovna načela dela z dementnim starostnikom v prvem stadiju so:

- da se osredotočimo na človeka
- nikoli ne sprašujemo zakaj, postavljamo le vprašalnice na K (kaj, kdaj, kdo)
- uporabljamo kratke in jasne stavke, ponavljamo besede, povzemamo vsebino
- vključujemo glasbo, petje
- se izogibamo dotikov

STADIJ 2 – ČASOVNA DEZORIENTACIJE

Začnejo se vračati v preteklost, ker ja zanje bolj varna, obujajo spomine, sedanosti skorajda nimajo. Pozabljajo imena znanih oseb, se ne spominjajo obrazov, ne vedo povedati od kod so. Družabne igre postajajo zanje obremenjujoče, saj pozabljajo pravila, zato se radi skregajo. Radi imajo svoj »red«, ki ponavadi za bližnje ni pravi. **Dotiki jim v tem stadiju veliko pomenijo – božanje po licu je materinski dotik, božanje po glavi – očetovski in po ramenu ali zgornjem delu roke – prijateljski.**

V tem stadiju jih ne opozarjamo na njihove pomanjkljivost (kako vendar ne veš, kdo sem). Pomembna je neverbalna komunikacija, ki pa mora biti skladna z verbalno. Veliko vlogo igrajo dotiki, ki pomirjajo.

STADIJ 3 – PONAVLJAJOČI SE GIBI

Pešanje umskih in telesnih sposobnosti, ki se nadaljuje privede do tipičnih gibov, kot so : hoja gor in dol tudi po več ur, če jih ne ustavimo, mlaskanje, škripanje z zobmi, enolično brisanje po mizi, zibanje. S tem želijo vzbuditi pozornost in si dati občutek, da še živijo. To je lahko zelo utrujajoče.

V tem stadiju je pomembno, da znamo vzpostaviti:

- očesni kontakt
- dotike (kot bazalna stimulacija)
- zrcaljenje – ponavljamo gibe v enakem ritmu kot dementna oseba
- ponavljamo besede z mirnim toplim glasom

STADIJ 4 – STADIJ ŽIVOTARJENJA

Ponavadi ležijo v postelji v embrionalnem položaju, se ne gibljejo, ne izražajo nobenih želja, umaknejo se v svoj svet, oči so zaprte, govorna komunikacija zelo težavna in redka.

Tehnike validacije v tem stadiju so predvsem:

- dotiki v obliki bazalne stimulacije
- mirna glasba iz njihove mladosti
- umirjen govor
- aroma terapije

SPLOŠNA NAČELA PRI DELU Z DEMENTNIMI STAROSTNIKI

Odnos do dementni ljudi mora biti spoštljiv, razumevajoč, potrpežljiv, vljuden in pristen, temeljiti mora na zaupanju. To pa so vrednote, ki v današnjem času ugašajo.

Pri delu z dementnimi ljudmi moramo upoštevati nekatera načela verbalne in neverbalne komunikacije, da lahko vzpostavimo zaupljiv in pristen kontakt.

- Uporabljamo kratke, enostavne stavke in govorimo počasi.
- Vedno damo le eno navodilo, nikoli ne govorimo izza hrbta ali celo iz drugega prostora (ker nas ne vidi, ga zmedemo).
- Poslušamo, ko nam pripoveduje svoje spomine in ga ne prekinjamo.
- Vedno uporabljamo imena in ne zaimkov.
- Če nas zamenja za nekoga izmed svojih, se vživimo v vlogo.
- Vzpostavimo očesni kontakt, pri govoru ne krilimo z rokami.
- Dotiki naj bodo nežni.

Posledice nerazumevanja lahko sprožijo agresijo stres, strah, povzročijo nezaupanje in zapiranje vase. Z vključevanjem in vzpodbudami ter s pravilnim pristopom lahko časovno odmaknemo prehode iz lažje v težje oblike demence in izboljšamo kvaliteto življenja.

LITERATURA

Van Hülsen A. Validacija Firis & CO. d.n.o Logatec, 2008

Van Hülsen A. Zid molka, 2008

Breznikar Kučan S. Delo z osebami z demenco, interno izobraževanje, 2006

Vakselj N, Hojan V. Dovolite, da naredim, kar še zmorem, 2.psihogeriatrično srečanje, 2000

Bolnik z multiplo sklerozo

Alenka Duh

dipl. m. s.

Olga Flisar Holcman

dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Murska Sobota, Interni oddelek

MULTIPLA SKLEROZA (MS)

Je pogosta avtoimunska nevrološka bolezen, za katero je značilna prostorska in časovna razpršenost sprememb v belini osrednjega živčevja (OŽ).

Diagnoza MS je še vedno klinična, to pomeni, da nimamo specialne preiskave, s pomočjo katere bi jo lahko zanesljivo prepoznali, imamo pa preiskave, ki nam to lahko lajšajo.

Dokončno diagnozo omogoča šele spremljanje kliničnih simptomov oz. znakov ter rezultati ustreznih preiskav.

Bolezen je poznana že dolgo časa. Leta 1868 je pionir nevrologije Francoz Jean-Martin Charcot opisal znake in mikroskopske spremembe pri dveh bolnicah z MS. To so motnje vida, ravnotežja, mravljinčenje, ohromelost, ...

Na tveganje, da neka oseba zbolí za MS, vpliva zemljepisna širina. Na svetu je obolenih približno 2,5 milijona ljudi. Odstotek bolnih je večji v Severni Ameriki in severni Evropi, južni Kanadi, na jugu Avstralije ter na Novi Zelandiji. Število bolnikov je večje v ekonomsko razvitih državah. Redkeje zbolijo prebivalci Azije – Kitajske, Japonske, Južne Amerike, Afrike. Ogroženost oseb črne rase je pol manjša, kot ogroženost bele rase na enaki zemljepisni širini. Najnovejša študija je pokazala več bolnikov predvsem med izobraženci in srednjim oz. višjim slojem.

Za MS ne zbolevalo Eskimi in Bantu črnci v Afriki.

Slovenija leži v osrednji Evropi in jo prištevamo med področja z veliko razširjenostjo MS (60 – 90 obolenih na 100.000 prebivalcev). Imamo več kot 2500 bolnikov.

Ženske zbolijo pogosteje kot moški. Zbolijo najpogosteje osebe med 20. in 40. letom starosti, bolezen je redkejša po 45. letu starosti (5 – 10%).

MS ni dedna, je pa večja nagnjenost k bolezni tam, kjer je nekdo že zbolel.

ANATOMIJA – ZGRADBA OSREDNJEGA ŽIVČEVJA

Slika 1: Osrednje živčevje

Sestavljajo ga veliki in mali možgani, možgansko deblo in hrbtenjača. Možgani in hrbtenjača so sestavljeni iz sive snovi – sivine, v kateri so telesa živčnih celic in bele snovi – beline, kjer so mielinizirani podaljški živčnih celic (živčna vlakna). Ti tvorijo živčne proge, poti po katerih potujejo živčni impulzi. (slika 2)



Mielinska ovojnica živčnega vlakna je zelo pomembna za hitrost prevajanja impulzov. Prevajanje po mieliniziranem živčnem vlaknu poteka skokovito, ker je mielinska ovojnica prekinjena s številnimi zažetki. Stanjšanje mielinske ovojnice ali celo njen propad povzročita upočasnitev ali celo blok prevajanja, kar izzove ustrezne simptome oz. znake. Mielinske ovojnice živčnih vlaken tvorijo posebne celice, oligodendrociti. V belini so tudi druge celice, ki sodelujejo pri celjenju poškodovanih živčnih vlaken, kar lahko vodi do nastanka brazgotin – skleroze.



Slika 2: Prevajanje po živčnem vlaknu

PATOLOGIJA MS

Pri MS v OŽ nastanejo brez pravega reda razpršena različno velika vnetna žarišča iz propadlih maščobnih mielinskih ovojnic, ki so ovijala živčna vlakna. Razporejena so okoli drobnih žil, v beli, manj v sivi snovi. Pojavijo pa se tudi ob votlinah v OŽ. Natančno jih lahko prikažemo z MR-jem. Propad mielina je povezan tudi z okvaro in propadom živčnih vlaken, ki so ovita z mielinsko ovojnico. Gola živčna vlakna so bolj izpostavljena vnetnemu delovanju. Nepopravljivi znaki nastanejo zaradi okvare živčnih vlaken in stanje bolnikov je povezano s številom še delujočih živčnih vlaken. Le redko je vnetni proces pri MS zelo akuten in od vsega začetka zelo napredujoč, takrat govorimo o akutni oz. Marburgovi obliki MS. Okvare so tu zelo obsežne, razširijo se po celem živčevju in zelo hitro uničijo poleg beline še možgansko sivino.

Spremembe v OŽ so posledica:

- vnetja
- propadanja mielina
- okvare živčnih vlaken
- brazgotinjenja

Sprva se lahko propadle mielinske ovojnice še obnovijo (remielinizirajo). Ozdravljenje ni popolno, saj so nove mielinske ovojnice tanjše, razdalje med zažetki za prenos dražljajev pa krajši. V začetku, ko bolezen še ni tako napredovala, nastajanje novega mielina vsaj delno izboljša delovanje živčevja, ob napredovalem procesu pa je uspešno popravljanje okvar vedno manj verjetno.

Danes ločimo pri bolnikih z MS različne patološke vzorce:

- v ospredju je dejavnost vnetnih celic ali
- nastanek protiteles ali
- propadanje celic – oligodendrocitov.

Z različnimi vzorci sprememb v OŽ pojasnimo različen potek bolezni in različno odzivnost na zdravljenje.

SIMPTOMI IN ZNAKI MS

Simptomi so motnje, ki jih opisujejo bolniki:

- mravljinčenje,
- vrtoglavice,
- motnje vida.

Znaki so spremembe, ki jih pri pregledu ugotovi zdravnik:

- spremembe v mišični napetosti,
- oslabeledost oz. manjša mišična moč,
- živahnejši refleksi.

Najpogostejše motnje na začetku bolezni so motnje občutljivosti oz. senzorične motnje (mravljinčenje, občutek iglic ali otrplost v okončinah, pogosteje spodnjih kot zgornjih, preobčutljivost okončin).

Bolečina je pri bolnikih z MS simptom oz. sindrom, ki vpliva na občutljivost in čustva, pomeni spremembo, poruši ustaljeno ravnotežje v telesu in sproži plaz spremenjenih odzivov. Pogostejša je pri starejših, dlje bolnih in bolj spastičnih bolnikih. Ta je žgoča, boleče mrzla ali pa strese kot elektrika.

Ohromelost se običajno pojavi najprej na spodnjih okončinah, pogosteje je en ud bolj prizadet. Tam so refleksi bolj živahni. Spremenjen je tudi mišični tonus.

ZNAKI PRIZADETOSTI MALIH MOŽGANOV

- motnje spretnih, koordiniranih gibov,
- ciljanih gibov,
- tresenje glave in trupa,
- skandirana govorica (krajši in daljši premori med govorom, govor v zlogih),
- hoja (negotova, zanašajoča – ataktična).

Znaki prizadetosti možganskega debla

- prizadeti so različni možganski živci,
- pojavi se dvojni vid in delna ohromitev obraznega živca,
- redkeje prizadetost slušnega in trivejnega živca,
- motnje požiranja, zavesti, potenja, dihanja.

Dvojni vid je zelo pogosta motnja pri bolnikih z MS, pri 12–18 % je začetni bolezenski znak.

Vrtoglavica je v začetku redek simptom, pozneje bolniki večkrat tožijo zaradi zanašanja oz. negotove hoje (občutek vinjenosti ob hoji).

Motnje mokrenja, odvajanje blata, spolne motnje so pogosto spregledane, najpogosteje se pojavijo po desetih letih bolezni. So posledica okvare hrbtenjače in možganskega debla – pojavijo se sočasno s težavami pri hoji.

Utrudljivost – bolniki pogosto tožijo zaradi utrudljivosti, ki jo lahko opišejo kot pomanjkanje energije. Popoldan je hujša kot zjutraj, stopnjuje jo tudi vročina, povezujejo jo tudi s stopnjo depresivnosti.

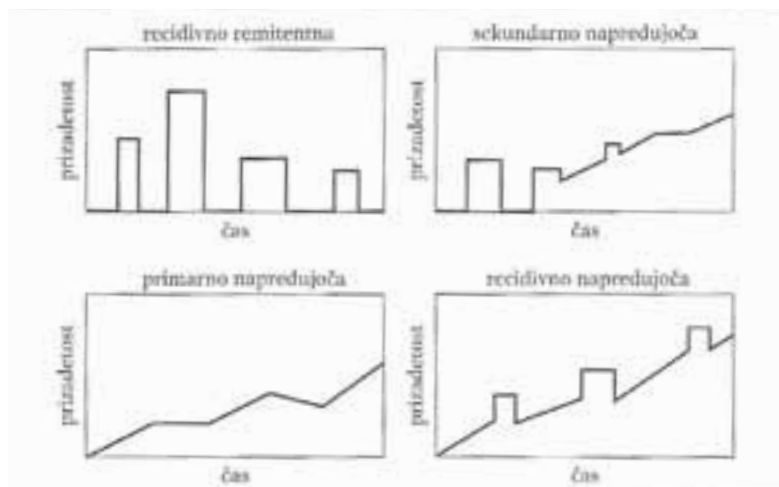
Stres – različni avtorji so izpostavili žalost in skrb kot pomembna dejavnika stresa, ki lahko vplivata na nastanek in napredovanje MS.

Psihične motnje se kažejo v obliki t. i. razpoloženskih motenj (nenadzorovano smejanje, jokanje, neustrezen odziv na razmere). Pojavi se čustvena nestanovitnost.

Depresija je pogosta, pojavi se vsaj pri 50% bolnikov, pogosti znaki so otožnost, pomanjkanje veselja, zanimanja za opravljanje običajnih dejavnosti, motnje spanja, utrudljivost, nemir, psihomotorična upočasnjenost, zmanjšanje teka, telesne teže.

Spoznavne (kognitivne motnje) so motnje spomina, pozornosti, zmogljivosti učenja, presoje razmer, priklica in skladiščenja podatkov. So pomemben vzrok prizadetosti bolnikov in vplivajo na kakovost njihovega življenja.

POTEK BOLEZNI



Slika 3: Potek multiple skleroze

Stopnjo prizadetosti ocenjujemo s KURTZKEJEVO LESTVICO (1-10).

RRMS prvi simptomom oz. znakom bolezni sledi manjše oz. večje izboljšanje. Simptomi oz. znaki se lahko večkrat ponovijo, poslabšanja imenujemo **zagoni**.

O ponovnem zagonu govorimo, ko se simptomi pojavijo mesec dni po prejšnjem. Ta oblika lahko po 6 do 10 letih preide v sekundarno napredujočo MS. Pri primarno napredujoči MS se znaki vsaj 12 mesecev postopoma nepretrgano slabšajo, brez vmesnih izboljšanj, ta je pogostejša pri bolnikih s pozno MS (32%).

