

**ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
SLOVENIJE**



Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji

**Zbornik predavanj z recenzijo
ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTNE KIRURŠKE ZDRAVSTVENE
NEGE: ZNAMO IN ZMOREMO**

Moravske Toplice, 27. marec 2015

| | |
|------------------------------|--|
| UREDNIK: | Lidija Fošnarič |
| PROGRAMSKI ODBOR: | Lidija Fošnarič, Jana Lavtižar, Igor Robert Roj, Karmen Jakomin, Marija Zrim, Gordana Mirt, Mateja Košak Gregorič, Adrijana Debelak, Nataša Kreft |
| ORGANIZACIJSKI ODBOR: | Lidija Fošnarič, Adrijana Debelak, Marija Zrim, Petra Orešič, Aleksandra Vivod, Elviza Mustafič |
| RECENZENTA: | Sabina Ličen, Igor Karnjuš |
| LEKTOR: | Urška Jaušovec Kolar |
| IZDALA IN ZALOŽILA | Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji |
| OBLIKOVALEC: | Grafika Gracer |
| TISK: | Grafika Gracer |
| NAKLADA: | 140 izvodov |
| KRAJ IN LETO IZDAJE: | Celje, marec 2015 |

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

617-089:616-083(082)

ZAGOTAVLJANJE kakovostne kirurške zdravstvene nege :
znamo in zmoremo : zbornik predavanj z recenzijo, Moravske Toplice,
27. marec 2015 / [urednik Lidija Fošnarič]. - Celje : Zbornica
zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev
medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija
medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji, 2015

ISBN 978-961-93277-3-9
I. Fošnarič, Lidija
278689280

KAZALO

1. **Revizijska endoprotetika v UKC Maribor**
Asist. Andrej Moličnik, dr. med.
2. **Celostna zdravstvena nega bolnikov po revizijski endoprotetiki**
Adela Čolnik, zt, dipl. inž. ort. in prot. in Nataša Čoh, zt
3. **Uporaba teorije skrbi Jean Watson**
Hilda Rezar, mag. zdr. nege
4. **Terapija rane z negativnim tlakom na oddelku za travmatologijo in ortopedijo v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec**
Lucija Vinšek, dipl. m. s., Vesna Vravnek, dipl. m. s.
5. **Merjenje bolečine pri otroku po operativnem posegu**
Vesna Medvedšek Zakojč, dipl. m. s.
6. **Diagnostika in zdravljenje obolenj danke in zadnjika**
Prim. mag. Bogdan Fludernik, dr. med.
7. **Obravnava pacienta v centralnem sprejemu v Splošni bolnišnici Novo mesto**
Andreja Žurga, dipl. m. s. in Mateja Košak Gregorič, dipl. m. s.
8. **Pomen komunikacije med medicinsko sestro in pacientom, ki se pripravlja na operativni poseg**
Gordana Mirt, dipl. m. s.
9. **Aktivnosti operacijske zdravstvene nege pri preprečevanju pooperativnih okužb kirurških ran**
Tanja Žmauc, dipl. m. s.
10. **Nevarnosti za zdravje v centralnem operacijskem bloku Splošne bolnišnice Murska Sobota**
Simona Sečko, dipl. m. s.
11. **Pomen zdravstvene nege in vzgoje pacienta z diabetično nogo po kirurškem zdravljenju**
Adrijana Debelak, dipl. m. s., univ. dipl. org.
12. **Sporazumevanje v paliativni zdravstveni negi**
Branka Červ, prof. zdr. vzg.
13. **Pravne podlage za organizacijo dela za tehnika/tehnicu zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec**
Tina Vetter, dipl. m. s.
14. **Poznavanje zdravstvene zakonodaje pri delu v specialističnih kirurških**

ambulantah

Urška Kapun Hozjan, dipl. m. s.

15. **Mobing na delavnem mestu**

Majda Kerčmar, dipl. m. s.

REVIZIJSKA ENDOPROTETIKA KOLKA IN KOLENA

REVISION HIP END KNEE ARTHROPLASTY

Asist. Andrej Moličnik, dr. med., spec. ortoped

Univerzitetni klinični center Maribor

andrej.molicnik@gmail.com

IZVLEČEK

Zdravljenje bolnikov z artrozo kolena ali kolka s totalno endoprotezo (TEP) običajno vodi k bistvenemu izboljšanju kakovosti življenja. Število opravljenih TEP v populaciji zaradi dokumentirane uspešnosti posega nenehno narašča. V kolikor pa bolnik v umetnem sklepu navaja bolečino ali pride ponovno do slabšanja funkcije sklepa, pa je potrebno poiskati ustrezne vzroke in ustrezno ukrepati, nemalokrat s ponovnim revizijskim posegom na umetnem sklepu.

Gljučne besede: artroza, koleno, kolk, totalna artroplastika, revizijska endoprotetika

ABSTRACT

Treatment of patients with osteoarthritis of the knee or hip with total knee arthroplasty (TKA) and total hip arthroplasty (THA) usually leads to a significant improvement in quality of life. Number of total arthroplasties performed annually is constantly increasing due to the documented effectiveness of intervention. However, in failed artificial joint it is necessary to find appropriate causes and take appropriate action, often with the revision surgery needed.

Key words: arthrosis, knee, hip, total arthroplasty, revision arthroplasty

UVOD

Totalna artroplastika kolka in kolena predstavlja uspešno in trajno rešitev pri zdravljenju obrabljenih sklepov, predvsem kar se tiče zmanjšanja bolečine in povrnitve funkcije sklepa. Nacionalni registri protez po TEP kolena ugotavljajo od 80 do 85 %, po TEP kolka pa 92 do 96 % zadovoljnih bolnikov, kar postavlja omenjene operacije med najuspešnejše operacije sploh (Forster-Horvath et al., 2014). Število primarnih (prvih) vstavitvev umetnih sklepov je v zadnjih desetletjih raslo eksponentno, podobno pa se je v zadnjih letih povečevalo število revizijskih operacij (menjav že obrabljenih umetnih sklepov). Revizijsko breme (delež revizij, glede na primarno artroplastiko) se v razvitem svetu giblje v območju 9 %–15% (Bozic et al., 2009; Bozic et al., 2010; Bozic et al., 2014). Odpoved umetnega sklepa je kljub izboljšavam v umetnem materialu in v kirurških tehnikah še vedno večvzročna. Ko pride do odpovedi umetnega sklepa, je zelo pomembno ugotoviti pravi vzrok, saj to pomembno vpliva na način kirurškega zdravljenja in ukrepe, da se izognemo morebitni ponovitvi odpovedi implantata tudi v prihodnje. Avtor želi s prispevkom predstaviti osnovne značilnosti (epidemiološke, etiološke, terapevtske) problematike revizijskih operacij v endoprotetiki.

REVIZIJSKA ARTROPLASTIKA

O revizijski artroplastiki govorimo, kadar umetnega sklepa ne moremo drugače popraviti, kakor s ponovnim kirurškim posegom z menjavo dela ali celega umetnega sklepa. Odpoved umetnega sklepa s posledično potrebo po menjavi lahko nastane zaradi različnih vzrokov. Najpogostejši je obraba umetnega materiala in njegove posledice, pogosto je vzrok v obprotezni okužbi, lahko pa je menjava posledica nepravilnega položaja implantata, obprotezne izgube kostnine ali zloma obprotezne kost ter celo zloma proteze. Ostali vzroki so izrazito redki (Bozic et al., 2009; Bozic et al., 2010).

Število revizijskih artroplastik narašča zaradi vsakoletnega povečevanja števila primarnih artroplastik ter dejstva, da se je indikacijsko področje v zadnjih desetletjih razširilo. Tako se primarna artroplastika danes opravlja tudi pri bolj mladih in bolj aktivnih bolnikih (Diduch et al., 1997). Mlajši bolniki moškega spola in bolniki z več pridruženimi obolenji imajo večje tveganje za odpoved primarnega implantata (Johnsen et al., 2006). Metaanaliza je na primer tako za totalno kolensko artroplastiko pokazala cca. 4 % stopnjo revizij v 4-letnem opazovalnem obdobju (Callahan et al., 1994). Projekcije pa kažejo naraščanje števila revizijskih operacij kolka in kolena v naslednjih desetletjih (Kurtz et al., 2007). Revizijske operacije so tehnično zahtevnejše in imajo večji odstotek pridruženih komplikacij, poleg tega pa je preživetje revizijskih implantatov slabše kot primarnih (Goldberg, 2001; Bozic et al., 2014). Poleg pogostejših specifičnih ortopedskih komplikacij (izpah kolčne proteze, periprotetična okužba, iatrogeni periprotetični zlomi, nevrovaskularni zapleti ipd.) je pri revizijah pogostejša tudi smrtnost, ki je kar trikrat višja kot pri primarnih artroplastikah.

Daljše operacije z dražjimi implantati ter daljšimi hospitalizacijami in rehabilitacijami, kakor tudi več komplikacij, delata revizijsko artroplastiko dražjo od primarne (Salehet al., 2002; Bozic et al., 2014). Pri najenostavnejših revizijah, kot je na primer menjava polietilenskega vložka ali preplastitev pogačice, to seveda ne drži. Več avtorjev pa je mnenja, da tovrstne enostavne revizije ne odpravijo vzroka za težave (po navadi nepravilna pozicija komponent) in vodijo do ponovnih re-revizij (Engh et al., 2000; Babis et al., 2002; Mackay & Siddique, 2003).

Pri revizijski artroplastiki se je potrebno držati sledečih načel:

- pred samim posegom je potrebno ugotoviti vzrok odpovedi primarnega implantata,
- med posegom je potrebno zagotoviti dovolj ekspozicije za varno in čim manj invazivno odstranitev starega implantata,
- potrebno je restavrirati kostni blok za sprejem novega implantata,
- doseči optimalno postavitve novega implantata in njegovo stabilnost,
- s postavitvijo novega implantata obnoviti čim bolj normalne anatomske razmere (center kolčne rotacije, kolčni odmik, dolžino udov, višino kolenske sklepne špranje, balansiranost mehkih tkiv,...),
- omogočiti optimalno pooperativno rehabilitacijo.

Vzroki za revizijo so različni in različno pogosti, večkrat pa gre tudi za multifaktorialno odpoved primarne artroplastike (cca. 30 %). Najpogosteje pride do odpovedi implantata zaradi obrabe polietilena, aseptičnega omajanja, nestabilnosti, obprotezne okužbe, malpozicije (nepravilne postavitve) komponent, obprotezne zloma. Ostali vzroki so redkejši in

topografsko specifični (motnja kolenskega ekstenzornega mehanizma, artrofibroze, osteonekroza pogačice, zlom proteze, draženje psoas tetive,...), nemalokrat pa pravi vzrok za bolečo protezo ostane neodkrit (Sharkey et al., 2002).

Tudi med samo revizijsko operacijo moramo upoštevati več faktorjev. Koža in podkožno tkivo sta pri teh posegih zabrazgotinjena, če gre za stanje po več revizijah, je brazgotinjenje toliko večje. Tudi obseklepna miškulatura je lahko zaradi prejšnjega/-ih posega/-ov kompromitirana z brazgotinjskim tkivom, tetive so lahko skrajšane (npr. quadriceps tetiva). V lažjih primerih in pri neadipoznih bolnikih je lahko pristop standarden, v kolikor pa gre za bolj komplicirane primere in adipoznejše bolnike, pa so potrebni ekstenzivnejši pristopi, ki s sabo prinašajo možnost dodatnih komplikacij (večja intraoperativna krvavitev, poškodba nevrovaskularnih struktur, intraoperativna okužba,...). Problem več kožnih brazgotin je nemalokrat potrebno reševati s pomočjo kožnih režnjev, da se izognemo zapletom v smislu pooperativnega celjenja rane. Kadar je potrebno odstranjevati dobro fiksirano protezo, kot na primer pri obproteznem vnetju, je potrebna maksimalna previdnost, da med odstranitvijo ne napravimo dodatne škode na tkivih, predvsem kostnem – iatrogeni zlom, defekt kostnine. V izogib temu se poslužujemo raznih osteotomij (kontroliranim zlomom kosti). Ob obsežnem brazgotinjenju je med revizijo potrebno napraviti obsežne mehkotkivne sprostitev. Za odstranjevanje implantata in kostnega cementa potrebujemo posebne inštrumente, s katerimi poskušamo odstranitev opraviti s čim manj škode na bolnikovih tkivih.

Nemalokrat se pri revizijskih operacijah srečujemo z izgubo kostnine, ki je lahko tudi signifikantna, in kot taka zahteva uporabo različnih kostnih transplantatov iz kostne banke, kot tudi uporabo zapletenih revizijskih komponent – sistemov, s katerimi poskušamo nadomestiti izgubljeno kostnino. Čim boljšo oceno izgubljene kostnine je potrebno opraviti z predoperativno diagnostiko, včasih pa se pravi obseg pokaže šele med samo operacijo. Zato je pomembno, da imamo na razpolago vsa morebiti potrebna sredstva oziroma sisteme, ki bi jih lahko v takšnih situacijah potrebovali.

V situacijah, ko pride do segmentnih izgub kostnine, je potrebno imeti na razpolago posebne revizijske sisteme za nadomestitev le-teh (modularni revizijski sistemi, tumorske proteze,...).

ZAKLJUČEK

Povečano število primarnih artroplastik, širjenje indikacij, mlajši in zahtevnejši bolniki in daljšanje življenjske dobe so vodili k povečanemu številu revizijskih artroplastičnih posegov, ki jih opravljamo danes.

Pred vsako revizijo je potrebno ugotoviti vzrok za odpoved primarnega implantata, saj s tem bistveno povečamo uspeh revizije. Poleg tega je potrebno upoštevati tudi ostale principe uspešne revizije (vzpostavitev optimalne biomehanike, balansiranost mehkih tkiv, stabilnost implantata, restavriranje kostnega bloka, ohranitev mehkih tkiv).

Pri revizijskih posegih moramo imeti na razpolago posebne revizijske sisteme implantatov, dostop do kostnih tkiv in tudi izkušeno kirurško ekipo. Vse naštetu je na voljo največkrat v t. i. visoko volumskih centrih, kjer se opravlja veliko število tovrstnih posegov, kar govori v prid smiselnosti koncentriranja tovrstnih operacij.

Uspehi revizijskih operacij ne dosejajo uspehov primarne artroplastike. Revizije brez jasnega predoperativnega načrta se moramo izogibati.

LITERATURA

- Babis, G. C., Trousdale, R. T., Morrey, B. F., 2002. *The effectiveness of Isolated Tibial Insert Exchange in Revision Total Knee Arthroplasty*. J Bone Joint Surg Am; 84-A: 64-8.
- Bozic, K. J., Kurtz, S. M., Lau, E., Ong, K., Vail, T. P., Berry, D. J., 2009. *The epidemiology of revision total hip arthroplasty in the United States*. J Bone Joint Surg Am; Jan; 91(1), pp. 128–33.
- Bozic, K. J., Kurtz, S. M., Lau, E., Ong, K., Chiu, V., Vail, T. P., et al., 2010. *The epidemiology of revision total knee arthroplasty in the United States*. Clin Orthop Relat Res., Jan; 468(1), pp. 45–51.
- Bozic, K. J., Kamath, A. F., Ong, K., Lau, E., Kurtz, S., Chan, V., et al., 2014. *Comparative Epidemiology of Revision Arthroplasty: Failed THA Poses Greater Clinical and Economic Burdens Than Failed TKA*. Clin Orthop Relat Res., Dec 3. [Epub ahead of print].
- Callahan, C. M., Drake, B. G., Heck, D. A., Dittus, R. S., 1994. *Patient outcomes following tri compartmental total knee replacement*. A meta-analysis. JAMA, 271: 1349-57.
- Diduch, D. R., Insall, J. N., Scott, W. N., Scuderi, G. R., Font-Rodriguez, D., 1997. *Total knee replacement in young, active patients. Long-term follow-up and functional outcome*. J. Bone and Joint Surg, 79-A: 575-82.
- Engh, G. A., Koralewicz, L. M., Pereles, T. R., 2000. *Clinical results of modular polyethylene insert exchange with retention of total knee arthroplasty components*. J Bone Joint Surg Am, 82, 516-23.
- Forster-Horvath, C., Egloff, C., Nowakowski, A. M., Valderrabano, V., 2014. *The painful primary hip replacement – review of the literature*. Swiss Med Wkly, Oct 8; 144: w13974.
- Goldberg, V. M., 2001. *Principles of revision total knee arthroplasty: overview*. Instr Course Lect; 50, 357-8. 4.
- Johnsen, S. P., Sørensen, H. T., Lucht, U., Søballe, K., Overgaard, S., Pedersen, A. B., 2006. *Patient – related predictors of implant failure after primary total hip replacement in the initial, short- and long-terms*. A nationwide Danish follow-up study including 36, 984 patients. J Bone Joint Surg Br., Oct; 88(10), 1303-8.
- Kurtz, S., Ong, K., Lau, E., Mowat, F., Halpern, M., 2007. *Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030*. J Bone Joint Surg Am, 89, pp. 780–785.

- Mackay, D. C., Siddique, M. S., 2003. *The results of revision knee arthroplasty with and without retention of secure cemented femoral components.* J Bone Joint Surg, 85B: 517-20.
- Saleh, K. J., Dykes, D. C., Tweedie, R. L., Mohamed, K., Ravichandran, A., Saleh, R. M., et al., 2002. *Functional outcome after total knee arthroplasty revision: A meta-analysis.* J Arthroplasty, 17, 967-77.
- Sharkey, P. F., Hozack, W. J., Rothman, R. H., Shastri, S., Jacoby, S. M. , 2002. *Why Are Total Knee Arthroplasties Failing Today?* Clin Orthop Relat Res,1, pp. 7–13.

CELOSTNA ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKOV PO REVIZIJSKI ENDOPROTETIKI

COMPREHENSIVE CARE OF PATIENTS AFTER JOIN REVISION SURGERY

Adela Čolnik, dipl. inž. ort. in prot., Nataša Čoh, zdr. teh.

Univerzitetni klinični center Maribor

ortopedija1@gmail.com

IZVLEČEK

Življenjska doba po celotnem svetu se daljša. Hoja in gibanje predstavljata za vsakega človeka možnost samostojnosti, komunikacije, druženja in rekreacije. Danes revizijska endoprotetika predstavlja rutinski poseg, ki omogoča izboljšanje kvalitete življenja starostnikov. Vloga ortopedске medicinske sestre je v prepoznavanju potreb pacienta ter nudenju pomoči pri doseganju samostojnosti v bolnišnici in kasneje v domačem okolju. Medicinska sestra mora skozi celotno hospitalizacijo delovati zdravstveno-vzgojno za bolnika in njegove svojce. Vključevanje in informiranje bolnika pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti ga pritegne k sodelovanju in s tem pospeši njegovo rehabilitacijo in vrnitev v domače okolje.

Ključne besede: kirurška zdravstvena nega, revizija endoproteze, celostna obravnava

ABSTRACT

Life expectancy is increasing all over the world. Any kind of physical activity is important for every individual in means of autonomy, communication and recreation possibilities. Nowadays the joint revision surgery is a routine procedure that improves quality of life in elderly. Orthopaedics nurse has an important role in identifying patient's needs, assisting in the achievement of independence during hospitalization as well as in aftercare. Throughout the hospitalization the nurse must provide an education about the medical condition for the patient and his relatives. Involving and informing the patient in all kinds of activities attracts to cooperation and thereby accelerates his rehabilitation and return to his home environment..

Key words: surgical care, joint revision surgery

UVOD

Življenjska doba ljudi je vse daljša, sorazmerno s tem se povečuje delež starih ljudi v razvitih državah. V Sloveniji je pričakovana življenjska doba pri moških 72 let in pri ženskah 79,5 let (Cijan & Cijan, 2003).

Starostniki nad 65 let so najhitreje rastoča skupina prebivalstva, ki se bo do leta 2020 povečala za 35 %. Znotraj te skupine pa se bo število starejših od 80 let podvojilo (Strojnik, 2006).

S staranjem prihaja do velikih sprememb v tkivni masi. Pri mlajših osebah pripada posameznim vrstam tkiv: 10 % kostem, 30 % mišicam, 20 % maščobnim tkivom. Pri osebah, starejših od 75 let, kosti predstavljajo 8 % kosti, mišice 15 % in maščobno tkivo 40 % tkivne mase (Cijan & Cijan, 2003).

Z rastjo pričakovane življenjske dobe se povečuje tudi število let, ki jih ljudje preživijo z eno ali več sočasnimi zdravstvenimi težavami in prizadetostmi. Te pa vplivajo na kakovost življenja.

Kakovost življenja je tako kompleksen in zapleten fenomen, da zahteva holistični (celostni) in multidisciplinarni pristop preučevanja. Kakovost življenja zajema materialne, socialne in osebnostne lastnosti, človekove temeljne potrebe in življenjske pogoje. Opredeljujejo jo norme in standardi določene družbe, prav tako pa tudi vrednotenja in ocenjevanja skupin. V tem kompleksu mnogi avtorji še posebej izpostavljajo dejavnik zdravja, le redki pa vključujejo kompleks svobod in človekovih pravic, zlasti socialnih in političnih pravic ter stopnjo demokracije.

Celostna oskrba bolnika v ortopediji predstavlja povezavo med biofizičnimi (položaj v postelji, umivanje, preoblačenje), psihološkimi (informiranje o preiskavah, napredku zdravljenja, razlaga načrta zdravljenja) in duhovnimi (spoštovanje posameznika kot individuum, njegove vrednote, cilje, upanje) dimenzijami človeškega stanja. Znanje, intelektualna sposobnost, narodnost, spol, versko prepričanje in ekonomski status vplivajo na razumevanje celovitosti doživljanja simptomov posameznika (Rezar & Čoh, 2013).

Namen prispevka je predstaviti potek obravnave bolnika, ki potrebuje menjavo oz. revizijo endoproteze na oddelku za ortopedijo UKC Maribor.

Predstavitev oddelka za ortopedijo UKC Maribor

Na oddelku razpolagamo s 55 posteljnimi enotami. Zaposlenih je deset specialistov ortopedov, deset diplomiranih medicinskih sester in devetnajst tehnikov zdravstvene nege. Od tega sta ena dipl. med. sestra in en zdravstveni tehnik razporejena v ortopedske ambulante. V lanskem letu smo opravili preko 2000 operativnih posegov, od tega 62 revizijskih operacij kolka, 11 revizijskih operacij kolena ter 1 revizijsko operacijo ramenskega sklepa (Čolnik & Čoh, 2014).

OBRAVNAVA BOLNIKA, PREDVIDENEGA ZA VSTAVITEV REVIZIJSKE ENDOPROTEZE OD SPREJEMA DO ODPUSTA

Bolniki, predvideni za menjavo primarne endoproteze, so na oddelek sprejeti načrtovano ali nujno.

Sprejem v bolnišnico pomeni za bolnika hud psihofizični stres, saj bolnik zapusti svoj dom, ločen je od svojih bližnjih, počuti se osamljeno, je žalosten in zaskrbljen. Prvi stik z bolnikom je zelo pomemben, zato ob sprejemu vzpostavimo topel, človeški odnos (Kropfl & Zorko, 2003).

Bolnike sprejmemo običajno dva dni pred operativnim posegom. Vedeti moramo, da vse bolnike k nam pripelje bolečina in motena funkcija umetnega sklepa oz. primarne endoproteze, ki je za pacienta zelo moteča in mu zmanjšuje kvaliteto življenja. Bolniki pogosto niso dovolj seznanjeni s svojim zdravstvenim stanjem, s potekom operativnega zdravljenja, z aktivnostmi zdravstvene nege in s hospitalizacijo.

Ne glede na časovno in kadrovsko omejenost se trudimo zagotoviti dovolj časa za pogovor, zasebnost in zaupnost podatkov.

Za dober in pozitiven odnos je zelo pomemben prvi kontakt med bolnikom in medicinsko sestro. Sprejem bolnikov poteka v ortopedski ambulanti, kjer dobimo vse ključne informacije za hospitalizacijo in poseg. Komunikacijo in pristop poskušamo prilagoditi glede na bolnikov nivo znanja in razumevanja, njegovo pripravljenost in motivacijo glede operativnega zdravljenja. Z intervjujem ob sprejemu dobimo negovalno anamnezo in socialni status, ki nam pomaga pri obravnavi. Poleg vseh preiskav, ki jih bolnik potrebuje za varen poseg (krvne preiskave, rentgen pljuč in srca, rentgen sklepa, ki je predviden za poseg, EKG, izvid pregleda pri internistu,...), so za nas pomembne tudi informacije, ali bolnik živi sam ali ima svojce, ki so mu pripravljene pomagati. Zanima nas, ali ima druge pridružene bolezni, redno jemlje terapijo, želi podaljšati bivanje na negovalnem oddelku, si ureja domsko varstvo,... Zelo pomembno pri sprejemu je, da damo bolniku podpisati obrazec za prejem tkiva darovalca. Informacije vedno podajamo mirno, dovolj glasno, optimistično, na nivoju bolnikovega razumevanja in dožemanja. Na koncu zmeraj preverimo, ali je bolnik naše napotke, informacije, navodila in razlage razumel in mu damo možnost dodatnih vprašanj. Prav tako je potrebno seznaniti svojce z vsemi potrebnimi informacijami v okviru svojih kompetenc. Za informacije o bolezenskem stanju in poteku zdravljenja je pristojen zdravnik.

Operativni dan

Na dan operacije se pacient zjutraj higiensko uredi, odstrani ves nakit, ličila, zobno protezo, kontaktne leče, slušni aparat. Medicinska sestra pripravi mesto operativnega reza. Operativno mesto obrije z brivniki za enkratno uporabo in razkuži z 1 % Chlorhexidine raztopino.

S pripravo bolnikove kože zmanjšamo število mikroorganizmov na površini operativnega mesta (Klasinc, 2011).

Operativno mesto označi operater pred odhodom bolnika na operativni poseg.

Medicinska sestra da bolniku s strani anesteziologa predpisano premedikacijo, preveri vso dokumentacijo in ga odpelje v predoperacijski prostor, kjer ga preda anestezijski medicinski sestri.

Po končanem operativnem posegu bolnika prevzamemo iz zbujevalnice.

Bolniki pridejo iz zbujevalnice običajno še zmeraj zaspani ali v zoženi zavesti. Vzroki so lahko anestetiki, sedativi, spremembe v tekočinskem ali elektrolitskem ravnovesju, bolečina (Klasinc, 2011).

Pri prevzemu bolnika preverimo operativno rano, bolnikovo splošno stanje in naročila operaterja. V kolikor bolnikovo stanje dopušča, opravimo najprej rentgensko slikanje operirane okončine, nato odpeljemo bolnika na oddelek.

Bolnika namestimo v sobo za intenzivno nego na oddelku, kjer nadzorujemo vitalne funkcije, opazujemo operirano okončino (barvo kože, mišično moč, občutek za dotik in temperaturo), nadomeščamo tekočine (intravenozno in oralno), apliciramo zdravila po navodilu zdravnika, nadzorujemo bolečino in jo kontinuirano blažimo s predpisanimi analgetiki (Čoh, et al., 2010).

Pri vstavitvi kolčne endoproteze leži operirana noga iztegnjeno na blazini v notranji rotaciji in rahlo odmaknjeno od druge – neoperirane noge.

Pozorno opazujemo rano. S pomočjo reinfuzije vrnemo v prvih petih urah prečiščeno kri v krvni obtok, bolniku vrnemo tudi avtologo kri (če jo je dal pred predvidenim operativnim posegom) (Čoh, et al., 2010).

Reinfuzija je pooperativna avtotransfuzija filtrirane krvi, ki se zbira po drenih iz operativne rane v zaprt sistem s podtlakom. Aparat je nameščen po aseptični metodi v operacijski dvorani tik pred koncem operativnega posega. Podtlak naredimo s pomočjo mikro-vakuum generatorja z lastnim baterijskim napajanjem (Rezar, 2008).

Bolniku pokažemo dihalne vaje, ki jih izvaja leže (globoko dihanje z izkašljevanjem, dvigovanje zgornjega dela telesa s pomočjo trapeza) in aktivne vaje s stopali za poživitev krvnega obtoka. S tem preprečujemo zastoj krvi v venah in nastanek strdka. Bolnika spodbujamo k izvajanju omenjenih vaj večkrat dnevno (Čoh, et al., 2010).

Prvi pooperativni dan

Zjutraj se bolnik s pomočjo medicinske sestre oz. zdravstvenega tehnika higiensko uredi. Izmerimo mu vitalne funkcije, odvzamemo naročene krvne preiskave in apliciramo predpisano terapijo. Preverimo operativno rano in po potrebi naredimo prevez.

Ta dan bolnik uživa normalno prehrano v manjših količinah, medicinska sestra mu pri tem pomaga.

Fizioterapevt skupaj z bolnikom začne z razgibalnimi vajami v postelji, nato ga nauči pravilnega posedanja preko roba postelje in vstajanja. Če bolnikovo zdravstveno stanje dopušča, gre s spremstvom do stranišča s pomočjo hodulje. Fizioterapevt bolnika pouči o pravilni tehniki hoje (razbremenitvi operirane noge) in pravilni uporabi ortopedskega pripomočka. Po opravljeni fizioterapiji bolnika premestimo na bolniški oddelek.

Drugi in nadaljnji pooperativni dnevi

Drugi pooperativni dan po naročilu operaterja medicinska sestra odstrani sukcijne cevke. Bolniku medicinska sestra nudi pomoč pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti. V prvih pooperativnih dneh je zelo pomembno lajšanje bolečine. Vsaj dvakrat dnevno meri nivo bolečine s pomočjo VAS lestvice. Manjša kot je pooperativna bolečina, lažje bolnika spodbujamo h gibanju in vstajanju.

Najpogostejši pooperativni zapleti (Čoh, et al., 2010):

- vrtoglavica,
- bruhanje,
- pooperativna obstipacija,
- preležanine,
- padci,
- vnetje operativne rane,
- izpah sklepa,
- globoka venska tromboza.

Odpust bolnika

Bolniku medicinska sestra nudi informacije, kaj lahko in česa se naj izogiba ob prihodu v domače okolje. Bolniki so odpuščeni sedmi do deseti pooperativni dan. Odpust je odvisen od bolnikovega splošnega stanja in sposobnosti za samostojno življenje.

Ob odpustu iz bolnišnice bolnik dobi odpustno pismo z medicinsko dokumentacijo, ki jo izroči osebnemu zdravniku. Bolnika seznanimo z navodili, povezanimi z odpustom, morebitno dieto, kontrolnim pregledom (kje, kdaj) ali nadaljnjim zdravljenjem. Dobi lahko tudi pisna navodila za nadaljnjo zdravstveno nego na domu ter potrebne recepte za zdravila (SB Dr. Franca Derganca, 2009).

ZAKLJUČEK

Bolniki se vse bolj zavedajo svojih pravic in posledično zahtevajo kakovostno bolnišnično obravnavo, katere pomemben del je zdravstvena nega.

Bolnik potrebuje v času od sprejema do odpusta jasna navodila, ki mu bodo pomagala k hitrejšemu okrevanju in izogibanju pooperativnih zapletov. Medicinske sestre moramo biti strokovno usposobljene, da lahko nudimo bolniku pravilno in kvalitetno zdravstveno oskrbo. To od nas zahteva redno izpopolnjevanje in dopolnjevanje našega strokovnega znanja. Pomembno je usklajeno delovanje celotnega zdravstvenega tima, ki z bolnikom sodeluje v času hospitalizacije. Ne smemo pozabiti, da bolnik ni v bolnišnici samo zaradi obolelega uda – organa, ampak potrebuje tudi prijazno besedo, topel pogled in sočuten stisk roke. Samo če bomo bolnika obravnavali kot individualno osebnost, se bo ob nas počutil varno, pomirjeno, nam bo zaupal ter bo zaradi tega njegovo okrevanje hitrejše in kvalitetnejše.