Dejavniki, ki vplivajo na poslabšanje MS:

- toplota in hlad,
- telesna obremenitev,
- vnetja,
- cepljenja,
- poškodbe,
- izpostavljenost na delovnem mestu.

ZDRAVLJENJE MS

Z učinkovinami poskušajo delovati na:

- vnetno dogajanje – nenormalni imunski odziv v telesu,
- propustnost možgansko-žilne pregrade,
- dogajanje v OŽ.

Z zgoraj navedenimi učinki želijo:

- zmanjšati število zagonov,
- vplivati na simptome in znake pri zagonu,
- preprečiti oz. odložiti prizadetost.

Zdravljenje MS delimo v:

- zdravljenje akutnih bolezenskih zagonov,
- preprečitev novih zagonov,
- zdravljenje napredujočih oblik bolezni,
- simptomatsko zdravljenje.

ZDRAVLJENJE ZAGONOV

Danes se dajejo IV infuzije metilprednizolona, kortikosteroida, tri do pet zaporednih dni. Uspešne so v prvih letih zdravljenja. Delujejo protivnetno, izboljšajo prevajanje po živčnih vlaknih.

ZDRAVLJENJE RECIDIVNO-REMITENTNE MS

Poteka z imunomodulatornimi zdravili, seveda pa morajo zato biti izpolnjeni kriteriji oz. merila:

- RRMS,
- starost 18-55,
- najmanj dva zagona v zadnjih dveh letih,
- osebe z ohranjeno sposobnostjo samostojne hoje.

To zdravljenje je odsvetovano:

- nosečnicam,
- osebam z depresijo,
- alkoholikom,
- osebam z rakom,
- z neobvladljivo epilepsijo.

Na voljo so zdravila:

zdravilo	odmerek	način uporabe
interferon beta-1b (Betaferon)	250 µg (8 ME)	podkožno vsak drugi dan
interferon beta-1a (Avonex)	30 µg (6 ME)	v mišico enkrat na teden
interferon beta-1a (Rebif)	22 µg (6 ME)	podkožno trikrat na teden
	44 µg (12 ME)	podkožno trikrat na teden
glatiramer acetat (Copaxone)	20 mg	podkožno vsak dan

Natalizumab (Tysabri), daje se v obliki infuzije enkrat mesečno.

Zdravljenje z imunomodulatornimi zdravili je dolgotrajno, tako da moramo bolnike seznaniti z možnimi nezaželenimi učinki zdravljenja. Ti podatki so za bolnika zelo pomembni, ker se lahko zgodi, da bolnik zaradi strahu prekine zdravljenje.

Najpogostejši neželeni učinki zdravljenja z interferoni beta so:

- spremembe na mestu vboda,
- gripozni znaki,
- zvišana telesna temperatura,
- mrzlica,
- bolečine v mišicah,
- utrujenost,
- glavobol,
- laboratorijske spremembe krvi.

Zdravljenje z interferoni beta je pri nekaterih bolnikih le prehodno uspešno. Neuspešno zdravljenje je lahko posledica hitrega napredovanja bolezni, vzrok pa nastanek nevtralizirajočih protiteles proti interferonom beta.

Glede poteka bolezni in zdravljenja lahko negujemo znanstveno utemeljeni optimizem, ob hitrosti novih odkritij je verjetnost novosti, ki prinašajo vsaj oprijemljivi napredek, utemeljena.

LITERATURA

Mojca Kambič - Budkovič dr. med. O zdravljenju multiple skleroze. Ljubljana: Schering AG, Berlin, podružnica za Slovenijo, 2004.

Mojca Kambič - Budkovič dr.med. Multipla skleroza. Društvo multiple skleroze Slovenije, 2000.

Program vadbe pri osebah z multiplo sklerozo: Bayer Schering Pharma Berlin, prevod fizioterapevte Nevrološke klinike Ljubljana.

Bayer Schering Pharma: Navodilo za pripravo in uporabo zdravila betaferon

Komunikacija kot ključni element profesionalnega delovanja medicinske sestre

Simon Šemerl

dipl. zn., Splošna bolnišnica Murska Sobota

UVOD

Pravica varovanca do informiranosti je v sodobni družbi ključnega pomena celovite zdravstvene obravnave varovanca. Komunikacija je pogosto za profesionalce v zdravstveni negi nekaj samoumevnega, zavedati se je začnemo tedaj, kadar pride do trenja med nami in sogovornikom. Učinek komuniciranja, kot zapletenega procesa se moramo naučiti v sklopu mnogih predavanj. Tako moramo pri komuniciranju upoštevati tako načela humanosti, etičnih meril, vsestranske strpnost, kakor tudi sposobnost posameznika za doseganje sprejemanja naših vrednot. Tako je učinkovita komunikacija med dvema osebama tista, pri kateri si prejemnik razlaga sporočilo pošiljatelja enako, kot je le-ta želel, da bi si.

V članku smo predstavili pomen verbalne in neverbalne komunikacije, kot ključna elementa našega interaktivnega delovanja z varovancem. Izhajali smo iz vidika zdravstvene nege, ki je vpeta v interdisciplinarno vlogo profesij, ki s svojimi aktivnostmi vplivajo na zdravstveno obravnavo varovanca.

MEDOSEBNI ODNOS MEDICINSKA SESTRA – VAROVANEC

Razmerje med medicinsko sestro in varovancem je nekaj **posebnega**. Fromer (1981, cit. v Rumbold, 1999) navaja, da so to posebna razmerja, tista v katerih smo zadolženi za posamezno delo in obljuge in v katerih posamezna vrsta dela predstavlja nekaj več kot le socialni stik.

American Nurses Association (1976, cit. v Rumbold) je že takrat menila, da je medsebojno delovanje med medicinsko sestro in varovancem zgrajeno na zaupanju in ohranjanju dostojanstva človeka, ter da je komunikacija pomemben element pri delu medicinske sestre. Komunikacija z nekom, ki ga ne poznamo, je mnogo težja kot pa z nekom, ki ga poznamo že od prej, kar potrjujejo tudi različne študije. V teh ugotavljajo, da s komunikacijo dosežemo, da je varovanec, zadovoljen z zdravstvenimi delavci in mnogo bolje sodeluje pri svojem zdravljenju, kar se odraža tudi na njegovem boljšem in predvsem hitrejšem ozdravljenju. Vse to pogojujejo različni faktorji, med drugim dobra komunikacija medicinske sestre.

Hayland (2002) v raziskavi navaja, da v primeru uspešne komunikacije med zdravstvenimi profesionalci in varovanci, varovanci pridobijo mnogo več pri interakciji zdravstvenih profesionalcev z njim – varovanec razume, kaj mu skušajo zdravstveni profesionalci povedati, si zapomni navodila, priporočila, ... in s tem tudi sledi navodilom, ki mu jih je medi-

cinska sestra povedala. Torej iz tega lahko sklepamo, da je prava beseda rečena na pravem mestu najpomembnejša za uspešnost in seveda uspešnost samega zdravstvenega sistema. Komunikacija je pogosto za profesionalce v zdravstveni negi nekaj samoumevnega. Zavedati se pa začnemo tedaj, kadar pride do trenja med nami in sogovornikom. Holden (1988) pravi, da vedno puščamo možnost napačne interpretacije naših dejanj, kar pa se drastično poveča ob spremenjenih stanjih, predvsem v starosti in ob bolezni, s čimer se strinja tudi Giles & Coupland (1991, cit. v Le May, 1999).

Komunikacijski model ima štiri pomembne komponente:

- vir sporočila, ki bo poslano
- poslano sporočilo
- kanal za prenos sporočila
- sprejemnik (Le May, 1999)

VERBALNO IN NEVERBALNO IZRAŽENA KOMUNIKACIJA

Verbalna komunikacija zajema le majhen odstotek naše prezentacije, mnogo večji odstotek namreč zavzema neverbalna komunikacija. Tako se pri verbalni komunikaciji osredotočamo predvsem na izrečene besede, višino, barvo glasu, med tem ko, vse ostalo od skomiga z rameni, pogleda po sobi, dviga obrvi spada med neverbalno obliko komuniciranja (Kittrell Chitty, 2001). Zavedati se moramo tudi kulturnih, kakor seveda tudi bio-psiho-socialnih značilnosti, itd.

B/V: »Boli me noga!«

M.S.: »Ne sekirajte se, bo minilo.«

Pravilneje:

M.S.: »Kako dolgo vas boli, kdaj se je začelo.«

B/V: »Bojim se, da bodo ugotovili, kje sem in bodo prišli za mano.«

M.S.: »Ne bojte se, tukaj vam noben ne bo nič naredil.«

Pravilneje:

M.S.: » Kdo pa so oni?«

Torej medicinska sestra ne pomanjšuje problema varovancev in pokaže zanimanje za njegovo skrb. Kot pravi Mehrabian (1972, cit. v La May, 1999) sta verbalna in neverbalna komunikacija v neprestani povezani interakciji, s čimer se strinja tudi La May (1999) in dodaja, da le-to zavestno in podzavestno uporabljamo v vsakodnevnih interakcijah.

Agyle (1994, cit. v La May, 1999) je sestavila listo najpomembnejših neverbalnih »pojavnov«, ki se uporabljajo, in sicer izraz obraza, »dolg pogled«, gestika, gibanje telesa, položaj telesa, dotik, obleka in pojavnost v prostoru.

Edwards in Brillhart (1981, cit. v La May, 1999), dodajata še naslednjo komponento čas informiranja. S tem se strinjam tudi sam, saj menim, da za podajanje informacije ne sme biti problem čas. Če nam bo le-ta problem, potem se moramo vprašati, kako bomo podali informacijo, če pa še časa nimamo, kar pa je najhujše, pozabimo na človeka. Down (1986) pravi, da na razumevanje podanega sporočila vplivajo tudi socialne, kognitivne in kulturne značilnosti posamezne osebe. Bigg (1993) pri tem pripomni, da na razumevanje povedanega vpliva tudi starost, pričakovanja, strah, kar pa vse nedvomno zmanjšuje sposobnost razumevanja informacije podane med komuniciranjem (La May, 1999).

INFORMIRANJE VAROVANCA

Kar nekaj različnih kazalcev naredi posredovanje podatkov zelo kompleksno nalogo:

- varovanci se med seboj razlikujejo v sposobnosti razumevanja (Greenwald & Nevitt, 1982),

- kompetenc MS (Schoene-Seifert & Childress, 1986),
- informacijske privilegiranosti (Cassileth, Rupkis, Sutton-Smith & March, 1980),
- mnogokrat so informacije zelo kratke, zaradi pomanjkanja časa (Morse et al., 1992), zato mnogokrat ni časa, da bi preverili ali so varovanci razumeli informacijo,
- razlike v mišljenju, katero informacijo varovanec potrebuje (cit. v Northouse, 1997).

Ker sta zadovoljstvo in medsebojno sodelovanje v interpersonalni komunikaciji združene, bo komunikacija postala bolj učinkovita, ko bodo MS podajale informacijo v empativnem in pozitivnem medsebojnem sodelovanju z varovancem (Northouse, 1997).

Varovanci bodo lažje sprejeli naša priporočila ob informiranju, če nam bodo zaupali. Ko nam varovanci zaupajo, poskušamo vse, da njihovega zaupanja ne izgubimo. Zaupanje mnogokrat izvira iz pričakovanj sodobne tehnologije, ki je v zadnjih desetletjih doživela nedvomni razcvet. To je, kot pravi Leydon (2000), vzrok, zakaj nočejo podrobnejših informacij, ampak le toliko, da spodbudijo zaupanje, vendar se moramo zavedati, da kljub sodobni tehnologiji ni moč narediti čudežev, česar se zdravstveni profesionalci dobro zavedamo.

Vera in zaupanja igrata pomembno vlogo. Verjeti, da smo v dobrih rokah zdravstvenih profesionalcev pa je mnogokrat dovolj, da dodatnih informacij s strani zdravstvenih profesionalcev ne potrebujemo ali pa ravno nasprotno, da nas spodbudi k iskanju vedno novih ažurnih informacij, zato morajo varovanci imeti vedno možnost, da nas karkoli vprašajo. Seveda pa se moramo zavedati svojega poslanstva, svoje profesionalne vloge, ki jo opravljamo. (Leydon, 2000)

Kot smo že mnogokrat omenili, lahko napačno podana informacija le škoduje. Če pridemo k varovancu in mu povemo, da mu bomo nastavili infuzijo, je za nas to nekaj povsem običajnega, a za varovanca, ki je že tako ali tako bolan lahko pomeni: »Moje stanje se je poslabšalo, nočejo mi povedati, vendar me šopajo s tekočinami za katere sploh ne vem, kaj so!« (Leydon, 2000)

Največji problem pa je seveda čas in ignoriranje prošenj varovancev, čeprav so le te izražene neverbalno. Res je, da dobimo mnogo teoretičnih znanj v času študija, a je aplikacija v prakso nekaj povsem drugega.

Varovanje osebnih podatkov obsega pravne, organizacijske in ustrezne logično tehnične postopke in ukrepe, s katerimi se preprečuje nepooblaščenim ali neregistriranim dostop do prostorov, strojne in programske opreme, slučajno ali nenamerno nepooblaščen uničevanje podatkov, njihove spremembe ali izgube, kakor tudi nepooblaščen dostop, obdelava in posredovanje ter njihova uporaba.

Medicinska sestra igra pomembno vlogo pri informiranju. Njene prioritete naloge vključujejo predvsem informiranje o stanju (šola za diabetike, hemofilike, ...) za katere se od varovancev pričakuje, da bi vedeli, kaj se oziroma se bo dogajalo z njihovim zdravstvenim stanjem, na kaj morajo biti pozorni, česa se izogibati, itd. Prav tako je njena naloga, da informira varovanca o njegovih pravicah, različnih dietah, itd. (Kittrell Chitty, 2001).

Zavedati se moramo, da se interakcija zdravstvenih profesionalcev ne začne pri diagnozi, ampak pri osebi, ki že tako s strahom vstopa v zdravstveno ustanovo. Vse pa neobhodno spremlja zbiranje podatkov, katerih pravne zaščite se moramo zavedati! V naši interakciji nam pomagajo predvsem naše izkušnje. Preko teh spoznavamo moč komunikacije, informacijsko moč.

Zakon o varstvu osebnih podatkov, Uradni list Republike Slovenije št. 8/90, v 2. členu določa: »Varstvo osebnih podatkov obsega pravice, načela in ukrepe, s katerimi se preprečujejo nezakoniti in neupravičeni posegi v integriteto človekove osebnosti, njegovega osebnega in družinskega življenja zaradi zbiranja, obdelave, shranjevanja in posredovanja osebnih podatkov ter njihove uporabe.

Varovanje osebnih podatkov obsega pravne, organizacijske in ustrezne logično tehnične postopke in ukrepe, s katerimi se preprečuje nepooblaščenim ali neregistriranim dostop do prostorov, strojne in programske opreme, slučajno ali nenamerno nepooblaščen uničevanje podatkov, njihove spremembe ali izgube, kakor tudi nepooblaščen dostop, obdelava in posredovanje ter njihova uporaba.«

Zavedati se moramo, da se interakcija zdravstvenih profesionalcev ne začne pri diagnozi, ampak pri osebi, ki že tako s strahom vstopa v zdravstveno ustanovo. Vse pa neobhodno spremlja zbiranje podatkov, katerih pravne zaščite se moramo zavedati!

Zakon o varstvu osebnih podatkov, Uradni list Republike Slovenije št. 8/90, v 3. členu določa: »Zbirke podatkov, ki vsebujejo osebne podatke, se lahko vzpostavijo, vodijo in vzdržujejo samo na podlagi zakona ali na podlagi pisne privolitve posameznika, na katerega se podatki nanašajo.«

Zakon o varstvu osebnih podatkov Uradni list republike št. 8/90 Slovenije v 8. členu določa: »Osebni podatki se smejo zbirati, obdelovati, shranjevati in posredovati samo za namene, določene v zakonu ali za namene, razvidne iz privolitve, posameznika in ne smejo biti uporabljeni na način, ki ni združljiv s temi nameni.«

SPREJEMANJE ODLOČITEV IN INDIVIDUALNA PROFESIONALNA ODGOVORNOST

Nikoli ne vemo, kako bo varovanec reagiral na naš odgovor. Torej, ali je boljše, da pove-mo resnico najprej svojcem, in šele nato varovancu. To je zagotovo vprašanje na katerega pravilnega odgovora ni, še posebej takrat, kadar smo v bolnišnici in smo neprimerno bolj dojemljivi za vsako informacijo, ki jo dobimo s strani zdravstvenih profesionalcev.

Naša odločitev o informiranju lahko rezultira v mnoge smeri; lahko se zgodi, da se varovanec zaradi tega potegne vase, postane depresiven, ali pa sprejme svoje stanje in postane dodatno pozitivno motiviran za svojo čimprejšnjo ozdravitev, ali vsaj zaustavitev napredovanja svoje bolezni.

Ob informiranju se moramo zavedati, da nam bodo tako varovanci, kakor tudi svojci, postavljali mnoga vprašanja, na kar pa tudi mi ne bomo znali odgovoriti, kot so: »Ali bo lahko še naprej sam jedel, se umival?«. Varovanci se mnogokrat bolj sproščeno pogovarja-jo z medicinsko sestro in tako od nje pričakujejo, da pozna odgovore na določena vpraša-nja »predvsem jih skrbi njihova avtonomija in ali bodo povsem odvisni od nas, ...«.

Najtežje pa je, kot pravi Varga (1980, cit. v Rumbold, 1999), povedati varovancu, da je njegovo zdravstveno stanje prešlo v terminalno fazo. Zato lahko nekateri razumejo, zakaj se zdravniki in medicinske sestre branijo tega opravila. To je zagotovo en izmed najmanj pričakovanih del, ki jih pričakujemo, preden se podamo študirat.

Medicinske sestre so običajno vezni člen, mnogokrat prve in zadnje pozdravijo varo-vanca, ga pokrijejo, mu vzamejo kri, ... in le-ta tudi umre pred njihovimi očmi, ali celo v objemu njihovih rok, ko ga še v njegovih poslednjih trenutkih prepričujejo, da ne bo umrl, ampak bo zaspal, saj je utrujen od dolge, dolge poti.

INFORMIRANJE – VPLIV NA AVTONOMIJO, AKTIVNO VLOGO IN ODGOVORNOST

V našem zdravstvenem sistemu, je še vedno tako, da imamo ob zdravstvenem zavarova-nju določene postopke in posege zastoj. Vendar se v mnogih državah sveta mora vsako preiskavo posebej plačati; tako je zavedanje o pravi informaciji toliko resnejše. Torej, do-klер bomo imeli določene postopke in posege zastoj, se ne bomo ne mi, kakor tudi ne naši varovanci zavedali pomena informiranja.

Rumbold (1999) poudarja, da se moramo zavedati pomena komuniciranja ne samo pri varovancih, ampak tudi pri svojcih. Velikokrat so svojci v skrbeh za svojega člana. Medi-cinska sestra ima vso pravico, da ga informira v okviru svoje pristojnosti. Svojci ne morejo vedno prihajati na razgovore ob naprej postavljenih urah, zato je pomembno, da se pri-lagodimo potrebam varovančevih svojcev. Sicer pa že ob sprejemu pacienta povprašamo, komu lahko posredujemo informacije. Podajanje informacije, brez ustreznega komuni-

ciranja lahko kaj hitro izgubi svoj pomen, saj se moramo zavedati, da brez ustreznega komuniciranja vsakršna informacija izgubi svoj pomen.

Za uspešne odnose velja načelo vzajemnosti, ki nas uči, da je pomembno tako dajati kot sprejemati. Torej, da znamo poslušati izpovedi drugih in da tudi mi z drugimi delimo svoje izkušnje, da pomagamo varovancem in znamo poprositi za pomoč, ko jo potrebujemo.

Rober et al (1995, cit. v Rumbold, 1999) pravi, da morajo zdravstveni profesionalci spoštovati varovanca kot individuum in udeleženca pri reševanju svojih problemov, kar povečuje zadovoljstvo in preko tega vzpodbuja njegovo nadaljnje sodelovanje v procesu zdravstvene nege.

ZAKLJUČEK

S pomočjo ustreznega informiranja, ki vključuje podajanje informacije in znanje veščin komunikacije, lahko varovanca usmerjamo na poti k doseganju ciljev obravnave, ki morajo zmeraj biti usmerjeni v spodbujanje, krepitev, ohranjanje in doseganje zdravja vsakega posameznika, saj s tem pozitivno vplivamo tudi na odnos družbe do zdravja kot vrednote in ustvarja podobo zdravstvenega sistema, ki mu pripadamo.

Ustrezna informiranost varovanca pomeni, da ta s svojim aktivnim sodelovanjem, kot osrednji del obravnave, s svojimi odločitvami vpliva na njeno vsebino in smer poteka in s tem posredno tudi na njeno učinkovitost.

Čas, kot komponenta, predstavlja oviro za popolnejše in učinkovito komuniciranje, saj pogosto ni dovolj časa za vzpostavitev pristnega in konstruktivnega odnosa z varovanci in njihovimi svojci.

Boriti se moramo proti vzpostavljanju negativnih vezi med medicinsko sestro in varovancem, saj se moramo zavedati, da varovanec ne sme postati pasiven objekt, ki je ujet v naših rokah, pri čemer je nedvomno izrednega pomena tudi interdisciplinarno delo v zdravstvenem timu.

Poudariti moramo, da z ustreznim komuniciranjem vplivamo na varovanca, saj je povod bolnikovega aktivnega sodelovanja, katerega se moramo zavedati vsi zaposleni v zdravstvu, saj bo varovanec, s svojo odločitvijo, vodil in izbral način delovanja v procesu zdravljenja in zdravstvene nege.

Zavedati se moramo, da varovanec ne sme biti številka, o katerem govorimo, ampak mora predstavljati in biti vključen v vsak trenutek našega dela z njim. Nujno je, da postane del strokovnih smernic.

LITERATURA

- Hyland D. An exploration of the relationship between patient autonomy and patient advocacy. V: *Nursing ethics 2002. Implication for nursing practice*, 2002: 472-482.
- Kittrell Chitty K. *Concepts & challenges V: Professional nursing*, Philadelphia: W.B. Saunders, 2001; 18: 456-470.
- Le May C. A. *Communication challenges in old age*. V: Ross F. M., Redford J. S. *Nursing older people*. Edinburgh (etc.): Churchill Livingstone, 1999; 11: 183-193.
- Northouse L. L. *Communication and nursing practice*. V: Oermann, M.H. *Professional Nursing Practice*. Stamford: CT: Appleton & Lange, 1997: 139-159 -6.
- Rumbold G. *Ethic in nursing practice*. Edinburgh: Bailliere Tindall, 1999; 10: 151-191.
- Zakon o varstvu osebnih podatkov. Uradni list Republike Slovenije, št. 8/1990.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije, št. 9/1992.

Patronažna zdravstvena nega pacienta z vensko golenjo razjedo

Dragica Jošar

*dipl. m. s., ET, Patronažna služba
Zdravstveni dom Murska Sobota
patronaza@zd-ms.si; 02 5341 324*

POVZETEK

Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi venske golenje razjede je zelo velika, različna in se spreminja glede na načrt zdravstvene nege, ki ga skupaj s pacientom izdelata na podlagi ugotovljenih potreb ter oblike sistema zdravstvene nege, ki ga pacient zmore. Cilj patronažne zdravstvene nege je izravnava primanjkljaja samooskrbe pacienta, če je potrebno tudi pri njegovih svojcih, ter čimprejšnja povrnitev zmožnosti samooskrbe pacienta. Za doseg te ciljev patronažna medicinska sestra vključi terapevtske aktivnosti. Delovanje patronažne medicinske sestre je usmerjeno v motiviranje, nudenje pomoči, nadziranje golenje razjede, poučevanje in zdravstveno vzgajanje. Pomembno je, da s sodobnim pristopom pri obravnavi pripomore pacientu do visoke stopnje samooskrbe. Uporaba sodobnih oblog pri zdravstveni negi golenje razjede pacientu zmanjša bolečino, zmanjša obiske patronažne medicinske sestre in pospeši celjenje golenje razjede. Obravnava golenje razjede temelji na poznavanju pacientovega zdravstvenega stanja, odnosa do bolezni, značajskih posebnosti, življenjskih navad in razvad, socioekonomskih življenjskih pogojev, sodelovanja svojcev ..., predvsem pa na medsebojnem zaupanju in zastavljanju realnih ciljev. Sodobna oskrba, ki temelji na celjenju v vlažnem okolju in uporabi sodobnih pripomočkov, predstavlja za vsako patronažno medicinsko sestro strokovni izziv in možnost racionalnega načrtovanja zdravstvene nege.

Gljučne besede: patronažna zdravstvena nega, venska golenja razjeda, patronažna medicinska sestra, samooskrba pacienta, zdravstvena vzgoja.

ABSTRACT

The role of a district nurse affects the quality of care received by patients presenting with a venous leg ulcer. The management of this condition changes according to the nursing plan developed by a nurse together with the affected patient and is based on the identified nursing needs, the patient's compliance and the self-care the patient is capable of performing.

The goal of district nursing care is to assist the patients with self-care deficit and enable them to take care of themselves independently as soon as possible, involving also family members. Different therapeutic methods are used for this purpose. Motivation, offering support, monitoring the leg ulcer and health education are at the forefront of the nurse's activities. Current approaches in the treatment are used to help the patient gain the highest level of independent self-care and rapid restoration of their former functioning. The dressings alleviate pain, decrease the need for nurse's assistance and speed the recovery.

The treatment is based on the assessment of the patients' needs, the attitude towards their altered health condition, their emotional state, general lifestyle, socio-economic circumstances and family members' support and above all the mutual trust and realistic goals of treatment.

The application of dressings which provide the optimal local microclimate conditions for healing of the wound presents a professional challenge and also a possibility of rational nursing treatment planning.

Key words: district nursing, venous leg ulcer, district nurse, patient's self care, health education.

PATRONAŽNO VARSTVO IN PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA

Patronažna zdravstvena nega je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se na pacientovem domu, v zdravstvenem domu in lokalni skupnosti. Polivalentna patronažna zdravstvena nega je v svoji preventivni in kurativni dejavnosti aktivna skrb za zdravje posameznika znotraj družine in v lokalni skupnosti. Staranje prebivalstva, zmanjšane možnosti medgeneracijske skrbi za obolele svojce in vse hitrejšje odpuščanje pacientov iz bolnišnice v domačo oskrbo, so nekateri od razlogov, da se je razmerje prevesilo močno v prid kurativne zdravstvene nege. To zahteva vedno širše strokovno znanje in timsko povezovanje z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki. Patronažne medicinske sestre se mnogokrat znajdemo v dilemi, kako obvladati vsa široka strokovna znanja in negovalne potrebe pacientov vseh starosti, v različnih stiskah in težavah, predvsem pa polnih nerealnih pričakovanj ob večji ali manjši pripravljenosti lastnega aktivnega sodelovanja.

V patronažni zdravstveni negi se pri obravnavi pacienta z golenjo razjedo največ uporablja model samooskrbe Oremove, ki temelji na odgovornosti za lastno zdravje in zmognosti, sposobnosti in odgovornosti za samooskrbo in konceptualni model Hendersonove, ki izhaja iz osnovnih človekovih potreb, ki jih mora vsak človek zadovoljiti v doseganju krepitve zdravja. Patronažna medicinska sestra v proces zdravstvene nege aktivno vključuje pacientko in njeno družino, katerega izvaja s pomočjo teorij, modelov in konceptov zdravstvene nege. Vloga patronažne medicinske sestre se pri obravnavi venske golenje razjede spreminja glede na načrt zdravstvene nege, ki ga skupaj s pacientom izdelata na podlagi ugotovljenih potreb ter glede na obliko zdravstvene nege, ki jo pacient in njegovi bližnji zmorejo. Delovanje patronažne medicinske sestre temelji na ohranjanju sposobnosti pacienta, ki jih še ima in na čimprejšnjo povrnitev že izgubljenih sposobnosti. Za cilj si postavi samooskrbo pacienta in družine. Patronažna medicinska sestra je vselej gost na domovih ljudi, znati mora dobro opazovati, biti mora obzirna, sposobna adaptiranja vedno novih situacij in sposobna razumeti stanja drugih ljudi.

Patronažna zdravstvena nega se izvaja na podlagi naročila izbranega osebnega zdravnika ali pooblaščenega zdravnika, dežurnega zdravnika ter izjemoma po naročilu zdravnika specialista, ki je pacienta obravnaval v bolnišnici. Na tem področju mora medicinska sestra v patronažnem varstvu pridobiti še višjo stopnjo samostojnosti pri odločanju o prioriteti negovalnih problemov, kar zagotovo pomeni večjo kvaliteto in kakovost izvajanih zdravstvenih storitev, ki ji sledi tudi stroškovna učinkovitost (Šušteršič, Horvat, Cibic, 2006). Frekvenca kurativnih patronažnih obiskov in trajanje zdravstvene nege je odvisna predvsem od zdravstvenega stanja pacienta in njegovih socialno-ekonomskih zmognosti.

V patronažni zdravstveni negi se pri obravnavi posameznika poslužujemo celostnega pristopa. Pri obravnavi bolnega pacienta na domu se ne posvečamo samo njemu, ampak tudi njegovi najožji družini. Naloga patronažne medicinske sestre, ki izvaja zdravstveno nego na domu je, da pacientu pomaga, ga uči samooskrbe in ga pri tem podpira. Prav tako je važno, da k sodelovanju pritegne tudi svojce.

ZDRAVSTVENA NEGA GOLENJE RAZJEDE NA PACIENTOVEM DOMU

Bolezni ven na spodnjih udih so zaradi svoje pogostosti, kroničnega poteka, dolgotrajnega zdravljenja in relativno pogostih zapletov pomemben socialno-medicinski problem (Mlačak, 2002). Venska golenja razjeda je rezultat kroničnega venskega popuščanja in povečanja pritiska v povrhnjih in globokih venah spodnjih udov.