LITERATURA

- Cijan, V. & Cijan, R., 2003. *Zdravstveni, socialni in pravni vidiki starostnikov*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
- Čoh, N., Rezar, H. & Lorbek, T., 2010. *Pooperativna zdravstvena nega bolnika na ortopedskem oddelku*. In: Vogrin, M., et al., eds. *Artroza in endoprotetika sklepov: zbornik vabljenih predavanj/VI. ortopedsko srečanje interdisciplinarno strokovno srečanje in učne delavnice*, Maribor, 17. december 2010. Maribor: Univerzitetni klinični center, Oddelek za ortopedijo, pp. 163–168.
- Čolnik, A. & Čoh, N., 2014. *Zdravstvena nega oddelka za Ortopedijo nekoč in danes*. In: Vogrin, M., et al., eds. *Ortopedija – À la carte zdravnika družinske medicine: zbornik vabljenih predavanj/ X. mariborsko ortopedsko srečanje, interdisciplinarno strokovno srečanje*, Maribor, 14. november 2014. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, pp. 45–50.
- Klasinc, T., 2011. *Zdravstvena nega bolnika po operativnem posegu cističnega tumorja na trebušni slinavki*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
- Kropfl, J. & Zorko, O., 2003. *Priprava bolnika na abdominalno operacijo*. *Zdravstvena nega v skrbi za kirurškega bolnika*, pp. 51–54.
- Strojnik, V., 2006. *Vadba za starejše osebe z zmanjšano mobilnostjo*. In: Strojnik, V. *Simpozij za starejše osebe z zmanjšano mobilnostjo: zbornik predstavitev/nacionalni sestanek THENAPA 2*, Ljubljana, 10. junij 2006. Ljubljana: Fakulteta za šport, p. 86.
- Rezar, H., 2008. *Pooperativno vračanje krvi – reinfuzija*. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor (interni strokovni standard).
- Rezar, H. & Čoh, N., 2013. *Zdravstvena nega nujnih stanj v ortopediji*. In: Vogrin, M., et al., eds. *Nujna stanja in vnetja v ortopediji: zbornik predavanj/IX. Mariborsko ortopedsko srečanje, interdisciplinarno strokovno srečanje*, Maribor, 15. november 2013. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, pp. 123–129.
- Splošna bolnišnica »dr. Franca Derganca« Nova Gorica, 2009. *Odpust iz bolnišnice*. Dostopno na: <http://www.bolnisnica-go.si/node/524> [16. 2. 2015]

TERAPIJA RANE Z NEGATIVNIM TLAKOM NA ODDELKU ZA TRAVMATOLOGIJO IN ORTOPEDIJO

MANAGING ACUTE TRAUMATIC WOUNDS USING NEGATIVE WOUND PRESSURE THERAPY

Vesna Vravnek, dipl. m. s., Lucija Vinšek, dipl. m. s.
Spolšna bolnišnica Slovenj Gradec
vesna.vravnek@gmail.com, lucija.vinsek@siol.net

IZVLEČEK

Zdravljenje akutnih in kroničnih ran je velik izziv in hkrati predstavlja zdravstveni problem. Članek je namenjen predstavitvi terapije rane z negativnim tlakom kot sodoben pristop pri zdravljenju akutnih travmatskih ran, kjer gre za metodo, ki pospešuje celjenje ran in jo pripravi za kritje. Trajanje zdravljenja ni časovno omejeno, saj je odvisno od namena zdravljenja, vrste in velikosti rane. V Splošni bolnišnici Slovenj Gradec na Oddelku za travmatologijo in ortopedijo se te metode poslužujemo predvsem pri svežih poškodbah mehkih tkiv, kar prikazuje tudi opisan primer bolnika s takšno poškodbo.

Ključne besede: negativni tlak, travmatska rana, oskrba rane

ABSTRACT

Managing acute and chronic wounds is a challenging and demanding procedure. This article presents a method of negative wound pressure therapy applied to acute traumatic wounds. It describes the procedure step by step and explains how this method enhances wound healing and prepares it for further closure. The duration of therapy is not time limited, but it depends on wound characteristics like size, depth and contamination. In General hospital Slovenj Gradec in trauma and orthopaedic surgery department this method has proved to be safe and very effective in soft tissue injuries treatment.

Keywords: negative wound pressure therapy, traumatic wound, wound therapy

UVOD

Terapija s kontroliranim negativnim pritiskom je oblika sodobnih materialov za oskrbo ran, pri kateri s pomočjo mikroprocesorsko vodene črpalke ustvarjamo negativni tlak v rani, izpolnjeni s posebno peno ali gazo (Ciringer, et al., 2011).

Terapija s kontroliranim negativnim tlakom obstaja v različnih izvedbah, saj gre za različne lastniške izdelke. V osnovi so sistemi sestavljeni iz pene ali sterilne gaze, ki je ročno oblikovana po tkivnem defektu ali rani, drenažne cevi, ki povezuje peno s črpalko, poliuretanske folije, ki se prelepi preko rane ali tkivnega defekta, izpolnjenega s peno ali

gazo, in črpalke, ki ustvarja podtlak ter ima vgrajeno zbiralno posodo za eksudat (Ciringer, et al., 2011).

Namen prispevka je predstaviti terapijo rane z negativnim tlakom na konkretnem primeru, kjer prikažemo uspešnost te metode pri celjenju rane, kar posledično skrajša hospitalizacijo.

TERAPIJA RANE Z NEGATIVNIM TLAKOM – INDIKACIJE IN KONTRAINDIKACIJE ZA NJENO UPORABO

Negativni tlak pospeši celjenje rane oz. jo pripravi za kritje, ker zmanjša edem in poveča krvni obtok v okolici rane, odstranjuje izloček iz rane in pospeši tvorbo granulacij. Trajanje zdravljenja ran z negativnim tlakom časovno ni omejeno in je odvisno predvsem od namena zdravljenja, velikosti in vrste rane ter spremljajočih bolezni. Lahko ga prekinemo, ko je rana zaprta ali pripravljena za kirurško kritje, ali če v 1 do 2 tednih ni opaznega napredka v celjenju. Z zdravljenjem ran z negativnim tlakom zagotovimo boljšo oskrbo bolnika, metoda pa je uporabna v bolnišnici ali ambulantno (Uršič & Novak, 2010).

Terapija rane z negativnim tlakom pozitivno vpliva tudi na hemodinamske razmere v mikrocirkulaciji, pospešuje odstranjevanje zaviralnih dejavnikov celjenja in bakterijskih endotoksinov (Ciringer, et al., 2011).

Terapija s kontroliranim negativnim tlakom se je izkazala za učinkovito metodo pri primarni oskrbi poškodb z obsežnim defektom mehkih tkiv. Uporablja se za začasno pokrivanje primanjkljajev mehkih tkiv pred zaključnim zdravljenjem, ko se le-te pokrije z režnji ali dokončno zapre z zapoznelimi šivi (Ciringer, et al., 2011).

Metoda se prav tako lahko uporablja pri pooperativnih — dehisciranih ranah, razjedah zaradi pritiska, diabetičnih/nevropatskih razjedah, poškodbenih ranah, na odvzemnih in presaditvenih mestih, pri venskih razjedah ter pri fistulah, kadar smo prepričani, da ne vodijo v notranje organe ali druga rizična tkiva (Peric, 2009).

Terapija z negativnim tlakom se nikoli ne namešča neposredno na izpostavljene večje žile ali žilne anastomoze in se ne uporablja pri bolnikih z motnjami strjevanja krvi ali aktivnimi krvavitvami po nekrektomijah. Prav tako se ne uporablja za zdravljenje onkoloških kroničnih ran (razen v stadiju paliativne oskrbe), neraziskanih fistul, nezdravljenih osteitisov ali ran z nekrotičnim tkivom (Ciringer, et al., 2011).

Za menjavo oz. ustavitev terapije se odločimo, ko je (Peric, 2009):

- v rani 100 % granulacijsko tkivo,
- nivo granulacijskega tkiva v nivoju kože,
- splošno stanje bolnika/rane boljše,
- dno rane pripravljeno za graft/reženj,
- izločanje manj kot 20–50 ml/dan in
- ko po dveh zaporednih prevezah v rani ne opazimo napredka.

Priprava dna rane z okolico

Najpomembnejši ukrep rane na negativni pritisk je očiščenje rane, ki ga glede na možnosti, znanje, veščine in značilnosti rane ter bolnika opravimo na različne načine (Peric, 2009).

Z očiščenjem rane (Peric, 2009):

- ugotovimo obseg poškodovanega tkiva,
- zmanjšamo biokemično neravnovesje, starajoče celice,
- zmanjšamo bakterijsko breme,
- zmanjšamo neprijeten vonj,
- zagotovimo boljše pogoje za celjenje.

Očistimo in osušimo rano po lokalnem protokolu. Če je potrebno, zaščitimo okolico rane pred stikom z vlago z robčkom za razmastitev in zaščito kože.

Preveza rane z gazo

Za polnitev ran se namesto pen uporabljajo tudi posebne sterilne gaze, ki so prepojene z antiseptiki. Tako pripravljene gaze omogočajo daljši čas namestitve brez vzpostavitve podtlaka tudi do 72 ur. Medtem ko je lahko zaradi grozečega septičnega stanja sistem terapije negativnega pritiska z nameščeno peno v rani brez vzpostavljenega podtlaka zgolj 2 uri (Ciringer, et al., 2011).

Set za prevezo mora vsebovati:

- kontaktno mrežico,
- antimikrobno gazo,
- transparentni film,
- robčke za razmastitev in zaščito kože,
- fiziološko raztopino,
- prilepko RenasysSoftPort.

Sistem se menjuje na 2–4 dni. Kadar rana ni okužena, se lahko čas med menjavami tudi podaljša. V rano namestimo prepojeno antimikrobno gazo s fiziološko raztopino, dokler gaza ohlapno ne zapolni celotnega področja in globine rane. Prevez zaščitimo ter pričvrstimo s transparentnim filmom, ki mora segati vsaj 3–5 cm čez robove rane. Izrežemo odprtino v sredini preveze (velikost 1 evro kovanca) ter odstranimo odvečni film. Odstranimo zaščito prilepke, jo namestimo na izrezano odprtino ter z nežnim pritiskom učvrstimo njeno pozicijo. Prilepko povežemo s cevni sistemom zbiralnika. Vključimo aparat in nastavimo želeni podtlak. Priporočljiv terapevtski nivo podtlaka je 40–120 mm Hg. Nivo podtlaka nikoli ne sme biti boleč. Če bolnik poroča o neugodju z nivojem tlaka, mora biti le-ta zmanjšan. Preveza mora biti na otip čvrsta (rozinasta). Aparat ima nameščeno posebno zbiralno posodo za eksudat.

PRIMER TERAPIJE RANE Z NEGATIVNIM TLAKOM NA ODDELKU ZA TRAVMATOLOGIJO IN ORTOPEDIJO V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

Obravnavali smo bolnika, starega 58 let. V bolnišnico je bil sprejet zaradi poškodbe pri delu, saj so se nanj vsule betonske cevi. Utrpel je zlom desne diafize z odrgninami. Ob sprejemu je bila nameščena nadkolenska longeta, pred tem pa narejena toaleta odrgnin. Zaradi obsežnega hematoma in močne otekline operacija z osteosintezo ni bila mogoča. Zaradi narave poškodbe se je pojavil obsežni bulozni edem (oteklina z mehurji). Toaleta odrgnin in mehurjev se je izvajala 1-krat na dan (sedem dni). Zatem je bila narejena toaleta in odstranitev mehurjev v splošni anesteziji (nekrektomija). Preveza rane se je nato izvajala vsak drugi dan (15 dni), vendar po vseh teh dneh pri celjenju rane ni bilo vidnega nobenega napredka. Toaleta ran je bila kljub analgetikom za bolnika izredno boleča, saj zlom še ni bil saniran. Bolnik je bil zaradi negotovosti o svojem zdravstvenem stanju pod vedno večjim stresom. Že sama poškodba ga je iztrgala iz domačega okolja, v bolnišnici pa je imel težave pri osnovnih življenjskih aktivnostih, zato smo se odločili za terapijo z negativnim tlakom. Preveza z negativnim tlakom se je izvajala vsake štiri dni, torej je metoda zdravljenja z negativnim tlakom trajala skupaj 12 dni. Nivo podtlaka je bil nastavljen na 80 mm Hg. Prevezo smo preverjali dnevno. Po končani terapiji z negativnim tlakom je bila rana pripravljena za presaditev kože (Tiersch).

ZAKLJUČEK

S pravilno, pravočasno in popolno rehabilitacijo po poškodbi se je mogoče izogniti številnim neprijetnim posledicam. Cilj je čim hitrejše okrevanje in celjenje ter samostojnost pri vsakdanjih aktivnostih. Potrdimo lahko, da zdravljenje ran s kontroliranim negativnim tlakom pozitivno vpliva na bolnikovo fizično in psihično stanje. S takšnim sodobnim pristopom se zmanjša število prevez rane, bolečina je zmanjšana, olajšana je tudi zdravstvena nega. Bolniki so bolj motivirani, skrajša se čas hospitalizacije in posledično se zmanjšajo tudi stroški zdravljenja.

LITERATURA

- Ciringer, M., Triller, C. & Smrke, D. M., 2011. *Terapija s kontroliranim negativnim tlakom*. Medicinski razgledi, 50(4), pp. 433–440.
- Peric, H. (2009). *Nove možnosti terapije rane z negativnim pritiskom*. In: Vilar, V. ed. Razjede na nogah: Kranjska Gora, marec 2009. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije, pp. 83–86.
- Uršič, H. & Novak, M., 2010. *Zdravljenje ran z negativnim tlakom v onkologiji*. Onkologija, 14(1), pp. 66–68.

TEORIJA SKRBI JEAN WATSON

JEAN WATSON'S THEORY OF HUMAN CARING

Hilda Rezar, mag. zdr. nege
Univerzitetni klinični center Maribor
hilda.rezar@gmail.com

IZVLEČEK

Izbor teorije za delovanje v praksi zdravstvene nege je pogojeno z okoljem, v katerem bo uporabljeno. Pri izbiri teorije za klinično prakso moramo upoštevati dejstvo, da mora izbrana teorija medicinske sestre spodbuditi h kritičnemu razmišljanju. Skrb predstavlja osrednje delovanje vsake medicinske sestre v zdravstvenem sistemu, zato predstavlja izbor teorije skrbi za delovanje medicinskih sester v zdravstveni negi velik izziv. Namen članka je opisati Teorijo skrbi Jean Watson in analizirati glavne elemente teorije.

Ključne besede: teorija skrbi, dejavniki skrbi, Jean Watson, zdravstvena nega

ABSTRACT

When we choosing a theory for clinical practice we must consider the facts that the chosen theory encourage nurses for critical thinking. Caring is a framework of nursing in health care sistem and it is challenge if we choose Caring Theory in nursing. The purpose of the article is to describe Caring theory Jean Watson and analyze main elements of theory.

Keywords: caring theory, caring factors, Jean Watson, nursing

UVOD

Trenutek skrbi vključuje aktivnosti in možnosti za obe osebi, vpleteni v odnos: medicinsko sestro in pacienta ali medicinsko sestro in svojca, družino, skupino (Watson, 2006). McCance (2005) v analizi koncepta skrbi ugotavlja, da so medicinske sestre pri oblikovanju teorije skrbi izhajale iz svojega dela, vrednot. Leninger (1991) navaja, da se skrb nanaša na ukrepe in aktivnosti, usmerjene v pomoč, podporo, ki posamezniku oz. skupini omogoča izboljšavo očitnih ali pričakovanih potreb obstoja, življenjske poti ali njihovega soočanja s smrtjo. Watson (1985) opiše, da morata vrednota in odnos postati osnovni vodili pri izvajanju konkretnih dejanj. Roach (1989) poudarja, da skrb ni enostavno emocionalni ali vedenjski odziv. Je skrb za nekoga in je skupek lastnosti posameznika, kaj smo, našega odzivanja, naših dejanj. Je kakovost vlaganja in sodelovanja z drugimi: v osebe, ideje, projekte, stvari, sebe. Medicinska sestra je poznana kot oseba, ki živi za skrb in z njo osebnostno raste. Mustard (2002) opisuje, da lahko skrb opišemo iz štirih zornih kotov:

- Občutek za skrb kot stališče, ki ga pogosto cenijo študentje zdravstvene nege. Stališče izraža sočutje oziroma skrb za sočloveka;
- Izvajanje aktivnosti, ki jih posameznik ne more izvajati sam;
- Skrb za medicinski problem, ki zahteva znanje o problemu;
- Vidik skrbi: kompetence v skrbi potrebujejo izdelane procese; osebne in tehnične, z resnim zanimanjem za zagotavljanje prave nege ob pravem času na pravi način.

Glede na Scotto (2003) morajo medicinske sestre delovati v štirih vidikih za kompetentno skrb. Ti štirje vidiki kompetentne skrbi so:

- intelektualni vidik (klinično odločanje, analitično mišljenje);
- psihološki vidik (čutenje, emocije, spomini);
- duhovni vidik (odgovori na vprašanja zakaj, kaj);
- fizični vidik (medicinske sestre morajo najprej poskrbeti same zase, da lahko skrbijo za sočloveka, pacienta, družino).

Watson skozi razvoj teorije nenehno poudarja osebne človeške vrednote, ki nas vodijo v skrbi za posameznika. Vso pozornost posveča vrednotam posameznika, kot so ljubeča prijaznost, skrbnost, sočutje, nežnost, umirjenost, ki so pomembne za obstoj profesije. Profesija, ki izgubi svoje vrednote, je brez duše (Watson, 1999a; 2006). Skrb za posameznika je dinamičen medsebojni odnos med medicinsko sestro in pacientom, ki vključuje etično izbiro in dejanja znotraj nekega trenutka (Watson, 2014). Le-ta se odraža pri pacientu kot potencialna harmonija telesa, misli in duha (Watson, 1985; 2008). Watsonova (2014) nam z razvojem znanosti skrbi zagotavlja temelje, ki predstavljajo profesijo zdravstvene nege.

Model skrbi vključuje tako umetnost kot znanost z elementi humanizma, duhovnosti, z novimi dimenzijami povezave misli, telesa, duha in medicine. Model skrbi predstavlja vabilo in priložnost, da se soočimo z idejami, izkušnjami in osebno rastemo s samo filozofijo oziroma jo živimo tako v osebnem kot tudi profesionalnem življenju (Watson, 2006).

Sprejetje koncepta skrbi in nudenje skrbstvene zdravstvene nege je osrednja in temeljna naloga medicinskih sester. Skrb za drugega predstavlja enega od bistvenih konceptov v vsakodnevnem življenju. Medicinska sestra deluje skrbno v medsebojnih odnosih, izkazovanju spoštovanja, ohranjanju dostojanstva ter je temelj zagotavljanja varnosti pri pacientih v zdravstvenih ustanovah in širše v družbi (Pajnkihar, 2014).

TEORIJA SKRBI JEAN WATSON

Zgodovinski razvoj in opis teorije skrbi Jean Watson

Jean Watson se je rodila leta 1940 v južnem delu Zahodne Virginije v Združenih državah Amerike. Kot najmlajša izmed osmih otrok je bila obkrožena z velikim družinskim okoljem (Jesse, 2010).

V šoli Lewis Gale v Zahodni Virginiji je zaključila srednjo šolo za medicinske sestre. Po diplomi leta 1961 in po poroki se je preselila na zahod v zvezno državo Colorado. Mož Douglas ji ni predstavljal samo fizične in duhovne opore, bil je njen najboljši prijatelj. Po

selitvi v Colorado je nadaljevala svoje izobraževanje na Univerzi v Coloradu. Diplomirala je s področja zdravstvene nege leta 1964, zaključila magistrski študij zdravstvene nege psihiatrično-mentalnega zdravja leta 1966 ter doktorirala iz izobraževalne psihologije in informiranja leta 1973 na Graduate School v Boulder Campus (Jesse, 2010).

Po zaključenem doktorskem študiju se je zaposlila na Fakulteti za zdravstveno nego Univerze v Coloradu, kjer je poučevala in hkrati bila dekanica. V času njenega vodenja fakultete je leta 1980 ustanovila skupaj s kolegi Center of Human Caring na Univerzi v Coloradu, ki se je kasneje preimenoval v International Center for Integrative Caring Practices. Postal je prvi državni interdisciplinarni center, ki je uporabljal znanje skrbi za človeka. Temeljlil je na moralni in znanstveni osnovi za klinično prakso, za učni program, za upravljanje in za vodenje (Watson, 1999a). Izvajali so izobraževalno in raziskovalno dejavnost ter projekte, ki so razvijali skrb za človeka. V dejavnosti so vključevali nacionalne in mednarodne štipendiste kot tudi kolege po vsem svetu (Jesse, 2010).

Sedaj te aktivnosti na Univerzi v Coloradu v mestu Denver še vedno potekajo v mednarodno priznanem študijskem programu Skrb – zdravljenje s predavanji Jean Watson o Teoriji skrbi na doktorskem študiju (Jesse 2010).

Prejela je mnogo nagrad in častne nazive. Poznana je širom sveta in zaslužna profesorica na več univerzah. Je članica Ameriške akademije za zdravstveno nego kot predsednica Nacionalnega združenja za zdravstveno nego. Aktivno vodi Watson Caring Science Institut ter po svetu predava in promovira teorijo skrbi. Trenutno poteka leta 2010 začet projekt Milion nurses global caring project, s katerim želi, da se ji pridruži milijon medicinskih sester, ki bi ustvarili energijsko področje skrbi za soljudi (Watson science institut, 2014).

Leta 2013 je dobila nagrado »Living legend«, ki jo podeljuje Ameriška akademija za zdravstveno nego (Watson science institut, 2014).

V nadgradnji Teorije skrbi med leti 1985 in 1988 Watsonova primerja humanizem z znanstveno osnovo zdravstvene nege (Kelley & Johnson, 2002). V delu zagovarja močno liberalno umetniško ozadje, ki temelji na filozofiji in vrednotah kot potrebno izobraževalno osnovo za znanost o skrbi (Kelley & Johnson, 2002).

Kot poudarja Jesse (2010), Watsonova opisuje jedro delovanja zdravstvene nege kot vidike v zdravstveni negi, ki pospešujejo proces zdravljenja in vzpostavitve odnosa. Skrb obogati čas in aktivnosti zdravstvene nege, kot so: predpisani postopki, zabeležke, predpisano zdravljenje in uporaba tehnologije. Nadalje v svojih delih ne zanika pomembnosti empiričnih in fizičnih dejavnikov ter materialnega sveta v zdravstveni negi (Jesse, 2010). V svoja dela je vključila koncept misli, zavesti, duše, svetosti, preteklosti, sodobnih pojavov Yin, holizem, energijska področja, valove, spremembe energije, kvantno fiziko, holografijo, prehode v času in prostoru, umetnost zdravljenja in medosebne odnose (Jesse, 2010).

Razvoj in napredek skrbi za človeka je danes kritičen v izredno depersonalizirani družbi, zato je pomembna vloga zdravstvene nege, kjer skrb za človeka zahteva osebno, socialno, moralno in duhovno delovanje medicinskih sester. Medicinske sestre morajo biti predane sebi in drugim. Pri svojem delovanju se medicinska sestra mora spraševati »Ali sem ta trenutek takšna oseba, ki skrbi, in ali to želim ostati tudi v prihodnosti?« (Watson, 1999a).

Watsonova v svojih delih postavlja filozofske trditve, ki so oblikovale vrednote o človeški skrbi in skrbi za človeka, predpostavke o teh vrednotah, o skrbi in medsebojnem odnosu, temelječem na skrbi in zdravstveni negi. Lahko jih štejemo med filozofske in značajne (Fawcett, 2005). Metaparadigma je sestavljena iz štirih konceptov: oseba, zdravje, zdravstvena nega in okolje.

Oseba

Watsonova (1999a) uporablja termine oseba, človek, osebnost in jaz kot edinstveno povezavo med mislimi, telesom, duhovnostjo in naravo. Osebo opisuje kot povezavo posameznikove duše s telesom, ki ni omejena z objektom časa in prostora. Osebo obravnava celostno s fizičnimi, psihičnimi in psihosocialnimi potrebami. Misli in čustva sta začetni točki in dostop do subjektivnega sveta posameznika (Jesse, 2010). Oseba s svojimi izkušnjami lahko fizično okolje preseže s kontrolo, obvladovanjem, spreminjanjem ali živi v harmoniji s fizičnim svetom (Jesse, 2010). Znotraj temeljev osebnosti je telo živ duh, ki odraža posameznikov obstoj, njegovo razmišljanje, njegov zavesten in nezavesten odnos do samega sebe in do drugih (Jesse, 2010). V zdravljenju osebe v celoti sodeluje posameznikova duša (Watson, 1999a).

Zdravje

Watsonova (1985; 1999a; 2008) zdravje definira kot subjektivno doživljanje in proces prilagajanja, obvladovanja in rasti skozi življenje, kar je povezano s stopnjo ujemanja samozaznave in lastnih izkušenj. Predstavlja individualen pogled osredotočanja zdravstvene nege na zdravje ali bolezen (Jesse, 2010). Zdravje je definirano kot enotnost in harmonija uma, telesa in duše. Odraža stopnjo kongruence med jazom kot zaznavo in jazom kot izkušnjo (Watson, 1988). Watsonova (Watson, 2007, n. d., cited in Jesse, 2010) navaja, da bolezen ni nujno obolenje. Lahko je subjektivni pretres ali neharmonija med osebnim notranjim jazom ali dušo na različnih stopnjah osebnih sfer.

Okolje

Watsonova (Watson, 2001, n. d., cited in Fawcett, 2005) izrecno ne imenuje koncepta okolja v svojih razpravah. Okolje predstavlja območje povezanosti na vseh nivojih. Opisano je kot neskončnost, kot vesolje, kot kozmičen nivo obstoja. Lahko je podporno okolje, zaščitniško in/ali duševno, fizično, socialno, duhovno kot v večjem kontekstu medsebojnega delovanja nediskretnih elementov znotraj področja fenomena (Kelley & Johnson, 2002).

Zdravstvena nega

Zdravstvena nega je znanstvena veda o človeku in je umetnost kot tudi akademsko-klinična profesija (Fawcett, 2005). Skrb za človeka v zdravstveni negi vključuje vzajemen odnos med medicinsko sestro in posameznikom, družbo, okoljem. Watsonova (1999a) je v nadgradnji teorije skrbi definirala glavne elemente teorije skrbi, ki so predstavljali povezavo med zavedanjem posameznikove edinstvenosti v univerzalnem procesu zdravstvene nege. Kot

glavne elemente teorije je opisala deset dejavnikov skrbi, transpersonalni medosebni odnos skrbi, trenutek skrbi ali priložnost skrbi, zavest za skrb/zdravljenje, klinični karitativni proces.

DESET DEJAVNIKOV SKRBI

Originalna Teorija skrbi Jean Watson je bila zasnovana na desetih karitativnih dejavnikih kot osnova za zagotavljanje oblike in jedra fenomena zdravstvene nege. Dejavniki skrbi služijo kot smernice medicinskim sestram v procesu zdravstvene nege (Watson, 2007 cited in Jesse, 2010).

Dejavniki so:

1. **Oblikovanje sistema humanistično-altruističnih vrednot:** vrednote so pri posamezniku privzgojene že zelo zgodaj v otroštvu. Vpliv delovnega okolja na vrednote posameznika je lahko zelo močan. Oblikovanje sistema humanistično-altruističnih vrednot lahko definiramo kot zadovoljstvo dajanja in podaljšanje občutka jaza. Medicinska sestra občuti pristno zadovoljstvo ob skrbi za pacienta (Watson, 2007 cited in Jesse, 2010).
2. **Spodbujanje upanja:** dejavnik z vključitvijo humanističnih in altruističnih vrednot omogoča spodbujanje celovite zdravstvene nege. Opisuje vlogo medicinske sestre in razvoj učinkovitega medosebnega odnosa med medicinsko sestro in osebo. Medicinska sestra pacienta spodbuja, da pomoč sprejme in spremeni zavedanje o zdravju (Watson, 2007 cited in Jesse, 2010).
3. **Občutljivost do sebe in drugih:** prepoznavanje občutkov vodi do sprejemanja drugačnosti medicinske sestre in pacienta. V trenutku, kadar medicinska sestra prizna svojo občutljivost in občutke, postane bolj pristna, samozavestna in čutna do soljudi (Watson, 2007 cited in Jesse, 2010).
4. **Razvijanje odnosa pomoči in zaupanja:** razvoj odnosa pomoči in zaupanja med medicinsko sestro in pacientom je ključnega pomena za medosebni odnos skrbi. Odnos zaupanja spodbuja in sprejema izražanja tako pozitivnih kot negativnih občutkov. Empatija omogoča medicinski sestri razumeti dožemanje čustev pacienta in jo vodi v učinkovito komunikacijo z njim (Watson, 2007 cited in Jesse, 2010).
5. **Spodbujanje in sprejemanje izražanja pozitivnih in negativnih občutkov:** deljenje občutkov je tvegano tako za medicinsko sestro kot pacienta. Medicinska sestra mora biti pripravljena tako na pozitivne kot negativne občutke pacienta. Poznati mora različna intelektualna in čustvena stanja ter metode odzivanja v različnih čustvenih situacijah (Watson, 2007 cited in Jesse, 2010).
6. **Razvijanje procesa kreativnega reševanja problemov:** pristop medicinske sestre k reševanju negovalnih problemov ni več tradicionalno podrejen zdravniku. Zdravstvena nega je postala proces raziskovanja. Medicinska sestra deluje sistematično in organizirano pri reševanju pacientovih problemov (Watson, 2007 cited in Jesse, 2010).
7. **Biti sposoben učiti in učiti se:** ta dejavnik ločuje skrb od zdravljenja. Medicinska sestra pospešuje proces učenja. Uporablja tehnike učenja, ki pacientu omogočijo ugotavljanje osebnih potreb in zagotavlja možnosti za njegovo osebno rast (Watson, 2007 cited in Jesse, 2010).
8. **Zagotavljanje in ohranjanje varnega fizičnega in duhovnega okolja:** medicinska sestra mora prepoznati vpliv, ki ga ima notranje in zunanje okolje na zdravje in bolezen posameznika. Zunanje okolje, kot so udobje, zasebnost, varnost, čistoča in estetska okolica, vpliva na počutje posameznika, vendar je notranje počutje odvisno od

posameznikovega duhovnega in duševnega počutja ter njegovih sociokulturnih prepričanj (Watson, 2007 cited in Jesse, 2010).

9. **Pomoč pri zadovoljevanju človekovih potreb:** medicinska sestra in pacient imata biofizične, psihofizične, psihosocialne in intra-osebne potrebe. Oba morata zadovoljiti nižje – osnovne potrebe pred poskusom doseganja višjih. Na primer hrana, odvajanje in prezračevanje so nižje biofizične potrebe. Neaktivnost in seksualnost sta prav tako nižji psihofizični potrebi; dosežki in pripadnost pa višji. Samopodoba je višja intra-osebna potreba (Watson, 2007 cited in Jesse, 2010).
10. **Priznavanje eksistenčnih, fenomenoloških in spiritualnih sil, pomembnih za človeka:** fenomenologija opisuje dogodke, ki ljudem pomagajo razumeti fenomene in vprašanja. Watsonova opisuje priznavanje čudeža kot težko razumljiv dejavnik. Vključuje posameznikove izkušnje, ki nas vodijo k boljšemu razumevanju sebe in drugih (Watson, 2007 cited in Jesse, 2010).

Promocija zdravja skozi preventivne zdravstvene programe olajša pacientu spoznavanje samega sebe. Učenje pacienta na osebni ravni z zagotavljanjem podpore in pomoči v različnih situacijah, prepoznavanje obvladovanih veščin, prilagajanje na izgubo dajejo medicinskim sestram odgovornost, da v praksi zdravstvene nege uporabljajo dejavnike skrbi (Jesse, 2010). Nadalje je Watsonova (2010) deset dejavnikov skrbi preimenovala v karitativni proces skrbi. Razvoj dejavnikov skrbi/karitativnega procesa skrbi skozi čas Jean Watson je prikazan v spodnji tabeli 1.