Golenja razjeda je najpogostejša kronična rana v patronažni zdravstveni negi. Zdravljenje je večkrat povezano z medicinskimi, socialnimi in tudi finančnimi težavami. Vemo, da se ležalna doba hospitaliziranih pacientov skrajšuje, kar nujno zahteva nadaljevanje ambulantnega zdravljenja, predvsem pa zdravljenje na domu, s pomočjo dobro organizirane in strokovno usposobljene patronažne službe. Pomembno je, da patronažna medicinska sestra s sodobnim pristopom pri obravnavi pripomore pacientu do visoke stopnje samooskrbe.

Sodobni koncept delovanja patronažne medicinske sestre temelji na zagotavljanju možnosti samooskrbe, pri pacientih, ki tega ne zmorejo, pa pomoč v tistih aktivnosti, ki zagotavljajo zadovoljitev osnovnih življenjskih aktivnosti.

Terapevtske aktivnosti zdravstvene nege pri obravnavi golenjih razjed so:

- nadomeščanje nesposobnosti samooskrbe golenjih razjed,
- nadzor nad rano,
- profesionalna zdravstvena nega,
- upoštevanje želja pacienta po pomoči,
- svetovanje, motiviranje, učenje, vodenje in nadzor samooskrbe.

Pomembne aktivnosti pacienta pri venski golenji razjedi so:

- sposobnost oskrbe golenje razjede,
- sposobnost kompresijskega povijanja,
- telesna aktivnost,
- pravilna prehrana,
- skrb za telesno higieno,
- redno jemanje zdravil.

Vse aktivnosti pa so odvisne od psihofizičnega, socialnega in zdravstvenega stanja ter osveščenosti pacienta in svojcev.

Dejavniki, ki vplivajo na sposobnost samooskrbe:

- starost,
- spol,
- stopnja razvoja,
- zdravstveno stanje,
- sociokulturni dejavniki,
- dejavniki zdravstvenega sistema,
- družinske razmere,
- življenjske navade,
- dejavniki okolja in
- razpoložljivi resursi.

Tako kot pri večini bolezni, je tudi pri obravnavi pacienta z golenjo razjedo pomembno timsko delo patronažne medicinske sestre, izbranega splošnega zdravnika, medicinske sestre, zdravnika specialista, včasih tudi socialne službe in dobro sodelovanje pacienta. Patronažna medicinska sestra je koordinatorka vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom (Sklep Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego, z dne 17. decembra 2003, o vlogi patronažne dejavnosti). Patronažna medicinska sestra obvešča izbranega zdravnika (splošnega ali specialista) pisno ali po telefonu o stanju golenje razjede mesečno, ob kontroli ali ob poslabšanju. Patronažna medicinska sestra je tista oseba, ki je največkrat pri pacientu z golenjo razjedo, ona je tista, ki pozna razmere in okoliščine, v katerih pacient živi in biva, zato lahko najbolj realno

oceni, kakšen način oskrbe bi bil pri konkretnem pacientu najbolj primeren glede na njegove psihofizične sposobnosti, njegov način življenja, stanovanjske razmere, zdravstveno stanje in prognozo. Pacienti, ki potrebujejo pomoč patronažne medicinske sestre, so predvsem starostniki in težko pomični, osamljeni, ki živijo v neugodnih življenjskih pogojih.

Za razliko od institucionalne oskrbe, kjer se izvaja zdravstvena nega venske golenje razjede v prostoru, prilagojenem za te namene, se mora patronažna medicinska sestra prilagajati slehernim stanovanjskim in bivalnim pogojem ter v danih situacijah skupaj s pacientom najti najprimernejši prostor in način za izvedbo negovalne intervencije. Vloga patronažne medicinske sestre pri zdravljenju golenje razjede ni le v težnji po čimprejšnji ozdravitvi, ampak v veliki meri v zdravstveno-vzgojnem delovanju in to v takšni meri, da bodo pacient in svojci poučeni in sposobni samonege in samooskrbe. Pri pacientih, ki jih sprejmemo v obravnavo in so se negovali sami ali s pomočjo svojcev, najdemo običajno razjede zanemarjene, neizčiščene, obložene, okolna koža pa je prekrita s plastmi neodstranjenih mastnih krem, odmrlih kožnih celic in nemalokrat vneta. Nedolgo nazaj je bila med ljudmi prisotna miselnost, da se rane ne smejo zaceliti. Veliko truda smo vložili v prepričanje, da je potrebno že najmanjšo rano strokovno oskrbeti. Težko je ljudem, pa tudi v strokovnih krogih, dopovedati, da za čiščenje zadošča pitna tekoča in primerno ogreta voda ter nevtralno milo. Žal to še vedno v marsikateri hiši zaradi slabih bivanjskih pogojev ni možno. Način oskrbe venske golenje razjede je odvisen od naših možnosti, preprečiti pa moramo, da bi se obveza na rani zasušila in bi povzročila poškodbe tkiva ter bolečine. Vsekakor so pravilen izbor sodobne obloge, ki jih izbiramo selektivno po oceni rane. Poleg že znanih lastnosti sodobnih oblog se v domačem okolju zdijo primerne, ker ščitijo rane pred vdorom umazanije in bakterij, predvsem pa omogočajo manjšo frekvenco obiskov. Za pravilno izbiro primerne obloge, je potrebno dobro poznavanje oblog in njihovo delovanje.

Patronažna medicinska sestra pacienta in svojce poskuša z metodo demonstracije in s spodbujanjem naučiti sposobnosti samooskrbe golenje razjede. Seznanji jih z nabavo potrebnih materialov, o rednem jemanju zdravil; mnogi pacienti jemljejo zdravila neredno in se ne zavedajo vpliva jemanja zdravil na celjenje razjede. Potrebujejo vedno nove razlage in spodbude. Patronažna medicinska sestra jih motivira, da bodo poskrbeli za ustrezno prehrano pacienta, saj z ustrezno uravnoteženo prehrano in nadomeščanjem specifičnih hranilnih snovi, lahko pospešimo postopek celjenja rane. Seznanji jih tudi o pomembnosti osebne higiene, saj redna nega nog izboljša krvni obtok in preprečuje dodatno okužbo. Gibanje pacientov z golenjo razjedo je zelo pomembno. Večina pacientov z golenjo razjedo, ki so v patronažni obravnavi, se giblje le po stanovanju, pa še to minimalno, zato je slaba prekrvavljenost spodnjih okončin dodaten zaviralni dejavnik pri celjenju razjede.

Pri zdravstveni negi venske golenje razjede ne smemo pozabiti na pravilno kompresijsko povijanje, kajti kompresija je pomemben dejavnik zdravljenja pri golenji razjedi, ko ima ta kot vzrok dokazano vensko insuficienco. Kompresijska terapija se izvaja z dolgoelastičnimi in kratkoeleastičnimi povoji. Patronažna medicinska sestra ima vlogo edukacije pacienta in svojcev za pravilno nameščanje teh povojev. Žal mnoge venske golenje razjede, ki jih patronažna medicinska sestra oskrbuje niso diagnosticirane, zato izvaja kompresijsko terapijo po navodilu zdravnika. Pravilna izbira sodobne obloge in sočasna uporaba ustrezne oblike kompresijske terapije sta prava pot k želenemu cilju. To je ozdravljena venska golenja razjeda in s tem pacientu povrnjeno normalno življenje.

DOKUMENTIRANJE

Zdravstvena nega pacienta z vensko golenjo razjedo na domu se dokumentira pisno. Še boljše in lažja ocena stanja venske golenje razjede pa je, če poleg tega še naredimo zaris rane in če imamo možnosti tudi fotografijo. Pri pacientu z golenjo razjedo so pomembni obrazci za oskrbo golenjih razjed. Patronažna medicinska sestra pred obiskom pregleda negovalno dokumentacijo. V njej je zapisana negovalna anamneza (pacientove pretekle

izkušnje, ki so povezane z zdravljenjem in zdravstveno nego golenjih razjed), ocenitev in merjenja golenjih razjed, zaris rane, lokacija in velikost golenjih razjed, uporaba sodobnih oblog, kompresija.

Pomembno je, da svoje delo in rezultate natančno, sprotno in objektivno dokumentiramo, tako z besedo, kot sliko in meritvami, zaradi vrednotenja in zagotavljanja kakovosti zdravstvene nege. Gre za kronološki pregled opravljenega dela in rezultatov tega dela pri pacientu. Pomanjkljivo dokumentiranje negira in razvrednoti pomen aktivnosti patronažne medicinske sestre.

Venske golenje razjede se zdravijo počasi, napredki so vidni po tednih, ne po dnevih oskrbe; poslabšanje zaradi spremenjene ali celo neustrezne oskrbe pa lahko izniči dolgotrajna prizadevanja, zato je pomembno, da tehniko oskrbe, ki se je izkazala za učinkovito tudi nadaljujemo. Za uspešno izvajanje zdravstvene nege golenje razjede je pomembno usklajeno in poenoteno informiranje in učenje pacienta znotraj celotnega tima. Zato je potrebna medsebojna obveščenost o tem, kaj pacientom svetujemo in kakšne informacije jim posredujemo. Le tako bomo pridobili in obdržali zaupanje pacienta.

ZAKLJUČEK

Celjenje venske golenje razjede je zelo dolgotrajno, včasih tudi trajno in napredujoče. Vse to vpliva na kakovost življenja pacientov. Pogosto predstavlja niz stresnih izkušenj, kot so bolečina, telesne temperature, neprespene noči in spremembe v načinu življenja.

Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi pacienta z venko golenjo razjedo je velika, pa ne samo v vlogi nadaljevanja kontinuirane skrbi za pacienta, ampak mnogokrat v primarnem prevzemanju odgovornosti za pacienta, ki ostane izključno v oskrbi patronažne medicinske sestre in jih ne vidijo niti izbrani zdravniki. Za prevzemanje tako odgovorne naloge pa so potrebni strokovna usposobljenost, sodobni pripomočki in spodbudno domače okolje. Pri tem je pomembna kvaliteta našega odnosa in profesionalna medsebojna komunikacija. Patronažna medicinska sestra upošteva pri obravnavi psihofizično in socialno celovitost pacienta, njegovo družinsko in širše okolje. Za ugotavljanje potreb po zdravstveni negi so potrebne informacije in podatki, ki jih patronažna medicinska sestra pridobi v pogovoru s pacientom, s svojci, z opazovanjem, meritvami in analizo dokumentacije. Določi cilje in intervencije, ki jih izvaja. Vse to dokumentira in sproti vrednoti.

S svojim delovanjem aktivira skrb in zanimanje pacienta za lastno zdravstveno stanje. Pomembno je sodelovanje pacienta in medsebojno zaupanje. Pri obravnavi venske golenje razjede so metode delovanja patronažne medicinske sestre usmerjene v motiviranje, nudenje pomoči, nadziranje, poučevanje in zdravstveno vzgajanje pri oskrbi golenjih razjed. Svetuje o zdravem načinu življenja in obnašanja ter opozarja na rizične faktorje, ki lahko ogrozijo zdravje. Ocenjuje, kdo, kdaj in kaj je sposoben pacient ali družina storiti zase, in česa ne, pri oskrbi venske golenje razjede. S pravo mero znanja in izkušenj bo patronažna medicinska sestra dosegla, da bo pacient razumel položaj, v katerem se nahaja, iskal ustrezne rešitve in izvajal priporočila, ki so mu bila podana v dani situaciji.

LITERATURA IN VIRI

- Andrenšek B. Vloga patronažne sestre pri oskrbi kronične rane. V: Smrke, D. (ur.). Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane/ Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo, Portorož, 2-3. junij 2006. Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, Kirurška klinika, Klinični center, 2006: 114-117.
- Batas R. Dokumentiranje zdravstvene nege bolnika s kronično rano na domu. V Gavrilov, N. Trček, M. (ur.). Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije, Ljubljana 2006-2007. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego, 2007: 346-348.
- Brložnik M., Cibic D., Horvat M., Peternelj A., Šušteršič O. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega- nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. Utrip, št. 1, januar 2007.
- Hajdinjak G., Meglič R. Sodobna zdravstvena nega: Univerza v Ljubljani. Visoka šola za zdravstvo, 2006.
- Horvat M. Pomen kakovostne informacije v kontinuirani zdravstveni negi in oskrbi pacienta. V: Filej B. e tal. (ur.). Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: Zbornik referatov in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 78-83. Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana, 2005.
- Jošar D. Pacient z varikoznim sindromom spodnjih okončin. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2008.
- Kecelj-Leskovac N. e tal. Priporočila za zdravljenje in preventivo venske golenje razjede. Društvo za oskrbo ran Slovenije. Zbornik predavanj. Bled, april 2005: 25-38.
- Mlinar Rupnik B. Zdravstvena nega okolice rane, kot faktor kakovosti. V: Smrke D. (ur.). Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane/ Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo. Zbornik predavanj, Portorož, 2-3. junij 2006. Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, Kirurška klinika, Klinični center, 2006: 86-88.
- Vilar V. Sodobne obloge za zdravstveno oskrbo razjed. V Gavrilov N., Trček M. (ur.). V: Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije, Ljubljana 2006-2007. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego, 2007: 333-335.

Okužbe, povezane z zdravstvom

Irena Šumak

dipl. m. s.

Srednja zdravstvena šola Murska Sobota

IZVLEČEK

Okužbe, povezane z zdravstvom, se pravi okužbe v zvezi z zdravljenjem in zdravstveno nego, predstavljajo v svetu, kot tudi pri nas, vedno večji problem. Povzročitelji teh okužb so pogosto mikroorganizmi, ki so odporni proti številnim antibiotikom. V zadnjih letih se je v svetu zmanjšalo tudi število novih proti – bakterijskih učinkovin. Prav zato so še vedno na prvem mestu standardni ukrepi, od teh najpomembnejša higiena rok, ki zmanjšajo in preprečujejo okužbe, povezane z zdravstvom. Ob teh ukrepih se izvajajo tudi ukrepi kapljične, aerogene in kontaktne izolacije. Izbira izolacije je odvisna od bolnikove diagnoze, odredi pa jo zdravnik.

Ključne besede: okužbe, zdravstvo, odporne bakterije, standardni ukrepi, izolacija.

UVOD

Že v daljni zgodovini, ko še niso vedeli, kaj povzroča nalezljive bolezni, so na podlagi izkušenj z osamitvijo in karanteno preprečevali prenos bolezni. Zdravnik Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865) je uvedel umivanje rok kot pomemben ukrep za preprečevanje okužb. Prva navodila o osnovnih zaščitnih ukrepih v zdravstvu je objavilo Ameriško bolniško združenje 1968 leta. Center za nadzor bolezni in preprečevanje v Atlanti (CDC – Centres for Disease Control and Prevention) ima v skrbi preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni po vsem svetu. Zadnja navodila o izolacijskih ukrepih so bila posredovana zdravstvu leta 2007. Tudi v Sloveniji imamo strokovnjake, znane zdravnike in medicinske sestre, ki spremljajo delo v svetu in svoje znanje ter izkušnje posredujejo sodelavcem, kar se odraža v vsakodnevni praksi, v skrbi za bolnikovo zdravje in varnost.