Tabela 1: Razvoj dejavnikov skrbi/procesa karitasa Jean Watson skozi čas

| | Dejavniki skrbi (1979, 1985) | Karitativni proces (2002–2008) (praksa skrbi) | Zavest karitasa – kompetence (2008) |
|----|---|---|--|
| 1. | Oblikovanje sistema humanistično-altruističnih vrednot. | Izvajanje aktivnosti z ljubečo prijaznostjo in ravnodušnostjo v okviru zavesti skrbi. Z besedami Teorije skrbi Jean Watson: skupek altruističnih vrednot in delovanje z ljubečo prijaznostjo do sebe in do drugih. | Spoštovati pacienta (druge osebe) nam omogoča, da smo mu na voljo: <ul style="list-style-type: none"> • Odprtost do sebe, pacienta, okolja, veselja. • Modeli skrbi zase in skrbi za pacienta. • Potrjevanje edinstvenosti sebe in pacienta. • Priznavanje ravnanja prijaznosti. • Spoštovanje lastnih in pacientovih darov in talentov. • Prepoznavanje ranljivosti sebe in pacienta. • Obravnavati sebe in pacienta z ljubečo prijaznostjo. • Spoštljivo poslušati pacienta s pristno skrbjo. • Sprejemanje sebe in pacienta takšne, kakršni smo. • Spoštovati sebe in pacienta. • Skrbeti za pacienta z ljubečo prijaznostjo. • Pacientu izkazovati pozornost. • Spoštovati človeško dostojanstvo sebe in pacienta. |

| | | | |
|----|-------------------------------------|--|---|
| 2. | Spodbujanje upanja. | <p>Pristnost in ohranjanje globokega sistema prepričanj o sebi in soljudeh, za katere skrbimo.</p> <p>Z besedami Teorije skrbi Jean Watson:</p> <p>spodbuditi vero in upanje ter čast do soljudi.</p> | <p>S poslušanjem sem sposoben spoštovati pacientov svet verovanj in mu omogočiti, da začuti svojo lastno vero/upanje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ustvariti možnosti za tišino, refleksijo in odmor. • Namerno promovirati človeške stike. • Gledati na življenje kot na skrivnost, ki jo je treba raziskati in ne kot problem, ki ga je treba rešiti. • Zmožnost sprostiti nadzor višje moči. • Delovati v okviru umetnosti skrbi in znanosti v procesu zdravljenja in celostne obravnave pacienta. • Vključevanje pacientovih vrednot, verovanj, kaj je zanj smiselno in pomembno v načrt skrbi. • Vzpostaviti očesni kontakt in primeren dotik s pacientom. • Naslavljeni pacienta s priimkom. • Pomagati pacientu, da verjame vase. • Učiti se, kako pomagati pacientu verjeti vase. • Podpirati pacienta v njegovem upanju. • Spodbujati pacienta pri nadaljevanju njegovega življenja. • Videti pacienta kot osebo in ne kot objekt. |
| 3. | Občutljivost do sebe in drugih. | <p>Spodbujati posameznikove duhovne navade, iti nad svoj lastni ego.</p> <p>Z besedami Teorije skrbi Jean Watson:</p> <p>bodi občutljiv do sebe in do soljudi. Spoštuj posameznikova verovanja, vrednote in navade.</p> | <p>Biti dovzeten za pacientove potrebe in občutke ter biti sposoben vzpostaviti odnos zaupanja, pomoči in skrbi s pacientom.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Navade samorefleksije (vodenje dnevnika, molitev, meditacija, umetniško izražanje) nam pomagajo raziskati občutke, prepričanja in vrednote pacienta ter nam omogočajo osebno rast. • Navaditi se razsodnega ocenjevanja okoliščin in situacij. Ne smemo takoj obsojati. • Razviti pomembne obrede za vadbo hvaležnosti, odpuščanja, predajo in sočutja. • Sprejeti sebe in pacienta na osnovnem duhovnem nivoju. Vsak posameznik je univerzalen in vreden skrbi. • Preoblikovati »naloge« v interakcijo zdravljenja. • Dokazati sposobnost odpuščanja sebi in soljudem. • Pokazati interes za pacienta. • Dobrohotno delovati zase in za pacienta. • Delovati iz srca. |
| 4. | Razvijanje odnosa pomoč – zaupanje. | Razvijanje in ohranjanje pristnega odnosa skrbi pomoči in zaupanja. | Razvijati odnos skrbi, pomoči in zaupanja s pacientom (soljudmi), družinami, člani zdravstvenega tima in družbo. |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | <p>Z besedami Teorije skrbi Jean Watson:</p> <p>razviti odnos skrbi pomoči in zaupanja.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vstopiti v odnos s pacientom z izkušnjami, ki nam dajejo možnost proučiti odnos v danem trenutku. • Vstopiti v odnos s pacientom z brezpogojno ljubeznijo. • Prizadevno sodelovati s pacientom v okviru kompetenc. • Razvijati spoštljivo okolje zdravljenja v času pacientove potrebe. • Delovati neobsojajoče. • Na življenjske izkušnje pacienta se odgovorno odzvati. • Delovati pristno. • Pokazati spoštovanje do lastnega in pacientovega načina komuniciranja. • Informirati pacienta. • Spodbujati neposredno, konstruktivno in spoštljivo komunikacijo. • Dovoliti pacientu izbrati čas pogovora o njegovih skrbih, dvomih. |
| 5. | Spodbujanje in sprejetje izražanja pozitivnih in negativnih občutkov. | <p>Podpirati izražanje pozitivnih in negativnih občutkov kot povezavo z globljo lastno duhovnostjo in z duhovnostjo pacienta, za katerega skrbimo.</p> <p>Z besedami Teorije skrbi Jean Watson:</p> <p>spodbujanje in sprejetje pozitivnih in negativnih občutkov; pazljivo poslušanje pripovedovanja sočloveka.</p> | <p>Sooblikujem odnos skrbi v okolju skrbi za promocijo duhovne rasti.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ustvariti miren prostor (brez motenj). • Priznavati zdravljenje kot notranje potovanje. • Dopuščati negotovost in neznano. • Spodbujati pripovedovanje zgodb kot način razumevanja pacientovih občutkov. • Spodbujanje refleksije občutkov in izkušenj pri pacientu. • Pacientu ponuditi možnost blagoslova, molitve in duhovnega izražanja. • Pomagati videti v pacientu dobre vidike posamezne situacije. • Aktivno poslušati in dopuščati pretakanje energije brez prevzemanja pacientovih občutkov. • Pomagati pacientu soočiti se z negativnimi občutki. |
| 6. | Razvijanje procesa kreativnega reševanja problemov. | <p>Kreativno uporabljanje lastnega znanja kot del procesa skrbi in zdravljenja z uporabo umetnosti.</p> <p>Z besedami Teorije skrbi Jean Watson:</p> <p>uporabljal kreativne znanstvene metode reševanja problemov, pri odločanju delovati skrbno.</p> | <p>Delovati osredotočen na reševanje problemov pacienta z vsem svojim znanjem o skrbi za posameznika.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strniti estetsko, etično, empirično, osebno in metafizično znanje za kreativno in domiselno reševanje pacientovih problemov. Uporabiti kritično razmišljanje in izražanje v umetnosti in znanosti pri skrbi za pacienta. • Priznavati in vključevati zavest lastnega jaza za učinkovito načrtovanje skrbi za pacienta. • Ustvariti zdravo okolje z nežnim dotikom, mrim glasom, s pristno navzočnostjo, z umirjenim gibanjem, umetniškim |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | | | <p>izražanjem, dnevnim vodenjem osebnega napredka, z igrivostjo, s smehom, z radostjo, s spontanostjo, z glasbo, zvokom, dihanjem, s sprostitvijo, z očesnim kontaktom, nasmehom, s pozitivno mimiko, z aktivnim poslušanjem, z lučjo, zvoki, s hrupom.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spodbujati pacienta k postavljanju vprašanj. • Pacientu pomagati poiskati alternativne poti pri iskanju rešitev za nastalo situacijo ali zdravstveni problem. |
| 7. | Biti sposoben učiti in učiti se. | <p>Vključevanje pristnih izkušenj poučevanja in učenja ter poučevanje pacienta v njegovem okviru.</p> <p>Z besedami Teorije skrbi Jean Watson:</p> <p>poučuj in uči o posameznikovih potrebah.</p> | <p>Sooblikovati skrbni odnos, ki spodbuja znanje, osebno rast, opolnomočenje za proces zdravljenja in s tem možnosti za pacienta in zase.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivno poslušanje. • Nežno in tiho govorjenje s spoštovanjem do pacienta, ki mu namenimo vso pozornost. • Učiti se in informacije poiskati pri bolj izkušenih, razumeti njihov pogled na svet; nato te informacije deliti oziroma z informacijami prepoznati potrebe pacienta. • Pacienta sprejeti takega, kot je; z njegovim razumevanjem, znanjem in s pripravljenostjo učiti se. • Pacientu pomagati razumeti, kako naj razmišlja o svojem zdravju ali bolezni. • Pacientu pomagati oblikovati vprašanja o svojem stanju za specialista. |
| 8. | Zagotavljanje in ohranjanje varnega fizičnega in duhovnega okolja. | <p>Ustvariti kreativno okolje na vseh nivojih (fizičnem, nefizičnem, energijskem in zavestnem), pri čemer se celovitost, lepota, udobje, spoštovanje in mir okrepijo.</p> <p>Z besedami Teorije skrbi Jean Watson:</p> <p>ustvari zdravo okolje za fizične in duhovne potrebe, ki spoštujejo človeško dostojanstvo.</p> | <p>S spodbujanjem odnosa skrbi ustvariti prostor za pacientovo celovitost in zdravljenje.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ustvariti prostor za stike s pacienti, ki se po navadi ponavljajo. • Delovati v zavesti skrbi. • Ustvariti namere skrbi. • Ustvariti zdravo okolje, ki vsebuje: <ul style="list-style-type: none"> • medicinsko sestro kot okolje, • pacienta kot edinstveno osebnost, • svetlobo, • umetnost, • vodo, • hrup, • čistočo, • zasebnost, • prehrano, • lepoto, • varnost, • čistost rok, |

| | | | |
|-----|---|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • merjenje udobja. • Spoštovati pacientove navade in obrede. • Pacientom biti na voljo. • Pacienta pozorno poslušati. • Predvidevati pacientove potrebe. |
| 9. | Pomoč pri zadovoljevanju človekovih potreb. | <p>Spoštljivo pomagati pri izvajanju osnovnih potreb z zavestno skrbjo, ki krepi usklajevanje delovanja povezave misli, telesa in duha na vseh vidikih skrbi za posameznika.</p> <p>Z besedami Teorije skrbi Jean Watson:</p> <p>pomagati posamezniku pri izvajanju osnovnih fizičnih, čustvenih in duhovnih potreb.</p> | <p>Sposobnost zadovoljiti ugotovljene potrebe posameznega pacienta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Videti pacienta kot celoto. • Spoštovati pacientove edinstvene potrebe. • Ustvariti udobje pacientu. • Pacientu pomagati zmanjšati zaskrbljenost. • Vključiti v zdravljenje pacientovo družino, njegove najbližje. • Spoštovanje pacientove zasebnosti. • Spoštovanje pacientovega dojetja sveta. • Spoštljivo ravnanje s pacientovim telesom. • Pacientu pomagati s specialnimi potrebami pri sprostitvi, aktivnostih in spanju. • S pacientovo družino govoriti odprto. |
| 10. | Priznavanje eksistenčnih, fenomenoloških in spiritualnih sil, pomembnih za človeka. | <p>Odrprtost za duhovno skrivnost in neznanih razsežnosti bivanja, kot je povezava z življenjem, trpljenjem in smrtjo. Pomembna je skrb za lastno dušo in za dušo posameznika, za katerega skrbimo.</p> <p>Z besedami Teorije skrbi Jean Watson:</p> <p>odprtost za skrivnosti in priznavanje, da se čudeži dogajajo.</p> | <p>Priznati možnost pojava čudeža zase in za druge.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dopustiti možnost neznanega pojava. • Sodelovati v paradoksih življenja. • Negovati in podpirati upanje. • Deliti in sodelovati v humanih trenutkih. • Priznati svoje in pacientove notranje občutke. • Vedeti, kaj je pomembno nam in pacientu. • Pokazati spoštovanje do stvari, ki so pacientu pomembne. • Verjeti, da je temeljne ljubezni obilo v vseh razmerah, kjer obstaja življenje. • Priznati, da so nekateri življenjski dogodki nerazložljivi. |

Vir: Watson caring science institut, 2010.

Transpersonalni medosebni odnos skrbi

Jean Watson (1999a) je definirala transpersonalni medosebni odnos skrbi kot dogodek, v katerem obe osebi, ki sta v določenem trenutku v stiku, vplivata druga na drugo. Medicinska sestra in pacient v odnos prideta z lastnimi doživetji in izkušnjami. Medicinska sestra je sposobna spoznati in odkriti pacientove občutke in strahove skozi njegove aktivnosti, besede ter obnašanje. Pomemben je odnos osebe (jaz – ego) do sebe in do drugih ter različnih

pogledov na življenje. Trenutek srečanja daje medicinski sestri in pacientu možnost odločitve, kako se bosta obnašala v odnosu oziroma kako se bosta odzivala v trenutkih nege.

Watsonova (2001, 1985 cited in Fawcett, 2005) zagovarja medosebni odnos skrbi kot umetnost, kar je povzela v štirih stavkih:

- Umetnost transpersonalne medosebne skrbi v zdravstveni negi je moralni ideal in pomen komunikacije ter sprostitev človeških občutkov skozi posameznikovo sodelovanje v zdravstveni negi.
- Umetnost transpersonalne medosebne skrbi dovoljuje humanosti, da ustvari večjo harmonijo in razvije duhovnost ter popolnost.
- Bolj kot se umetnost transpersonalne medosebne skrbi v zdravstveni negi razvija med medicinsko sestro in pacientom, prijaznejše in lepše občutke medosebno razvijeta.
- Proces transpersonalne medosebne skrbi je velika umetnost zaradi načina, kako se dotakne duše druge osebe, da lahko začuti občutke ter emocije. Cilj je spodbuditi osebo, da doseže večje samospoštovanje in harmonijo z umom, telesom in dušo.

Raziskava, ki sta jo izvedla McCaughan in McKenna (2007, cited in McKenna & Slevin, 2009), je vključevala paciente z rakom. Zaznala sta, da se kvalitetna skrb razvije v posebnem medosebnem ozračju. Pacienti so poročali, da so občutili olajšanje, ker so imeli možnost govoriti o občutkih, mislih in izkušnjah znotraj terapevtskega odnosa. V takšnem odnosu so občutili, da jim je bila dovoljena svoboda izraziti sebe. Kot rezultat so navajali občutek varnosti in pripadnosti. Zanimivo je bilo spoznanje, da pacienti poročajo o drugačnem kvalitativnem odnosu, ki se je razvil med njimi in medicinsko sestro. Pacienti opisujejo odnos kot nasprotje odnosa med njimi in družino ter prijatelji. V nadaljevanju so pacienti poročali o strahu, ki ga imajo pred bolečino, a so ga lahko svobodno izrazili zaradi izgrajenega transpersonalnega medosebnega odnosa z medicinskimi sestrami.

Peplau (1992 cited in McKenna & Slevin, 2009) navaja, da je odnos med medicinsko sestro in pacientom neke vrste medosebno delovanje. Ni socialni odnos med dvema prijateljema, ni uraden odnos uradnika do strank, niti ni odnos gospodarja do sužnja. Je odnos medicinske sestre kot profesionalke, ki deluje strokovno. To strokovno znanje se nanaša na preverjene aktivnosti medicinske sestre.

Po Watsonovi (1999b) je transpersonalni medosebni odnos skrbi za človeka v zdravstveni negi odvisen od dejavnikov, s katerimi medicinska sestra vstopa v odnos do pacienta, svojca in družbe. Vrednota odnosa je za pacienta zelo pomembna in je pogosto element, ki vodi v pacientovo večje zadovoljstvo; je središče skrbnega delovanja (McKenna & Slevin, 2009).

Trenutek skrbi ali priložnost skrbi

Watsonova (2001, 1996 cited in Fawcett, 2005) razlaga, da trenutek skrbi ali priložnosti predstavlja osrednjo točko v času in prostoru ob nastanku dogodka in dojemanja. Nadalje razlaga, da trenutek skrbi pomeni spremembo v posameznikovem življenju in postane del preteklosti vsake osebe. Watsonova navaja, da zavest in namera ustvarjata možnost trenutka skrbi, v katerem se posameznika srečata zunaj svojih egov, obdana z zdravljenjem in možnostmi.

Watsonova (1999b) je v razvoju teorije trenutka skrbi definirala z naslednjimi mislimi:

- Srečanje medicinske sestre in pacienta vključuje aktivnosti in izbiro obeh. V trenutku srečanja v priložnosti skrbi je prisotna možnost odločitve, kakšen bo odnos.
- Kadar koli se medicinska sestra in bolnik srečata, prineseta v odnos edinstveno življenjsko zgodovino in področje fenomena. Srečanje v danem trenutku je središčna točka.

Zavest za skrb – zdravljenje

Element zavestne skrbi (zdravljenja) pomeni povezanost s skrbjo za nekoga. Medicinske sestre raziskovalke so pogosto priče, kako revni in nestabilni medosebni odnosi vodijo v duševne težave. Hkrati vidijo, da stabilni medosebni odnosi vodijo v izboljšanje ali ozdravljenje. Lahko bi se strinjali, da večino duševnih bolezni izhaja iz slabih medosebnih odnosov. Takšni odnosi niso pomembni samo za duševno zdravje zdravstvenih delavcev, ampak, kot poudarja Watsonova (2014), so pomembni za zdravje družine, družbe in naroda. Medosebni odnosi so glavni elementi na vseh nivojih in vseh področjih delovanja zdravstvene nege (McKenna & Slevin, 2009).

- Zavest je energija, je energijsko polje, ki obstaja zunaj vsakega posameznika (Watson, 2014).
- Zavest skrbi, zdravljenja in ljubezni presega časovne in prostorske okvire ter dominira tudi nad fizično dimenzijo obstoja posameznika (Watson, 2001 cited in Fawcett, 2005).

Klinični karitativni proces

Watsonova (2007 cited inv.: Jesse 2010) je dejavnike skrbi preimenovala v klinični karitativni proces. Omogočila je več odprtega prostora za delovanje medicinskih sester v skrbi za paciente. Z razvojem kliničnega karitativnega procesa so bile poimenovane aktivnosti skrbi zdravstvene nege. Medicinske sestre ga vsakodnevno uporabljajo na negovalnih oddelkih, v postopkih zdravstvene nege, funkcionalnih nalogah, specializiranih kliničnih okoljih, pri uporabi tehnologije ter pri raznolikosti področij delovanja zdravstvene nege. Predstavlja srce zdravstvene nege in je podprt s filozofijo, z znanostjo in umetnostjo skrbi (Fawcett, 2005). Medicinski sestri omogoča razvijanje in vzdrževanje lastnih vrednot v skrbi za pacienta (Fawcett, 2005). Watsonova (2007 cited in Jesse 2010) navaja, da klinični karitativni proces predstavlja osnovno strukturo za razvoj teoretičnega in filozofskega temelja discipline in profesije zdravstvene nege.

Moralna zaveza vsake medicinske sestre je, da ščiti in krepi posameznikovo dostojanstvo v zdravju, bolezni, umiranju in smrti. Namen in volja medicinske sestre potrjuje subjektivni pomen osebnosti (Watson, 2014).

ZAKLJUČEK

Medicinska sestra je sposobna spoznati in reagirati na občutke soljudi, hkrati pa mora biti sposobna izraziti čustva skozi različna stanja, kot so gibanje, kretnje, pogledi, aktivnosti, postopki, informacije, dotiki, zvoki, besede, barve, obrazci in ostala znanstvena, estetska in

humanistična sredstva. Osebno življenje medicinske sestre in predhodne izkušnje ter možnost živeti lastno življenje ji dajejo moč in znanje, da začuti pacientove tako pozitivne kot negativne občutke. Takšno znanje si lahko pridobi le, če je odprta za spremembe, dela z drugimi kulturnimi skupinami, pridobiva znanje o humanizmu, umetnosti, drami, literaturi, raziskuje vrednote in ima dober odnos do sebe (Watson, 1999a).

Profesija zdravstvene nege obstaja zato, ker imajo medicinske sestre željo, da vključijo svoje življenje v objektivne in subjektivne sfere človekovega bivanja ob rojstvu, bolezni, zdravju, trpljenju in smrti. Medicinske sestre, ki delujejo skrbno, so samozavestne, zadovoljne, iščejo novo znanje, nove izzive, so kreativne in imajo postavljene jasne cilje, ki jih želijo uresničiti.

Zavedati se moramo, da trenutni model oskrbovanja pacientov širom po Sloveniji ne prinaša zelenih rezultatov, ki jih od nas pričakujejo vodstva. Za boljšo prakso skrbi v zdravstveni negi bi bilo treba prilagoditi vsebine izobraževanja v času šolanja in študija. Zelo pomembno bi bilo z vsebino Teorije skrbi Jean Watson seznaniti srednješolsko izobraženi kader, to je zdravstvene tehnike in srednje medicinske sestre. Ravno ti so tisti, ki zaradi delitve del največ časa preživijo s pacienti in pogosto najprej vzpostavijo pristen odnos zaupanja, da jim pacient zaupa še tako globoke strahove. Naše poti do potrebnega znanja o skrbi nas morajo voditi skozi znanost, umetnost, estetiko, etiko, duhovnost in kulturo.

LITERATURA

- Fawcett, J., (2005). *Contemporary Nursing Knowledge – Analysis and evaluation of nursing models and theories* (2 izd.) Philadelphia: F - . A. Davis Company, pp. 553–585.
- Jesse, E.- D., (2010). *Watson's philosophy and theory of transpersonal caring*. In:V Alligood M. & Tomey A. - M., Alligood & A. M. Tomey, eds. (ured.) *Nursing theorist and their work*. USA: Mosby, Elsevier, pp. 91–112.
- Kelley, J. - H. & Johnson B., (2002). *Theory of transpersonal caring Jane Watson*. V In: George J. - B. George eds. (ured.), *NursingTheories – The Base for Professional Nursing Practice* (5 izd.), New Jersey: Uper Saddle River, pp. 405–425.
- Lenninger, M - . M., (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York, National league for nursing press.
- McCance, T., (2005). *A concept analysis of caring*. In: CutcliffeV J.- R. Cutcliffe & McKenna H. - P. McKenna, (eds. ured.) *The essential concepts of nursing*. USA: Elsevier, pp. 33–50.
- McKenna, H. - P. & Slevin O. - D., (2009). *Nursing models, theories and prctice*. United Kigdom: Blackwell Publishing.
- Mustard, L., (2002). *Caring and competency*. *JONA's Healthcare Law, Ethics and Regulation*, 4(2), pp. 36–43.

- Pajnikihar, M., (2014). *Analiza teorije Jane Watson*. In: V Pajnikihar M. eds. (Ured.) Zbornik predavanj [Elektronski vir] – Mednarodna konferenca »Z znanjem do zdravja in razvoja v 21. stoletju«. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 15–16.
- Roach, S., (1989). *Caring: the human mode of being*. University of Toronto, Toronto, Ontario.
- Scotto, C. - J., (2003). *A new view of caring*. *Journal of Nursing Education*, 42, pp. 289–291.
- Watson, J., (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Niwot, Colorado: University Press of Colorado.
- Watson, J., (1988). *New dimension of human caring theory*. *Nursing Science Quarterly*, 1 (4), pp. 175–181.
- Watson, J., (1999a). *Nursing: Human science and human care – a theory of human care*. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Publisher.
- Watson, J. (1999b). *Postmodern nursing and beyond*. New York: Harcourt – Brance.
- Watson, J., (2006). *Jean Watson theory of human caring*. In: Parker, V M.- E. Parker eds. (ured.), *Nursing theories & nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company, pp. 295–302.
- Watson, J., (2008). *Nursing. The philosophy an science of caring*. Boulder, CO: University press of Colorado.
- Watson, J., (2014). *Caring science: human theory and practice – transformation from within*. In: V Pajnikihar, M. eds. (ured.) Zbornik predavanj [Elektronski vir] – Mednarodna konferenca »Z znanjem do zdravja in razvoja v 21. stoletju«. Maribor, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 11–14.
- *Watson caring science institut*. Dostopno na: <http://watsoncaringscience.org/about-us/caring-science-definitions-processes-theory/> [25. 6. 2014].

MERJENJE BOLEČINE PRI OTROKU PO OPERATIVNEM POSEGU

POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT OF THE CHILD

Vesna Medvedšek Zakojč. dipl. m. s.
Univerzitetni klinični center Ljubljana
vesna.zakojc@siol.net

IZVLEČEK

Uvod: Učinkovito lajšanje pooperativne bolečine pri otroku se izvaja z vključitvijo pacienta v proces obravnave bolečin, ki temelji na ustreznem managementu. Izvajalci morajo imeti znanje, podporo v delovnem okolju, izdelane protokole in orodja za ocenjevanje bolečine.

Metode: Izveden je bil pregled literature v podatkovni bazi CINAHL in Academic Search Premier. Uporabljeni sta bili ključni besedi "pain management" in "children pain management". Uporabljene so bile omejitve na celotno besedilo, angleški jezik, raziskovalni članek, praksa na podlagi dokazov, obdobje od leta 2005 do 2012, starostno obdobje obravnavane populacije od novorojenčka do 12. leta.

Rezultati: Vseh dobljenih člankov je bilo 220. Glede na postavljene omejitve sta bila izključena 202 članka. V analizo je vključenih 8 člankov. Po kvalitativni obravnavi besedila je bilo postavljenih 19 kod, združenih v 5 kategorij.

Diskusija: Na podlagi razumevanja potrebnosti ocenjevanja bolečine, priporočil dobre prakse in opolnomočenju izvajalcev zdravstvene nege se je izdelal protokol ocenjevanja bolečine.

Zaključek: Časovna opredelitev ocene bolečine in določitev protibolečinske terapije glede na ocenjeno bolečino zmanjšuje možne zaplete.

Ključne besede: uvajanje sprememb, protokol v zdravstveni negi

ABSTRACT

Introduction: Affective relief of postoperative pain for children is preceded by putting the patient to proces of manangement pain which is based on apropriat management. The performes has to have knolege, support in work enviroment, protocoles and stuff for marketing the pain.

Methods: Proceeded look at literature after two others date bases. The key word pain management and children pain management was used in both date bases. Limitations were used for all the lyrics, English language, reaserch article, practise based on the evidence, from year 2005 to 2012. Aging period of treatment of population of babyes to 12 years old. At reaserching in CINAHL and Academic Search Premier the key word was children pain management.

Results: The number of all the articles is 220. The limitation took out 202 articles and put in analasists 8 articles. The 19 codes that were gotten were united in 5 categories.

Discussion: Based on understanding the need for marketing the pain, recommendation of good practise and treatment of medical care was built a protocol of marekting the pain.

Conclusion: Timing of marketing the pain and decision of anti-pain theraphy based on marketed pain is including out posible riddells.

Key words: place changes, nursing protocol

UVOD

Razumeti bolečino je uganka, izziv in problem, ne samo za ljudi, ki jo doživljajo ali jo opazujejo, temveč tudi za več znanosti (Šimenc, 2008, p. 147), med katere spada zdravstvena nega. Njen razvoj je pokazal, da je potrebno pri vsakdanjem delu upoštevati in vključevati v delo na dokazih podprto prakso.

Odrasli imamo na voljo številne vidike razumevanja boleznin in zdravja, ki niso naključna ugibanja ali napačno poimenovanje, temveč so vgrajeni v naše razumevanje vsakdanjega sveta. Otroci pa se šele učijo razumeti svoje telo in s tem povezana poimenovanja boleznin in zdravja.

Boleče izkušnje hospitaliziranih otrok lahko zmanjšamo s poznavanjem njihovih izkušenj in vključevanjem socialnega dialoga med zdravnik, obstoječimi raziskavami in prilagajanjem interaktivnih strategij med zdravstvenimi delavci, ki so v skladu z obstoječo prakso in kulturo oddelka ter strukturiran model obravnave (Stevens, et al., 2011). Velikokrat lahko akutno bolečino pri otroku, ki je povezana z njegovim zdravstvenim stanjem ali zdravstvenimi postopki, omilimo ali preprečimo. Učinkovita obravnava bolečine je pravica vsakega otroka (Ball, et al., 2010), ki jo medicinske sestre upoštevamo.

Akutna bolečina nastane zaradi specifične boleznin ali poškodbe in ima koristno biološko funkcijo (Krčevski-Skvarč, 2005, p. 3). Nekatere reakcije na bolečino (umik, odskok ali krik) se pojavijo kot refleksni odzivi že pri novorojenčku (Payne & Walker 2002 cited in Škarja, 2008, p. 12). Pri njih ima centralna senzibilizacija, kjer so nekateri receptorji prisotni v večji koncentraciji, vlogo pri razvoju nevropatične bolečine (ANZCA 2005, Stewart et al., 2010 cited in Baulch, 2010). Zato je mogoče trditi, da novorojenčki bolj občutijo bolečino kot starejši otroci in odrasli. To lahko pomeni, da otrok čuti več bolečin kot otrok, ki še ni bil izpostavljen škodljivim dražljajem. Če je bolečina nezdravljena lahko privede do znižanja praga bolečine, ko otrok odrašča (Cunliffe & Roberts, 2004 cited in Baulch, 2010). Mednarodno združenje za študijo bolečine (Association for the Study of Pain, 2005) navaja, da se vpliv nenadzorovane bolečine v zgodnji mladosti odraža na nociceptivne dražljaje v kasnejšem obdobju otrokovega življenja (Baulch, 2010).

Pravna in strokovna dolžnost medicinske sestre je, da pri oskrbi pacientov prepreči njihovo trpljenje ali zanemarjanje (Nursing and Midwifery Council, 2008 cited in Baulch, 2010). To dolžnost lahko izpolnjujejo s predvidevanjem o bolečih izkušnjah, ki bi jih lahko imel pacient; z rednim spremljanjem stanja pacienta in beleženjem ocenjene bolečine (AAP, 2001 cited in Baulch, 2010). Ta pristop podpira tudi Royal College of Nursing (2009 cited in Baulch, 2010), ki navaja, da: je medicinska sestra kompetentna za prepoznavanje in ocenjevanje bolečine, razume bolečinske odzive in tudi se zaveda strategij obvladovanja bolečine. Medicinske sestre (Bell & Duffy, 2009) so odgovorne za komunikacijo s pacienti, preko katere zadovoljujejo pacientove potrebe in zagotovijo ustrezno oskrbo, ki temelji na ocenjevanju teh potreb. Komunikacija, ocenjevanje in obravnavanje bolečine vključuje spodbujanje pacientov, da izrazijo svoje potrebe in da jim je dovoljena aktivna vloga pri zdravstveni obravnavi.

Ovira v delovnem okolju je organizacijska kultura, ki ne podpira inovativnosti posameznika (Thompson, 1997 cited in Idell, et al., 2007), ki bi s spoznanji, izpeljevanjem in vplivanjem na odločitve ustvarili kreativno odločanje in evalviranje sprememb v praksi (Bucknall et al., 2001 cited in Idell, et al., 2007). Nezadovoljivo ocenjevanje bolečine in nedokumentiranje so ovire, ki privedejo do nezadostnega lajšanja bolečine pri pacientih. Občutne ovire pri obravnavi bolečine, ki jih navaja zdravstveno osebje, so: neprilagodljivo delovno okolje, sposobnost odločanja medicinskih sester, pomanjkanje podpore vodstva, nemotiviranost za raziskovalno delo s strani medicinskih sester (Baltic, et al., 2002; Bucknall et al., 2001; McCaughan et al., 2002; Willson, 2000 cited in Idell, et al., 2007).

Bolečino je potrebno oceniti preden lahko začnemo z učinkovito obravnavo. Cilj je zgodnje odkrivanje bolečine in preprečiti ali zmanjšati število bolečih epizod, ocena njene resnosti in ocena učinkovitosti vseh posegov preprečevanja ali zmanjšanja bolečine (Ashley, 2009 cited in Baulch, 2010). Smernice Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland priporočajo, da mora ocena bolečine temeljiti na naslednjih ukrepih (Howard et al., 2008 cited in Baulch, 2010):

- samoocenjevanje,
- opazovanje, vedenje, fiziologija.

Samoocenjevanje ima svoje omejitve pri otrocih, saj je odvisno od kognitivnega razvoja. Pri otroku v predverbalnem obdobju opazujemo vedenjske in fiziološke spremembe, kot so jok, spreminjanje obrazne mimike, povišanje krvnega tlaka, pulza in dihanja. Čeprav lahko te spremenljivke kažejo na prisotnost bolečine pri novorojenčku in zelo majhnem otroku, pa niso povsem zanesljive (Howard et al., 2008 cited in Baulch, 2010). Na samoocenjevanje lahko vplivajo dejavniki, kot so osebna prepričanja, vpliv družine in predhodne izkušnje z bolečino (ANZCA, 2005 cited in Baulch, 2010). Ocena bolečine je odvisna od kakovosti komunikacije med otrokom, družino in zdravstvenimi delavci ter člani multidisciplinarnega tima (Baulch, 2010). Dokazano je bilo, da z uporabo orodij za oceno bolečine zmanjšujejo napake in pristranskosti, s čimer se prepreči napačno razumevanje pomena samoocenjevanja (American Academy of Pediatrics (AAP), 2001 cited in Baulch, 2010). Pri izbiri orodja za ocenjevanje bolečine je potrebno upoštevati: validiranost in zanesljivost orodja, primernost glede na starost otroka, kognitivno raven, jezik ter etnično in kulturno pripadnost otroka (Howard et al., 2008 cited in Baulch, 2010).

Spreminjanje vedenja zdravstvenih delavcev je zapleten in zahteven proces (Stevens et al., 2011). Klinično izboljšanje dokumentiranja ocenjene bolečine zagotavlja boljšo komunikacijo med osebjem in evalvacijo njihovega dela. Če pacientova dokumentacija jasno kaže, da uporabljena farmakološka sredstva niso učinkovala pri zmanjševanju bolečine vsaj za 50 %, ali da pri pacientu ni bila dosežena zanj še sprejemljiva stopnja bolečine, lahko te informacije vplivajo na vse člane zdravstvenega tima za oceno novih terapevtskih intervencij za zmanjšanje bolečine (Bell & Duffy, 2009; Idell, et al., 2007). Pacienti so samozavestnejši pri samooskrbi, če dobijo pisne informacije o vzdrževanju osebne higiene, obravnavi in zdravljenju bolečin in jim je omogočen takojšnji stik z vsem zdravstvenim osebjem ob morebitnem poslabšanju zdravstvenega stanja po operativnem posegu (Richardson et al., 2005).

Za zagotovitev kakovostne zdravstvene nege se naše delo nenehno vrti v NIPU (načrtuj, izvedi, preveri, ukrepaj) krogu. Za uspešen vstop v NIPU krog, s ciljem izboljšati obravnavo bolečine, je bilo potrebno izvesti pregled literature na področju managementa bolečine z vidika medicinskih sester, delovnega okolja in osredotočenja na pacienta. Na podlagi tega se je ocenil mikrosistem in izdelal načrt za izboljšanje kakovosti dela pri obravnavi akutne bolečine na kirurškem otroškem oddelku.

METODE DELA

Kot metoda dela je bil izbran pregled literature. Obdobje pregleda literature je trajalo v mesecu januarju in februarju 2012. Uporabljen je bil Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (v nadaljevanju CINAHL) ter Academic Search Premier. V obeh podatkovnih bazah je bila uporabljena ključna beseda "pain management".

Pri iskanju po CINAHL je bila uporabljena ključna beseda "pain management". Uporabljene so bile omejitve na celotno besedilo, angleški jezik, raziskovalni članek, praksa na podlagi dokazov, obdobje od leta 2005 do 2012, starostno obdobje obravnavane populacije od novorojenčka do 12. leta. Izključili smo tiste, ki obravnavajo izključno nefarmacevtske tehnike obravnave bolečine in paliativno zdravstveno nego.

Pri iskanju po Academic Search Premier je bila uporabljena ključna beseda "children pain management", postavljena omejitev celotno besedilo kot PDF in časovna omejitev od leta 2005 do 2012. V nadaljevanju smo izbrali omejitve po vsebini (pain treatment, pain in children, postoperative pain, pediatrics, child care, children surgery, pediatric nursing). Izbrana je bila tema postoperative care in nurses. Izključili smo članke, ki obravnavajo populacijo kitajskih staršev in medicinskih sester, izobraževanje staršev ter članek, ki ni bil neposredno povezan z obravnavo bolečine. Zadevek, ki je bil tudi vključen in najden v obeh podatkovnih bazah, smo uvrstili pod vključene zadetke v CHINAL-u.

REZULTATI

Vseh pregledanih člankov je bilo 220. Glede na postavljene omejitve sta bila izključena 202 članka. Od 18 podrobno pregledanih člankov je v tabeli 1 prikazanih 8 vključenih člankov.

V tabeli 2 prikazujemo namen, vzorec in ključne ugotovitve raziskav po posameznih avtorjih.

Tabela 1: Kategorije obravnave pacienta in maksimalni čas čakanja do obravnave

| Vrsta raziskave | Število | Avtorji |
|--------------------|---------|--|
| Pregled literature | 1 | Twycross (2010) |
| Kvantitativna | 5 | Ellis, McCleary, Blouin, Dube, Rowley, MacNeil, Cooke (2007); Latimer, Johnston, Ritchie, Clarke, Gilin (2009); Shrestha-Ranjit and Manias (2009) Griffin, Polit, Byrne (2008); Twycross (2008); |
| Kvalitativna | 2 | Gimble Berglund, Ljusegren in Enskär (2008); Twycross (2006) |

Tabela 2: Posamezni avtorji in njihove raziskave

| Avtor | Namen | Vzorec | Ugotovitve |
|--|--|---------------------------------------|--|
| Twycross (2006) | Razumeti razloge za klinične odločitve pediatričnih MS. | 27 MS na treh oddelkih | MS sprejemajo svoje odločitve na podlagi hipotetično-deduktivnega (analitskega) razmišljanja. |
| Ellis, McCleary, Blouin, Dube, Rowley, MacNeil, Cooke (2007) | Evalvacija uvedenega protokola. | 366 MS, 8 dr. | Do pozitivnih sprememb je prišlo pri uporabi bolečinske lestvice in pri vrednotenju bolečin. Program je bil manj učinkovit pri uvajanju sprememb ob prisotni bolečini in dokumentiranju. |
| Twycross (2008) | Ugotoviti povezavo med protokoli obravnave bolečine in dejansko prakso. | 16 MS na enem oddelku | Razumevanje MS o pomembnosti obravnave bolečine ne vpliva na dejansko izvajanje v praksi. |
| Griffin, Polit, Byrne (2008) | Opisati lastnosti MS in njihov odziv na bolečino pri hospitaliziranih otrocih ter raziskati lastnosti MS, ki lahko vplivajo na njihovo delo. | 334 MS | Pri obravnavi bolečine ni razlik glede na osebne (demografske) lastnosti in strokovno izobrazbo MS. |
| Gimbley Berglund, Ljusegren, Enskär (2008) | Določiti dejavnike, ki vplivajo na MS pri obravnavi bolečine pri otrocih. | 21 MS | Obravnava bolečine je odvisna od sodelovanja med: MS samimi, MS in dr., MS in pacienti; vedenjem pacientov, organizacijo dela ter izkušnjami in znanjem MS. |
| Shrestha-Ranjit, Manias (2009) | Raziskati ocenjevanje in vodenje bolečine pri otrocih po operaciji zlomov spodnjih okončin, glede na dejansko stanje v praksi in priporočila na podlagi dokazov. | 106 popisov zdravstvene dokumentacije | Lajšanje pooperativne bolečine pri otrocih ni skladno s kliničnimi smernicami. MS morajo spodbujati učinkovito ocenjevanje in nadzor nad pooperativno bolečino. |
| Latimer, Johnston, Ritchie, Clarke, Gilin (2009) | Preučiti izvajanje protibolečinske oskrbe na podlagi dokazov, trenutnim znanjem in organizacijskimi dejavniki med MS, pacienti in delovnim okoljem. | 93 MS, 170 bolečih postopkov | Sodelovanje med MS in dr. ter delovne naloge MS so vključevale zdravstveno nego na podlagi dokazov. Znanje ne vpliva na implementacijo protokolov. Natančneje bi bilo potrebno raziskati ocenjevanje bolečine glede na sodelovanja in znanje med MS in dr. |
| Twycross (2010) | Poiskati razloge za nepopolno obravnavo bolečine pri otrocih in uporaba strategij za izboljšanje prakse. | Pregled literature v obdobju 15 let | Dejavniki, ki vplivajo na neučinkovito obravnavo bolečine pri otrocih in izboljšanje prakse, so: pomanjkanje znanja, prepričanja o bolečini pri otrocih, strategije odločanja, organizacijska pravila. |

Opomba: MS – medicinska sestra, dr. – zdravnik

Med obdelavo vključenih člankov so nastajale kode iz dobljenih rezultatov in zaključkov posameznih raziskav. Dobljenih 19 kod je združenih v 5 kategorij, ki so predstavljene v tabeli 3.

Tabela 3: Kategorije in kode z avtorji

| Kategorije | Kode | Avtorji |
|---|---|---|
| Obravnava bolečine je odvisna od medicinskih sester, delovnega okolja in pacientov | Na obravnavo bolečine medicinskih sester vpliva: pomanjkanje znanja o obravnavanju in ocenjevanju bolečine, izobraževanje in delovne izkušnje, nepravilno ali zastarelo prepričanje o bolečini in lajšanju bolečine, odnos do bolečine, nezmožnost interpretacije in prepoznavanja otrokovega obnašanja ob prisotnosti bolečine, starost in diagnoza otroka, prepoznavanje kompleksnih kazalcev bolečine in vedenjski dejavniki ob prisotni bolečini. Vpliv delovnega okolja na medicinske sestre in obravnavo bolečine: priložnost odločanja, informacije, viri, strategija, organizacija dela, organizacijska kultura in hierarhična struktura v organizaciji, pomanjkljivo sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki ter osebne značilnosti posameznikov. | Gimbley, Berglund, Ljusegren in Enskär, 2008; Latimer, Johnston, Ritchie, Clarke in Gilin, 2009; Twycross, 2008, 2010 |
| Uvedba posameznih sprememb | Uvedbo posameznih sprememb je potrebno prilagajati glede na potrebe oddelka. Pri tem je potrebno upoštevati dosedanje vire izobraževanja. Spremembe se uvajajo ob pomoči medicinskih sester raziskovalk. Medicinske sestre ocenjujejo, da so po izvedenem programu uvajanja sprememb bolj usposobljene za ocenjevanje in lajšanje bolečine. | Ellis, et al, 2007; Latimer, Johnston, Ritchie, Clarke in Gilin, 2009; |
| Izobraževanje | Medicinske sestre sprejemajo svoje odločitve na podlagi hipotetično-deduktivnega (analitskega) razmišljanja. Učenje od kolegov opredeljujejo kot glavni vir znanja in delajo enako kot njihove starejše kolegice. Skupna izobraževanja medicinskih sester in zdravnikov o ocenjevanju, zdravljenju in zaznavanju bolečine povečuje obravnavo bolečine na podlagi dokazov. Izobraževanje o oceni bolečine in oceni otrokovega obnašanja ob prisotni bolečini lahko izboljša sposobnost medicinskih sester za obravnavo bolečine. | Gimbley Berglund, Ljusegren in Enskär, 2008; Latimer, Johnston, Ritchie, Clarke in Gilin, 2009; Twycross, 2006, 2008 |
| Faktorji managementa, ki vplivajo na obravnavo bolečine in izboljšanje dokumentiranja | Faktorji managementa, ki vplivajo na obravnavo bolečine, so: sodelovanje med zaposlenimi in uporabniki, poznavanje zaposlenih (osebno doživljanje in soočanje z bolečino) ter izobraževanje. Izboljšanje dokumentiranja klinične prakse je bistveno za izboljšanje komunikacije med zdravstvenimi delavci in zagotavljanje trajne, celovite in legalne evidence klinične prakse. | Gimbley Berglund, Ljusegren in Enskär, 2008; Shrestha-Ranjit in Manias, 2009; Twycross, 2008 |
| Management Obravnava bolečine | Medicinske sestre morajo pri uporabi bolečinske lestvice upoštevati starost in zdravstveno stanje otroka. V prvem pooperativnem obdobju bi morali pacienti analgetike dobivati redno in ne po potrebi. Obravnava bolečine vsebuje: bolečinsko anamnezo pacienta, lestvico ocenjevanja bolečine, oceno vedenja otroka, uporabo fizioloških kazalcev bolečine; uporaba nefarmakoloških tehnik lajšanja bolečine, aplikacija predpisanih analgetikov, opredelitev vzrokov bolečine, dokumentiranje, komunikacija s starši in otroki; multidisciplinarni tim. | Shrestha-Ranjit in Manias, 2009; Twycross, 2008 |

RAZPRAVA

Vzroki za neučinkovito obravnavo bolečine so pomanjkanje znanja, nepravilno ali zastarelo prepričanje o bolečini in lajšanju bolečine (Twycross, 2010), prilagajanje organizacijski kulturi kljub znanjem medicinskih sester o vodenju bolečine. Rejeh s sodelavci (2009) navaja še omejeno avtoriteto medicinskih sester pri spreminjanju pravil in predpisov, ki veljajo v delovnem okolju, omejitve zaradi nesodelovanja med medicinskimi sestrami in pacienti in obremenitve z delom, ki jim onemogočajo izvajanje negovalnih intervencij za lajšanje bolečine. Oviro pri medicinskih sestrah predstavlja še nezmožnost interpretacije in prepoznavanja otrokovega obnašanja ob prisotnosti bolečine (Twycross, 2010). Twycross (2008) in Griffin s sodelavci (2008) so v svojih raziskavah prišli do nasprotujočih ugotovitev glede vplivov osebnostnih lastnosti (starost, rasa ali etnična pripadnost) in strokovnih značilnosti medicinske sestre (stopnja izobrazbe, leta kliničnih izkušenj in dodatna izobraževanja) na področju obravnave bolečine. Če medicinskim sestram niso pomembni fiziološki kazalci bolečine, tudi uporaba nefarmakoloških tehnik lajšanja bolečine, aplikacija predpisanih analgetikov, vzroki za bolečino, dokumentiranje, komunikacija s starši in otroki, povezovanje z multidisciplinarnim timom, v praksi ne bodo upoštevani (Twycross, 2008).

Bolni novorojenčki bodo verjetno doživeli manj bolečih postopkov zdravljenja, če je v delovni organizaciji sodelovanje med zdravstvenimi delavci podprto z znanjem, temelječim na dokazih (Latimer, et al., 2009). Enakega mnenja so tudi Gimpler in sodelavci (2008), ki zavzemajo stališče, da sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki, starši in otroci vpliva na obravnavo in vodenje bolečine. Ovire pri dobrem sodelovanju se nanašajo na hierarhično strukturo v organizaciji ali pa na osebnostne značilnosti posameznikov.

Idell in sodelavci (2007) so izboljšali obravnavo bolečine z uporabo modela, podprtega z raziskavami in s sodelovanjem strokovno in praktično najbolj usposobljenih medicinskih sester. Izvedli so spremembe na področju obravnave bolečine z doslednim izvajanjem dokumentiranja ter ocene bolečine po eni uri aplikacije protibolečinske terapije. Ellis in sodelavci (2007) navajajo, da je pri uvajanju sprememb potrebno upoštevati in opredeliti programske komponente, kot so: (a) standardi strokovne prakse za zdravljenje bolečine, (b) standard načrta oskrbe zdravljenja bolečine, (c) lestvice za ocenjevanje bolečine, (d) bolečinska dokumentacija, (e) predhodne izkušnje z bolečino, (f) delavnice izobraževanja o bolečini, (g) oblikovanje smernic za obravnavo bolečine na posameznih oddelkih, (h) program medicinskih sester za terapijo bolečine in (i) informativni panoji obravnave bolečine na posameznem oddelku. Raziskava je pokazala, da medicinske sestre ocenjujejo, da so po izvedenem programu izobraževanja bolj usposobljene za ocenjevanje in lajšanje bolečine. Do pozitivnih sprememb je prišlo pri uporabi bolečinskih lestvic in pri vrednotenju pozitivnih lastnosti dobre obravnave bolečine. Program je bil manj učinkovit pri izboljšanju samozavesti medicinskih sester pri ugotavljanju prisotnosti bolečine, izvajanju intervencij ob prisotni bolečini in ocenjevanju jakosti bolečine pri dojenčkih v primerjavi s starejšimi otroki. Razlog za to je lahko v medicinskih sestrah (Twycross, 2006), ki sprejemajo svoje odločitve na podlagi hipotetično-deduktivnega (analitskega) razmišljanja. Kar pomeni, da načrtujejo izvedbo intervencij na podlagi preteklih izkušenj, ne glede na doseženo izobrazbo in leta delovnih izkušenj. Učenje od kolegov (Twycross, 2008) opredeljujejo kot glavni vir znanja. Izkazalo se je, da se medicinske sestre učijo in delajo enako kot njihove starejše kolegice. Če se na oddelku ne uporabljajo nemedikamentozne tehnike lajšanja bolečine, temveč se bolečina blaži le z zdravili, bodo na enak način delovale tudi mlajše medicinske sestre. Zato je za dobro obravnavo bolečine pomembno znanje in izkušnje starejših medicinskih sester. V

izobraževalni strategiji (Twycross, 2010) pa je potrebno spodbujati povezovanje teorije in prakse, kot tudi zagotoviti, da medicinske sestre razumejo razloge intervencij pri lajšanju bolečin. Latimer in sodelavci (2009) zavzemajo stališče, da skupna izobraževanja medicinskih sester in zdravnikov o ocenjevanju, obravnavi in vodenju bolečine povečujejo obravnavo bolečine na podlagi dokazov in s tem lahko uvajajo spremembe na področju obravnave bolečine. Izobraževanje o ocenjevanju bolečine in ocenjevanju otrokovega obnašanja ob prisotni bolečini lahko izboljša sposobnost medicinskih sester za obravnavo bolečine (Gimbley Berglund, et al., 2008).

V praksi se premalo upoštevajo vedenjski dejavniki ob prisotni bolečini (Twycross, 2008), diagnoza boleznin in starost pacienta (Gimbley, et al., 2008). Organizacijski dejavniki, kot so pomanjkanje časa za rutinsko ocenjevanje bolečine (Gimbley, et al., 2008) in povečan obseg dela, so najpogosteje navedeni razlogi za slabo ocenjevanje in obravnavo bolečine v praksi (cited in Bell & Duffy, 2009). Smernice "Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland" (Howard, et al., 2008 cited in Baulch, 2010) upoštevajo, da na ocenjevanje bolečine lahko vpliva pristranskost medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev. Prav tako je bilo nakazano, da lahko medicinske sestre podcenjujejo otrokovo bolečino in precenjujejo učinek analgetikov, kar lahko privede do slabega analgetskega nadzora (Helgadóttir & Wilson, 2004 cited in Baulch, 2010). Priporočljivo je, da se medicinske sestre usposablajo za ocenjevanje bolečine in sprejmejo prilagodljiv in pozitiven odnos do nje. Z dokumentiranjem in ocenjevanjem bolečine, kot evalviranjem samih ukrepov za preprečevanje bolečine, bodo medicinske sestre uspešne pri obravnavi bolečine (Howard, et al., 2008 cited in Baulch, 2010).

Raziskava avtorjev Shrestha-Ranjit in Manias (2009) je pokazala splošno neustrezno ocenjevanje, obravnavanje in dokumentiranje bolečine po operativnem posegu. Večina otrok je imelo zmerno ali hudo bolečino v celotnem pooperativnem obdobju. Glede na protokol bolnišnice morajo medicinske sestre ocenjevati bolečino kot 5. vitalni znak vsake pol ure prve 4 ure po operaciji in nato vsake 4 ure, če pacienti ne dobivajo opioidnih zdravil v infuziji. Pri teh pacientih se ocenjuje bolečina vsako uro v prvih 4 urah po operaciji. Le 12 % pacientov je imelo dokumentirano orodje (lestvico) za ocenjevanje bolečine. Po mnenju avtorja gre verjetno za nedokumentiranje dejansko izvedenega dela. Izboljšanje dokumentiranja klinične prakse je bistveno za izboljšanje komunikacije med zdravstvenimi delavci in zagotavljanje trajne, celovite in legalne evidence klinične prakse. Medicinske sestre morajo pri uporabi bolečinske lestvice upoštevati starost in zdravstveno stanje otroka. V bolnišnici se uporablja FLACC skala (Face, Legs, Activity, Cry, and Consolability) za merjenje bolečine, katero se priporoča za uporabo pri pacientih, starih od 5 do 16 let, pri vstavitvi periferne venske kanile in ob vstavitvi port igle. Pokazala se je statistično pomembna povezava med oceno po FLACC skali in samo oceno bolečine pacientov. Avtorja sta mnenja, da morajo medicinske sestre bolj pogosto uporabljati bolečinske lestvice. Priporočata, da bi morali pacienti dobivati v prvem pooperativnem obdobju redno analgetike in ne po potrebi. Griffin in sodelavci (2008) dokazujejo, da se analgetiki uporabljajo, ko je bolečina blizu zgornje meje, predpiše jih zdravnik, in da medicinske sestre bolj uporabljajo nefarmakološke tehnike zdravljenja bolečine.

Na Kliničnem oddelku otroške kirurgije in intenzivne terapije pri bolnikih večkrat pride do procesov, ki jih opredeljujemo kot posege, postopke in obravnave, ki povzročajo bolečino. Glede na naš mikrosistem smo si zastavili globalni cilj, in to je ocenjevanje bolečine kot vitalni znak pri vseh pacientih. Določili smo pogostost ocenjevanja za kirurške in nekirurške

bolnike. Za doseganje teh ciljev smo s pomočjo formiranja multidisciplinarnega tima dodatno izobrazili vse zaposlene v zdravstveno-negovalnem timu in jih opolnomočili glede obravnavanja bolečine. Naš cilj je doseči večje zadovoljstvo pacientov in njihovih pomembnih drugih, doseči manj komplikacij, ki nastanejo ob prisotnosti bolečine, in s tem vplivati na ležalno dobo in stroške zdravljenja komplikacij. Ob uvedbi sprememb zdravstveno-negovalno osebje ve, da dela dobro, kar vpliva na zadovoljstvo na delovnem mestu in na delovno uspešnost.

ZAKLJUČEK

S pomočjo pregleda literature smo vstopili v NIPU krog uvajanja sprememb pri obravnavi bolečine. Glede na naš mikrosistem smo si zastavili globalni cilj, in to je ocenjevanje bolečine kot vitalni znak pri vseh pacientih. Glede na to, da obravnavamo otroke 7 različnih klinik, smo začeli spremembe postopoma. Za doseganje ciljev smo izobrazili vse zaposlene v zdravstveno-negovalnem timu in jih opolnomočili glede vodenja bolečine. V izobraževalni tim so bile vključene medicinske sestre z več kot desetletnimi delovnimi izkušnjami in s posebnimi znanji, medicinske sestre za kakovost in izobraževanje, pediatri intenzivisti, kirurgi, anesteziologi in strokovni vodja oddelka. Uvedli smo protokol obravnave bolečine za otroke, sprejete na abdominalno kirurgijo, ki vsebuje: časovni normativ ocenjevanja glede na dan hospitalizacije, VAS skalo ali skalo obrazkov, protibolečinska terapija je predpisana glede na oceno bolečine, dokumentiranje se izvaja na temperaturnem listu in v elektronski obliki. Oceniti moramo še zadovoljstvo pacientov in njihovih pomembnih drugih glede ocenjevanja bolečine. Ugotoviti, ali je prisotnih manj komplikacij, ki nastanejo ob prisotnosti bolečine, in ali se je skrajšala ležalna doba in stroški zdravljenja komplikacij. Ključna na oddelku glede izvajanja managementa bolečine na oddelku se je izboljšala, saj vemo, da delamo dobro, kar vpliva na zadovoljstvo na delovnem mestu in na delovno uspešnost.

LITERATURA

- Baulch, I., 2010. *Assessment and management of pain in the paediatric patient*. Nurs Stand, 25(10), pp 35–40.
- Bell, L., Duffy, A. *Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review*. BR J NURS 2009;12–25. Supp 18(3): 153-6.
- Ellis, J. A., McCleary, L., Blouin, R., Dube, K., Rowley, B., MacNeil, M., Cooke, C. *Implementing best practice pain management in a pediatric hospital*. J SPEC PEDIATR NURS. 2007; 12(4): 264-77.
- Griffin, Polit, Byrne. *Nurse characteristics and inferences about children's pain*. PEDIATR NURS. 2008; 34(4), pp. 297–307.
- Gimbler-Berglund I, Ljusegren G, Enskar, K. *Factors influencing pain management in children*. PAEDIATR NURS. 2008; 20(10): 21-4.

- Idell, C. S., Grant, M., Kirk, C. *Alignment of pain reassessment practices and National Comprehensive Cancer Network guidelines*. ONCOL NURS FORUM. 2007; 34(3), pp. 66–71.
- Krčevski-Škvarč, N. *Kronična bolečina – bolezen*. In: Kersnik, J. *Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne Motnje – VII Fajdigovi dnevi*; 2005, okt. 14.–15., Kranjska Gora, Slovenija. Ljubljana : Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2005: 3.
- Latimer, M. A., Johnston, C. C., Ritchie, J. A., Clarke, S. P., Gilin, D. *Factors affecting delivery of evidence-based procedural pain care in hospitalized neonates*. JOGNN. 2009; 38(2): 182-94.
- Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., Anoosheh, M. *Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management*. SCAND J CARING SCI. 2009; 23(2): 274-81
- Richardson-Tench, M., Pearson, A., Birks, M. *The changing face of surgery: using systematic reviews*. BR J PERIOPER NURS 2005 J; 15(6): 240-2, 244-6.
- Stevens, B. J., Abbott, L. K., Yamada, J., Harrison, D., Stinson, J., Taddio, A., Barwick, M., Latimer, M., Scott S. D., Rashotte, J., Campbell, F., Finley, G. A. *Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals*. CMAJ. 2011; 183(7): 403-10.
- Shrestha-Ranjit, J. M. , Manias, E. *Pain assessment and management practices in children following surgery of the lower limb*. J CLIN NURS. 2010; 19(1–2): 118-28.
- Škarja, S. *Artistična intervencija klovnov zdravnikov kot inovativno dopolnilno h kreativni terapiji za hospitalizirane pediatrične paciente* [magistersko delo]. Litija: Univerza v Ljubljani; 2008:12-3, p. 15.
- Šimenc, J. *Anatomija bolečine – kaj pravi medicinska antropologija*. Etnolog. 2008; 18 (69), p. 147.
- Twycross A. *Managing pain in children: where to from here?* J CLIN NURS. 2010; 19 Suppl., pp. 15–16: 2090-9.
- Twycross, A. *Does the perceived importance of a pain management task affect the quality of children's nurses' post-operative pain management practices?* J CLIN NURS. 2008; 17(23): 3205-16.
- Twycross, A., Powls, L. *How do children's nurses make clinical decisions? Two preliminary studies*. J CLIN NURS. 2006; 15(10): 1324-35.

DIAGNOSTIKA IN ZDRAVLJENJE OBOLENJ DANKE IN ZADNJIKA

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ANORECTAL DISEASES

Prim. mag. Bogdan Fludernik, dr. med., spec. splošne kirurgije

Splošna bolnišnica Celje

info@venolek.si

IZVLEČEK

Obolenja, ki pripeljejo bolnika v proktološko ambulanto, so zelo različna. Na eni strani so bolniki, ki trpijo hude bolečine in hitro poiščejo pomoč pri zdravniku, na drugi strani pa so bolniki, ki dolgo skrivajo svoje težave z odvajanjem blata, ker je pregled pri proktologu še vedno povezan z občutkom nelagodja.

V članku je na kratko opisana anatomija in fiziologija zadnjega dela debelega črevesa. Prikazana so tudi najpogostejša obolenja danke in zadnjika, težave, ki jih ta obolenja povzročajo, in osnovni principi zdravljenja.

Ključne besede: proktologija, hemoroidi, rak danke

ABSTRACT

Diseases that bring the patient to the Proctology clinic are very different. On the one hand, there are patients who suffer from severe pain and they quickly, seek help from a doctor, on the other hand, there are patients who hide their problems with bowel for a long time, because examination at the proctologist is still associated with a feeling of uneasiness. This article briefly describes the anatomy and physiology of the last part of the colon. Also are shown the most frequent diseases of the rectum and anus, problems caused by those diseases and the basic principles of treatment.

Keywords: proctology, hemorrhoids, rectal cancer

UVOD

Proktologija je kirurška veda, ki se ukvarja z obolenji danke in zadnjika. Beseda proktologija je antičnega izvora, sestavljena iz dveh grških besed: proktos je danko in logos je znanost. Tako star izvor besede nam kaže, da so že v antiki imeli bolnike s težavami v zadnjem delu debelega črevesa.

V proktološko ambulanto bolnika najpogosteje pripelje krvavitev iz anusa, pogosto vezana na odvajanje blata. Reakcija na pojav krvi na blatu je pri bolnikih različna. Nekateri hitro poiščejo pomoč pri proktologu, druge pojav krvi pri defekaciji prestraši in odlašajo z obiskom pri zdravniku.

Naslednja pogosta težava, ki pripelje bolnika k proktologu, je bolečina. Vzrok je lahko tromboza zunanega hemoroida, lahko razpoka analne sluznice ali pa kakšno vnetje sluznice, povzročeno z dietnim prekrškom.

Tudi motnje pri odvajanju blata povzročajo bolnikom takšne težave, da se odločijo za obisk pri proktologu. Medtem ko driske povzročijo razna bakterijska ali avtoimuna vnetja, pa je zaprtje prisotno pogosteje pri starejših bolnikih, kjer se črevo zaradi oslabele miškulature in opešane oživčenosti poleni.

Namen prispevka je prikaz dela v proktološki ambulanti pri odkrivanju in zdravljenju najpogostejših obolenj danke in zadnjika.

ANATOMIJA IN FIZIOLOGIJA DANKE IN ZADNJIKA

Rektum je zadnji del debelega črevesa, ki sega približno 17 cm nad anokutano mejo. Leži v mali medenici, pri ženski za vagino in pri moškem za uretro. Sestavljen je iz sluznice, mišične plasti in vezivnega tkiva, ki ga veže z okolico. Za razliko od ostalega debelega črevesa so vzdolžne mišice v rektumu razporejene enakomerno okrog celotne cirkumference črevesa. Cirkularni mišični sloj se v analnem delu odebeli v globoki in povrhnji sfinkter. Tri Kerkringove gube prominirajo v lumen črevesa in povečajo površino sluznice za boljšo resorbcijo in nekoliko upočasnijo praznjenje črevesa. Notranjost rektuma je pokrita s sluznico, ki 2 cm nad zunanjo odprtino preide v zobati liniji v kožo. Ta prehod sluznice v kožo je neraven. Prisotne so številne kripte v žepkih med sluznico in kožo. Prekrvavitev rektuma izvira iz arterije iliake interne, ki daje eno vejo na desni strani in dve na levi strani. To so hemoroidalne arterije, ki polnijo hemoroidalne blazinice notranjih hemoroidov. Venska kri odteka iz hemoroidov v sistem spodnje vene kave in v portalni sistem.

Z vidika fiziologije je naloga rektuma kopičenje fecesa pred izločanjem, ki se opravi v primernem trenutku. Običajno se izloča blato enkrat dnevno, najprimerneje 10 minut po zajtrku. Takrat močnejši peristaltični val, ki ga sproži hrana v želodcu, preide preko ileocekalne valvule do rektuma. Tako poteka defekacija pri odraslem zdravem človeku. Pri dojenčkih in malih otrocih se praznjenje črevesa pojavi večkrat dnevno. Starejši ljudje pa imajo pogosto oslabele črevesne mišičje ter slabo peristaltiko, zato se pojavi obstipacija.

POTEK OBRAVNAVE PACIENTA V PROKTOLOŠKI AMBULANTI

Bolnikov obisk v proktološki ambulanti se prične s pogovorom. Med pogovorom morata biti bolnik in zdravnik sama, da dobi bolnik vtis zasebnosti in zdravniku odkrito opiše težave, ki jih ima. Pri tem je pomembno, da se osredotočimo na bolnikove navade pri odvajanju blata, kolikokrat dnevno odvaja, kakšne konsistence je blato, ali ima pri tem bolečine, ali opaža kri na blatu, ali je kri pomešana z blatom. Pomembna je anamneza glede malignih obolenj v družini.

Podrobni anamnezi sledi pregled bolnika. Običajno bolnika pregledamo v položaju na kolenih in komolcih, v kolikor pa se zaradi kakšnega obolenja bolnik ne more postaviti v ta položaj, opravimo pregled leže na levem boku. Osnovni pregled v proktologiji je digitorektalni pregled. Pregled mora biti opravljen zelo skrbno. Bolniku moramo razložiti, kako ga bomo

pregledali, da se ne prestraši in da pri pregledu sodeluje. Pregledamo kožo okrog zadnjika in zunanje hemoroide. Nato s prstom otipamo mišice zapiralke in šele nato otipamo notranjost črevesa. Introdukcija prsta mora biti nežna in počasna, da zaradi hitrega razmika sfinktra ne pride do vaginalnega refleksa. Zlasti moramo biti previdni pri bolnikih, ki imajo analne bolečine, in v kolikor so bolečine prehude, s pregledom ne nadaljujemo, dokler anestetično mazilo, ki ga uporabimo, ne ublaži bolečin.

Digitorektalnemu pregledu sledi pregled s proktoskopom. Pregled je večinoma možen tudi, če se bolnik pred pregledom ni pripravil z odvajali. Drugače pa je pri rektoskopiji, ko je potrebna priprava bolnika na pregled. Dan pred preiskavo naročimo bolniku, da uživa le tekočo hrano, zvečer pa vzame laksative, najpogosteje v obliki tablet. Z rektoskopom pregledamo 25 do 30 cm zadnjega dela debelega črevesa.

NAJPOGOSTEJŠA OBOLENJA DANKE IN ZADNJIKA

Najpogostejše obolenje, ki privede bolnika v proktološko ambulanto, so težave s hemoroidi. **Hemoroidi** so blazinice, sestavljene iz razširjenega venskega pleteža. Naloga hemoroidalnih vozličev je preprečevanje uhajanja blata, tekočine in plinov iz rektuma. Imamo notranje in zunanje hemoroide.

Notranji so pokriti s sluznico in se nahajajo na tipičnih mestih, na 3., 7. in 11. uri pri položaju bolnika na kolenih in komolcih. Zunanji hemoroidi so pokriti s kožo. Ker sluznica, ki pokriva notranje hemoroide ni občutljiva na mehanske dražljaje, spremembe v tem predelu ne povzročajo bolečin. Drugače je z zunanjimi hemoroidi. Koža, ki jih prekriva, je zelo občutljiva na mehansko in vnetno draženje, zato so obolenja zunanjih hemoroidov boleča. Kri v zunanjih hemoroidih lahko koagulira, kar se zgodi pri daljšem napenjanju pri defekaciji ali pri daljšem sedenju, zlasti pri dolgotrajni vožnji z avtomobilom. Nastane analna tromboza, ki je zelo boleča. Že pri inspekciji vidimo na anusu povečan zunanji hemoroid, kjer skozi kožo proseva modrikast strdek. Zdravljenje je enostavno in uspešno. V lokalni anesteziji incidiramo hemoroid in iztisnemo koagul. Bolečina hitro preneha in težave izginejo. V kolikor pa se s kirurško terapijo odlaša, strdek v hemoroidu postopoma fibrozira, na mestu hemoroida pa ostanejo **kožne gube – mareske**, ki se ob slabi higieni vnamejo in močno bolijo. Pri pogostih težavah je indicirana kirurška odstranitev kožnih gub.

Večje in dolgotrajnejše težave pa povzročajo notranji hemoroidi. Več kot 50 % populacije ima občasne težave s hemoroidi, ženske pogosteje kot moški. Vzrokov za nastanek težav je več: prirojena slabost vezivnega tkiva, zaprtje, nosečnost, pa tudi obolenja jeter in povečan intraabdominalni pritisk. Povečanje notranjih hemoroidov delimo na štiri stopnje:

1. stopnja se pokaže s krvavitvijo,
2. stopnja so povečani hemoroidi, ki pri defekaciji zdrsnejo skozi anus, nato pa se sami vrnejo v črevo,
3. stopnja: hemoroidi izpadejo med defekacijo in se ne vrnejo spontano v črevo,
4. stopnja: izpadli hemoroidi skozi anus z ulceracijami na sluznici.