HCAI (healthcare – associated infections)

Okužbe povezane z zdravstvom (healthcare – associated infections – HCAI) so bolezni oz. patološke spremembe, ki so povezane s prisotnostjo kužnega agensa ali njegovega produkta, do katere je prišlo zaradi izpostavljenosti zdravstveni oskrbi.

Sem spadajo:

- bolnišnične okužbe (BO),
- okužbe pri bolnikih v negovalnih ustanovah in v ustanovah za dolgotrajno oskrbo,
- okužbe pri bolnikih, ki potrebujejo stalno ambulantno oskrbo (dializa, kemoterapija),
- stalna medicinska oskrba na domu.

Novi izraz so uvedli zaradi spoznanja, da lahko okužbe, ki nastanejo zunaj bolnišnic, povzročajo tudi povzročitelji, ki so odporni proti številnim antibiotikom. HCAI pridobijo tisti bolniki, ki imajo dejavnike tveganja za okužbo z mikroorganizmi, ki so vsakdanji povzročitelji bolnišničnih okužb. To so bakterije, glive, paraziti ali drugi prenosljive agensi, ki so večinoma del normalne človeške flore. Zaradi možnosti razširitve v okolico in zahtevnega zdravljenja predstavljajo veliko grožnjo za javno zdravje (Muzlovič in Tomič, 2009, str. 36).

DEJAVNIKI TVEGANJA

Najpogostejši dejavniki tveganja za nastanek in hujši potek okužb so:

- intubacija,
- traheotomija,
- umetna ventilacija,
- dializa,
- invazivni diagnostični in terapevtski posegi,
- žilni katetri,
- parenteralna prehrana,
- urinski katetri,
- vsadki iz umetnih materialov,
- transplantacija organov,
- bivanje na intenzivnem oddelku.
- sladkorna bolezen,
- alkoholizem,
- jetrna ciroza,
- kronične ledvične bolezni,
- opekline,
- kronične bakterijske bolezni (tuberkuloza),
- virusne bolezni (hepatitis B,C, HIV),
- rakasta obolenja,
- zdravljenje z antibiotiki in drugimi zdravili,
- debelost,
- starost nad 65 let in drugi.

ESKAPE

Ameriško združenje za infekcijske bolezni (Infectious Diseases Society of America, IDSA) je zaradi vedno več naraščajočih bakterijskih odpornosti proti antibiotikom izpostavilo najbolj težavne bakterije s kratico ESKAPE. Sem spadajo:

- E, enterococcus faecium (VRE),
- S, Staphylococcus aureus (MRSA, CA – MRSA),
- K, Klebsiella pneumoniae in Escherichia coli, ki izločata laktamaze beta širokega spektra (ESBL),
- A, Acinetobacter baumannii (pogoste okužbe ob naravnih katastrofah),
- P, Pseudomonas aeruginosa (pogoste okužbe sečil),
- E, Enterobacter species (okužbe ran). (Beović, 2009, str. 10)

RAZISKAVE O BOLNIŠNIČNIH OKUŽBAH

Oktober 2001 so v 19 slovenskih bolnišnicah izvedli enodnevno raziskavo o bolnišničnih okužbah.

V raziskavo je bilo vključenih 6695 bolnikov, od tega je bilo 4,6% bolnikov z BO, največja je bila prevalenca okužb sečil 1,2%, nato pljučnice 1%, sledile so okužbe kirurških ran 0,7% in sepse 0,3%.

Največji delež bolnikov je bil v EIT 26,9%.

Najpogosteje je bil dokazan povzročitelj *Staphylococcus aureus* (18,2%), nato *Escherichia coli* (10,2%), sledi proti meticilinu odporen *S. aureus* (MRSA, 16,6%).

Največji delež okužb je bil pri bolniki z osrednjim venskim katetrom, perifernimi žilnimi katetri, urinski katetri, hospitalizirnimi v EIT. (Kotnik Kevorkijan in Simonović, 2009, str. 52).

Oktober 2001 je bilo zajetih v raziskavo tudi 24 enot intenzivne terapije v Sloveniji.

Vključenih je bilo 235 bolnikov, sledili so jim šest tednov, 63 pacientov (26,8%) je imelo BO.

Največ je bilo okužb dihal (74,6%), sledile so okužbe sečil (12,7%), nato sepse (11,1%). Najpogostejši povzročitelji so bile enterobakterije (*P. aeruginosa*., *K. pneumonia*), sledi MRSA.

Največji delež okužb je bil pri bolnikih z osrednjim venskim katetrom, pri bolnikih z umetnim predihavanjem, urinskim katetrom, predhodne operacije.

Smrtnost je bila večja v internističnih enotah (19,7%) kot v kirurških, (7,22%). (Kotnik Kevorkijan in Simonović, 2009, str. 53).

NOVI ANTIBIOTIKI?

Po svetu opažajo širjenje odpornih bakterijskih sevov, katerih vzroki so predvsem: staranje prebivalstva, zahtevni postopki zdravljenja, nezadostna bolnišnična higiena, predpisovanje antibiotikov v nasprotju s priporočili, pomanjkanje hitrih diagnostičnih metod za ugotavljanje povzročiteljev okužb in občutljivosti za antibiotike. Okužbe se širijo mnogo hitreje kot odobritev novih antibiotikov, zato smo poklicani vsi zdravstveni delavci, da z doslednim izvajanjem standardnih ukrepov v zdravstvu, preprečujemo in tako obvladujemo okužbe, povezane z zdravstvom.

ZGODOVINA STANDARDNIH UKREPOV V ZDRAVSTVU

Na svetu so že več tisoč let pred našim štetjem poznali higienske predpise, med katerimi je bilo tudi umivanje rok. Zdravnik Ignaz Philipp Semmelweis (1818 –1865) je zahteval umivanje rok in dodatno razkuževanje v 3 % raztopini klorovega apna pred ginekološkim pregledom porodnic in po njem. Tako so zmanjšali pojav poporodne mrzlice. Ljubljanski porodničar Alojz Valenta (19. stoletje) je podprl Semmelweisa in zahteval enake ukrepe pri poučevanju babic. V začetku 20. stoletja so v kirurgiji že zahtevali natančno umivanje in razkuževanje rok s 70 do 80 % etanolom. Medicinske rokavice je v kirurgijo leta 1890 uvedel Holstedt. Rokavice so uporabljali pri aseptičnih posegih. Uporabljali so jih tudi za zaščito zdravstvenih delavcev (inficirane rane, rektalne in vaginalne preiskave, preiskave ustne sluznice). Že takrat so priporočali tehniko nedotikanja.

STANDARDNI UKREPI V ZDRAVSTVU

Standardni ukrepi v zdravstvu so prvi in najpomembnejši ukrepi, ki jih moramo izvajati zdravstveni delavci pri vseh bolnikih, ne glede na diagnozo ali infekcijsko etiologijo. Standardni ukrepi zajemajo.

- higieno rok,
- uporaba osebne varovalne opreme,
- varno odlaganje uporabljenih pripomočkov, instrumentov,

- čiščenje, razkuževanje, sterilizacijo,
- uporabo opreme za oživljanje,
- pravilno odlaganje ostrih predmetov v zbiralnike,
- rokovanje, prevoz in pranje uporabljenega perila,
- prostorsko namestitvev bolnika,
- varno delo v laboratoriju.



Slika 1: *Higiena rok* (Šumak, 2006)

• UMIVANJE ROK • RAZKUŽEVANJE ROK



Nohi so kratko pristrženi. Pestarjev med delom ne nosimo!



Roke zmočimo z mlačno vodo.



Nanesemo milo ali razkuževalno raztopino.



Umivamo ali razkužimo dlan ob dlan, gib naredimo 5 do 10 krat.



Umivamo ali razkužimo prste blaznice in nohte, gib naredimo 5 do 10 krat.



Umivamo ali razkužimo palca obeh rok, gib naredimo 5 do 10 krat.



Umivamo ali razkužimo medprste prostori, gib naredimo 5 do 10 krat.



Umivamo ali razkužimo hrbtice leve in desne roke, gib naredimo 5 do 10 krat.



Umivamo tudi zapristje, gib naredimo 5 do 10 krat.



Roke speremo od karic prstov navzdol.



Roke po umivanju dobro osušimo. Razkužila na rokah običajno bledemo!



Naglogosteje slabo umita ali slabo razkužena mesta na rokah!

PRIPRAVILA: SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENO NEGO KLINIČNEGA CENTRA LJUBLJANA
POTRDLA: KOMISIJA ZA PREPREČEVANJE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB KC, November 2005

Slika 2: Umivanje rok – razkuževanje rok (Dolinšek in sodelavci)

IZOLACIJA, VEZANA NA NAČIN PRENOSA OKUŽB

Pri **kontaktni izolaciji** preprečujemo prenos okužb s stikom. Najpomembnejši ukrep za preprečevanje prenosa okužb s stikom je higiena rok.

Izolacijski ukrepi:

- enoposteljna soba s sanitarijami, lahko tudi kohortna izolacija;
- oddaljenost več kot 1 m od ene posteljne enote do druge;
- uporaba rokavic ob vsakem stiku z bolnikom, bolnikovo neposredno okolico in pripomočki, ki so prišli z njim v stik;
- uporaba zaščitne halje ob neposrednem stiku z bolnikom in njegovo neposredno okolico;
- uporaba čim več predmetov za enkratno uporabo;
- uporaba zaščitne maske pri prevezi večje rane, pri bolniku fizioterapije, aspiracije dihalnih poti in intubacije.

Kontaktno izolacijo izvajamo najpogosteje pri okužbi ali kolonizaciji z na antibiotike neobčutljive bakterije (MRSA, VRE, ESBL), pri nekaterih otroških okužbah z drisko (rotavirus, salmonela), pri okužbah z drisko, ki jo povzroča *Clostridium difficile*, okužbo s šigelo, *E. coli O157:H7*, bolnikih s hepatitisoma A in E.



Slika 3: Varovalna oprema (Šumak, 2006)

S kapljično izolacijo preprečujemo prenos okužb, ki se prenašajo s kapljicami, ki nastajajo med kašljanjem, kihanjem in govorjenjem. Največja možnost okužbe je, če je razdalja med dvema osebama manjša od 30 cm. Z ukrepi preprečujemo stik kapljic, ki vsebujejo mikroorganizme, s sluznico oči, nosu ali ust dovzetne osebe.

Izolacijski ukrepi:

- namestitev bolnikov v oddaljenosti več kot 1 m med posteljama, možna je tudi kohortna izolacija;
- osebe nosi zaščitno masko, če se približa bolniku, ki kašlja, na razdaljo, manjšo od 1 m;
- ob tesnem stiku z bolnikom si po potrebi nadenemo zaščitna očala ali vizir;
- bolnika prevažamo le, če je to nujno potrebno; če bolnik močno kašlja, naj nosi zaščitno masko;
- obiske omejimo na največ dve osebi; če gre za tesen stik, tj. manj kot 1 m, priporočamo za obiskovalce zaščitne maske;
- v praksi največkrat združujemo kapljično in kontaktno izolacijo.

Kapljično izolacijo izvajamo pri tistih bolnikih, ki imajo bolezenske znake okužb respiratornega trakta, ob epidemijah okužb, ki se prenašajo kapljično (gripa), in pri znanih okužbah, pri katerih je potrebna kapljična izolacija (oslovski kašelj, gnojni meningitis).



Slika 4: Kirurški maski in zaščita oči (vizir), (3M)

Aerogena izolacija preprečuje prenos okužb, ki se širijo z razprševanjem majhnih kapljičnih delcev (aerosolov), ki lebdijo v zraku in lahko potujejo na daljše razdalje z gibanjem zraka. Okužimo se z vdihavanjem takih aerosolov.

Izolacijski ukrepi:

- enoposteljna soba s sanitarijami z negativnim zračnim pritiskom; potrebno je posebno prezračevanje; možna je tudi kohortna izolacija (združujemo bolnike s podobnimi okužbami);
- vrata sobe morajo biti zaprta;
- ob vstopu v sobo si nadenemo zaščitni respirator FFP3;
- čim več preiskav opravimo v sobi bolnika;
- če je prenos bolnika iz sobe nujno potreben, mu nadenemo kirurško masko;
- omejimo obiske, tudi obiskovalci morajo imeti zaščitne maske.

To vrsto izolacije izvedemo pri okužbi z noricami in pasavcem, pri ošpicah, akutni tuberkulozi in sindromu akutnega oteženega dihanja (SARS), ali če sumimo, da gre za eno od teh bolezni.



Slika 5: Respiratorna maska, (3M)

Zaščitna izolacija

Zaščitna izolacija je namenjena bolnikom s hudo ali dolgotrajno nevtropenijo in bolnikom po alogeni presaditvi krvotvornih matičnih celic (PKMC) v nevtropeničnem obdobju, z reakcijo presadka proti gostitelju, pri katerih predstavlja zelo veliko nevarnost vdihavanje spor gliv. Te navadno izvirajo iz zunanjega okolja in postanejo del bolnišničnega ozračja, kadar ni filtracije zraka; lahko pa izvirajo iz bolnišničnega okolja.

Ogroženi so tudi bolniki, ki prejemajo velike odmerke kortikosteroidov ter bolniki z obsežnimi opekljami. (Lužnik Bufon, 2009, str. 163).

ZAKLJUČEK

Problem odpornih bakterij se tako v svetu, kot pri nas, povečuje hitreje kot izbira in odobritev novih in učinkovitih proti – bakterijskih zdravil. Vsi zdravstveni delavci, posebej medicinske sestre, ki so največ ob bolniku, morajo dosledno izvajati ukrepe za preprečevanje in obvladovanje okužb v zdravstvu. Etika in tudi zakonodaja zavezuje vse zdravstvene delavce, da skrbijo za bolnikovo zdravje in ob tem preprečujejo dodatne okužbe.

LITERATURA

- Beović B. Novi antibiotiki: Kaj potrebujemo in kaj lahko pričakujemo. V: Beović B. et al. (ur.). Okužbe povezane z zdravstvom: Novosti. Ljubljana: Sekcija za kemoterapijo SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center: Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo MF, 2009: 9 – 15.
- Dragaš, A. Z., Škerl, M. Higiena in obvladovanje okužb. Ljubljana: Založba ZRC SAZU, 2004.
- Dragaš, A. Z. Mikrobiologija z epidemiologijo. Ljubljana: DZS, 2004.
- Marolt – Gomišček, M., Radšel – Medvešček, A. Infekcijske bolezni. Ljubljana: Tangram, 2002.
- Muzlovič I, Tomič V. Okužbe, povezane z zdravstveno oskrbo. V: Beović B. et al. (ur.). Okužbe povezane z zdravstvom: Novosti. Ljubljana: Sekcija za kemoterapijo SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center: Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo MF, 2009: 35 – 40.
- Kotnik – Kervorkijan B, Simonović Z. Epidemiologija okužb, povezanih z zdravstvom v Sloveniji: kaj vemo. V: Beović B. et al. (ur.). Okužbe povezane z zdravstvom: Novosti. Ljubljana: Sekcija za kemoterapijo SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center: Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo MF, 2009: 51-55.
- Lužnik Bufon T. Vloga osamitvenih ukrepov v preprečevanju okužb, ki so povezane z zdravstvom. V: Beović B. et al. (ur.). Okužbe povezane z zdravstvom: Novosti. Ljubljana: Sekcija za kemoterapijo SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center: Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo MF, 2009: 155-163.
- Šumak I. Zdravstvena nega infekcijskega bolnika. Maribor: Založba Pivec, 2009.