Prvi simptom obolenja hemoroidov je krvavitev. Kri se pojavi pri odvajanju blata, je svetlo rdeča in le na površini blata ali na toaletnem papirju, blato pa je normalne barve. Zaradi vnetja

pri ranjenih hemoroidih se kmalu pojavi tudi bolečina, ki se pri odvajanju blata še stopnjuje. Ker bolniki zaradi bolečin odlagajo defekacijo, se razvije zaprtje, kar bolezen še poslabša.

Zdravljenje je v začetku vedno konzervativno. Priporočljiv je pregled pri proktologu, ki opravi digitorektalni pregled in proktoskopijo in potrdi diagnozo. Bolnik mora poskrbeti za redno odvajanje blata, uživati hrano, bogato z vlakninami, piti dosti tekočine, izogibati pa se mora močno začinjeni hrani.

V kolikor so težave hujše in dolgotrajne, pride v poštev ofenzivnejše zdravljenje. Povečane hemoroide zdravimo z aplikacijo elastične zanke na hemoroid. Gumica stisne bazo hemoroida in ta zaradi ishemije po nekaj dneh odpade. Manj boleče je zdravljenje s fotokoagulacijo. Z infrardečo svetlobo koaguliramo vezivo okrog hemoroida in ta se zmanjša.

Za trajnejšo ozdravitev hemoroidov pa uporabljamo kirurško zdravljenje: pod kontrolo ultrazvoka prikažemo hemoroidalno arterijo in jo s šivom ligiramo.

Klasična hemoroidektomija je poseg, pri katerem se hemoroidi preparirajo do baze, ki se podveže, hemoroid pa se odstrani.

Pri zelo povečanih hemoroidih in pridruženemu izpadu rektuma pa se uporablja staplerska transanalna resekcija rektuma.

Analna razpoka ali fissura ani poleg krvavitve povzroča tudi hude bolečine. Vzrok za nastanek razpoke je odvajanje trdega blata. Pri zaprtju se blato prekomerno dehidrira in postane trdo. Pri prehodu skozi zadnjik počí koža anusa. Predel krvavi ob vsaki defekaciji. Svetla kri ostane na blatu ali na toaletnem papirju. Ker se takšna kožna rana hitro vname, se pojavi tudi huda bolečina, ki jo bolniki opisujejo kot rezanje z nožem pri odvajanju blata. Takšna bolečina perzistira tudi več ur po defekaciji. Bolečina povzroči kronično stisnjenje analnega sfinktra, kar dodatno ishemizira analno kožo in s tem še poslabša celjenje fisure. Zdravljenje je običajno dolgotrajno. Osnovna mera je redno odvajanje mehkega blata. To dosežemo s pitjem zadostne tekočine in s hrano, ki ima dosti vlaknin. Lokalno fisuro zdravimo z mazanjem z anestetičnim mazilom večkrat dnevno, zlasti pred in po defekaciji. Potrebno je tudi masiranje analnega sfinktra, da se ta postopoma sprosti in se poboljša prekrvavitev kože ob rani. Priporočljiva je uporaba analnih dilatatorjev, s katerimi postopoma razširimo anus do normalne širine. V kolikor konzervativno zdravljenje dlje časa ni uspešno, lahko s kirurškim posegom prerežemo notranji analni sfinkter.

Paraanalni absces je posledica vnetja, ki nastane na prehodu analne sluznice v kožo, to je na zobati liniji. Vnetje se razširi v globino proti koži med vlakni mišice zapiralke. Ko vnetje prodre v podkožje, se formira absces, ki se lahko izprazni spontano skozi kožo, če ni pravočasno kirurško izpraznjen. Paraanalni absces je zelo boleč, bolniki imajo pogosto povišano telesno temperaturo in vse znake bakterijskega vnetja. Ob anusu je v podkožju tipati bolečo zatrdlino in v kolikor je formiran absces, je prisotna tudi fluktuacija. Zdravljenje je kirurško, to je izpraznitev abscesa in drenaža.

Včasih ostane po drenažni inciziji abscesa povezava med črevesom in kožo. Formira se **paraanalna fistula**. Bolniku na kožni fistulozni odprtini izteka gnoj, lahko tudi feces. Če ima fistula odprtino na koži in v črevesu, govorimo o kompletni fistuli. Lahko jo sondiramo in

ugotovimo, v kakšnem odnosu je do analnega sfinktra. Glede na to, kje poteka fistula, ločimo intrasfinkterne fistule, ki potekajo z notranje strani mišice zapiralke, transsfinkterno, ki poteka skozi ali po zunanji strani sfinktra in ekstrasfinkterno, ki objema vse mišice zapiralke. Za načrtovano zdravljenje je pomembno, da se dobro orientiramo o poteku fistule glede na sfinkter.

Intrasfinkterno fistulo zdravimo tako, da prerežemo kožo do fistuloznega kanala in pustimo, da defekt postopoma epitelizira. V kolikor pa fistula objema večji del mišice zapiralke, bi takšna operacija povzročila inkontinenco. Zato v fistulo uvedemo nitko, ki jo postopoma zategujemo, da nitka sfinkter počasi prereže in se sproti zabrazgotini.

Pri proktološkem pregledu se srečujemo tudi s **kroničnimi črevesnimi vnetnimi boleznimi**, kot je Crohnova bolezen, ulcerozni kolitis ali divertikulitis. V akutni fazi obolenja se pojavi krvavitev iz črevesa, vendar je kri pomešana z blatom, pri zelo hudem obolenju pa se pojavijo tudi krvavi odlivi brez odvajanja blata. Kronična vnetna črevesna obolenja se zdravijo konzervativno po predhodnem pregledu celotnega debelega črevesa.

Maligna obolenja danke in zadnjika predstavljajo skoraj 50 % vseh malignih obolenj debelega črevesa. Ker je pregled te regije relativno enostaven, lahko pravočasna diagnoza pripelje do ozdravitve. Vodilni simptom pri raku danke in zadnjika je krvavitev, ki je najprej okultna. Postopoma se pojavijo obstipacije, ki se izmenjujejo z driskami in pri napredovalem malignomu se razvije popolna zapora odvajanja blata – ileus.

Diagnozo postavimo z digitorektalnim pregledom, proktoskopijo, rektoskopijo in koloskopijo. Ob pregledu vzamemo kos tkiva za histološko verifikacijo obolenja. Glede na vrsto raka, stopnjo razširjenosti in oddaljenost od anokutane meje, se odločimo za terapijo, ki je lahko kirurška, radioterapija in kemoterapija.

ZAKLJUČEK

Že prvi obisk v proktološki ambulanti mora bolniku vzbuditi zaupanje, saj so pogosto obolenja danke in zadnjika kronične narave in je zdravljenje dolgotrajno. Potrebno je, da nam bolnik zaupa, da spremeni življenjske navade, za kar je potrebno veliko sodelovanja in potrpljenja, kar ni vsakokrat lahko.

LITERATURA

- Antolič, J. et., al., *Kirurgija*. Celje 2014, pp. 912–937.
- Asfar, S. K., Juma, T. H., Ala-Edeen, T., 1988. *Hemorrhoidectomy and sphincterotomy. A prospective study comparing the effectiveness of anal stretch and sphincterotomy in reducing pain after hemorrhoidectomy*. Disease of the colon and rectum, 31(3), pp. 181–185.
- Hamalainen, K. P., Sainio, A. P., 1998. *Incidence of fistulas after drainage of acute anorectal abscesses*. Disease of the colon and rectum, 41, pp. 1357–1361.

- Leicester, R. J., Nicholls, R. J., Mann, C. V., 1981. *Infrared coagulation: a new treatment for hemorrhoids*. Disease of the colon and rectum, 24, pp. 602– 605.
- Lund, J. N., Scholefield, J. H., 1996. *The aetiology and treatment of anal fissures*. British Journal of Surgery. 83, pp. 1335–1344.
- Štabuc, B., 2006. *Kirurgija raka debelega črevesa in danke - standardi in novosti*. Ljubljana, pp. 21–29.
- Velikonja, T., 1977. *Zbornik predavanj XIII. podiplomskega tečaja iz kirurgije*. Ljubljana, pp. 188–192.

OBRAVNAVA PACIENTA V CENTRALNEM SPREJEMU V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO

TREATMENT OF PATIENTS IN CENTRAL SURGICAL ADMISSION UNIT IN GENERAL HOSPITAL

Andreja Žurga, dipl. m. s. in Mateja Košak Gregorič, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Novo mesto, Kirurški oddelek, Centralni sprejem
andreja.zurga@gmail.com

IZVLEČEK

Na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto deluje enota centralnega sprejema pacientov. V enoti se sprejmejo vsi pacienti, ki prihajajo na planiran operativni poseg. Poleg njih pa se sprejme tudi vse paciente za posege v enodnevnih bolnišnici, in otroke, ki prihajajo na planirane operativne posege s to razliko, da se pri njih opravi samo administrativni sprejem. Sprejmejo pa se tudi vsi urgentni pacienti, ki so delno ali popolnoma pomični. Z uvedbo sprejema preko centralnega sprejema se je poskušalo vplivati na dvig kakovosti obravnave pacienta. Poleg sprejemov pa se v enoti opravijo odvzemi krvi zaposlenim v naši bolnišnici za zdravniške preglede in se jim posname EKG. Zadnjih nekaj let pa se opravlja tudi odvzeme krvi pacientom, ki prihajajo na radiološki oddelek na preiskave. V prispevku je predstavljena celotna pot sprejema pacienta v bolnišnico, od administrativnega vpisa do namestitve na predvideni kirurški odsek.

Ključne besede: pacient, centralni sprejem, zadovoljstvo pacienta, klinična pot, kakovost obravnave

ABSTRACT

The role and function of the Central Surgical Admissions Unit in General hospital Novo mesto is to process patients prior to their surgical operation. Surgical Admission Unit serves both adult and pediatric patients but pediatric patients are only processed administratively. It serves patients who are partially or completely mobile and admitted from the Emergency Department (ED). The purpose of the Surgical Admissions Unit is to enable high-quality and safe patient care. Surgical Admissions Unit also serves employees where blood samples are taken and ECG is recorded for their mandatory medical examinations. Blood work is also performed in the Admission Unit to patients who come to radiology department for MRI and CT exams.

This paper describes how the hospital admission has the impact on patient satisfaction. Presented is the path from hospital admission, administrative process to when the patient is transferred to the surgical ward..

Keywords: patient, Central Surgery Admission Unit, clinical pathway, quality treatment

OPREDELITEV POJMOV

Definicije kakovosti:

Kakovost je z učinkovito zdravstveno nego izboljšati zdravstveno stanje in zadovoljstvo prebivalstva v okviru virov, ki so jih družba in posamezniki pripravljene porabiti za zdravstveno nego (Williamson, 1974).

Kakovost ni nekaj absolutnega, trajnega in enkrat za vselej dosegljivega. Načela kakovosti določajo uporabniki, država, politika in interni dejavniki v samih upravnih organizacijah (Berlogar, 1997).

Definicije zdravstvene nege:

Medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico pobude in nadzora (Virginia Henderson, 1957).

Zdravstvena nega je celovita dejavnost, ki se ukvarja s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo v njihovih razvejanih funkcijah v času zdravja in bolezni, oziroma se giblje iz ene sfere v drugo. Enkratna naloga medicinske sestre je torej, da ugotavlja potrebe in načrtuje zdravstveno nego, ki bo pomagala bolnemu ali zdravemu posamezniku opravljati vse, kar koristi njegovemu zdravju, okrevanju ali mirni smrti. Cilj zdravstvene nege je omogočiti neodvisnost varovanca, če ima za to potrebno moč, voljo in znanje. Svoje naloge mora opravljati tako, da bo varovancu vrnila neodvisnost v najkrajšem možnem času (SZO, 1991).

Klinična pot:

Klinična pot je orodje, ki temelji na z dokazi podprti medicini, zdravstveni negi itd. in krajevni organizaciji, s katerim je opredeljen standardni načrt večdisciplinarne zdravstvene oskrbe tipične vrste pacientov z določenim obolenjem ali načrtovanim posegom. Omogoča sledenje odklonom od standardnega postopka, ohranja utemeljeno samostojnost odločitve, poenoti klinično prakso, nenehno izboljšuje kakovost obravnave in spodbuja timsko delo (Berginc Dolenshek, et al., 2006).

UVOD

Leta 2003 v mesecu septembru so izpeljali projekt centralnega sprejema bolnikov, ki prihajajo na planiran operativni poseg. Vodja projektnega tima je bila glavna medicinska sestra kirurškega oddelka, gospa Marta Gantar, v sodelovanju z ostalimi odgovornimi medicinskimi sestrami odsekov. V centralnem sprejemu sta takrat opravljali delo ena srednja medicinska sestra in ena diplomirana medicinska sestra.

Z odprtjem centralnega sprejema so dosegli boljšo kakovost obravnave pacientov. Razbremenilo se je delo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na kirurških odsekih. Za sprejem pacientov sta bila namenjena dva prostora. V prvem prostoru se je izvedel pregled

bolnikove dokumentacije in pacienta oskrbelo z vso negovalno dokumentacijo, preverilo se je krvne in ostale specialistične izvide, ki jih je pacient prinesel s seboj. Odvzelo se je manjkajoče krvne izvide, izmerilo vitalne funkcije. Bolnik je podpisal vsa soglasja, potrebna za operativni poseg. V drugem prostoru pa se je pacient higiensko uredil in oblekel v bolnišnično perilo. Nato se je pacienta pospremilo na odsek. Centralni sprejem je bil planiran za paciente, ki pridejo na planiran operativni poseg preko sprejemne pisarne in imajo izpolnjen temperaturni list s sprejemno diagnozo in naročenimi diagnostičnimi postopki. Na sprejem so čakali v dnevnem prostoru v prvem nadstropju kirurškega oddelka. Delati se je pričelo, čeprav projekt še ni bil v celoti realiziran, saj je bilo potrebno še izpeljati projekt računalniškega naročanja pacientov na operativni poseg in organizacijo sprejemne kirurške ambulante ter preanesteziološke ambulante. Po dokončni realizaciji je sprejem sicer potekal dokaj utečeno, so pa bili prostori zelo razdrobljeni po vsej kirurgiji. Slabosti takratne organizacije so bile, da je bil sprejem zelo razdrobljen in so se pacienti izgubljali. Prednost je bila, da je vsakega pacienta obravnaval tudi zdravnik.

Na tak način smo svoje delo bolj ali manj uspešno opravljali do leta 2009, ko so se odločili za reorganizacijo dela. Ugotovili so, da bi bilo smiselno, da se sprejem pacienta čim bolj centralizira in se tako pacientom poenostavi pot in se storitev na čim bolj prijazen način približa uporabniku.

Danes enoto sestavljajo štirje prostori, ki so med seboj povezani in si sledijo po logičnem zaporedju. Tim sestavlja šest medicinskih sester in ena diplomirana medicinska sestra, ki tim tudi vodi, zdravnik v našem timu ni prisoten.

POTEK OBRAVNAVE PACIENTOV V CENTRALNEM SPREJEMU V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO

Pacienti prihajajo na sprejem glede na uro, ki jo imajo določeno. Največ jih pride med šesto in osmo uro zjutraj. Kasneje pa prihajajo tisti, ki imajo predviden poseg šele naslednji dan.

Ko pacient pride do nas, odda zdravstveno kartico, napotnico (če ni že pri nas) in vso potrebno dokumentacijo z izvidi preiskav, ki so bile zahtevane.

Da pacienti res prihajajo pripravljeni na operativni poseg, smo uvedli klinične poti in sistem klicanja pacientov domov en teden pred predvidenim sprejemom. Takrat jim razložimo, kaj morajo imeti s seboj, da ne smejo prebolevati kakšnih respiratornih obolenj ali kakih drugih stanj, ki kažejo na znižano imunsko odpornost. Povemo, da mora biti (razen v redkih izjemah) operativno področje zdravo, brez ran, prask, lokalnih vnetij in podplutb. Vsi, ki se pripravljajo na večji operativni poseg, v sklopu predoperativne priprave obiščejo tudi anesteziologa, ki oceni verjetnosti za tveganje med operacijo. Če je potrebno, pacienta napoti še k posameznim specialistom po mnenje. Pacienti morajo doma pripraviti seznam zdravil, ki jih jemljejo, če je na seznamu kakšno zdravilo, ki je specifično, pacienta zaprosimo, da naj ga ima ob sprejemu s seboj. Da pogovor poteka karseda tekoče in da izvemo res vse ključne informacije, imamo za to pripravljen obrazec, ki nam služi kot vodilo in dokument, v katerega zabeležimo potrebne podatke.

Ob sprejemu pacientu opravimo administrativni sprejem. Pripravimo temperaturni list, katerega označimo s pacientovo nalepko in ga izpolnimo po navodilih, ki so nam dana.

Priložimo še list zdravstvene nege (negovalni list) in ostalo dokumentacijo, ki jo skupaj s pacientom pregledamo in izpolnimo. Ta dokumentacija vsebuje Soglasje za operativni poseg in anestezijo, Posredovanje informacij in Negovalno anamnezo ob sprejemu. Po opravljenem administrativnem sprejemu pacienta napotimo v naslednji prostor, kjer se higiensko uredi in preobleče v bolnišnično perilo. Vso obleko in lastnino ob sprejemu zabeležimo na za to predviden obrazec v treh izvodih (pacient, dokumentacija in oblačila na obešalniku). Nato se pacienta napoti v naslednji prostor, kjer opravimo antropometrične meritve, izmerimo vitalne funkcije, odvzamemo kri za manjkajoče preiskave. Pacienta opremimo z identifikacijsko zapestnico, na kateri so njegovi podatki. Ponovno preverimo, ali je pacient razumel vse informacije, ki smo mu jih dali, in tudi tiste, ki jih je zahteval. Četrty prostor pa je namenjen snemanju EKG-ja in dopplerskih meritev. EKG posnamemo vsem pacientom, razen tistim, ki ga že prinesejo s seboj in ni starejši od treh mesecev. Doppler pa izvajamo samo po naročilu zdravnika.

Ko opravimo vse potrebno, pacienta pospremimo na predvideni odsek kirurškega oddelka, ki se določi glede na diagnozo in operativni poseg.

V enoti se vsi zaposleni trudimo, da pacientu kar najbolj olajšamo prehod iz domačega okolja v bolnišnično, saj se zavedamo, da ta prehod veliki večini pacientov predstavlja še dodatni stresni dejavnik, poleg strahu, ki se navezuje na sam potek operativnega postopka. Zavedati se moramo, da pacienti, ki vstopajo v naše okolje, puščajo za seboj doma svoje otroke, starše, partnerje in nenazadnje tudi živali, za katere skrbijo. K nam prihajajo s strahom, ali bo vse v redu doma, in če je to vodilni član družine, ga skrbi tudi, ali bodo ostali zmogli brez njega. Zato vsem pacientom ob sprejemu naredimo negovalno anamnezo in vse podatke, ki nam jih pacient posreduje, zabeležimo na list Negovalna anamneza. Ta dokument nam omogoča, da se lažje orientiramo, na katero področje moramo biti bolj pozorni. Ob sprejemu nam pacienti posredujejo kontaktno telefonsko številko svojca in se opredelijo, komu dovolijo obiske in posredovanje informacij.

Vsi zaposleni skrbimo in se trudimo, da smo skozi celotni sprejem pacienta prijazni, dostopni tako za dodatne informacije kot za poslušati in slišati, kaj nam pacient želi in še mora povedati. Zato mora sprejem potekati individualno, prilagojen vsakemu posamezniku.

Na takšen način poskušamo pristopiti pacientu prijazno in kolikor je mogoče celostno.

Za sprejem imamo zaposleni dve medicinski sestri, ki delata po štiri ure, in eno diplomirano medicinsko sestro. V enoti dopplerja in EKG-ja pa sta zaposleni dve medicinski sestri, ki delata po štiri ure, in ena, ki opravlja delo osem ur. Vse medicinske sestre, razen DMS, opravljajo delo pod določenimi pogoji, saj imajo odločbe invalidskih komisij o delovnih omejitvah. Veliko je bolniških odsotnosti, saj so pogosto preveč obremenjene in ne zdržijo hitrega tempa sprejemov.

ZADOVOLJSTVO PACIENTOV Z OBRAVNAVO V CENTRALNEM SPREJEMU SPLOŠNE BOLNIŠNICE NOVO MESTO

Ugotavljamo, da imamo premalo časa, premalo kadra in premalo prostorov, da bi svoje delo opravljali dobro in kar najbolj prijazno pacientu. Ob takem načinu težko zagotavljamo kakovostno obravnavo in zadovoljstvo pacientov. Pri času ne moremo iskati rezerv, saj je

osem ur lahko samo osem ur. Pri kadrovskih težavah naš menedžer meni, da nas je že tako preveč, saj gledajo samo na število medicinskih sester na razporedu in pogosto oz. vedno pozabijo ali pa spregledajo, da jih več kot polovica opravlja samo polovični delovni čas. Pri prostorski ureditvi pa se tudi zaenkrat ne kaže nobena ustrezna in ugodna rešitev.

Da pridobimo povratno informacijo od varovancev, enkrat letno izvajamo ankete, ki so anonimne. Zanima nas predvsem zadovoljstvo varovancev ob stiku z negovalnim osebjem in njihovimi vtisi ter seveda njihovi predlogi za izboljšanje delovanja enote. Prostor, kjer čakajo na sprejem, veliki večini ustreza, moti pa jih bližina balkona, kjer ostali pacienti kadijo, tako da tudi dnevni prostor smrdi po cigaretnem dimu, pogrešajo stranišče in več stolov ali klopi. Pri vprašanju, koliko časa so čakali na sprejem, jih je več kot 60 % odgovorilo, da največ 10 minut. Pri vprašanjih, ki so se nanašala na način obravnave medicinskih sester, so bili vsi zadovoljni in menijo, da smo medicinske sestre prijazne, razumevajoče, da smo dovolj jasne pri razlagi postopka sprejema. Menijo, da smo dostopne za vprašanja in da imamo spoštljiv odnos.

ZAKLJUČEK

Zaposleni v kirurškem centralnem sprejemu menimo, da so spremembe prostorske ureditve nujno potrebne, prav tako menimo, da je potrebno zagotoviti prisotnost zdravnika ali anesteziologa pri obravnavi sprejetega pacienta, saj bomo le tako lahko zagotovili kakovostno obravnavo pacientov.

LITERATURA

- *Slovar slovenskega knjižnega jezika* (2000). Spletna izdaja. Dostopno na: http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=napaka&hs=1 [6. 11. 2012].
- Williamson, 1974. *Zdravstvena info*. Portal za izobraževanje zdravstvene nege (2007–2012). *Zdravstvena nega in kakovost*. Dostopno na: <http://www.zdravstvena.info/vsznj/zdravstvena-nega-in-kakovost/> [6. 11. 2012].
- Berlogar, 1997. *Zdravstvena info*. Portal za izobraževanje zdravstvene nege (2007–2012). *Zdravstvena nega in kakovost*. Dostopno na: <http://www.zdravstvena.info/vsznj/zdravstvena-nega-in-kakovost/> [6. 11. 2012].
- Henderson, 1957. *Zdravstvena info*. Portal za izobraževanje zdravstvene nege (2007–2012). *Zdravstvena nega zapiski 2010*. Dostopno na: <http://www.zdravstvena.info/vsznj/zdravstvena-nega-zapiski-zdravstvena-nega-zn1-nega/> [6. 11. 2012].
- SZO, 1991. *Zdravstvena info*. Portal za izobraževanje zdravstvene nege. *Zdravstvena nega zapiski 2010*. Dostopno na: <http://www.zdravstvena.info/vsznj/zdravstvena-nega-zapiski-zdravstvena-nega-zn1-nega/> [6. 11. 2012].
- Berginc Dolenšek, A., ed., 2006. *Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

POMEN KOMUNIKACIJE MED MEDICINSKO SESTRO IN PACIENTOM, KI SE PRIPRAVLJA NA OPERATIVNI POSEG

IMPORTANCE OF COMMUNICATION BETWEEN NURSE AND PATIENT WHO IS PREPARING FOR SURGERY

Gordana Mirt, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Brežice
gordana.mirt@sb-brezice.si

IZVLEČEK

Uvod: Komunikacija je osnovni način sporazumevanja med ljudmi. Pacient, ki se pripravlja na operativni poseg, ima zelo veliko vprašanj, zato je pogovor pred operativnim posegom ključnega pomena.

Metoda: V raziskavo je bilo vključenih 45 zaposlenih v Splošni bolnišnici Brežice, iz kirurškega, otroškega in ginekološko-porodnega oddelka. Za pridobitev želenih podatkov smo uporabili anonimni anketni vprašalnik. Cilj raziskave je primerjati rezultate med oddelki in ugotoviti razlike v komuniciranju zaposlenih.

Rezultati: Vseh 45 anketirancev je odgovorilo na zastavljena vprašanja. Ugotovili smo, da je medicinska sestra ključnega pomena za boljše počutje pacienta, ki se pripravlja na operativni poseg. Povezovalni člen zdravstvenega osebja s pacientom je ustrezna komunikacija.

Diskusija in zaključek: Medicinska sestra naj bi pri komuniciranju čim pogosteje uporabljala odprti slog komuniciranja, ki pacientu ne daje možnosti, da odgovarja le z da ali ne, temveč mu omogoča, da izrazi svoje mnenje, saj lahko le tako ugotovimo, če je naše sporočilo doseglo svoj namen.

Ključne besede: medicinska sestra, pacient, komunikacija, operativni poseg

ABSTRACT

Introduction: Communication is essential way of communication between people. The patient, who is preparing for surgery has a lot of questions, so the conversation before surgery is crucial.

Methods: The study included 45 employees at the General Hospital Brežice from surgery, children and gynecological-obstetric department. In order to obtain the desired data, we used an anonymous questionnaire. The aim of the research is to compare the results between departments and to identify differences in communication of employees.

Results: All 45 respondents answered the questions asked. We have found that the nurse is crucial for the well-being of the patient, who is preparing for surgery. Connecting link of medical staff with patients is proper communication.

Discussion and conclusion: The nurse should in communication often use an open style of communication that does not give the patient an option to answer only yes or no, but allows him to express his opinion, because this is the only way to figure it out if our message reached its purpose.

Keywords: nurse, patient, communication, surgery

UVOD

Beseda komuniciranje izvira iz latinske besede *communicare*, ki pomeni podeliti, sporočiti, narediti nekaj skupno, sporazumeti se, sodelovati (Ule, 2009).

Komuniciranje, ustvarjanje in ohranjanje odnosov je vseživljenjska dejavnost. Torej je vsesplošen pojav, ki je pomemben in neizogiben del našega vsakdanjika. Ljudje se nenehno srečujemo in razhajamo. Dejstvo je, da smo večino časa v budnem stanju, obkroženi z ljudmi, vrstniki, sodelavci, sorodniki, sosedi, partnerji, znanci in neznanci. Z vsemi se sporazumevamo z verbalno ali neverbalno komunikacijo (Ule, 2005).

V procesu komuniciranja med dvema osebama pošiljatelj svoje misli prevede v ustrezne znake, ki so lahko besedni ali nebesedni, in pošlje sporočilo prejemniku. Pri sporočanju si predstavljamo le napisane in izgovorjene besede, pri tem pa pozabljamo, da vse niso le besede, saj imajo v sporočanju le manjšinski delež. Govori vse telo, govori obleka, prostor, govorijo predmeti, vonjave itn. Sporočila sprejemamo z vsemi čutili, z vsakim posebej in z vsemi naenkrat. Verbalna informacija se pojavlja v govorni ali pisni obliki jezikovnih kod (Ucman, 2003).

Osnovne komponente v procesu komuniciranja so (Ucman, 2003):

- oddajnik ali pošiljatelj (oseba, ki sporočilo oblikuje in oddaja),
- sprejemnik ali prejemnik (oseba, ki sporočilo sprejme),
- sporočilo (vsebuje informacije, ki jih želi pošiljatelj prenesti prejemniku),
- komunikacijski kanal (pot, po kateri potuje sporočilo od pošiljatelja do prejemnika),
- koda (spremeni informacijo v obliko, v kateri se lahko prenaša po komunikacijskem kanalu),
- šum (vsaka motnja v procesu komuniciranja),
- povratna informacija (sporočilo, ki ga oddaja prejemnik informacije nazaj pošiljatelju in se nanaša na učinek informacije).

Vsi elementi so v procesu komuniciranja medsebojno povezani.

Tabela 1: Izvor, nekateri vzroki in nekateri načini omejevanja motenj v komuniciranju

| IZVOR MOTENJ | VZROKI MOTENJ | OMEJEVANJE MOTENJ |
|--------------|--|---|
| POŠILJATELJ | <ul style="list-style-type: none">• čustva• predsodki• stališča• stereotipi• odnos do prejemnika• poznavanje prejemnika | <ul style="list-style-type: none">• vedeti, kaj želi sporočiti• prilagoditi sporočilo prejemniku• pridobivanje povratnih informacij• učenje veščin komuniciranja |
| PREJEMNIK | <ul style="list-style-type: none">• čustva• predsodki• stališča• stereotipi | <ul style="list-style-type: none">• upoštevati, kdo sporočilo pošilja• iskanje dodatnih informacij• uporabiti več zaznavnih načinov• učenje veščin komuniciranja |

| | | |
|----------------------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • odnos do pošiljatelja • sposobnost razumeti sporočilo | |
| KODA | <ul style="list-style-type: none"> • neustrezno kodirano ali dekodirano sporočilo | <ul style="list-style-type: none"> • uporabiti kodo, ki jo razumeta oba |
| SPOROČILO | <ul style="list-style-type: none"> • nejasno • nerazumljivo • dolgovezno • nepopolno | <ul style="list-style-type: none"> • jasno • razumljivo • jedrnato • popolno |
| KOMUNIKACIJSKI KANAL | <ul style="list-style-type: none"> • prekinjen • motnje iz okolja • več posrednikov med pošiljateljem in prejemnikom | <ul style="list-style-type: none"> • uporaba več komunikacijskih kanalov • izbor ustreznega komunikacijskega kanala • ponavljanje sporočila |

Vir: Uzman I., 2003. Koncepti in veščine o komunikaciji. Dostopno na: <http://www.leila.si/dokumenti/kom.pdf> [januar 2015].

Medicinska sestra naj bi pri komuniciranju čim pogosteje uporabljala odprti slog komuniciranja, ki pacientu ne daje možnosti, da odgovarja le z da ali ne, temveč mu omogoča, da izrazi svoje mnenje (velja za paciente, ki so zmožni bolj kompleksnega vprašanja in odgovora). Takšna komunikacija vzame sicer več časa, a prinaša boljše učinke v celotnem procesu zdravljenja. Nekateri ljudje takšno komunikacijo uporabljajo spontano, drugi pa se jo morajo priučiti (Makuc, 2012).

Pogovor pred operativnim posegom je ključnega pomena. Če ne damo pacientu možnosti, da izrazi svoj strah, dileme pred operativnim posegom, se okrevanje po operativnem posegu lahko znatno podaljša. Pacientu moramo omogočiti ponovni pogovor z zdravnikom, s svojci, če to želi, in ko mu bo to omogočeno, bo videl, da mu hočemo najboljše in bo začel sodelovati pri zdravstveni obravnavi. Pridobitev pacientovega zaupanja in zaupanja svojcev je ključnega pomena. Če pacientu že pred operativnim posegom razložimo postoperativno okrevanje, bo sodelovanje pacienta kljub prisotnosti bolečin in raznih drenaž bolj uspešno. Pacientu je potrebno pojasniti, da smo jim na voljo, da nas lahko pokličejo, ko jih začne boleti, ko bodo rabili opraviti potrebo, da bomo organizem podprli z raznimi prehranskimi dodatki, ter kako pomembno za njih je, da dovolj pijejo, izvajajo vaje v postelji. Razložiti jim moramo tudi pomen čim hitrejša mobilizacije po operativnem posegu. Nekako opažamo, da trend ležanja po operativnem posegu ni zmanjšan. Pogosto se srečamo s tem, ko nam pacienti očitajo, da jih prehitro dvigujemo po operativnem posegu, da včasih so morali ležati vsaj en teden.

Strah je biološko najosnovnejše in najstarejše čustvo. Čeprav je strah neprijetno čustvo, ki ga spremlja tudi večja ali manjša napetost, je za živo bitje koristen, saj se javlja po navadi v zvezi z nevarnostmi, ki grozijo, in pripravi organizem na obrambo. Po jakosti se strah lahko stopnjuje od rahle bojazni do panike (Požarnik, 1975).

Strah je zelo nalezljiv. Že če strah vidimo pri drugem, se običajno loti tudi nas. Zato pomen medicinske sestre ob pacientovi postelji ni nič manjši kot pomen zdravnika. Medicinska sestra izvaja del zdravnikovih ukrepov in skrbi za splošno počutje pacienta. Ena bistvenih nalog medicinske sestre je odstranjevanje vsega, kar neugodno vpiva na čustva in doživljanje pacienta. Medicinska sestra naj se s pacientom karseda sproščeno pogovarja, da ima pacient občutek iskrenega in prijateljskega stika med dvema osebama. Do pacieteta moramo biti

prijazni, vendar ne preveč domači. V bližini pacientov ni primerno šepetati, do vseh pacientov moramo biti enako skrbni in prijazni, biti moramo potrpežljivi, naši domači problemi ne smejo vplivati na delo z njimi. Seznaniti ga je potrebno z ostalimi zaposlenimi in pacienti v sobi, tako mu olajšamo prilagajanje na bolniško okolje. Na pacientova vprašanja smo dolžni odgovarjati, in sicer je zdravnik tisti, ki pacientu objasni njegovo zdravstveno stanje, dolžnost medicinske sestre pa je, da mu pomaga razumeti, ga podpreti in motivirati. Včasih kdo od pacientov misli, da je njegovo obolenje redko, novo, neznano. Takšnemu pacientu je potrebno pomagati do spoznanja, da njegovo zdravstveno stanje ni neznano, da se v večini primerov pozdravijo brez večjih zapletov, s tem bomo močno okrepili zaupanje pacienta do samega sebe in zdravstvenih delavcev.

Kadar se ljudje počutijo ogrožene, postanejo previdnejši, nezaupljivi, težje vzpostavijo stik z drugimi ljudmi, njihov prag strpnosti je nizek in pogosteje zahajajo v konflikte. Tako pa je tudi v zdravstvu, kjer imamo opraviti z ljudmi, ki so v stresnem stanju zelo ranljivi. Njihov prag strpnosti je zelo nizek že zaradi zdravstvenih težav. Zdravljenje je veliko bolj uspešno, če zdravstveno osebje in pacient dobro sodelujeta. Dobro sodelovanje pa je možno samo, če med njima poteka dobra komunikacija (Flajs, 2003).

Velikokrat doživimo, da pacient v navalu panike zahteva ali zavrača zdravstveno obravnavo, in takrat je nujno potrebno, da zdravstveno osebje prepozna ta »klic na pomoč«. Še vedno se dogaja, da kdo od zdravstvenega osebja misli, da pacient nagaja ali da je nesramen. Medicinska setra ima velik vpliv na pacientova čustva, zato mora storiti vse, da s svojim delom in s svojo osebnostjo vpliva na njihovo boljše počutje. Naša naloga je, da ostanemo mirni, da pacienta skušamo pomiriti, za začetek ustreči njegovim željam, da ga pridobimo na svojo stran, ublažimo stresno situacijo in ko se pacient umiri, lahko z zdravstveno obravnavo nadaljujemo. V največ primerih se nam pacienti opravičijo za njihovo obnašanje.

Pri akutno nastalih obolenjih pacienti pogosto občutijo zaskrbljenost in strah, ki je odvisen od naslednjih stvari:

- težje kot je obolenje, večja sta zaskrbljenost in strah,
- stopnja stahu in zaskrbljenosti je odvisna od znanja oz. neznanja pacientov,
- stopnja stahu in zaskrbljenosti pa je odvisna tudi od pacientove osebnosti, od zdravstvene obravnave, bolniških okoliščin in odnosa med pacientom, svojci in zdravstvenim osebjem.

NAMEN IN CILJ

Namen prispevka je poudariti pomen komunikacije med medicinsko sestro in pacientom, ki se pripravlja na operativni poseg. Cilj je primerjati rezultate med oddelki in ugotoviti razlike v komuniciranju zaposlenih.

METODE

Uporabljen je kvantitativni opisni pristop. Za primerjavo oddelčnih podobnosti komuniciranja s pacientom bomo uporabili anonimni anketni vprašalnik.

Opis instrumenta

Za pridobitev zelenih podatkov smo uporabili anonimni anketni vprašalnik, ki vsebuje 12 vprašanj. Anketa je na začetku sestavljena iz demografskih in splošnih vprašanj, z ostalimi vprašanji smo želeli ugotoviti, kako uspešna je komunikacija med medicinsko sestro in pacientom, ki se pripravlja na operativni poseg.

Opis vzorca

V raziskavo je bilo vključenih 45 zaposlenih v Splošni bolnišnici Brežice, in sicer iz treh različnih oddelkov; 15 anketirancev (33,3 %) s kirurškega oddelka, 15 anketirancev (33,3 %) z otroškega oddelka in 15 anketirancev (33,3 %) z ginekološko-porodnega oddelka.

REZULTATI

Anonimne anketne vprašalnike je izpolnilo vseh 45 anketiranih zdravstvenih delavcev. Glede na stopnjo izobrazbe je 33 (73,3 %) anketirancev s srednješolsko izobrazbo oz. srednjih medicinskih sester/tehnikov zdravstvene nege, 10 (22,2 %) z visokošolsko oz. diplomirana medicinska sestra, 1 (2,2 %) z višješolsko izobrazbo oz. višja medicinska sestra in 1 (2,2 %) od anketirancev ima univerzitetno izobrazbo oz. je zdravnik. Zdravstveni delavci imajo na delovnem mestu veliko nalog in obveznosti. Pri delu s pacientom je potrebno biti pozoren tudi na odnos in komunikacijo do pacienta. Glede na odgovore je 32 (71,1 %) anketirancev vedno pozornih na komunikacijo do pacienta, 10 (22,2 %) pogosto in 3 (6,7 %) redko. Anketiranci so lastnosti uspešne komunikacije ocenjevali po lestvici od 1 (najpomembnejše) do 7 (manj pomembno). Rezultati so prikazani v tabeli 2.

Tabela 2: Lestvica vrednot – primerjava medoddelčnih odgovorov lastnosti uspešne komunikacije

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|
| Spoštovanje | | | | | | | |
| KO | 5 | 4 | 5 | 1 | / | / | / |
| OO | 4 | 2 | 2 | 1 | 2 | 4 | / |
| GPO | 10 | 3 | 2 | / | / | / | / |
| Strokovno znanje | | | | | | | |
| KO | 5 | 3 | 4 | 1 | / | / | / |
| OO | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | / |
| GPO | 4 | 4 | 2 | 2 | / | / | / |
| Prijaznost | | | | | | | |
| KO | 4 | 3 | / | 5 | 1 | 2 | / |
| OO | 5 | / | 5 | 1 | 4 | / | / |
| GPO | 3 | 2 | 5 | 3 | 2 | / | / |
| Empatija | | | | | | | |
| KO | 2 | 4 | 3 | 1 | 1 | 4 | / |
| OO | 3 | 3 | 2 | 5 | / | 2 | / |
| GPO | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | / |
| Obvladovanje konfliktov | | | | | | | |
| KO | 1 | / | / | 4 | 6 | 4 | / |
| OO | 1 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | / |
| GPO | 2 | 1 | 1 | 3 | 5 | 3 | / |
| Komunikativnost | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|
| KO | 2 | 1 | 2 | 2 | 6 | 2 | / |
| OO | 1 | 4 | 3 | 3 | / | 4 | / |
| GPO | 3 | 1 | / | 3 | 1 | 7 | / |
| Drugo | | | | | | | |
| KO | / | / | / | / | / | / | / |
| OO | / | / | / | / | / | / | / |
| GPO | / | / | / | / | / | / | / |

Legenda: KO – kirurški oddelek, OO – otroški oddelek, GPO – ginekološko-porodni oddelek

Štirideset (88,9 %) anketirancev je mnenja, da pogovor oziroma komunikacija pred operativnim posegom vpliva na pacientovo postoperativno zdravljenje in hitrejše okrevanje, in sicer zaradi boljše pripravljenosti pacienta na sam poseg. Štiriintrideset (75,6 %) zdravstvenih delavcev se vedno pogovori s pacientom pred posegom, 10 (22,2 %) pa, če imajo ob vsem delu čas.

Triinštirideset (95,6 %) anketirancev meni, da pacienti opazijo nebesedno komunikacijo.

Skoraj vsi anketiranci (43, kar je 95,6 %) so mnenja, da je ključni člen pri komunikaciji med pacientom in zdravnikom prav medicinska sestra, saj je ona člen, ki zagotavlja podporo zdravniku in pacientu.

Šestintrideset (80 %) zaposlenih je mnenja, da pri medsebojni komunikaciji s pacientom potrebujemo strokovno znanje, da znamo pravilno razložiti pacientu vse, kar je v naši pristojnosti in kar jim ni razložil zdravnik. Devet anketirancev (20 %) pa je mnenja, da strokovno znanje ni potrebno za komunikacijo s pacientom.

Če pri pacientu pred operativnim posegom opazimo prisotnost strahu, nerazumevanje povedanega ali dileme, je naša dolžnost, da se s pacientom pogovorimo, mu ponovno vse razložimo in ga poskusimo pomiriti. Največkrat se s pacientom pogovori medicinska sestra na otroškem oddelku (29 %), nato na ginekološko-porodnem (22 %) in na zadnje na kirurškem oddelku (18 %). Možen dejavnik, ki to preprečuje, je preobremenjenost medicinskih sester, ki jim zmanjka časa za zelo pomemben pogovor s pacientom, ki pa ima skoraj vedno kakšno dilemo ali vprašanje glede svojega zdravljenja. Normalna reakcija vsakega pacienta pred operacijo je strah pred neznanim in kaj se bo spremenilo pri življenjskem slogu po operaciji, zato je pogosto, da so do operacije odklonilni. Skoraj vsi anketiranci (93 %) se s pacientom o tem tudi pogovorijo. Seveda je zelo pomembno, da pri pogovoru s pacientom ne presegamo svojih kompetenc in pristojnosti. Če pacient ni zadovoljen z našo razlago, pokličemo še svoje nadrejene. Po pogovoru s pacientom je pomembno, da preverimo, če nas je razumel, da ne pride do kakšnih neprijetnih situacij. Razumevanje navodil največkrat preverijo na ginekološko-porodnem oddelku (29 %), nato jim z 20 % sledita otroški in kirurški oddelek. Pri svojem delu večkrat uporabljamo strokovne izraze in ne laične, ker smo na njih navajeni. Pri medsebojnem timskem komuniciranju to ne predstavlja težav, ko pa komuniciramo s pacientom, pa lahko pride do nesoglasij zaradi nerazumevanja teh izrazov. Pri delu 4 (8,9 %) zaposleni vedno uporabljajo strokovne izraze, 12 (26,6 %) pogosto, 23 (51,1 %) redko in 6 (13,3 %) nikoli. Po pogovoru moramo vedno preveriti, če nas je pacient razumel ali potrebuje še dodatno razlago in kakšna so njegova vprašanja.

DISKUSIJA

V anketi je sodelovalo 45 zaposlenih v Bolnišnici Brežice. Gre za izrazito ženski kolektiv, razgibane starostne strukture. Vsak zaposleni ima drugačen karakter, razmišljanje, način dela in različno lestvico vrednot ter različne načine komuniciranja. Vsak posameznik se mora potruditi, da se izraža natančno in razumljivo za pacienta. V timu je potrebno najti ravnovesje in narediti vse, da pacient pred operacijo ne bo imel strahu ali pomislekov. Pri komunikaciji s pacientom je pomembno, da se pravilno izrazimo, da smo pozorni na to, da svoje sporočilo ali navodila povemo tako, da nas pacient posluša, razume in da dobimo povratno informacijo. Povsem običajno je, da je v vseh nas prisoten strah pred neznanim, še posebno pred operacijo, ki nam lahko življenje spremeni na boljše ali slabše. Pacienti, ki so v bolnišnici in nimajo posebnih težav, imajo čas pozorno opazovati zaposlene pri njihovem delu in obnašanju. Pozorni so na besede, stil oblačenja, govor, na komunikacijo z drugimi in si posebnosti tudi zapomnijo.

Namen raziskave je bil ugotoviti vidik komunikacije s strani pacienta in s strani zdravstvenega osebja, vendar zaradi pridobitve soglasja Etične komisije (bilo je premalo časa) raziskave pri pacientih nismo mogli izvesti.

ZAKLJUČEK

Da lahko o komunikaciji sploh govorimo, potrebujemo sporočevalca, prejemnika in seveda neko sporočilo z vsebino. To vsebino povemo jasno in glasno, pri tem smo tudi pozorni na komunikacijsko pot, da ni kakšnih ovir, kot so na primer hrup, ropot, zvonjenje telefona, zvonca, pogovarjanje drugih ljudi, saj nas prejemnik lahko ne razume ali ne sliši in tako naše sporočilo ne bo prišlo do prejemnika. Zdravstveno osebje mora v komunikaciji s pacientom uporabljati kratke stavke, pacientu poznane in razumljive besede. Pomembno je, da podamo samo bistvene informacije in da lahko za lažjo razlago povemo še kakšen primer. Pacient je vedno na prvem mestu, zato moramo vedno preveriti, če je pacient razumel naša navodila in razlago. Čustva, ki jih pacient izraža, lahko v marsikaterem pogledu razumemo kot sestavni del komunikacije, ki se razkriva skozi obraz in vedenje posameznika, in v takem primeru je komunikacija temeljno orodje nujenja zdravstvene pomoči. Pomembno je, da paciente spodbujamo, da nam povedo, kako se počutijo, kako so preživeli noč, kakšne so njihove potrebe in želje.

LITERATURA

- Flajs, N., 2003. *Komunikacija na delovnem mestu*. In: Kaučič, Lahe, M., eds . Zbornik predavanja s strokovnega seminarja za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege in zdravstvene tehnike Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Makuc, D. 2012. *Pomen verbalna in neverbalne komunikacije v zdravstveni negi pacienta na umetni ventilaciji*: diplomsko delo visokošolskega študija. Jesenice: Visoka šola za zdr. nego, pp. 1–5. Dostopno na: http://www.fzj.si/uploads/news/id1189/EDiploma_Makuc_Dasa.pdf. [januar, 2015].

- Učman, I., 2003. *Koncepti in veščine o komunikaciji*: diplomsko delo univerzitetnega študija. Novo mesto: Ekonomska šola, Višja strokovna šola, pp. 3–5. Dostopno na: <http://www.leila.si/dokumenti/kom.pdf> [januar 2015].
- Ule, M. 2009. *Psihologija komuniciranja in medsebojnih odnosov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Ule, M. 2005. *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Požarnik, H., 1975, *Medicinska psihologija za srednje zdravstvene šole*. Ljubljana: Tiskarna Ljubljana.

AKTIVNOSTI OPERACIJSKE ZDRAVSTVENE NEGE PRI PREPREČEVANJU POOPERATIVNIH OKUŽB KIRURŠKIH RAN

SURGICAL NURSING CARE ACTIVITIES AT PREVENTING POSTOPERATIVE INFECTIONS OF SURGICAL SITE

Tanja Žmauc, dipl.m. s., mag. zdr.-soc. manag.

Splošna bolnišnica Murska Sobota

tanja.zmauc@gmail.com

IZVLEČEK

Okužbe kirurških ran so pogost pooperativni zaplet, ki predstavlja za pacienta in izvajalce zdravstvene oskrbe nezaželen izid operacije, hkrati pa povečujejo stroške zdravljenja. Dokazano je, da so med najpogostejšimi dejavniki tveganja za okužbe kirurške rane zdravstveni delavci. Operacijske dvorane predstavljajo območja z visokim tveganjem za pacienta. Zato je operacijsko osebje podvrženo strogim pravilom vedenja in delovanja. Uporaba aseptične in sterilne metode dela je osnova za delovanje operacijske zdravstvene nege. Operacijsko zdravstveno nego predstavlja operacijska medicinska sestra, ki skozi številne, strogo standardizirane, aktivnosti omogoča pacientu varno operacijsko okolje in strokovno izvedbo operacijskega posega.

Ključne besede: okužbe kirurških ran, operacijska zdravstvena nega, operacijska medicinska sestra, aseptične metode, sterilna tehnika

ABSTRACT

Surgical site infections are a common postoperative complications and they are unwanted outcome of the operation for the patient and health care providers, while they also increase the cost of treatment. It has been proven that the most common risk factor for surgical wound infections is medical personnel. Operating theaters are areas with a high health risk for the patient. Therefore, the operating personnel are subjected to strict rules of behavior and actions. Uses of aseptic and sterile methods of work are the basis for the proper functioning of operating nursing. Operating care is represented by an operating room nurse, who through a series of rigorous standardized procedures provides the patient with safe operating environment and professionally executed surgery.

Keywords: surgical site infection, surgical nursing, operating room nurse, aseptic methods, sterile technique

UVOD

Vse kirurške rane so kontaminirane, vendar pri vseh ne bo prišlo do okužbe. Pri katerem pacientu bo prišlo do zapleta, je v največji meri odvisno od odgovora organizma vsakega posameznika na okužbo. Na pojav okužbe vpliva (Weaving, et al., 2008) imunsko stanje

pacienta, dolžina postopka, telesna temperatura, aseptična tehnika in kirurgova spretnost. Zato je potrebna velika pozornost in odgovornost pri pripravi pacienta na operativni poseg (priprava kože, odstranjevanje dlak,...), vzdrževanje pacientove fizične kondicije med operacijo (vzdrževanje temperature jedra telesa, kisik, uravnavanje sladkorja v krvi,...), ustrezna medoperativna obravnava ter pooperativno spremljanje in oskrba. Posebno vlogo pri zmanjšanju okužb kirurških ran ima operacijska zdravstvena nega, ki je glavni zagovornik pacienta in skrbi za njegovo varnost v času, ko je obravnavan v operacijski dvorani.

Glavni namen prispevka je osvetliti prizadevanja operacijske zdravstvene nege, ki skozi vlogo »umite« in »neumite« operacijske medicinske sestre (v nadaljevanju OPMS) izvaja aktivnosti, ki vzdržujejo aseptično tehniko in s tem zagotavlja optimalno oskrbo pacienta v operacijski dvorani ter zmanjšuje možnost nastanka okužbe kirurške rane na minimum.

OKUŽBE KIRURŠKE RANE

Bolnišnična okužba

O bolnišnični okužbi (v nadaljevanju BO) govorimo, kadar pacient ob sprejemu v bolnišnico ni imel okužbe, ni bil v inkubaciji in je okužba nastala več kot 48 ur po njegovem sprejemu v bolnišnico. Izvor je lahko endogene (mikroorganizmi bolnikove normalne flore) ali eksogene narave (mikroorganizmi iz okolja) (Škerl, 1998). Med BO spada okužba kirurške rane (v nadaljevanju OKR), ki je tretja najpogostejša bolnišnična okužba (15 %) med pacienti, sprejetimi v bolnišnično obravnavo (Trotovšek, 2010).

Okužba kirurške rane

OKR je okužba operacijskega področja in nastane v 30 dneh po operaciji ali v enem letu, če je prisoten vsadek. Trotovšek (2010) navaja, da je OKR pogost pooperativen zaplet in vzrok za pooperativno obolevnost in umrljivost, podaljšanje hospitalizacije in povečanje stroškov obravnave pacienta za 10 do 20 %. Med operiranimi pacienti je OKR najpogostejša bolnišnična okužba (38 %). Med umrlimi kirurškimi pacienti z OKR je bila okužba vzrok smrti pri 77 % pacientov in 93 % pacientov je imelo okužbo organov ali telesnih votlin. Pacienti, pri katerih se razvije OKR, imajo 60 % večjo verjetnost, da bodo potrebovali zdravljenje v intenzivni terapiji, 2-krat večjo umrljivost v 30 dneh po posegu in 5-krat večjo verjetnost, da bodo ponovno sprejeti na bolnišnično zdravljenje.

Dejavniki tveganja za okužbo kirurške rane

Danes je higiena rok osebja temelj za preprečevanje širjenja okužb. Kljub temu je po navedbah Patrick in Van Wicklin (2012) v ZDA ocenjeno, da manj kot 50 % ponudnikov zdravstvenih storitev izvaja optimalno higieno rok. Zaradi preprečevanja okužb se ocenjuje, da je strošek zdravstvenega varstva v ZDA narasel iz 28 milijard na 33 milijard dolarjev.

Culver (1991 cited in Trotošek, 2010) navaja, da je najpogostejši vir okužbe pacientova lastna flora (50 %), lastni in prehodni mikroorganizmi zdravstvenega osebja v 35 %, prenos s predmeti v 10 % in po zraku v 5 %. Po navedbah Belkina (2009) je Melany že v začetku prejšnjega stoletja kot pomembne vzroke okužb kirurških ran pripisal nosu in grlu kirurške ekipe, rokam kirurškega osebja, pacientovi koži, zraku v operacijski dvorani ter instrumentom in materialom, ki se uporabljajo pri posameznem operacijskem posegu. Trotošek (2010) dejavnike tveganja za nastanek OKR deli na dejavnike povezane z: **mikroorganizmi** (število in virulenca povzročitelja), **posegom** (izkušenos kirurga, primerna kirurška tehnika, brez mrtvega prostora v rani, drenaža rane z zaprtim sistemom in s čim krajšim trajanjem, odstranitev tujkov, natančna hemostaza, dobra prekrvljenost tkiva), **pacientom** (starost, BMI, krvni sladkor, dolžina hospitalizacije pred posegom, stopnja osnovne in pridružene bolezni, kajenje, alkoholizem, rakasta obolenja, kronične bolezni prebavil). Weaving s sodelavci (2008) pod možne vire mikroorganizmov v operacijski dvorani vključuje krožeči zrak, kirurško ekipo, pacienta samega in kontaminirane kirurške instrumente.

Prednostna naloga medicinskega osebja je zaščititi bolnika pred OKR, zato je potrebno po navedbah Požarnikove (2003) največ pozornosti nameniti trem osnovnim področjem:

- pripravi pacienta pred operacijo,
- aseptični operativni tehniki,
- vzdrževanju aseptičnega okolja v operacijski dvorani.

OPERACIJSKA ZDRAVSTVENA NEGA

Neposredno sodelovanje pri operaciji je le eno od vidnejših področij operacijske zdravstvene nege. Sicer pa Žmauc (2012) navaja, da v operacijskem bloku ves čas v ozadju potekajo procesi, ki zagotavljajo nemoten potek operacije in operacijskega programa. Številne so naloge OPMS, ki so širšemu kirurškemu timu nevidne, pa hkrati pomembno vplivajo na potek operacije in uspešno pooperativno rehabilitacijo pacienta. Naloge OPMS lahko združimo v štiri osnovna področja delovanja:

- skrb za aseptično okolje v operacijskih prostorih,
- zagotavljanje in vzdrževanje sterilnosti,
- skrb za varnost bolnika v času obravnave,
- neposredno sodelovanje pri operativnem posegu (v vlogi »umite« ali »neumite« OPMS).

Temeljna skrb medicinske sestre v operacijski dvorani je izvajanje ukrepov, ki so namenjeni zaščititi in varnosti pacienta. OPMS zdravstveno nego vedno izvaja v paru, skupaj z drugo OPMS, pri čemer se njuni vlogi razlikujeta in razdelita v »umito« in »neumito« OPMS.

»Neumita« ali krožeča OPMS

Neumita OPMS opravlja svoje zadolžitve zunaj sterilnega območja. Medicinska sestra, ki kroži, je odgovorna za specifično zdravstveno nego pacienta in usklajevanje potreb članov sterilnega kirurškega tima ter drugih izvajalcev zdravstvenih storitev, ki sodelujejo pri posameznem postopku oziroma operaciji (Matson, 2001). Neumita OPMS ima dve primarni

vlogi. Duffy (2004) jo v prvi vlogi vidi kot strokovnjaka, ki skrbi za nemoten začetek, izvajanje in dokončanje kirurškega posega. Kot drugo pomembnejšo vlogo pa ima kot zagovornica pacienta, ki spoštuje njegove pravice in želje kljub temu, da ima na voljo le kratek čas, da vzpostavi vez s pacientom pred postopkom. Neumita OPMS s svojim znanjem in izkušnjami pravočasno odkriva nevarnosti v okolju in na njih pravočasno opozarja. Kot pravi Duffy (2004), jih skuša predvideti in preprečiti. Odgovornost operacijske zdravstvene nege je vzpostaviti in vzdrževati varno in kakovostno zdravstveno nego pacientov, ki so podvrženi kirurškemu ali drugim invazivnim postopkom v vseh okoljih. Neumita OPMS streže umiti kolegici in skrbi za varnost pacienta in osebja.

»Umita« ali sterilna OPMS

Umita OPMS instrumentira med operacijo in je odgovorna za nemoten potek operacije, za kar potrebuje znanje in izkušnje. Njene naloge so med drugim (Žmauc, 2003, spletna stran Sekcije operacijskih medicinskih sester Slovenije):

- priprava instrumentov ter drugih materialov za potrebe operacije,
- priprava sterilne delovne površine,
- vzdrževanje sterilnega operativnega polja in instrumentov med operacijo,
- nadzorovanje članov operativnega tima, da ostanejo sterilni,
- spremljanje poteka operacije, da lahko pravočasno reagira z ustreznim instrumentom, šivalnim materialom in drugim,
- dosledno vzdrževanje aseptične in sterilne metode dela, dokler se operativni poseg ne zaključi.

AKTIVNOSTI OPERACIJSKE ZDRAVSTVENE NEGE PRI PREPREČEVANJU OKUŽB KIRURŠKIH RAN

Potreba po čistem perioperativnem okolju je temeljno načelo delovanja vseh članov operacijskega osebja. Podatki kažejo, da ima okolje pomembno vlogo pri preprečevanju pojavnosti okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, vključno z okužbami kirurške rane (Spruce & Wood, 2014). OPMS se morajo zavedati pomena zagotavljanja varnega in čistega okolja za paciente.

Za preprečevanje pooperativnih okužb rane se uporabljata dve metodi (Ravljien, 2003):

- aseptična tehnika (postopki, s katerimi se preprečuje vdor mikroorganizmov iz okolja),
- sterilna tehnika (postopki, s katerimi se vzdržuje sterilnost predmetov in površin).

Kirurška zavest temelji na načelih asepse in je dejanje discipline duha. Obsega nadzor in uravnavanje lastnega početja ter namenja posebno pozornost odklonom od dopustne, varne prakse. Zavest je kombinacija poštenosti, iskrenosti in samozavesti. Dopušča zmotljivost kot človeško lastnost ter zahteva budnost nad napakami, da jih nemudoma popravimo, preden povzročijo škodo bolniku. Zavest v kirurgiji se ne nanaša zgolj le na kirurško ekipo, temveč na vse sodelujoče. Ta zavest zahteva od vsakogar, da sodelavce obvesti o svojih napakah, tudi če ni nadzorovan (Ravljien, 2003).

Aseptična tehnika

Vzpostavitev aseptičnega področja je povezano s številnimi predpisanimi postopki, ki so osebjem znani, jasni in jih dosledno upoštevajo. Asepsa dosežemo na dva načina. S prvim načinom zmanjšamo vnos mikroorganizmov v operacijsko okolje (predpisan režim vstopa v operacijski blok, gibanje v operacijski sobi). Drugi način so antiseptični postopki, ko na že vnesene bakterije delujemo s posebnimi in natančno predpisanimi postopki čiščenja in razkuževanja, s čimer zmanjšamo število mikroorganizmov na minimum (Smrkolj, 1990). Čistilne prakse morajo biti standardizirane in nadzorovane, saj predstavljajo prvi korak pri preprečevanju okužb kirurške rane (Allen, 2014, Spruce & Wood, 2014).

Sterilna tehnika

Uporaba sterilne tehnike pomaga preprečevati kontaminacijo kirurškega okolja in lahko pomaga zmanjšati pojavnost OKR. Pooperativni zapleti v obliki OKR lahko vodijo k dolgotrajnemu zdravljenju, povečani uporabi antibiotikov in daljši hospitalizaciji, kar pomembno vpliva na pacienta in povečuje stroške zdravstvene oskrbe (Kennedy, 2013). Z vzpostavitvijo sterilne tehnike, vzdrževanjem in nadzorom sterilnih površin OPMS zagotavljajo optimalno oskrbo pacientov. Prekinitev sterilne tehnike zahteva takojšnjo korekcijo stanja, da se pri pacientu prepreči še večja škoda. Ameriško združenje operacijskih medicinskih sester – AORNA je izdalo priporočila za izvajanje sterilne tehnike in določilo smernice za vzpostavitev, vzdrževanje in nadzor sterilnega okolja (Kennedy, 2013):

PRIPOROČILO 1 se nanaša na prakse, ki ščitijo tako pacienta kot zdravstvenega delavca s tem, da zmanjšujejo širjenje prenosa okužb, vključno z izvajanjem higiene rok, nošenje ustrezne kirurške in osebne zaščitne obleke (operacijska obleka, kapa, maska). Vso osebje, ki vstopa v področje operacijskega bloka ali drugih prostorov, kjer se izvajajo invazivni postopki, mora vstopiti skozi filter osebja in se preobleči v operacijska oblačila.

Vstop skozi filter

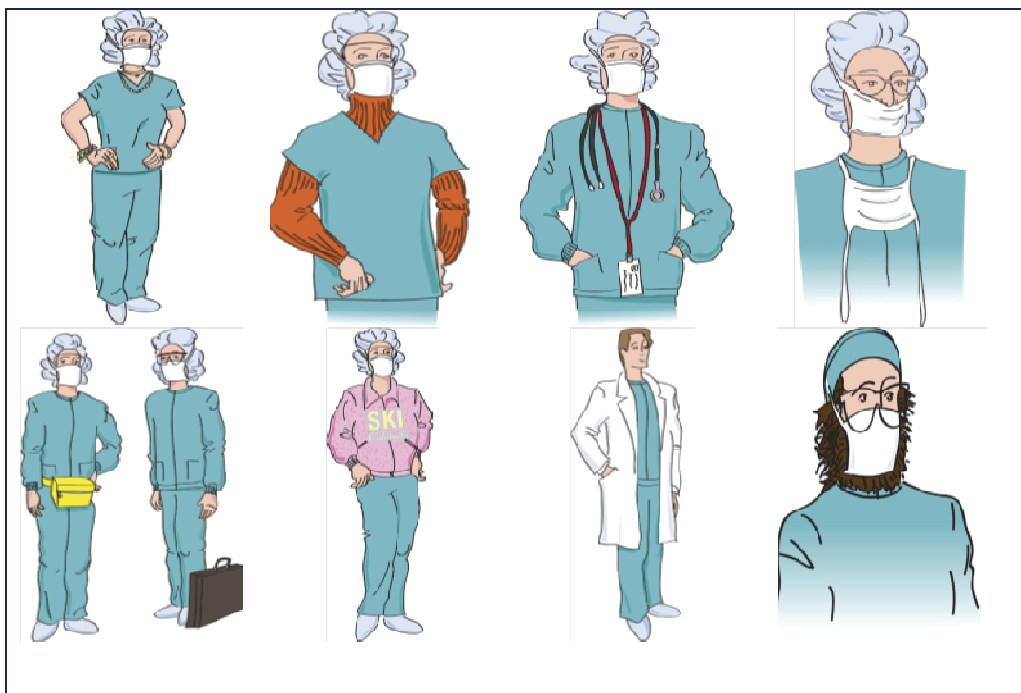
V operacijsko dvorano vstopamo skozi filter osebja, ki je arhitektonsko zasnovan tako, da se ne križata zunanje in notranje območje. V zunanem območju slečemo zunanja oblačila in obutev, snamemo nakit in uro, spnemo lase, sledi higiensko umivanje in razkuževanje rok. Vstopimo v notranje območje. Oblečemo se po protokolu, ki natančno določa zaporedje posameznih korakov: hlače, obušar, kapa, tunika, maska. Sledi ponovno higiensko razkuževanje rok. Operacijsko obleko preoblečemo, ko je vidno umazana, mokra, kontaminirana s krvjo ali drugimi izločki, ter obvezno takrat, ko je pri pacientu v operacijski dvorani prišlo do razlitja abscesa, odprtja črevesja ter v primeru, da je pri pacientu evidentirana okužba ali sum na okužbo. Z operacijsko obleko ne hodimo izven področja operacijskih dvoran. V vsakem primeru pa postopek vstopa skozi filter ponovimo ob vsakem ponovnem vstopu v področje operacijskega bloka ter (Baraga, 1998) po uporabi toaletnih prostorov.

Operacijska kapa

Z operacijsko kapo preprečimo padanje las na sterilno površino. Operacijsko kapo nadenemo že ob vstopu v operacijske prostore. Pokrivati mora vse lase, pri moških tudi zalisce in brado.

Kirurška maska

Zgodovinsko gledano so prve maske temeljile na predpostavki zaščititi pacienta pred aerosoli iz nosu in ust kirurške ekipe. Belkin (2009) navaja, da je dolgo časa uporaba kirurške maske temeljila na odkritjih Mikulitza in Fluggeja iz leta 1897, ki sta dokazala prisotnost bakterij v kapljicah iz nosu in v ustih. Takrat ni bilo nobene omembe v smislu, da se z uporabo maske vpliva na pojavnost okužb kirurške rane. Uporaba maske je dobila nov in poseben pomen v kirurgiji, ko je leta 1926 Melany objavil svojo prvo študijo, v kateri je poročal o zmanjšanju pojavnosti okužb kirurške rane, če osebje uporablja kirurško masko. V raziskavi, ki jo je Melany izvedel devet let kasneje, se je izkazalo, da so se z uporabo kirurške maske zmanjšale okužbe kirurških ran za 15 %. Belkin (2009) navaja, da je Walker leta 1930 definiral minimalne zmogljivosti kirurške maske kot biti udobna, ne preveč ogreti, pokrivati mora nos in usta, ne sme povzročati kondenzacije na lečah očal, tudi premočena od govorjenja mora ohraniti sposobnost filtriranja ter ne prepuščati mikroorganizmov. Današnje maske imajo veliko višjo učinkovitost filtriranja, vendar je le-to odvisno tudi od tega, kako se maska prilega na obraz. Kirurška maska mora pokrivati nos, usta in brado ter se fiksirati s trakovi. Masko zamenjamo po vsaki operaciji. Če je mokra in kontaminirana s krvjo pa med samim posegom. Pri snemanju maske pazimo, da se dotikamo samo trakov maske. Po snemanju maske roke higiensko razkužimo.