Diabetično stopalo

Angela Ambrož

dipl. m. s., Splošna bolnišnica Murska Sobota, Interni oddelek

UVOD

Diabetično stopalo je po definiciji SZO skupina sindromov, pri katerih nevropatija, ishemija in infekcija povzročijo razpad tkiva, česar končna posledica sta zboleznost in v skrajnem primeru amputacija okončine.

Zapleti z nogo se lahko pojavijo pri vsakem sladkornem bolniku, ki ima bolezen, tudi če se zdravi le z dieto in ima krvni sladkor dobro urejen. Da bi pravočasno preprečili zgodnje bolezenske spremembe na stopalu, je potrebna načrtna obravnava, ki obsega ustrezno zdravstveno vzgojo, edukacijo vseh sladkornih bolnikov in zdravstvenega osebja, zgodnje odkrivanje ogroženih bolnikov in uvedbo ukrepov za zmanjšanje nevarnosti napredovanja sprememb ali grozeče amputacije. Le ustrezno poučen in motiviran sladkorni bolnik bo pozoren na zgodnje spremembe in bo znal pravočasno in pravilno ukrepati.

Ključne besede: diabetično stopalo, ishemija, nevropatija, infekcija, edukacija

KLASIFIKACIJA DIABETIČNEGA STOPALA IN NJEGOVA KLINIČNA SLIKA

Diabetično stopalo delimo na:

NEVROPATSKO DIABETIČNO STOPALO

NEVROISHEMIČNO DIABETIČNO STOPALO

NEVROPATSKO DIABETIČNO STOPALO je deformirano stopalo, barva kože je rožnata, topla, primerna kapilarna polnitev, znojenje odsotno ali zmanjšano, nohti in dlakavost so normalni, obilna tvorba kalusa, tipljivi stopalni pulzi, ugasli tetivni refleksi, odsotna občutljivost na SW monofilament, odsoten ali oslabljen občutek za bolečino ali temperaturo.

NEVROISHEMIČNO STOPALO je normalno oblikovano, koža je cianotična, marmorirana, hladna, zapoznena kapilarna polnitev, znojenje običajno, normalno, nohti deformirani in pičla dlakavost, minimalna tvorba kalusa, odsotni stopalni pulzi, občutek za bolečino in temperaturo je normalen.

ZDRAVSTVENA VZGOJA – EDUKACIJA

Edukacija pomeni učenje, izobraževanje in je nenehen proces poučevanja in učenja zato, da bi sladkorni bolniki pridobili teoretično in praktično znanje. Z edukacijo začnemo takoj, ob prvem stiku s sladkornim bolnikom. Mora biti skrbno načrtovana in pazimo, da informacij ni naenkrat preveč. Uspešnost edukacije je predvsem v ponavljanju in sprotnem spremljanju bolnika ter edukatorja, ki je fleksibilen člen, se zmore in zna približati

bolniku v vsaki situaciji neodvisno od vpliva zunanjih in osebnih dejavnikov. Ob slabšem razumevanju bolnika je zaželeno, da so v program edukacije vključeni svojci.

DEJAVNIKI USPEŠNE EDUKACIJE:

- tip SB
- starost bolnika
- spol
- trajanje SB
- drugi kronični zapleti
- ogrožajoči dejavniki za nastanek žilnih obolenj
- poklic, če je bolnik še aktiven
- življenjski slog
- inteligentnost – zmožnost sprejemanja informacij
- psihično stanje
- socialno-ekonomsko stanje
- razvade in odvisnosti

EDUKACIJSKE TEHNIKE:

- individualna
- skupinska
- praktični prikaz in vaje
- preverjanje sprejetih informacij
- brošure
- zloženke
- posterji

VSEBINE, KI JIH MORA SLADKORNI BOLNIK VEDETI, SO:

- kaj je diabetično stopalo in kakšne so njegove značilnosti
- nega diabetičnega stopala
- pregledovanje in opazovanje stopal
- posebni pojavi na stopalu
- izbira nogavic
- izpostavljenost ostalim nevarnostim
- pomen kakovostne obutve
- pomen strokovne medicinske pedikure

Bolnika ob obisku v ambulanti povabimo v prostor, kjer je zagotovljen mir. Sezuje čevlje in nogavice na obeh nogah, ter se udobno namesti na za to posebej prilagojen stol. Bolniku razložimo, kaj bomo izvajali.

PRESEJALNI TEST ZA RAZVOJ DIABETIČNEGA STOPALA

Je skupek enostavnih, hitrih in poceni diagnostičnih postopkov za zgodnje odkrivanje ogroženih sladkornih bolnikov. Vsebuje podatke za postavitve začetne diagnoze diabetičnega stopala, načrtovanje nadaljnjih diagnostičnih in terapevtskih postopkov in kontrol, služi kot osnova za spremljanje rezultatov zdravljenja ter za ugotavljanje dejavnikov tveganja. Zato moramo med sladkornimi bolniki odkriti predvsem najbolj ogrožene za nastanek diabetične razjede ali gangrene in jim zagotoviti celoten, kakovosten program obravnave.

IZVEDBA PRESEJALNEGA TESTA

Opazke beležimo v formular **DIABETIČNO STOPALO – PRESEJALNI TEST**, ki obsega:

- anamnezo o prejšnjih ulkusih ali amputacijah
- prisotnost nevropatških simptomov
- deformacija stopala; hallux valgus, maščobna atrofija, deformirani nohti, CHARKOJEVO stopalo, gre za najbolj ogroženo skupino diabetikov zaradi možnosti nastanka ulkusa na spuščnem stopalnem loku
- kladivasti, krempljasti prsti

PREVERJANJE OBČUTLJIVOSTI ZA SEMMENS-WEINSTEINOV MONOFILAMENT

Gre za ugotavljanje izgube varovalnega občutenja protektivne senzibilitete s pripomočkom, ki je sestavljen iz držala in najlonske niti. Nit se vedno upogne pri sili desetih gramov. Test opravimo na obeh stopalih. Monofilament pritisnemo pravokotno na kožo tako, da dosežemo upogib najlonske niti. Pazimo, da nam nit med postopkom ne bo zdrsnila po koži. Ves postopek naj traja eno do dve sekundi. Bolnik mora natančno opredeliti mesto dotika.

PREVERJANJE PERIFERNIH PULZOV

Tipanje pulzacij na stopalnih arterijah, **ARTERIJI DORSALIS PEDIS IN ARTERIJI TIBIALIS POSTERIOR**. Če stopalnih pulzov ne tipamo, je potrebna nadaljnja diagnostična obravnava, pri čemer bolnika usmerimo v angiološko ambulanto.

SKLEP

Edukacija o diabetičnem stopalu nikakor ni lahko delo, kajti četudi sladkorni bolnik upošteva vsa navodila, gre bolezen svojo pot.

Izvajati jo moramo prav vsi zdravstveni delavci, ki obravnavamo sladkornega bolnika z diabetičnim stopalom. Le tako je mogoče dolgoročno doseči zmanjšanje števila amputacij ali jih vsaj odložiti.

ODGOVORNI SMO ZA VSE, KAR DELAMO, IN ZA TISTO, ČESAR NE DELAMO!

LITERATURA

SLADKORNA bolezen tipa 2 : priročnik za zdravnike/(urednik Franc Mrevlje). -3 izd.-Ljubljana : Slovensko psteološko društvo, 2009

SLOVENSKI endokrinološki kongres z mednarodno udeležbo (3; 2006; Bled)

Endokrinološke bolezni- problem sodobne družbe: zbornik predavanj/3. slovenski endokrinološki kongres medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Postojna, 16.-18. oktober 2008 (urednice Jana Klavs, Mateja Tomažin Šporar, Milena Bohnc). – Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji, 2008

LifeScan, Johnson & Johnson d. o. o. Klinični center Ljubljana, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni; 10 nasvetov za ljudi s sladkorno boleznijo, Skrb za stopala, 2008

KOPB in trajno zdravljenje s kisikom na domu

Marica Holsedel

dipl. m. s., Splošna bolnišnica Murska Sobota, Pljučni oddelek

KOPB ali kronična obstruktivna pljučna bolezen je po definiciji kronično, počasi napredujoče bolezenske stanje z difuznim zoženjem dihalnih poti. Bolezen obsega kronični bronhitis in pljučni emfizem. Značilna je postopna in nepopravljiva izguba pljučne funkcije. V normalnih okoliščinah doseže pljučna funkcija najvišje vrednosti v starosti 20 do 25 let in temu obdobju nato sledi postopni upad, ki je posledica staranja. Najzgodnejša stopnja KOPB se zato lahko kaže kot nepopolni razvoj pljučne funkcije, sicer pa kot njen pospešen upad.

KOPB je bolezen, ki se začne potihoma in napreduje počasi in vztrajno. Njene zgodnje znake pogosto pripišemo staranju. KOPB lahko vodi v hudo invalidnost, zato je zgodnje odkrivanje in zdravljenje ključnega pomena pri ohranjanju kakovosti življenja.

V Sloveniji ima kronično obstruktivno pljučno bolezen približno 20 tisoč ljudi. Bolezen prizadene moške pogosteje kot ženske in je pri moških pogosteje tudi usodna, večina bolnikov umre po 55 letu starosti.

VZROKI ZA NASTANEK KOPB

Kronična obstruktivna pljučna bolezen se v nekaterih družinah pojavlja pogosteje, tako da morda obstaja podedovana nagnjenost. Delo v okolju, onesnaženem s kemičnimi hlapi ali sicer z neškodljivim prahom, povečuje nevarnost nastanka bolezni. Vsekakor pa kajenje povečuje nevarnost veliko bolj kot posameznikova zaposlitev.

Kajenje- KOPB se razvije pri 10-15% kadilcev. Kadilci pip in cigar zbolevalo pogosteje kot kadilci cigaret. S starostjo se pljučna funkcija pri kadilcih slabša, veliko hitreje kot pri nekadilcih. Več cigaret kot posameznik pokadi izrazitejšo je poslabšanje pljučne funkcije.

PRAH

Kemikalije (hlapi, dražljivci, plini) ob predolgi in preveč intenzivni izpostavljenosti kemikalijam se razvije KOPB neodvisno od kajenja, vendar pa sočasno kajenje tveganje še dodatno poveča.

Genetski dejavnik je redko dedno pomanjkanje alfa 1-antitripsina. Prezgoden in pospešen razvoj emfizema in upad pljučne funkcije se pojavljata pri številnih kadilcih in nekadilcih s hudim pomanjkanjem tega encima, čeprav kajenje nevarnost bistveno poveča.

SIMPTOMI

Najzgodnejši simptomi se lahko pojavijo že po 5–10 letih kajenja.

Kašelj in izkašljevanje izmečka, najpogosteje zjutraj, ko človek vstane. Kašelj je praviloma blag in ga imamo pogosto za normalen kadilski kašelj, kar pa seveda ni normalno.

Pogosta je nagnjenost k širjenju prehladov iz nosu in žrela navzdol, nižje v dihala. Ob takšnem širjenju postane izmeček rumen in gnojav.

Kratka sapa (dispneja, naduha) med telesnim naporom, ki zmanjša bolnikovo zmožnost za običajna vsakodnevna opravila in z zdravjem povezano kakovost življenja. Kronični bolnik težko diha že med vsakodnevnimi opravili, kot so osebna higiena, oblačenje ali priprava hrane.

Hujšanje, približno tretjina bolnikov močno shujša. Za to je vsaj deloma krivo stopnjevanje težkega dihanja po jedi.

DIAGNOSTIKA

Bolniki običajno obiščejo zdravnika šele takrat, ko se stanje močno poslabša, in tako je bolezen dolgo neodkrita. Zgodnje odkrivanje bolezni, preden se bolezen razvije in pusti trajne posledice, pa je bistvenega pomena. Bolniki se praviloma zavedajo svoje bolezni, a zdravniško pomoč poiščejo šele, ko so že pljučni invalidi.

Za zgodnejše odkrivanje KOPB je deloma tudi kriva slaba osveščenost kadilcev o KOPB, kakor tudi premajhno posvečanje zdravnikov tej bolezni.

KAKO UGOTOVIMO KOPB

Če zdravnik sumi na KOPB, mora narediti spirometrijo z bronhodilatacijskim testom. To pomeni, da vam bo najprej izmeril pljučno delovanje, nato pa preveril, za koliko se pljučna funkcija izboljša po vdihu bronhodilatatorja (olajševalca, to je zdravila, ki širi bronhije)

ZDRAVLJENJE KOPB

Poglavitni cilji zdravljenja KOPB:

- preprečevati napredovanje bolezni
- olajševati simptome
- povečevati telesno zmogljivost
- preprečevati poslabšanje KOPB
- zdraviti poslabšanja KOPB
- povečevati kakovost življenja

1. Opustitev kajenja je glavni ukrep zdravljenja. Opustitev kajenja v obdobju, ko je pretok zraka oviran blago ali zmerno, upočasni razvoj bolezni. Seveda odvajanje ni enostavno, saj je kajenje huda odvisnost. Pri odvijanju od kajenja so vam na voljo nekatera zdravila.

2. Vzdrževalno zdravljenje KOPB – bolniki imajo tudi v obdobju med poslabšanji bolezni težave, ki ji umirimo z zdravili imenovanimi bronhodilatatorji (olajševalci). Bronhodilatatorji so zdravila, ki širijo zožene sapnice. Uspešno ublažijo težave (težka sapa), pomembno je pravilna uporaba bronhodilatatorjev, šele takrat imamo zeleni učinek.

3. Izogibanje vsem dražejim snovem v zraku (prah, kemikalije ...) V stanovanju, kjer živimo, ne sme nihče kaditi, zrak naj bo primerno ogret in vlažen.

4. Zdrav način življenja (dihalne vaje, pravilna prehrana). Pomembno je vzdrževati svojo normalno telesno težo. Debelost povečuje porabo kisika in s tem oteži dihanje. Pri presutih pa KOPB hitreje napreduje. Pomembno je, da je v prehrani čim več sadja in zelenjave, zadosti tekočine. Več manjših obrokov dnevno, izogibanje prekomernemu soljenju hrane, počitek po hranjenju.

Poslabšanje KOPB včasih povzroči bakterijska okužba, to pa je mogoče zdraviti z antibiotiki. Zdravnik ponavadi napiše 7-10 dnevno antibiotično zdravljenje.

Pri bolniki, ki imajo že napredovalo stopnjo KOPB, se zdravnik na podlagi vseh izvidov odloči za trajno zdravljenje s kisikom na domu.