Slika 1: Primeri slabih praks, ki niso sprejemljivi v operacijskih dvoranah. Vir: Braswell & Spruce (2012).

Kirurško umivanje in dezinfekcija rok

Že pred več kot 150 leti sta Ignaz Semmelweis in Oliver Wendell Holmes prišla do spoznanja, da so roke osebja ključni dejavnik prenosa okužbe na pacienta. Hkrati sta dokazala, da uporaba antiseptikov pomembno zmanjša tveganje za okužbo. Osnova za pripravo rok na kirurški poseg je, da na rokah ni poškodb, ran ali abscesov. Nohti so kratki, brez umetnih nohtov. Nakit odstranjen (Patrick & Van Wicklin, 2012). Lak za nohte se ne priporoča.

Sterilno oblečeno osebje roke pred operacijo pripravi po predpisanem protokolu. Protokol kirurške priprave rok poteka v dveh fazah. Najprej je potrebno roke kirurško umiti, vključujoč čiščenje nohtov, nato sledi kirurška dezinfekcija rok. Minimalne tehnične zahteve za kirurško pripravo rok so: topla voda v temperaturnem območju med 40,6 in 48,9 °C (AORN, 2012), armatura na senzor ali komolčno odpiranje brez mrežice, umivalno korito, ki ni namenjeno umivanju instrumentov, sterilne ščetke z antimikrobnim milom, nosilci za mikrobiološko neoporečno milo in razkužilo nameščeni tako, da jih je možno neovirano aktivirati s komolcem, sterilizirane brisače. Sicer pa si je pred kirurško pripravo rok potrebno zaščititi obleko s predpasnikom, saj vlažna površina operacijske obleke omogoča prehod mikroorganizmov na sterilno območje. Protokoli kirurškega umivanja in razkuževanja rok se pogosto razlikujejo med posameznimi državami in priporočili različnih strokovnjakov. Protokol kirurškega umivanja rok s sterilno ščetko, ki ima dodan detergent, izvedemo pred prvo operacijo, med naslednjimi operacijami izvedemo kirurško umivanje z milom (Fabjan, et al., 2005). Podobna so priporočila Association for Perioperative Practices, 2007 (AfPP), ki jih povzema Weaving s sodelavci (2008), da je ščetke treba uporabljati zmerno, če sploh, ker povzročajo travmo kože, vendar je ščetkanje pod nohti, vsaj na začetku operacijskega programa priporočljivo. Kirurško umivanje rok v Sloveniji določajo Strokovne podlage in smernice za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstvom oziroma zdravstveno oskrbo iz leta 2009. Tehnika kirurškega umivanja rok mora omogočiti sistematsko umivanje z milom vseh površin na rokah, od prstov do komolca, roke po umivanju dobro splaknemo, da teče voda iz smeri prstov do komolca. Postopek ponovimo dvakrat, kar traja 2 do 3 minute (Pirnat, 2003, Dragaš & Škerl, 2004).

Kirurško umite roke pred kirurškim razkuževanjem osušimo s sterilizirano brisačko. Roke brišemo v dvignjenem položaju, da so prsti višje kot komolci, od prstov proti komolcem se ne vračamo na že obrisano področje. Za vsako roko uporabimo novo brisačko (Pirnat, 2003). Kirurško razkuževanje rok v Sloveniji določajo Strokovne podlage in smernice za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstvom oziroma zdravstveno oskrbo iz leta 2009. Roke razkužimo, ko smo jih predhodno umili in osušili. Če razkužilo naneseemo na mokre roke, razvrednotimo učinek razkužila. Naneseemo 5 ml razkužila, najmanj 2-krat zapored. Razkužilo vtiramo v kožo in počakamo, da se roke posušijo. Kirurško razkuževanje za razliko od higienskega razkuževanja zajema tudi zapestja in podlahti. Kirurško razkuževanje traja 5 minut. Pri zamenjavi rokavic med operacijo in pred natikanjem novih rokavic pa 2 minuti.

AORN (Implementing AORN Recommended Practices for Hand Hygiene, 2012) je izdala priporočila uporabnikom za kirurško razkuževanje rok z razkužili na alkoholni osnovi (Patrick & Van Wicklin, 2012):

- odstranite prstane, ure in drug nakit,
- nadenite kirurško masko,
- predhodno umijte roke in podlahti, če so vidno umazane,
- očistite nohte s čistilcem za enkratno uporabo pod tekočo vodo,
- roke in podlahti temeljito osušite z brisačkami za enkratno uporabo,
- nanesite s strani proizvajalca priporočeno količino razkužila na dlani in podlahti,
- postopek nanosa razkužila glede na priporočila ponovite,
- razkužilo temeljito vtirajte dokler roke niso popolnoma suhe.

OPMS, ki je zagovornica pacienta in skrbi za njegovo varnost v operacijski dvorani, mora prevzeti aktivno vlogo v sledenju, modeliranju in promociji dobre prakse higiene rok.

PRIPOROČILO II: Pred vsako operacijo OPMS izbere produkte, kot so operacijska prekrivala, plašče in rokavice, v skladu z nivojem tveganja, pri čemer upošteva pričakovano izpostavljenost krvi, telesnim tekočinam in drugim potencialnim infektivnim materialom.

Operacijski plašč

Operacijski plašč mora povsem pokriti hrbet, vendar ne sme biti ohlapen, da se ne dotakne nesterilnih površin. Rokavi morajo pokriti roke, manšeta v zapestju mora biti udobna in ne sme zlesti iz kirurških rokavic. Operacijski plašč izbere OPMS glede na zahtevnost tveganja. Pri dolgotrajnih in zapletenih postopkih z visokim tveganjem, kjer je povečana možnost izpostavljenosti (visoko tveganje), je smotno in nujno izbrati plašč z večjo zaščitno funkcijo (ojačitvijo v sprednjem delu in rokavih).

Operacijske rokavice

Sterilne kirurške rokavice se nosijo med operacijo in nudijo zaščito tako uporabniku kot pacientu pred prenosom okužbe. Najpogosteje so kirurške rokavice izdelane iz naravnega ali umetnega lateksa. Rokavice zagotavljajo fizično, kemično in biološko zaščito.

Po navedbah Ellisa (2010) je že leta 1758 porodničar z imenom Walbaum zaščitil svoje roke tako, da jih je prekrival z ovčjim črevesom. Drugi so uporabljali rokavice iz bombaža, svile in usnja. Ko je Charles Goodyear razvil proces vulkanizacije za stabilizacijo gume leta 1844, je to postal material izbora za precej surove zaščitne rokavice.

Uvedba antiseptične tehnike Josepha Listerja je povzročila hudo občutljivost kože kot odgovor na močna baktericidna sredstva (karbolna kislina), ki so se uporabljala v tistem času. Bistvo uvedbe kirurške rokavice je bilo, da se kirurga ščiti pred okužbo in draženjem kože in ne zaščiti pacienta pred bakterijami, ki so bile na rokah kirurga (Ellis, 2010).

OPMS izbere za kirurško ekipo primerno velikost in tip rokavic glede na zahtevnost tveganja. Tveganja za perforacijo je Tanner (2006) razvrstila v štiri kategorije: glede na vrsto (tip) operacije, trajanje postopka, dominantne roke uporabnika in vloga uporabnika rokavice. Narava operacije je največji dejavnik tveganja za perforacijo kirurške rokavice. Tanner (2006) navaja študije, ki so pokazale, da imajo ortopedske operacije največjo incidenco za poškodbe kirurških rokavic. Tveganje pri operacijah, ki trajajo več kot eno uro, se povečuje za 10 %. Operater ima več perforacij na nedominatni roki, medtem ko je perforacija rokavic pri asistentu in OPMS enakomerno porazdeljena med obe roki. Največ perforacij nastane na

palcu in kazalcu nedominantne (leve) roke. Več perforacij utrpi osebje z več izkušnjami. Raziskave so potrdile, da je dvojno rokavičenje varnejše od enojnega, saj le 3 % notranjih rokavic perforira, medtem ko je pri enojnem rokavičenju ta delež 11 %. Dvojne rokavice nudijo večjo zaščito tako uporabnika kot pacienta in hkrati zmanjšujejo možnost perforacije. Vendar si je potrebno, ne glede na študije, ustvariti lastno oceno glede tveganja za vsako operacijo posebej.

PRIPOROČILO III: Uporaba sterilne tehnike pri natikanju in nošenju sterilnih plaščev in rokavic zmanjšuje nevarnost kontaminacije ran in OKR.

Oblačenje kirurškega plašča in rokavic sledi kirurškemu umivanju in razkuževanju rok in je bistveni element perioperativne prakse, ki jo izvajajo člani sterilne kirurške ekipe (Pirie, 2010).

Oblačenje kirurškega plašča

Priporočila CDC (The Centers for Disease Control cited in Bible, et al., 2009) so, da mora biti kirurški plašč neprepusten za tekočino in viruse. Kirurške plašče izbiramo glede na pričakovano izpostavljenost tveganjem med operativnim posegom (krvi, telesnim tekočinam,...), v skladu s smernicami za varnost in zdravje pri delu, ki vključuje uporabo osebne varovalne opreme.

Sterilno orokavičene roke nikoli ne prekrivamo pod pazduho, saj to področje velja za nesterilno, ampak jih držimo na sterilnem področju v višini prsi. Zavedati se moramo, da operacijski plašč velja za sterilnega le od prsi do sterilnega polja in 5 cm nad komolcem. Za nesterilna področja veljajo vratni del, pod pazduhami in hrbet (Ravljén, 2003, Fabjan, et al., 2005, Bible, et. al., 2009). Bible s sodelavci (2009) je tudi z mikrobiološkim nadzorom ugotavljal, katere regije plašča so bolj podvržene kontaminaciji. Operacijski plašč so razdelili na regije in vzeli brise posameznih področij. Odkrili so, da se plašč med uprabo najbolj kontaminira v podočju nad prsnim košem, sledi komolčna guba operacijskega plašča in nato področje pod operacijsko mizo. Delež kontaminacij med prsmi in operacijsko mizo je bil najnižji in se ni razlikoval od kontrolne skupine. Vendar to dokazuje, da tudi v najbolj sterilnih regijah plašča nevarnost okužb ni zanemarljiva in se je potrebno izogibati direktnega kontakta teh regij.

Oblačenje sterilnih kirurških rokavic

Sterilne rokavice nadenemo, ko imamo že oblečen sterilni plašč. Roke ostanejo v manšetah. Oseba, ki že ima oblečen plašč, zadrži roke v rokavih plašča in tako odpre ovoj s sterilnimi rokavicami. Rokavica se navleče čez manšeto plašča. Sterilne rokavice člani ekipe zamenjajo, ko sumijo, da so perforirane, kontaminirane, ko so prišli v stik z nesterilnim področjem ter vsakih 90 do 150 minut med operacijo. Prav tako jih je potrebno zamenjati po neposrednem stiku s kostnim cementom (metyl metakrylatom) (Kennedy, 2013).

PRIPOROČILO IV: Sterilna prekrivala zagotavljajo prepreko, ki minimizira prehod mikroorganizmov od nesterilnega na sterilno področje.

S sterilnimi prekrivali omejimo sterilno polje in hkrati zagotovimo oviro za prehod mikroorganizmov z nesterilnega na sterilno področje. Sterilna prekrivala so namenjena

vzpostavljanju sterilnega okolja, ki vključuje pacienta, pohištvo in opremo (Ravljen, 2003, Fabjan, et. al., 2005, Kennedy, 2013). Med operacijo zavzema bolnik, prekrit s sterilnimi prekrivali, osrednji del sterilnega območja. Nesterilno osebje se ne sme približati na manj kot 50 centimetrov, da ne kontaminira sterilnega polja (Ravljen, 2003, Fabjan, et. al., 2005). Ker morajo biti vsi predmeti znotraj sterilnega polja sterilni, mora OPMS pred odpiranjem sterilnega materiala obvezno:

- preveriti celovitost sterilne ovojnine, ustreznost ovojnine, rok sterilnosti, indikator sterilnosti.
- Preveriti, ali ovojna omogoča aseptično odpiranje in podajanje na sterilno površino,
- paziti, da pri odpiranju sterilnih setov in dodajanju sterilnega materiala na sterilno površino ne sega z rokami na sterilno območje in se ne dotika sterilnih predmetov.

Ob najmanjšem dvomu o sterilnosti velja zavitek za nesterilnega in se ga ne uporabi.

PRIPOROČILO V: Vzpostavljanje sterilnega polja pomaga zmanjšati tveganje za infekcijo pri pacientu.

Vzpostavljanje sterilnega polja pomaga zmanjšati možnost tveganja, da bi pri pacientu prišlo do okužbe. Priporočila AORN (Kennedy, 2013) so, da pri postopkih in operacijah, ki vključujejo tako abdominalno kot perinentalno področje, operacijsko osebje pripravlja ločeno operativno polje in instrumente kot preventivo prehoda mikroorganizmov iz perinealnega področja v področje abdomna. Uporaba t. i. izolacijske tehnike je pomembna npr. pri črevesnih operacijah, s katero želimo preprečiti prehod mikroorganizmov iz odprtega črevesja v trebušno votlino in tkiva trebušne stene. Po zaprtju lumna črevesja instrumente, ki so bili v stiku s črevesjem, lumnom črevesja in črevesno vsebino, umaknemo iz sterilnega področja in se jih več ne dotikamo. Za zapiranje rane zamenjamo kirurške rokavice in uporabljamo le nekontaminirane instrumente. Podobno izolacijsko tehniko uporabljamo pri resekciji metastatskih tumorjev, da se prepreči razsoj rakavih celic.

PRIPOROČILO VI: Ko je vzpostavljeno sterilno polje, morajo biti sterilne površine ves čas nadzorovane, da ne pride do situacije, ko se kontinuiteta sterilnosti prekine in privede do kontaminacije.

Sterilno območje moramo ustvariti tik preden začnemo z operativnim posegom. OPMS nikakor ne sme zapustiti prostora, v katerem je že vzpostavljeno sterilno polje, da le-tega nadzoruje, vzdržuje in preprečuje njegovo kontaminacijo.

Nikoli se ne sme obračati s hrbtom proti sterilnemu območju. Če je potrebna menjava položaja dveh sterilnih oseb med operacijo, morata to narediti tako, da sta z obrazom obrnjeni druga proti drugi (sterilno proti sterilnemu) ali s hrbti druga proti drugi (nesterilno proti nesterilnemu) (Ravljen, 2003, Fabjan, et. al., 2005). Med kirurškim posegom OPMS ves čas nadzorujejo člani kirurškega tima, da ne bi morebiti prišlo do prekinitve sterilne tehnike. Ob najmanjšem sumu nemudoma izvedejo korektivne ukrepe, razen če bi le-ti ogrozili pacientovo življenje. Takrat se korektivni ukrepi izvedejo takoj, ko je mogoče (Kennedy, 2013).

AORN (Kennedy, 2013) priporoča, da pred operativnim posegom OPMS natančno pregleda ustreznost sterilnih instrumentov glede morebitnih bioloških ostankov (npr. kostna spongioza, kri, lasje, tkivo), tudi kostni cement in druge ostanke, ki so bili v fazi reprocessiranja (čiščenja,

dezinfekcije in sterilizacije) spregledani in so ostali na inštrumentih. Če smo organske in neorganske ostanke odkrili v sterilnem setu, ga je potrebno upoštevati kot nesterilnega in nemudoma izvesti ustrezne korektivne ukrepe. Set je potrebno odstraniti iz sterilnega polja, prav tako tudi ves material, ki je bil s tem setom v stiku. Osebe, ki je prišlo v stik s potencialno kontaminiranim materialom, mora zamenjati rokavice.

ZAKLJUČEK

Operacijske medicinske sestre v operacijski dvorani z aseptičnimi postopki in z nadzorom nad izvajanjem le-teh zagotavljamo varnost bolnika. Z vzdrževanjem aseptičnega okolja omogočimo, da so za vsakega pacienta vzpostavljeni enaki pogoji, ne glede na čas, vrsto ali nujnost operacije. Pravila aseptičnega vedenja določajo standardi in priporočila, ki so zavezujoča za vso osebo na področju operativne dejavnosti, pri čemer je dopustna ničelna toleranca do napak, neupoštevanja pravil ali ignoriranja predpisov. Osnovno vodilo operacijske zdravstvene nege je vzpostaviti takšne pogoje, da bo tudi izid operacije pričakovan in brez zapletov. Nobenih kompromisov ne moremo sprejemati na račun kršenja aseptične in sterilne metode dela. Konec koncev nismo zavezani le etičnemu delovanju, temveč nas k temu zavezuje tudi zakonodaja.

LITERATURA

- Allen, G., 2014. Implementing AORN Recommended Practices for Environmental Cleaning. *AORN Journal*, 99(5), pp. 57–579.
- Baraga, A., 1998. Preprečevanje infekcij kirurške rane – higienski ukrepi v operacijskem bloku. In: M. Gubina & M. Dolinšek, ured. *Bolnišnična higiena*. Ljubljana: Medicinska fakulteta: Katedra za mikrobiologijo in imunologijo, pp. 50–53.
- Belkin, L. N., 2009. The Surgical Mask: Are New Tests Relevant for OR Practice? *AORN Journal*, 89(5), pp. 883–91.
- Bible, E. J., Whang, G. P. & Grauer, N. J., 2009. Which Regions of the Operating Gown Should be Considered Most Sterile? *Clin Orthop Relat Res*, 467(3), pp. 825–830.
- Braswell, L. M. & Spruce, L., 2012. Implementing AORN Recommended Practices for Surgical Attire. *AORN Journal*, 95(1), pp. 122–140.
- Dragaš, A. Z., Škerl, M., 2004. Higiena in obvladovanje okužb: izbrana poglavja. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU, p. 77.
- Duffy, W. J., 2004. The importance of keeping our hand in the scrub role. *AORN Journal*, 80(5), pp. 817:9.
- Ellis, H., 2010. Surgical Gloves. *The Journal of Perioperative Practice*, 20(6), pp. 219–220.

- Fabjan, M., Goltes, A. & Šuligoj, Z., Rebernik, M. M., 2005. *Perioperativna zdravstvena nega: vodnik za začetnike*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti.
- Kennedy, L., 2013. Implementing AORN Recommended Practices for Sterile Tehnique. *AORN Journal*, 98(1), pp. 14–23.
- Matson, K., 2001. The critical "nurse" in the circulating nurse role. *AORN Journal*, 73(5), p. 971.
- Patrick, M. & Van Wicklin, S. A., 2012. Implementing AORN Recommended Practices for Hand Hygiene. *AORN Journal*, 95(4), pp. 492–504.
- Pirie, S., 2010. Surgical gowning and gloving. *The Journal of Perioperative Practice*, 20(6), p. 207-9.
- Pirnat, K., 2003. Kirurško umivanje in dezinfekcija rok. In: D. Musič, ured. *Okužbe kirurških ran: Zbornik predavanj, 3. strokovni seminar, Velenje, 20. - 21.11.2003*. Ljubljana: Slovensko društvo za bolnišnično higieno., pp. 69-72.
- Požarnik, T., 2003. Pravilna uporaba osebnih zaščitnih sredstev v operacijski dvorani. In: D. Musič, ured. *Okužbe kirurških ran: Zbornik predavanj, 3. strokovni seminar, Velenje, 20.–21. 11. 2003*. Ljubljana: Slovensko društvo za bolnišnično higieno, pp. 73–78.
- Ravljen, M., 2003. Pravila asepse. In: D. Musič, ured. *Okužbe kirurških ran: Zbornik predavanj, 3.strokovni seminar, Velenje, 20. in 21. 11. 2003*. Ljubljana: Slovensko društvo za bolnišnično higieno, pp. 47–51.
- *Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti*. Dostopno na: www.soms.si [4. 1. 2015].
- Smrkoj, V., 1990. *Praktikum ambulantne operativne kirurgije*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Spruce, L. & Wood, A., 2014. Back to Basics: Environmental Cleaning. *AORN Journal*, 100(1), pp. 55–61.
- Strokovne podlage in smernice za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstvom oziroma z zdravstveno oskrbo. Druga dopolnjena izdaja, 2009. Ljubljana: Delovna skupina pri ministrstvu za zdravje RS. Dostopno na: www.mz.gov.si [4. 1. 2015].
- Škerl, M., 1998. Definicije bolnišničnih okužb. In: M. Gubina & M. Dolinšek, ured. *Bolnišnična higiena*. Ljubljana: Medicinska fakulteta: Katedra za mikrobiologijo in imunologijo, pp. 41–46.
- Tanner, J., 2006. Surgical gloves: perforation and protection. *The Journal of Perioperative Practice*, 16(3), p. 148-52.
- Trotošek, B., 2010. Dejavniki tveganja in ukrepi za preprečevanje okužb kirurške rane. In: T. Požarnik, ured. *Obvladovanje bolnišničnih okužb v operacijski dvorani: Zbornik XXVI., Terme Čatež, 7. in 8. maj 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege

Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 24–39.

- Weaving, P., Cox, F. & Milton, S., 2008. Infection prevention and control in the operating theatre: reducing the risk of surgical site infections (SSIs). *The Journal of Perioperative Practice*, 18(5), pp. 199–204.
- Žmauc, T., 2003. Timsko delo v operacijski zdravstveni negi. In: M. Rebernik Milić, ured. *Management v operacijski zdravstveni negi: Zbornik XVI., Terme Dobrna, 7. november 2003*. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije, pp. 18–23.
- Žmauc, T., 2012. *Ali dodiplomski študij zadovoljuje potrebe po znanju operacijskim medicinskim sestram? magistrsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

NEVARNOSTI ZA ZDRAVJE V CENTRALNEM OPERACIJSKEM BLOKU MURSKA SOBOTA

HEALTH HAZARD IN THE CENTRAL OPERATING THEATER MURSKA SOBOTA

Simona Sečko, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Murska Sobota
simona.secko@sb-ms.si

IZVLEČEK

V članku so predstavljeni pogoji dela, s katerimi se srečujejo operacijske medicinske sestre. Delo v operacijski sobi je specifično in zahtevno. Pri svojem delu se srečujejo z mnogimi stresnimi dejavniki, ki so posledica neugodnih vplivov okolja.

Varnost pri delu je ključni dejavnik delodajalcev in zaposlenih za doseganje in uresničevanje skupnih ciljev. Skupni cilj pa je prijetno delovno okolje, dobri medosebni odnosi, občutek varnosti in seveda ob vsem tem zagotavljanje najvišje stopnje kakovostne zdravstvene nege za pacienta.

Ključne besede: operacijska soba, operacijska medicinska sestra, posebni pogoji dela, varnost na delovnem mestu, zdravje

ABSTRACT

The article presents the working conditions faced by operating room nurse . Working in the operating room is specific and demanding . In their work, they face many stress factors caused by unfavorable environmental influences. Safety at work is a key factor for employers and employees to achieve and pursuit of common goals. The overall aim is a pleasant working environment, good interpersonal relationships a sense of security and of course, while ensuring the highest level of quality care for the patient.

Key words: operating theater, operating room nurse, special conditions of work, workplace safety, health

UVOD

V delovnem okolju preživimo tretjino svojega življenja. Delo, delovno mesto oziroma podjetje, ustanova ali organizacija so izjemno pomembni za zdravje zaposlenih. Prijetno delovno okolje, dobri medosebni odnosi, nenehno izobraževanje, zaupanje delodajalcu in sodelavcem daje zaposlenim občutek varnosti. Vse to pa ni odvisno le od delodajalca, temveč v veliki meri od delavcev samih. Varnost in zdravje pri delu je človekova pravica. Med človekove pravice jo je uvrstila Mednarodna organizacija za delo, ki deluje v okviru Organizacije združenih narodov. Varnost pri delu določajo načela, pravila in dejavnosti, ki

morajo posamezniku omogočati uspešno opravljanje svojega poklicnega dela s polnim delovnim učinkom. Pojem varnosti pri delu obsega pravice in obveznosti delodajalcev in zaposlenih, da v skladu z zakonom in drugimi predpisi ter ob določanju in upoštevanju varnostnih ukrepov, s katerimi se preprečujejo oziroma obvladujejo nevarnosti in škodljivosti pri delu, zagotavljajo takšno raven varnosti in zdravja delovnih razmer, ki glede na naravo dela omogoča zaposlenemu največjo možno mero zdravstvene in psihofizične varnosti. Delodajalec je dolžan prilagajati svoje ukrepe za zagotavljanje varnih in zdravih delovnih razmer spremenljivim okoliščinam v delovni organizaciji ter stalno izboljševati obstoječe stanje oziroma stopnjo varnosti pri delu (Arnautović, 2009).

Delo v operacijski sobi je specifično in zahtevno. Pri svojem delu se srečujemo z mnogimi stresnimi dejavniki, ki so posledica neugodnih vplivov okolja. Varnost pri delu je ključni dejavnik delodajalcev in zaposlenih za doseganje in uresničevanje skupnih ciljev. Naš skupni cilj je zagotoviti najvišjo stopnjo kakovostne zdravstvene nege za pacienta in ostati zdravi in varni pri delu.

POGOJI DELA IN NEVARNOSTI V OPERACIJSKIH PROSTORIH

Sterilni pogoji dela, ergonomski položaji, zadovoljevanje osnovnih življenjskih potreb, delovni čas

Že samo delovno področje ima svoje specifične lastnosti, ki odstopajo od večine delovišč v bolnišnici.

Operacijska medicinska sestra (OPMS) pri opravljanju svojega dela uporablja zaščitna sredstva, kot so delovna obleka, ki s svojim racionalno-funkcionalnim krojem zmanjšuje udobje, obutev, maska, ki ovira dihanje, pokrivalo, zaščitna očala, rokavice, operacijski plašč, rentgenski plašč,...

Dela v zaprtih prostorih, dostikrat tudi brez naravne svetlobe, določene operacije potekajo v temi.

Večinoma dela v stoječem položaju, pogosto v prisilni drži telesa, zaradi vsega tega obstaja nevarnost poškodb hrbtenice.

Motene so tudi osnovne fiziološke potrebe, kot so čas za malico in toaleta. Te so odvisne od trajanja in poteka operativnih posegov.

OPMS opravljajo poleg rednega osemurnega dopoldanskega dela še delo preko rednega delovnega časa v obliki dežurstva in pripravljenosti, ki poteka vse dni v tednu. Nema lokrat se tudi zavleče operativni poseg in s tem neplanirano podaljšanje delovnega časa.

Fizikalni, kemični in biološki vplivi

OPMS so izpostavljene različni mikroklimi, kot so vročina, mraz, vlaga, neprijeten vonj, ionizirajoče sevanje. Ves čas delajo pod umetno razsvetljavo, ki je zelo močna. Operativni

posegi zahtevajo zgoščenost svetlobe na enem delu operativnega polja oziroma temo pri endoskopskih ali mikrokirurških operativnih posegih.

Največjo nevarnost za zdravje predstavljajo v operacijski sobi škodljivi vplivi medicinskih plinov, kirurški dim, hlapi razkužil, aerosolov in drugih vnetljivih tekočin ter kislin.

Hlapni anestetiki (isofluran, sevofluran in dušikov oksidul) prihajajo v zrak operacijskih prostorov iz visoko in nizkotlačnih delov anestezijskega sistema (Šimenko, 2009). Izpostavljenost anestezijskim plinom povzroča manjšo izgubo motoričnih sposobnosti, upočasnijo se refleksi, pride do mentalne nezbranosti in utrujenosti (Križmanič, et. al., 2006). Heike (2002) navaja, kako pomembno je, da so zaposleni v operacijskem bloku ustrezno obveščeni in seznanjeni o škodljivih vplivih razkužil in plinov na zdravje. Da ohranimo zdravje na delovnem mestu, moramo biti pri svojem delu disciplinirani in uporabljati zaščitna sredstva, ki so nam na razpolago.

Kirurški dim je prav tako tihi ubijalec, katerega se zaposleni v operacijskih prostorih premalo zavedamo. Ta nastane pri elektrokirurgiji in laserski terapiji kot končni produkt termalnega uničenja tkiva.

Znanstvene raziskave so pokazale, da ima kirurški in cigaretni dim skupne toksične komponente. Japonski raziskovalci, ki so uporabili Ames test, so ugotovili, da je potencialna nevarnost, ki nastane pri vdihavanju kirurškega dima, sproščene pri gorenju enega grama tkiva glede mutagenosti, enaka pokajenim 3–6 cigaretam (Bradač, 2009).

Tveganje, povezano s kirurškim dimom, je naslednje (Križmanič, et. al., 2006):

- vnetje dihalnih poti,
- hipoksija/vrtoglavica,
- kašelj,
- glavobol,
- solzenje,
- slabost/bruhanje,
- hepatitis,
- astma,
- pljučna tromboembolija,
- kronični bronhitis,
- karcinom,
- HIV.

Ventilacija, ki se nahaja v operacijskih dvoranah, ni zadostna, da bi preprečevala prenos kontaminiranih delcev (Bradač, 2009).

Večina del v operacijskem prostoru se dela z rokavicami. V glavnem se uporabljajo rokavice iz lateksa, za katerega je znano, da lahko draži sluznico, povzroča ekceme, astmo in anafilaktični šok.

Obstaja tudi velika nevarnost okužbe z mikroorganizmi, z biološkimi materiali, incidentov, ki nastanejo pri delu z iglami, ostrimi instrumenti, nečistimi predmeti, steklovino,...

Zdravstveni delavci so na svojem delovnem mestu ogroženi, ker so dnevno izpostavljeni številnim bolezenskim povzročiteljem in posledično možnosti okužbe. Tveganje za okužbo je odvisno od intenzivnosti in pogostosti stika z bolnikom, njegovimi telesnimi tekočinami, izločki in iztrebki ter kontaminiranimi instrumenti in aparaturami ob izvajanju diagnostičnih, terapevtskih, negovalnih in rehabilitacijskih postopkov. Da bi se izognili tveganju za okužbo in prenos le-te, morajo zdravstveni delavci poznati in upoštevati standardne ukrepe preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. Poskrbeti morajo za svojo osebno urejenost – čisto delovno obleko, urejene lase in roke. Delodajalec mora imeti za postopke in posege izdelana navodila ter protokole, ki preprečujejo nastanek in prenos okužbe (Tomažič & Cvetežar, 2009).

Poškodbe z ostrimi predmeti predstavljajo največji delež med incidenti v operacijski sobi kljub nenehnemu izobraževanju. Najpogosteje se zgodijo med ali po delu in so večkrat posledica primanjkovanja časa in izpostavljenosti stresu. Vsak zaposleni v operacijskem bloku mora biti seznanjen o nevarnosti, ki jo lahko povzroči taka poškodba, in pa tudi seznanjen z ukrepi za preprečevanje.

Možnost za okužbo zdravstvenega delavca z virusom hepatitisa B (HBV) je 55-krat večja kot za okužbo s HIV in 38-krat večja kot za okužbo z virusom hepatitisa C (HCV). Posledice akutnega virusnega hepatitisa B in C so kronični hepatitis, ciroza jeter in primarni karcinom jeter. Posledica okužbe z virusom HIV je smrt (Stare, 2002).

Psihološki vpliv

Torbičeva (2005) pravi, da mora imeti OPMS poleg strokovnega znanja in organizacijskih sposobnosti tudi osebnostne lastnosti, ki so nujno potrebne za dobro in uspešno delo v operacijski dvorani. Pogoji dela v operacijski sobi so zelo specifični, zato velikokrat prihaja do zelo stresnih situacij, v katerih se človek težko nadzoruje, saj kontrolni mehanizmi samoobvladovanja zlahka popustijo. OPMS mora znati prepoznati in umiriti tako krizno situacijo in presoditi, kdaj je potrebno njeno posredovanje za umiritev situacije. Poleg tega mora biti tudi prilagodljiva, iznajdljiva, zanesljiva in dosledna pri svojem delu, delovna, kolegialna, duhovita, znati se mora pogajati, izogibati se konfliktom in jih reševati v pravem trenutku in na pravi način. Biti mora sposobna predvidevanja in hitrega reagiranja. Psihološko je izpostavljena v nenehnih medsebojnih odnosih med člani tima, pritisku vodstva glede ekonomične izkoriščenosti operacijskih prostorov po konceptu čas je denar, ki dodaja nepotreben pritisk pri menjavi bolnikov, prav tako pogosto uvajanje nove moderne tehnologije in s tem povezano individualno učenje po službi.

ZAKLJUČEK

V Splošni bolnišnici Murska Sobota je kljub veliki obremenitvi zaradi povečanja operativnih posegov (premalo kadra, porodniške) majhen odstotek poškodb, fluktuacije. Razlog za dobro delo je kader, ki se nenehno izobražuje, gradi dobre medosebne odnose in pripadnost, ki jo čuti do kolektiva.

Zaposleni ima pravico, da je njegovo delovno mesto primerno zaščiteno, vendar ima tudi dolžnost, da uporablja predpisana zaščitna sredstva in postopke v skladu z zakonskimi določili in internimi varnostnimi navodili.