POSLABŠANJE KOPB

KOPB se poslabša ob virusni ali bakterijski okužbi dihal ali ob večji izpostavljenosti dražljivcem v vdihanem zraku.

Simptomi poslabšanja KOPB so naslednji:

- težka sapa
- piskanje v pljučih
- gnojav in lepljiv izmeček
- zmanjšana telesna zmogljivost
- povišana telesna temperatura

Čim prej se zazna poslabšanje KOPB, toliko krajše in blažje bo potekalo poslabšanje. Da preprečimo poslabšanje KOPB je pomembno redno jemanje bronhodilatatorjev.

TRAJNO ZDRAVLJENJE S KISIKOM NA DOMU

Bolnik, ki se zdravi s kisikom na domu, je upravičen do enega vira kisika v breme osnovnega zdravstvenega zavarovanja. To je ponavadi kisikov koncentrator, ki za svoje delovanje potrebuje elektriko. Stanovanjske razmere morajo biti primerne, bolnik mora imeti telefon in svojce oziroma osebo, ki se je pripravljena naučiti rokovanja z aparatom. Redno je potrebno menjati destilirano vodo, čistiti in menjati filtre. Bolnik dobiva kisik po dvo-rogem katetru, ki ga redno menja. Pretoka ne sme povečevati brez vednosti zdravnika. Aparat naj ne bo na direktnem soncu, v bližini ogrevalnih teles, naj ne stoji preblizu stene, da ni moteno kroženje zraka. Redne servise opravlja pooblaščen serviser. Če ima bolnik prenosno kisikovo jeklenko, naj jo vozi v pokončnem položaju na vozičku oziroma, naj si jo oprta na rame. Zelo pomembno je, da bolnik poišče pomoč pri zdravniku, če se spremeni izmeček, če ga duši oziroma se pojavi zvišana telesna temperatura. Pomembno je, da se bolnik čim več družijo s prijatelji in da ne izgubi stika z zunanjim svetom.

Trenutno je pri nas na voljo nova oblika zdravljenja s kisikom na domu, tako imenovani tekoči kisik, ki bolniku omogoča kvalitetnejše življenje. Saj niso priklenjeni na dom, temveč imajo možnost gibanja zunaj, tudi prenašanje kisika ne otežuje gibanje bolniku. Bolnik ima doma jeklenko tekočega kisika, na katero je lahko preklopljen neposredno ali pa ima ob sebi prenosni koncentrator, ki ga potem sam doma polni. Vendar do te oblike pri nas še niso upravičeni vsi bolniki. Bolnik mora uspešno opraviti določene teste, da ima pravico do te oblike zdravljenja s kisikom.

Cilji zdravljenja s kisikom na domu so naslednji:

- podaljšanje življenja
- boljša kakovost življenja (zmanjšuje dušenje, večja telesna zmogljivost, zboljšano psihično počutje, zmanjšano število hospitalizacij)

V prostorih kjer bivajo bolniki s trajnim zdravljenjem s kisikom in v prostorih, kjer se nahaja jeklenka s tekočim kisikom oz. koncentrator, je prepovedano kajenje, kakršno koli prižiganje ognja, ne sme biti direktna izpostavljenost ob grelnih telesih oz. močnemu soncu.

LITERATURA

- Debeljak A. Kronična obstruktivna pljučna bolezen. Med. razgl. 2003; 42; 257- 76.
- Kadivec S. Načini dovajanja kisika. V: Astma, Klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2000.
- Potočnik M. Respiratorna fizioterapija pri astmi in kronični obstruktivni pljučni bolezni Ljubljana: Društvo pljučnih bolnikov Slovenije, 2002.
- Šuškovič S, Košnik M, Fležar M, in sod. Strokovna izhodišča za smernice za obravnavo bolnika s KOPB, Zdrav Vestn 2002; 71: 697-702.

Zdravstvena vzgoja in obravnava bolnika v antikoagulacijski ambulanti

Anita Vogrinčič Černezel

dipl. m. s., Splošna bolnišnica Murska Sobota, Interni oddelek

IZVLEČEK

V Sloveniji potrebuje okrog 30.000 bolnikov antikoagulacijsko zdravljenje, njihovo število pa zaradi staranja prebivalstva, razvoja medicine, zdravstvene nege in novih medicinskih indikacij strmo narašča. Antikoagulacijska zdravila so ključna za preprečevanje in zdravljenje tromboemboličnih bolezni, kot so možganska kap, venska tromboza in pljučna embolija. Pri nas se uporabljajo kumarini in nizkomolekularni heparin. Kumarini so edini na voljo v peroralni obliki, nizko molekularni heparin pa v parenteralni obliki. Ker imajo kumarini ozko terapevtsko okno, je potrebna redna kontrola gostote krvi.

Bolniki, ki se zdravijo z antikoagulacijsko terapijo, so vključeni v antikoagulacijsko ambulanto.

Zdravnik v antikoagulacijski ambulanti določi na podlagi izmerjenih vrednosti PTČ in INR (international normalized ratio) shemo prejemanja terapije, naloga medicinske sestre pa je seznanjanje in zdravstvena vzgoja bolnika, da bi z zdravljenjem dosegli namen zdravljenja in preprečili nezaželene zaplete, kot sta krvavitev in tromboembolični dogodki. Bolnika obravnavamo individualno, pri tem pa upoštevamo načela odgovornosti, dobronamernosti in neškodljivosti, da bi zagotovili varnost in zadovoljstvo bolnikov in zaposlenih. V nadaljevanju bo torej predstavljeno delo in naloge medicinske sestre v antikoagulacijski ambulanti z poudarkom na zdravstveni vzgoji bolnika.

Ključne besede: Antikoagulacijska terapija, antikoagulacijska ambulanta, zdravstvena vzgoja

UVOD

Antikoagulacijska zdravila so zdravila, ki preprečujejo in zdravijo tromboembolične bolezni kot so možganska kap, pljučna embolija, venska tromboza. Delujejo tako, da zavirajo aktivacijo koagulacijskega sistema in preprečujejo strjevanje krvi. Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni pri združenju za žilne bolezni je izdala smernice za vodenje antikoagulacijskega zdravljenja. (2009). Navedene so naslednje indikacije za uvedbo antikoagulacijske terapije:

- Atrijska fibrilacija in undolacija
- Umetne srčne zaklopke
- Venski tromboembolizmi
- Pljučna embolija
- Antifosfolipidni sindrom
- Periferna arterijska bolezen

Pri zdravljenju se uporabljajo nizko molekularni heparini, ki imajo takojšnji učinek in so na voljo v parenteralni obliki. V drugo skupino pa spadajo antagonisti vitamina K, to so kumarini (Marevan, Sintron) in so na voljo v peroralni obliki.

Pomembno je, da bolnikom in njihovim svojcem dobro razložimo pomen in razlog jemanja antikoagulacijske terapije, da bi s tem zmanjšali oziroma preprečili zaplete, do katerih bi lahko med samim zdravljenjem prišlo.

OBRAVNAVA BOLNIKOV V ANTIKOAGULACIJSKI AMBULANTI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI MURSKA SOBOTA

V splošni bolnišnici Murska Sobota je pred kratkim prišlo do reorganizacije antikoagulacijske ambulante. Ambulanta je sestavni del internega oddelka. V delo se redno vključujeta 2 zdravnici specialistki internistki, 4 diplomirane medicinske sestre, 1 medicinska sestra in 3 administratorke.

Ambulanta deluje 3-krat tedensko: v ponedeljek, torek in petek od 15.00 do 19.00 ure. V posamezni ambulanti povprečno obravnavamo okrog 80 bolnikov, kar pomeni 20 bolnikov na uro. Zaradi velikega števila bolnikov se poraja vprašanje, kako vsem bolnikom zagotoviti kakovostno in varno obravnavo.

Bolnik pride v ambulanto na dan, ko je naročen, odloži antikoagulacijski kartonček s kartico na določeno mesto. Administratorka poišče bolnikovo kartoteko in opravi administrativni del obravnave. Nato bolnika pokličemo na kapilarni odvzem krvi, preverimo njegovo identiteto, določimo protrombinski čas in INR, izvid posredujemo zdravnici. Zdravnica določi shemo jemanja terapije in predviden čas naslednjega obiska. Medicinska sestra nato bolniku določi točen datum naslednjega obiska, mu razloži morebitne spremembe pri jemanju terapije in mu izroči kartonček, pri tem pa obvezno zopet preveri identiteto bolnika. Bolniku, ki ima previsok INR, apliciramo Vitamin K per os. naročilu zdravnika. Pomembno je, da se z bolnikom, ki ni v terapevtskem območju pogovorimo, in poskušamo ugotoviti vzrok za iztirjeno terapijo. Kljub temu da z vsakim bolnikom vedno ni možen individualen razgovor se trudimo za varnost in kakovost obravnave.

Poleg neposredne obravnave bolnika v ambulanti opravljamo tudi **konziljarno službo** za vse oddelke v bolnišnici razen za interni oddelek. Pri tem zdravnica določi shemo jemanja terapije na podlagi izvida venoznega odvzema krvi in določi datum kontrole.

Obravnava bolnikov na domu pomeni, da patronažna medicinska sestra bolniku na domu odvzame venozno kri, pri tem izpolni poseben obrazec, na katerem zabeleži svoja opažanja glede možnih zapletov, s svojci pa kri in antikoagulacijski kartonček pripeljejo v bolnišnični laboratorij. Nato na podlagi izvida zdravnik določi nadaljno shemo jemanja terapije. Ob tem se pojavlja problem telefonskega sporočanja izvida, posebej če pride do iztirjenja antikoagulacijskega zdravljenja, in bolnik potrebuje aplikacijo vitamina K. Enak način obravnave izvajamo tudi pri **bolnikih v domovih starejših**.

Problemi, s katerimi se vsakodnevno srečujemo, v antikoagulacijski ambulanti:

- Delitev kartončkov v čakalnici – možnost menjave bolnika
- Sporočanje izvidov po telefonu in problem aplikacija vitamina K
- Dostopnost samo v popoldanskem času – problemi bolnikov s prevozom
- Veliko število bolnikov
- Prostorski problem
- Dokumentacija (izziv računalniško podprt sistem)

ZDRAVSTVENA VZGOJA BOLNIKA V ANTIKOAGULACIJSKI AMBULANTI

Zdravstvena vzgoja bolnika v antikoagulacijski ambulanti je najpomembnejši del obravnave bolnika. Od dobre zdravstvene vzgoje bolnika je odvisen uspeh zdravljenja. Za vsakega bolnika, ki pride v antikoagulacijsko ambulanto, predvsem pa za tiste, ki pridejo prvič, si je potrebno vzeti čas, damo jim pisna in ustna navodila. Bolnik, ki pride prvič v

ambulanto, mora prinesiti s sabo medicinsko dokumentacijo, iz katere je razviden vzrok jemanja oz. napotitve v antikoagulacijsko ambulanto.

Bolnika seznanimo in poučimo o načinu dela v ambulanti, od odvzema krvi do sheme jemanja terapije, načinu jemanja tablet. Tablete naj jemljejo zvečer in ne pred odvzemom krvi, saj bi to vplivalo na rezultat INR-ja. Bolnike, ki se zdravijo z nizkomolekularnim heparinom, je potrebno naučiti, kako si aplicirajo le-tega, v kolikor si ga želijo aplicirati sami.

Bolnikom razložimo, kakšen je učinek antikoagulacijske terapije. Seznanimo jih z možnimi zapleti. Naučimo jih, na kaj morajo biti pozorni in kako ukrepati, če bi prišlo do nezaželenih zapletov. Obstaja verjetnost krvavitev iz dlesni, v očesno veznico, iz nosu, opazujejo naj tudi izločeno blato in urin. V primeru, da se krvavitev pojavi, se morajo oglasiti v antikoagulacijski ambulanti, v kolikor pa antokoagulacijska ambulanta ta dan ne dela, pa v ambulanti nujne medicinske pomoči.

Nekatera hrana lahko vpliva na učinek delovanja zdravila, zato bolnika seznanimo, katera živila so tista, ki vsebujejo večjo količino vitamina K (brstični ohrovt, zelena solata, koleraba, cvetača, brokoli, avokado, špinača, zelje, avokado, jetra,). Bolniku svetujemo uravnoteženo in zdravo prehrano, zato raje prilagodimo odmerke zdravila, kot da bi navedena živila povsem prepovedali. Odsvetujemo večje količine zelenega čaja, pitje alkohola in strogih diet.

Kajenje inducira jetrne encime. Po trajnem prenehanju kajenja so potrebne pogostejše kontrole vrednosti INR in običajno zmanjšanje odmerka antokoagulacijskega zdravila, Topolišek 2007).

Krvni tlak mora biti med zdravljenjem s kumarini urejen, saj je pri močno povišanem krvnem tlaku antokoagulacijsko zdravljenje relativno kontaindicirano. Bolnika se napoti k osebnemu zdravniku ali v ustrezno internistično ambulanto, da se krvni tlak uredi.

Predvsem starejši bolniki se poleg kumarinov, zdravijo tudi z ostalimi zdravili, ki lahko vplivajo na učinek antikoagulacijske terapije. Učinek povečujejo nesteroidni antirevmatiki, zdravila za zmanjševanje ravni krvnih maščob, antibiotiki, nekatera zdravila za zdravljenje raka, zdravila za zdravljenje bolezni presnove in prebavil. Zdravila, ob katerih pa se učinek kumarinov zmanjša, pa so nekatera zdravila z učinkom na živčevje, ciklosporin, sulfasalzin.

Bolnika poučimo, da nas ob obisku v antikoagulacijski ambulanti sproti obvešča o morebitnih novih zdravilih, ki jih prejema.

Bolnike pripravljamo tudi na morebitne operativne posege ali obiske pri zobozdravniku. Svetujemo jim obisk v antikoagulacijski ambulanti teden dni pred planiranim obiskom, saj je včasih potrebno zdravljenje s kumarini ukiniti in preiti na zdravljenje z nizkomolekularnim heparinom.

Poleg bolnikov zdravstveno vzgajamo tudi njihove svojce, še posebej pri bolnikih, ki jih vodimo doma in ne prihajajo neposredno v ambulanto. Tam so svojci pomembna vez med ambulanto in bolnikom, saj so uspehi in zapleti zdravljenja velikokrat odvisni od njihove poučenosti.

ZAPLETI IN UKREPI ANTIKOAGULACIJSKEGA ZDRAVLJENJA

Porast INR nad ciljno vrednost: Po navodilu zdravnika bolnik ponavadi opusti 1 do 3 odmerke kumarina glede na vrednost INR. Medicinska sestra bolnika na to posebej opozori, pozoren naj bo tudi na možne krvavitve. Pri visokih vrednostih INR zdravnik predpiše K-vitamin, ki ga apliciramo per oralno. Bolnika naročimo na pogostejše kontrole.

Upad pod ciljno območje: Zdravnik največkrat pri upadu ciljne vrednosti zviša dozo kumarinov, pri bolnikih z visokim tveganjem pa doda nizkomolekularni heparin. Bolnika, če je le mogoče, naročimo na kontrolo že naslednji dan.

Krvavitve: Krvavitve delimo na večje in manjše. Manjše krvavitve so krvavitve iz nosu, v očesno veznico, iz sluhovoda, v podkožje iz prebavil, ginekološke krvavitve in ne ustrezajo merilom velike krvavitve. (Mavri 2009)

Velike krvavitve pa so krvavitve v osrednje živčevje, vsaka krvavitev, ki privede do zmanjšanja koncentracije hemoglobina za več kot 20g/l. Vsaka krvavitev, ki zahteva transfuzijo krvi, vsaka krvavitev za zaustavitev, katere je potreben kirurški poseg. (Mavri, Vižintin Cuderman 2009)

Dejavniki, ki povečajo možnost nastanka krvavitve so:

- Večja intenziteta antikoagulacijskega zdravljenja
- Starost nad 75 let
- Predhodne krvavitve
- Pridružene bolezni, kot so rak, ICV, srčno popuščanje, jetrne bolezni, trombocitopenija
- Sočasno jemanje drugih zdravil

Ukrepi so odvisni od obsega krvavitve in tveganja za nastanek trombombolije. Bolnike kasneje pogosteje naročamo na kontrole v ambulantno. Pri manjših krvavitvah pa je zaželeno, da se kumarini ne opustijo za več kot teden dni.

Trombombolični dogodki: Tveganje za trombombolični dogodek ocenimo s točkovnim sistemom CHADS 2. Pri tem bolnik, z npr. atrijsko fibrilacijo dobi po eno točko, če ima prisotne še:

- Srčno popuščanje
- Arterijsko hipertenzijo
- Starost nad 75 let
- Sladkorno bolezen
- 2 točki pa za prebolelo možgansko kap

Možnih točk je od 0 do 6. Šest pomeni največje tveganje. Glede na to se potem odloča o ustreznih zaščitnih ukrepih bolnika.

ZAKLJUČEK

V antikoagulacijski ambulanti naši bolnišnici si zaposleni prizadevamo za kakovostno in varno obravnavo bolnikov. Kljub temu, da v ambulanti včasih obravnavamo tudi do 100 bolnikov, se trudimo, da je vsak deležen potrebne pozornosti, zato smo vsakemu vedno na voljo za dodatna vprašanja. Novembra 2009 se je antikoagulacijska ambulanta preselila v prostore fizioterapije, ki pa so za delo medicinske sestre neustrezni, saj zdravstvena vzgoja poteka stoje, ali kar v čakalnici, kjer čakajo tudi drugi bolniki. Delo v ambulanti poteka le v popoldanskem času, zato ima veliko bolnikov težave z dostopnostjo do ambulante, saj v popoldanskem času ni avtobusnih prevozov. Tem bolnikom se skušamo prilagajati tako, da jih naročamo prve pol ure.

Delo v antikoagulacijski ambulanti zahteva od zaposlenih dodatna znanja, zato je nujno, da se samoiniciativno dodatno izobražujemo, saj je lahko le tako naše delo varno za bolnika in zaposlene. Nesoglasje in dileme pa poskušamo reševati sproti in se tako trudimo za dobre medsebojne odnose.

LITERATURA

Jusufović J. Medicinska sestra v antikoagulacijski ambulanti: Etične dileme in zapleti zdravljenja.

In: Bunc M, Kvas A, Maze H, eds. Zbornik predavanj, Velenje, 13. november 2009. Ljubljana: zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji 2009:27.

Mavri A, Vene N, eds. Smernice za vodenje antikoagulacijskega zdravljenja. 2. izdaja. Ljubljana:

Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje trombomboličnih bolezni pri Združenju za žilne bolezni; 2009. Toplišek J. Priročnik za obravnavo bolnika v antikoagulacijski ambulanti. Novo mesto; 2007.

Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja

Skupine za samopomoč, skrb za starejše

Emilija Kavaš

VMS, dipl. org. menedž.; kontakt: milka.kavas@gmail.com

Naslov: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Pomurja, Ulica dr. Vrtnjaka 6, Rakičan, 9000 Murska Sobota

IZVLEČEK

Ob zaznavanju različnih potreb po znanju in osebni rasti smo v Društvu medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja spoznali, da se moramo seznaniti s problematiko starejših in spoznati potrebe in želje te populacije in našo vlogo zdravstvene nege in medicinskih sester ter ostalih izvajalcev zdravstvene nege sedaj in v prihodnje prilagoditi skrbi za starejšo populacijo.

Med predavanji in izobraževanjem smo spoznali projekt Skupin za samopomoč, ki ga je vodil Institut Antona Trstenjaka iz Ljubljane. Skupaj z njimi smo izpeljali izobraževanje 30 voditeljev skupin za samopomoč. Voditelji so organizirali skupine za samopomoč in kakovostno starost, ki delujejo v domovih in lokalnih skupnostih že od leta 1998. S tem projektom pomagamo pri kvaliteti življenja starejših in pri skrbi za starejše.

Ključne besede: Starost, skupine za samopomoč, skrb za starejše

UVOD

Populacija starejših se vedno bolj stara, kar nam kažejo tudi podatki. Leta 1981 je bilo v Sloveniji 11 % ljudi starejših od 65 let, leta 1997 12,9 % in v letu 2002 že 14,55 %. Po demografski projekciji bi naj bilo leta 2020 starejših od 65 let že 20 odstotkov prebivalcev v Sloveniji. Povečuje se tudi struktura starejših nad 80 let, ki je bila v letu 2002 približno 2,2 % od celotne populacije, kar bi naj bilo 50.000 populacije. V naslednjih letih pa bi se naj to število podvojilo. S povečanjem starejših bo tudi večje število posebnih zdravstvenih težav in kroničnih bolezni kot sta Alzheimerjeva bolezen in demenca ter druge bolezni, ki bodo terjale posebne pristope zdravstvene nege in družbe. Ob tem se bodo pojavljale tudi psihične in duhovne ter materialne stiske. Prav tako se bo povečala potreba po oskrbi težko bolnih in umirajočih.

Tudi v Pomurju se vedno bolj viša populacija starejših, kjer je od 122.879 celotne populacije, starejših nad 65 let 18.781, kar je 15 % populacije in starejših nad 80 let, 3500, kar je 2,9 % populacije. V občini Beltinci, kjer živi 8538 prebivalcev, je starejših nad 65 let 1168, kar je 13,68 % populacije, starejših nad 80 let pa 268, kar je 3,1 % populacije.

SKUPINE ZA SAMOPOMOČ

V slovenskem prostoru se je kot odziv za skrb za starejše že leta 1987, intenzivneje pa leta 1993, začel projekt ustanavljanja skupin za samopomoč in kvalitetno starost. Projekt je razvijal Inštitut Anton Trstenjak in Združenje za socialno gerontologijo in gerontagogiko Slovenije.

Skupine se ustanovljajo v domačem okolju in v domovih za starejše. Druženje v skupini omogoča posamezniku odkrivati smisel v starosti, ohranja in krepi mu zdravje in vitalnost ter mu omogoča, da preživi starost čim bolj kvalitetno in čim dlje v domačem okolju. V zunanje skupine se vključujejo v veliki meri starejši ljudje, ki živijo v domačem okolju in so osamljeni, ter si želijo z druženjem popestriti življenje in najti tudi v starosti smisel življenja. V domske skupine se vključujejo ljudje z vidika reševanja socialnih stisk, medčloveških odnosov, osamljenosti, polepšanja vsakdana. V domovih imajo za materialno plat poskrbljeno.

Skupine štejejo od 6 do 12 članov. Skupine se praviloma sestajajo enkrat tedensko, ob enakem času in na istem mestu. Člani skupine sprejmejo pravila vedenja in skupnega druženja. Iz naključno zbranih članov se po procesu druženja ustvari prijateljska skupina. **Pravila skupine zagotavljajo, da je človek sprejet tak kakršen je.** Pogovarjajo se v skupini o tistem, kar jih zanima in povezuje, ter delajo tisto, kar se dogovorijo. V slovenskem prostoru deluje okrog 480 skupin, ki jih vodi 730 usposobljenih voditeljic in voditeljev, ki delajo prostovoljno. Skupine nudijo kvalitetno starost okrog 4.500 starejšim.



V letu 1996 je Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Pomurja organiziralo predavanje na temo Skrb za starejše, kjer so bile tudi predstavljene skupine za samopomoč in kakovostno starost. Bili smo tudi opozorjeni, da je v pomurskem prostoru premalo skupin. V sodelovanju z Inštitutom Antona Trstenjaka in dr. Jožetom Ramovšem smo leta 1997 in 1998 izpeljali izobraževanje za voditelje skupin, ki se je na našo pobudo odvijalo v Prekmurju v Beltincih. Tako je bilo izobraževanje približano potrebam in je bila možna večja udeležba tistih naših članov in drugih, ki so bili zainteresirani za prostovoljno delo v skrbi za starejše. Povezali smo se z občinami, krajevnimi skupnostmi, Karitasom, Rdečim križem, s posameznimi zavodi in centri za socialno delo, kjer smo predstavili program in cilje. Dobili smo podporo ter začeli s tečajem, ki je trajal dve leti. Tečaja se je udeleževalo 30 slušateljev, ki so vsi zaključili izobraževanje in ustanovili 13 skupin, ki še danes dobro delujejo. V tem izobraževanju je bilo usposobljenih za voditeljice 18 medicinskih sester. Ostali so bili socialne delavke, ekonomisti in nekaj mlajših upokojenk različnih poklicev. Skupine, ki so bile ustanovljene, so bile domske in zunanje. V Beltincih je nastala Sekcija skupin za samopomoč, ki je štela pet skupin. Sedaj deluje v Sekciji Beltinci 9 skupin, ki jih vodi 18 voditeljic, od tega 11 medicinskih sester. V sekciji Beltinci deluje trenutno 9 skupin:

Ljudske pevke Beltinci, Lipov list Lipa, Marija Lipovci, Orhideja Beltinci, Majca Ižakovci, Lan Ižakovci, Jesensko listje Dokležovje, Gančke pevke Gančani, Skupina mlajših invalidov. Skupine se sestajajo enkrat tedensko in štejejo od 7 do 14 članov. Vse skupine se srečajo na skupnem druženju trikrat letno. Eno od druženja je tudi skupni izlet.



Druženje skupin v Lipovcih

V Pomurju so se prve skupine začele ustanovljati v Posebnem zavodu v Lukavcih že leta 1993, nato leta 1996 v Domu starejših Rakičan in 1997 v Domu starejših v Lendavi. Zgodaj je bila ustanovljena tudi zunanja skupina v Lendavi in v Ljutomeru. Ob našem izobraževanju so se ustanovile še skupine v Domu starejših v Rakičanu, v Lendavi v domu starejših in ena zunanja skupina ter 2 zunanji skupini v Murski Soboti. Delo vseh skupin, ki so bile ustanovljene v letu 1997 in 1998 in 1999 smo predstavili na srečanju vseh skupin v Beltincih, ko smo proslavili leto starejših, katerim je bilo posvečeno leto 1999. Ob ponovnem izobraževanju za voditelje skupin, ki je potekalo v letu 2002 in 2003 v Ljutomeru, je društvo podprlo in sofinanciralo izobraževanje naših članic. Nekatera izobraževanja voditeljic so podprle lokalne skupnosti in zavodi. Izobraževanje je končalo 20 voditeljic. V Pomurju deluje sedaj 15 zunanjih in 23 domskih skupin.

Pobuda Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Pomurja je v skrbi za starejšo populacijo povezala različne institucije, strokovnjake, dobrotelne organizacije, lokalne skupnosti, zavode, ter tako uspešno prispevala k izobraževanju voditeljic skupin in ustanavljanju skupin. Med voditeljicami je veliko medicinskih sester, ki sedaj že nekatere sedmo leto uspešno vodijo skupine. Voditeljice so v skupini pri aktivnostih enakovredne članom. Same delo koordinirajo, povezujejo in ga čim manj opazno vodijo. Z aktivnostmi in druženjem prispevajo h kvaliteti življenja starejših. Skupine skozi svoje druženje obravnavajo različne teme. Eni in drugi se bogatimo ter si tako podarjamo tiste vrednote, ki dajejo smisel našemu bivanju.

S svojo idejo in pobudo smo seznanili različne organizacije, ki so nas podprle in dajejo skupen doprinos k skrbi za starejše v pomurskem prostoru. Življenje skupine pomaga ohraniti starejšim v zadovoljevanju duhovnih in socialnih vrednot, njihovo psihofizično ter duhovno zdravje, s tem pa prispeva dvigniti kvaliteto življenja starejših, ki se čutijo sprejeti, ljubljene, koristni. Člani skupin najdejo v skupini nadomestno družino, prijatelje. Skupaj se veselijo, jočejo, premagujejo ovire in težave ter si medsebojno pomagajo tudi

izven srečanj skupin. Nekatere skupine so s svojimi aktivnostmi na različnih področjih in prireditvah zelo vidne v lokalni skupnosti. Njihovo delo se odraža v ohranjanju etnokulturne dediščine, ljudskega petja, tradicije, pomoči potrebnim, pomoči na raznih prireditvah in proslavah v lokalni skupnosti ter v udejstvovanju v javnem življenju. Starejši člani, ki so večinoma že upokojeni, se čutijo potrebne, koristne, vitalne. **Voditeljice skupin, ki to delo opravljamo prostovoljno, pa si nabiramo pozitivno energijo, modrost, različna znanja in spoznanja, ki nam pomagajo pri preprečevanju lastne izgorelosti. Istočasno pa si gradimo dobre temelje za svojo starost.**

Na osnovi našega dosedanjega dela je pred petimi leti nastala nova skupina upokojenih medicinskih sester, ki se sestaja v Murski Soboti v prostoru RK Murska Sobota. Poleg druženja in pogovora pa je njihova aktivnost posvečena prostovoljstvu s tem, da v tem času delujejo zdravstveno-vzgojno in preventivno v skrbi za ljudi, ki njihovo strokovno znanje in človeške vrline potrebujejo. V skupini delujejo Marija Kovač, Anica Benkovič, Cvetka Meolic, Cvetka Legen, Dragica Nemeč, Etelka Hari.



Skupine za samopomoč – srečanje v Ižakovcih, februar 2010

LITERATURA

- Ramovž J, Kladnik T, Knific B. Skupine za samopomoč. Inštitut za socialno medicino in socialno varstvo, 1992.
- Zupanc Hojnik I. Dodajmo življenje letom. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1997.
- Rusi Zgožen I. Živeti s staranjem in smrtjo. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 2001.
- Frankl V. Zdravnik in duša. Celje: Mohorjeva družba, 1990.
- Kavaš E. Zbornik 40 let delovanja društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Pomurja. Murska Sobota, 2000.
- Kavaš E, Goršak Lovšin V: Jesen življenja je najbogatejša. Bilten občine Beltinci, 1999.
- Balažic S. Diplomski naloga Organiziranost Skupin za samopomoč v Pomurju. Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola Maribor, 2002.
- Zbornik Izbranih tem Izobraževanje in usposabljanje za voditelje skupin za samopomoč, Združenje za socialno gerontologijo in gerontologiko Slovenije, 2003.