Upoštevanje ukrepov za varno delo, nenehno izobraževanje in odgovornost zaposlenega pripomore k kvaliteta, kot so: večja produktivnost, kakovostnejše delo, večji ugled stroke, zadovoljstvo zaposlenih in bolnikov.

Jasno opredeljena navodila za delo in upoštevanje le-teh zagotovi varno delo na delovnem mestu. Se pa pogosto dogaja, da se nekatera navodila ne upoštevajo, morebiti zaradi časovne stiske ali pa rutinskih situacij, in s tem je verjetnost napak in nezgod večja, prav tako pa so delavci posledično bolj izpostavljeni nevarnostim, s katerimi se soočajo v tako specifičnem okolju, kot je operacijska soba.

Le nenehno izobraževanje in upoštevanje vseh varnostnih postopkov, dobra organizacija in dobri medosebni odnosi bodo pripeljali do dobrega in varnega počutja v delovni organizaciji.

LITERATURA

- Arnautović, S., 2009. *Varnost zaposlenih v operacijski sobi*. In: Požarnik T. Zbornik XXV-Varnost zaposlenih v operacijski sobi, Moravske Toplice, 20. in 21. november 2009. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, p. 7.
- Bradač, B., 2009. *Nevarnost kirurškega dima*. In: Požarnik T. Zbornik XXV – Varnost zaposlenih v operacijski sobi, Moravske Toplice, 20. in 21. november 2009. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 21–22.
- Heike, C., 2002. *Gefahrstoffe im operativen Dienst: Gefahren erkennen-Sicherheit erhöhen*. Bildungszentrum Ruhr (Hrsg.), Institut fuer Bildung und Management im Gesundheitswesen: Schlutersche, pp. 39–40.
- Križmanić, M., Jerenko, B., Rebernik Milić, M., Brezovec, M.: *Potencialni viri resnih neželenih škodljivih učinkov v prostorih operacijskega bloka*. In: Rebernik Milić, M. Zbornik XXI – Zagotovimo varnost pacienta, Ljubljana, 24. november 2006. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 60–75.
- Stare, M., 2002. *Pogostost poškodb z ostrim predmetom v operacijskem bloku Kliničnega centra Ljubljana*: diplomsko delo, Maribor: Visoka zdravstvena šola, p. 9.
- Šimenko, J. *Vpliv hlapnih anestetikov na prisotnost zaposlenih v operacijski dvorani*. In: Požarnik T. Zbornik XXV-Varnost zaposlenih v operacijski sobi, Moravske Toplice, 20. in 21. november 2009. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 13–19.

- Torbič, J. *Podoba operacijske medicinske sestre* . In: Rebernik Milić, M. Zbornik XIX - Prihodnost v operacijski dvorani, Maribor, 20. In 21. Maj 2005. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 15–16.
- Tomažič M., Cvetežar, I. Š., 2009. *Zdravi in varni pri delu*. In: Požarnik, T. Zbornik XXV – Varnost zaposlenih v operacijski sobi, Moravske Toplice, 20. in 21. november 2009. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 37–51.

POMEN ZDRAVSTVENE NEGE IN VZGOJE PACIENTA Z DIABETIČNO NOGO PO KIRURŠKEM ZDRAVLJENJU

THE IMPORTANCE OF NURSING AND EDUCATION OF PATIENT WITH DIABETIC LEG AFTER SURGERY

Adrijana Debelak, dipl. m. s., univ. dipl. org.
Univerzitetni klinični center Ljubljana
adrijana.debelak@gmail.com

IZVLEČEK

Odnos ljudi do zdravljenja in oskrbe ran se je v posameznih zgodovinskih obdobjih spreminjal. Na zdravstveno kulturo je tekom stoletij vplivalo veliko dejavnikov.

Zdravstvena nega rane diabetika po kirurškem posegu s strani medicinske sestre naj bo opravljena strokovno, natančno, s primernim pristopom ob prisotnosti bolečine in vsekakor s poudarkom na pogosto ogroženo ožjo in širšo okolico rane, in zdravstveno vzgojno. Medicinska sestra mora zelo dobro poznati tako klasične kot sodobne materiale za oskrbo ran, kako se z njimi rokuje in kako se jih namešča ter seveda, kako jih odstranjevati, da ne povzročimo dodatnih poškodb na rani in njeni okolici ter zmanjšamo morebitno bolečino.

Tako iz literature kot iz izkušenj lahko povzamemo, da imajo rane pri diabetikih negativen vpliv na vseh ravneh kakovosti življenja. Kronične rane omejujejo vsakodnevno življenje pacientom in njihova živeča izkušnja mora biti nezanemarljiva, predstavljati mora pomemben element pri oskrbi rane kot tudi njihovi spremenjeni podobi.

Ključne besede: zdravstvena nega rane, diabetična noga, zdravstvena vzgoja

UVOD

V posameznih obdobjih razvoja človeškega duha so opisani ljudski odnosi do negovanja oz. zdravljenja ran. Na zdravstveno kulturo so tekom stoletij vplivali vsakokratni zgodovinski, ekonomski, politični in drugi dejavniki.

O začetkih zdravljenja še ne vemo veliko, domneva pa se, da je nagon po samoohranitvi naše prednike silil, da so začeli razmišljati o sredstvih zoper bolečino, bolezen in smrt. Ljudsko zdravilstvo ni bilo nikjer samo sebi namen, vedno je nosilo trajno izročilo. Kasneje je človek spoznaval, da so njegovi vplivi na zdravljenje raznih ran nepomembni, zaslutil pa je tudi druge dejavnike s katerimi bi se rane dalo pozdraviti. Zdravil se je predvsem z rastlinami, katere je tudi užival. Vzrokov boleznih, raznovrstnih ran niso poznali. Mislili so, da je vse to

posledica začaranja in delovanja demonov. Obstaja tesna povezanost med ljudskim zdravilstvom in socialno-ekonomskim razvojem družbe. Zdravstvena kultura ljudi je z dvigom ekonomske pomoči dobivala hkrati tudi nove razsežnosti.

Hipokrat, grški antični zdravnik, okoli 460 pr. n. št., slovi kot ena najizjemnejših osebnosti v medicini vseh časov. Svoje znanje, izročilo in izkušnje so prenašali iz roda v rod, opisana je bila že prva pomoč ranjencu. Grki so tako poznali tudi šolane zdravnike in ranocelnike oziroma kirurge. Poleg teh so imeli še šarlatane in čudodelnike vseh vrst. Amputacije so bile v Hipokratovem času redke, ker je vsak Grk raje umrl, kot da bi ostal trajen invalid.

Z rimsko zasedbo grških pokrajin so v Rim poleg zdravnikov – sužnjev prišli tudi svobodni grški zdravniki in kirurgi, ki so pri zdravljenju ran uporabljali nož in žareče železo. Takšnega zdravljenja ran so se Rimljani bali, kajti uporaba teh sredstev je bila v nasprotju z njihovo miselnostjo. Rimska zakonodaja se je ukvarjala tudi s higiensko-sanitetno problematiko.

Za srednjeveško medicino so pomembna salernska izročila. Ena izmed teh je uvedba morske haluge, ki vsebuje jod, pri zdravljenju golše kot tudi pri kožnih obolenjih in ranah pa uporaba živosrebrnih mazil.

16. stoletje označuje napredek kirurgije, ki je bil povezan z razvojem anatomije. Strelne rane so silile kirurge, da so operativno tehniko in svoje znanje prilagodili novemu in izredno pomembnemu področju dejavnosti. Zdravniki so se zavedali, da so bili tujki v rani zelo pomembni dejavniki pri gnojenju, zato so bili mnenja, da jih je potrebno odstraniti, kjer je le mogoče. Zdravniki po Evropi so pripravljali najrazličnejše pripravke, mešanice, mazila, balzame, olja itn. za celjenje ran. Rane so izprali z zdravilnimi pripravki ter jih prekrili z obližem. Opisana sta bila tudi že dva načina celjenja rane: per primam et per secundam intentionem.

Napoleonov zdravnik je že opisal pozitiven učinek delovanja ličink na inficiranih ranah. Dejal je, da ličinke sploh niso škodljive v rani, temveč pospešijo zacelitev rane ter ločijo zdrave celice od bolnih, katere uničijo.

V 17. stoletju je bil največji dogodek Harveyevo odkritje krvnega obtoka, kar je imelo temeljni pomen za nadaljnji razvoj medicine. V mnogih državah so uvedli večje ali manjše izobraževalne ustanove, ki so kirurgom v mestih priskrbele boljšo izobrazbo, podeželju pa so zagotovili potrebno število ranocelnikov.

Ustanovitelj antiseptike je lord Joseph Lister, ki je prvi spoznal pomen infekcije za rano. Listerjev način ravnanja z rano s svojimi dezinfekcijskimi predpisi in okluzivno obvezo je bil prvi korak proti cilju, da bi se vršila operacija in potekala celitev v okolju brez patogenih klic.

Na takratnem ozemlju današnje Slovenije so kirurgi in ranocelniki, kateri so za opravljanje obrti morali imeti dovoljenje oblasti, zdravili rane z najrazličnejšimi rastlinami in pripravki, kot na primer: bučno olje, jajčni beljak, kisló zelje (rane, poškodbe), breskovo olje (opekline), svinjski želodec (ozeblina), listi trpotca (sveža rana), obkladek z lastnim urinom, ognjičeva mast in tako naprej. Popularno je bilo tudi nastavljanje pijavk na krčne žile ter rane (Mlinar, 2006).

SLADKORNA BOLEZEN

Sladkorna bolezen je znana že tisočletja. Vedno bolj pogosto govorimo o njenih razsežnostih in v današnjem času presega vse številčne okvire, ki bodo v bližnji prihodnosti še jasnejši in večji. Sladkorna bolezen postaja nevidna epidemija sodobnega časa. Skrb zbujajo predvsem dejstva, da je kljub sodobnim smernicam zdravega načina življenja in naporom zdravstvenih organizacij pri ozaveščanju javnosti o zdravi prehrani na svetu vse več ljudi, ki so pretežki, se nezdravo prehranjujejo, kadijo, so izpostavljeni stresu in se premalo gibljejo. Prav to pa so dejavniki, ki vodijo do kroničnih zapletov sladkorne bolezni. Po nekaterih podatkih ima sladkorna bolezen že 366 milijonov ljudi, po pričakovanjih Mednarodne federacije za diabetes (IDF) bo do leta 2030 to število naraslo na 552 milijonov, 398 milijonov ljudi pa bo diabetes neposredno ogrožal. Lahko govorimo, da je diabetes že dosegel kritično raven. Danes za diabetesom tipa 2 zbolevalo že najstniki, ker so predebeli. Tudi sicer se starostni prag pomika navzdol z dolgo veljavne kritične meje 40 let. Človeško trpljenje zaradi diabetesa je nesprejemljivo. Vsako leto zaradi diabetesa umre štiri milijone ljudi, več deset milijonov pa doživi hude zaplete diabetesa, med katerimi so na prvem mestu srčni infarkt, možganska kap, odpoved ledvic, slepota in amputacija uda. Kot kronična bolezen, ki terja doživljenjsko zdravljenje, diabetes slabo vpliva tudi na duševno zdravje pacientov.

Sladkorna bolezen je znana že tisočletja. Vedno bolj pogosto govorimo o njenih razsežnostih in v današnjem času presega vse številčne okvire, ki bodo v bližnji prihodnosti še jasnejši in večji. Sladkorna bolezen postaja nevidna epidemija sodobnega časa. Skrb vzbuja predvsem dejstva, da je kljub sodobnim smernicam zdravega življenja in naporom zdravstvenih organizacij pri ozaveščanju javnosti o zdravi prehrani na svetu vse več ljudi, ki so pretežki, se nezdravo prehranjujejo, kadijo, so izpostavljeni stresu in se premalo gibljejo. Prav to pa so dejavniki, ki vodijo do kroničnih zapletov sladkorne bolezni. Po nekaterih podatkih ima sladkorna bolezen že 366 milijonov ljudi, po pričakovanjih Mednarodne federacije za diabetes (IDF) bo do leta 2030 to število naraslo na 522 milijonov, 398 milijonov ljudi pa bo diabetes neposredno ogrožal. Lahko govorimo, da je diabetes že dosegel kritično raven. Danes za diabetesom tipa 2 zbolevalo že najstniki, ker so predebeli. Tudi sicer se starostni prag pomika navzdol z dolgo veljavne kritične meje 40 let. Človeško trpljenje zaradi diabetesa je nesprejemljivo. Vsako leto zaradi diabetesa umre 4 milijoni ljudi, več 10 milijonov pa doživi hude zaplete diabetesa, med katerimi so na prvem mestu srčni infarkt, možganska kap, odpoved ledvic, slepota in amputacija uda. Kot kronična bolezen, ki terja doživljenjsko zdravljenje, diabetes slabo vpliva tudi na duševno zdravje pacientov.

DIABETIČNA NOGA

Diabetična noga je skupek sprememb, ki nastajajo na spodnji okončini sladkornega pacienta kot posledica kroničnih zapletov sladkorne bolezni (angiopatija, nevropatija), poškodbe in okužbe. Za nastanek diabetične noge so najpomembnejši kronični zapleti sladkorne bolezni, ki se v večini pokažejo po 5 letih trajanja sladkorne bolezni, svoje pa prispevajo tudi drugi dejavniki tveganja za žilne okvare (arterijska hipertenzija, hiperlipidemija, kajenje). Tveganje za amputacijo še povečajo poškodbe, okužbe, nepravilna obutev ter neustrezna nega in nestrokovna pedikura (Jovišić, 2013).

ZDRAVSTVENA NEGA RANE PO KIRURŠKI OSKRBI

O rani govorimo takrat, kadar gre za prekinitvev mehkih tkiv. Skozi rano se lahko v telo prenesejo mikrobi in tujki, kateri lahko pustijo negativne posledice. Nobena rana, ne tista, ki je posledica poškodbe, in tudi tista ne, ki je narejena v aseptičnih razmerah operacijske sobe, ni sterilna. Zato vsako rano obravnavamo individualno in pri tem ne pozabimo na pacienta kot psihofizično osebnost z vsemi potrebami, ki jih ima.

Akutne rane se naj bi zacelile v treh tednih. Kronične rane so tiste, ki se celijo dalj kot 8 tednov ali se sploh ne celijo. Ob tem je možnost okužbe (kolonizacija, kritična, kolonizacija, infekcija) velika in zato predstavljajo velik problem za pacienta in svojce ter zdravstveno službo (Triller, 2006).

Pacienta ob sprejemu tako v ambulanto kot na oddelek pregleda zdravnik, ki je tudi kompetenten za zdravljenje rane, saj on opravi prvo oceno rane, postavi diagnozo ter izbere najustreznejši način zdravljenja. Zdravstvena nega rane in okolice ni samo toaleta rane in menjava sodobnih oblog na rani, ampak gre za celovit postopek, pri katerem je veliko možnosti za dodatno okužbo rane. Zaradi tega moramo tudi poznati lokalne znake okužbe: oteklina, rdečina, bolečina, toplota, okvarjena funkcija prizadetega dela telesa in gnojni izcedek. Preveza rane je negovalno terapevtski postopek medicinske sestre, s katero želimo izvajati nadzor rane, preprečiti sekundarne okužbe rane, vzdrževati idealne mikroklimatske pogoje (temperatura, vlaga), preprečiti ponovne mehanske in kemične poškodbe mladega novonastalega tkiva ter odstranjevanje primarnih oblog in ponovna aplikacija oblog na rane. Vodilno pravilo pri prevezi rane nam je individualna in celostna obravnava pacienta (Debelak, 2006). Nekaj povzročiteljev okužb se prenese z rokami, zato posvečamo medicinske sestre higieni rok pri delu posebno pozornost. Veliko pozornost s higienskega stališča moramo nameniti tudi vsem pripomočkom, ki jih uporabljamo pri prevezi rane, prav tako delovni površini ter samemu prostoru, kjer izvajamo prevezo rane.

Kje prevezujemo rane

Preveza ran naj poteka v posebnem prostoru, najboljšje je, da je to ambulanta oz. poseben za to prirejen prostor. Kadar pa to ni mogoče iz kakršnihkoli razlogov, pa lahko preveza poteka v bolniški sobi oz. postelji, kjer mora biti zagotovljena intimnost.

Ob prevezi rane moramo zagotoviti: v prostor naj ne vstopajo nepoklicane osebe, v prostoru ne sme biti prepiha, ob izvajanju preveze rane ne kihamo in kašljamo, prostor mora biti opremljen z umivalnikom s toplo in mrzlo tekočo vodo, milom in razkužilom za roke, prostor mora biti primerno osvetljen, delovna površina mora biti čista in razkužena ter primerne velikosti, za prevezo rane si pripravimo vse potrebne pripomočke, previjanje rane se izvaja ob prisotnosti zdravnika in medicinske sestre (Debelak, 2006).

Priprava potrebnih pripomočkov za prevezo rane

- Razkužilo za roke,
- sterilni set za prevezo rane ali posamezni sterilni instrumenti, kompresa,

- dodatni prevezovalni material (zloženci, tamponi, povoji, trikotne rute) ter različne opornice in mrežice različnih velikosti,
- različni fiksirni materiali,
- pomembno vlogo pri celjenju ran imajo sodobne obloge, katere imajo naslednje lastnosti: vzdržujejo fiziološke pogoje (vlažnost, toplota), omogočajo prehajanje plinov, preprečujejo vdor bakterij od zunaj, imajo veliko vpojnost, biti morajo lahko odstranljive, da ne poškodujejo novonastalega tkiva in okolne kože rane, ščititi morajo rano pred dodatnimi poškodbami in pacientovo okolico (estetska funkcija), da niso toksične in da ne povzročajo dodatnih alergij, da so sterilne in pakirane tako, da omogočajo sterilno aplikacijo (Mihevc, 2006),
- sterilne tekočine (omogočajo elektrolitsko ravnovesje v rani),
- fiziološka raztopina (za spiranje, prebrizgavanje, toaleta rane in okolice),
- raztopine z dodatkom antiseptika,
- posamezno sterilno pakirane instrumente (škarje, peane, žličke, sonde),
- rokavice za enkratno uporabo ali sterilne različnih velikosti,
- vpojna podloga za enkratno uporabo,
- zaščitna krema za prizadeto ožjo in širšo okolice rane,
- posoda z razkužilom za uporabljene instrumente,
- koš za odpadke (zbiralnik za infektivne odpadke, odpadke iz zdravstva, zbiralnik za ostre predmete).

Psihofizična priprava medicinske sestre za prevezo rane

- Psihična priprava na izvedbo preveze rane, seznanimo se s pacientovo dokumentacijo.
- Čista delovna uniforma in primerna, stabilna, udobna in varna obutev.
- Po potrebi maska, kapa in plašč.
- Nakit z rok obvezno odstranjen, nohti postriženi.
- Po standardu zdravstvene nege umite in razkužene roke.
- Usklajenost s samim seboj, z okolico, telesna, duševna, duhovna in socialna zrelost so predpogoj za opravljanje del in nalog, ki jih medicinski sestri nalaga delovno mesto.
- Medicinske sestre delujemo zdravstveno-vzgojno na vseh področjih, ki prispevajo k izboljšanju podobe naše poklicne skupine, tako v službenem kot v zasebnem okolju.
- Medicinske sestre zavezuje kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Psihofizična priprava pacienta na prevezo rane

Pacient se naj namesti v udoben in funkcionalen položaj, če sam ne zmore, mu medicinska sestra pomaga, prosimo ga tudi, naj se ne premika med samo izvedbo preveze rane. Medicinska sestra pacientu na razumljiv način razloži (še posebej, če je pacient prestrašen, radoveden), kakšen je njen namen glede dela in ob tem poskuša pridobiti njegovo zaupanje in sodelovanje s celotnim timom. Pacientu ob prevezi rane poskušamo zagotoviti odsotnost bolečine, ali vsaj $VAS \leq 3$. Pozorni smo tudi na fantomsko bolečino.

Postopek preveze akutne in kronične rane

- Psihofizična priprava pacienta; razložimo mu postopek našega dela, ga namestimo v udoben položaj ter po naročilu zdravnika apliciramo analgetik ($VAS \geq 3$).
- Pacientu zagotovimo intimnost.
- Pripravimo si vse potrebne pripomočke za prevezo rane, prijetno topla naj bo temperatura prostora.
- Po standardu zdravstvene nege si umijemo in/ali razkužimo roke.
- Po potrebi si nadenemo masko, kapo in zaščitni predpasnik.
- Razkužimo si roke.
- Na delovni površini si (upoštevamo polje čistosti in sterilnosti) odpremo sterilni set za prevezo rane ali posamezno pakiran material oz. instrumente.
- Iz sterilnega seta z instrumentom pinceto vzamemo kompreso, s katero zaščitimo rano in njeno okolico ter posteljo (nepričakovan močan izcedek).
- Nadenemo si zaščitne rokavice, s katerimi odstranimo obvezilni material in/ali sekundarno sodobno oblogo do primarne obloge.
- Odvržemo rokavice, razkužimo si roke.
- S pinceto, z občutkom glede pacientove bolečine, odstranimo primarno oblogo in izvedemo toaleta rane. Pri tem opazujemo količino, vrsto, vonj, barvo izločka, morebitne spremembe v rani in okolici rane itn.
- Postopek preveze akutne kot kronične diabetične rane je aseptični.
- Toaleta akutne rane izvajamo s tamponi (enkratni potegi), prelitimi s fiziološko raztopino, najprej po rani, nato izvedemo še toaleta okolice rane. Idealna temperatura tekočin je 37 °C. Kronično rano irigiramo s fiziološko raztopino ali po potrebi z antiseptično raztopino, dokler le-ta ni čista. Raztopine z dodatkom antiseptika so izdelane na vodni osnovi, z dodatkom snovi, ki vlažijo, čistijo, odstranjujejo odmrle delce v rani in jo dekontaminirajo. Ob redni uporabi preprečujejo pojav infekcije. Zanje je značilno, da hitro absorbirajo neprijetne vonjave iz rane in pospešujejo naravno celjenje rane. Uporabljamo jih po odstranitvi vseh oblog iz rane, in sicer tako, da z njo speremo rano (Shai, 2005).
- Okolico kronične rane osušimo.
- Pinceto odložimo v razkuževalnik v kolikor je ne bomo potrebovali za toaleta okolice rane.
- Primerno moramo oskrbeti tudi ožjo (maceracija) in širšo okolico kronične rane, odstraniti zasušeno kri, odmrlo kožo, umazanijo itn. ter po potrebi zaščititi okolico rane. Zaščitno sredstvo nanesemo nežno in v tankem sloju na osušeno kožo v polmeru 1–2cm. Lahko ga nanesemo z rokavico ali tamponom. Širša okolica rane nam zaradi skrbi za kronično rano nemalokrat ne vzbudi zadostne pozornosti. Negovana širša okolica rane bo pripomogla k uspešnemu zdravljenju kronične rane, če je ne negujemo, lahko pospeši dodatne nepotrebne zaplete (širjenje rane in novonastale ranice). Najpogostejša sredstva, ki jih uporabljamo za nego okolice rane, so mazila in kreme (Birk, 2010). Ob močnem dotikanju oz. tiščanju prstov le-te ločimo z netkanim materialom v kolikor ni potrebna aplikacija obloge.
- Ob zdravniškem pregledu rane oz. pacienta smo prisotni. Posredujemo pomembna opažanja glede rane, krvavitve, izločka ali ostalega zdravstvenega stanja, ki nam ga je povedal pacient ali smo ga sami opazili. Pacienta opazujemo kot celoto in nismo osredotočeni samo na rano in njeno okolico. Ob morebitni zahtevi za dodaten poseg (odstranitev šivov ali sponk, odstranitev drenaže – običajno drugi dan po operaciji,

odstranitev fibrina, nekrektomija) izročimo zdravniku želen instrument oz. na rano sterilno apliciramo primarno in sekundarno sodobno oblogo po naročilu zdravnika.

- Instrument odložimo v razkuževalnik.
- Kadar je okolica rane macerirana, poškodovana itn., ne uporabljamo sodobnih oblog z lepljivim robom, ampak povoj.
- Dokončno uredimo pacienta (začasni čevelj, soft cast, bergle itn., dosežemo razbremenjevanje rane).
- Razkužimo si roke.
- Pospravimo in očistimo delovno površino, pacientovo posteljo oz. preiskovalno mizo.
- Razkužimo si roke.
- Izvedeno delo oz. poseg in opažanja ustrezno dokumentiramo (fotografija, pisno, računalniško).

Če je pacient zdravljen ambulantno, mu izročimo pismen izvid ter razložimo morebitne nejasnosti (Debelak 2006).

POMEN PREHRANE PRI PACIENTIH Z RANO

Prehranska in metabolna podpora diabetika, še posebno pravilna (pred)priprava na operativni poseg (če je to glede na nujnost operacije seveda mogoče), je zato ključnega pomena ne le zaradi preprečevanja podhranjenosti kot take, temveč tudi zaradi zmanjševanja pogostosti zapletov v pooperativnem obdobju, zniževanja umrljivosti in zmanjšanje trajanja hospitalizacije. Pri normalno hranjenih pacientih zadostuje skrb za preprečevanje razvoja insulinske rezistence in predoperativnega katabolizma, pri podhranjenih pacientih pa je potrebno predoperativno umetno hranjenje (Mravlje, 2011).

Zaradi tesne povezanosti med celjenjem kronične rane in stanjem presnove posameznega diabetika je pomembno, da vsakega pacienta individualno prehransko obravnavamo in prilagodimo prehransko podporo njegovim presnovnim potrebam. Poznavanje presnovnih potreb pacienta nam omogoča tudi smotrno uporabo specifičnih prehranskih intervencij z argininom, glutaminom in dodatki mikrohranil (Rotovnik, 2007).

ZAKLJUČEK

Zdravljenje diabetičnega stopala obsega tri skupine ukrepov: preprečevanje razjed, zdravljenje obstoječih razjed in strokovno zdravstveno nego ran in okolice ran ter preprečevanje ponovitve. Skupni cilj je preprečevanje nastanka razjed, gangrene in na ta način zmanjšanja števila in višje stopnje amputacij, kot tudi zmanjšati stopnjo bolečine. V preventivi so ključnega pomena zdravstvena vzgoja pacientov, svojcev in zdravstvenega osebja, pravilna zdravstvena nega nog in medicinska pedikura ter zagotavljanje primerne obutve. Za pravilno oskrbo je potrebno sodelovanje mnogih strokovnjakov različnih strok, saj lahko le multidisciplinarna obravnava prikaže različne dejavnike, ki so pomembni za nastanek bolezenske slike, in tako omogoči celostno obravnavo. Veljavna in zgodnja diagnoza zapleta sindroma diabetične noge skupaj z izobraževanjem sladkornih bolnikov o tveganju za nastanek razjede na stopalu zmanjšuje incidenco amputacij. Diabetes ne boli in ravno

odsotnost bolečine je verjetno glavni razlog, da je tako težko skrbeti za dobro urejenost sladkorne bolezni.

Ob periferni senzorični nevropatiji je zmanjšan ali odsoten občutek za bolečino, temperaturo in vibracijo. Zaradi tega pacient ni pozoren na poškodbe na stopalih ali ob poškodbah ne ukrepa ustrezno. Kljub rani na podplatu hodi in nosi pretesne čevlje (Urbančič 2006).

Pri svojem delu in s pogovorom pri pacientih še vedno kljub zelo veliki izbiri analgetikov opažam, da so pacienti deležni bolečin ob sami prevezi rane ali po njej. Vsekakor so strokovna usposobljenost (dobra priprava na postopek preveze rane, izbira ustrezne obloge za rano, adekvatna analgezija), znanje in motivacija tisti dejavniki, ki lahko zmanjšajo ali izničijo bolečino.

Ishemična bolečina, ki je prisotna več mesecev pred amputacijo, je pogosto edini razlog, ko pacient pristane na operacijo. Bolečina po operaciji izgine, pojavi se lahko fantomska bolečina, kjer gre za tipično nevropatsko bolečino in jo je pogosto zelo težko lajšati. Le-ta je lahko tudi vzrok kontraktur, ki se lahko razvijejo v sklepih spodnjih udov zaradi nepravilnega položaja krna, kar onemogoča uspešno rehabilitacijo pacienta.

Medicinska sestra lahko s strokovno komunikacijo tako v primeru bolečine kot sramu zaradi spremenjene telesne podobe pacientu prinese vpogled v samaga sebe in osebnostno rast. Poznamo pa tudi paciente, ki niso nikoli sprejeli svoje spremenjene telesne podobe, ki so postali jezni, zagrenjeni in osamljeni ljudje, ali pa taki, ki so se v začetku jokali, na koncu pa so se smejali.

Objektivno merilo kakovosti zdravstvene oskrbe je končni izid zdravljenja pacienta.

LITERATURA

- Birk, K., 2010. *Zdravstvena nega kronične rane in njene okolice*: 5. simpozij o kronični rani, okužbi mehkih tkiv in skeleta z mednarodno udeležbo. Portorož, 22.–23. 4. 2010. Zbornik predavanj. Ljubljana: Kirurška klinika. Klinični oddelek za kirurške infekcije, pp. 150–154.
- Debelak, A., 2006. *Prikaz preveze akutne in kronične rane*: I. Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo. Portorož, 2.–3. 6. 2006. Zbornik predavanj. Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane. Ljubljana: Kirurška klinika. Klinični oddelek za kirurške infekcije, pp. 119–122.
- Jovišić, I., Debelak, A., 2013. *Vsaka diabetična rana ima svojo zgodbo: Izziv ali problem pri oskrbi ran*: Strokovno izobraževanje z učnimi delavnicami. Portorož, 15.–16. 3. 2013. zbornik predavanj. Ljubljana: DORS.
- Mlinar, R. B., 2006. *Oskrba rane nekoč*: I. Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo. Portorož, 2.–3. 6. 2006. Zbornik predavanj. Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane. Ljubljana: Kirurška klinika. Klinični oddelek za kirurške infekcije, pp. 10–15.

- Mihevc, M., 2006. *Sodobne obloge po klasifikaciji, pravilno nameščanje in odstranjevanje*: I. Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo. Portorož, 2.–3. 6. 2006. Zbornik predavanj. Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane. Ljubljana: Kirurška klinika. Klinični oddelek za kirurške infekcije, pp. 123–128.
- Mravlje, Ž., 2011. *Pomen prehrane pri kirurških bolnikih*: 6 Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo, Portorož, 12.–13. 5. 2011. Zbornik predavanj. Napredno zdravljenje kronične rane in okužbe tkiv. Ljubljana: Kirurška klinika. Klinični oddelek za kirurške okužbe, pp. 40–47.
- Rotovnik, N., 2007. *Priporočila prehranske obravnave bolnikov s kronično rano*: II. Konferenca o ranah z mednarodno udeležbo. Portorož, 31.5.–2. 6. 2007. Zbornik predavanj. Ljubljana: Kirurška klinika. Klinični oddelek za kirurške okužbe, pp. 61–70.
- Shai, A., Maibach. HI., 2005. *Antibiotics, Antiseptics and Cutaneo Ulcers*. Wound Healing and Ulcers of the Skin. Springer-Verlang Berlin Heideburg., pp. 133–150.
- Triller, C., 2006. *Kronična rana*: I. Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo. Portorož, 2.–3. 6. 2006. Zbornik predavanj. Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane. Ljubljana: Kirurška klinika. Klinični oddelek za kirurške infekcije, pp. 23–27.
- Urbančič, R. V., 2006. *Diabetična noga. Sladkorna bolezen*. Priročnik. Ljubljana, pp. 176–194.

SPORAZUMEVANJE V PALIATIVNI ZDRAVSTVENI NEGI

COMMUNICATION IN PALLIATIVE NURSING CARE

Branka Červ, prof. zdr. vzg.
Univerzitetni klinični center Ljubljana
branka_cerv@hotmail.com

IZVLEČEK

Sočutno in učinkovito sporazumevanje je temelj paliativne zdravstvene nege. Strokovne sposobnosti medicinske sestre, ki deluje v paliativni oskrbi, zahtevajo večšine sporazumevanja. Sporazumevanje je vzajemen proces, pri katerem gre tako za besedno posredovanje sporočil kot za nebesedno potrjevanje sporočenega in vzpostavljanje odnosov. Da bi bili seznanjeni s pacientovimi potrebami, je dobro, da smo čuječno prisotni in aktivno poslušamo. Tako pacienta podpremo, pritegnemo k sodelovanju in mu pomagamo krmariti skozi zapleten zdravstveni sistem. V sporazumevanje poleg pacienta vedno vključimo tudi njegove bližnje in jih tako podpremo ter jim omogočimo soodločanje o pacientovi oskrbi.

Ključne besede: sporazumevanje, paliativna zdravstvena nega, čuječna prisotnost, aktivno poslušanje

ABSTRACT

Compassionate and effective communication is fundamental in palliative nursing care. Professional attributes of a palliative care nurse demand communication skills. Communication is a reciprocal process of verbal communication of messages, their nonverbal confirmation and relationship formation. To be knowledgeable about patient's needs, we should practice mindful presence and active listening. In this way, we provide support, stimulate patient's collaboration and help him/her navigate through the complex health care system. We always include patient's loved ones in our communication to support them and to enable them to participate in mutual decision-making regarding patient's care.

Key words: communication, palliative nursing care, mindful presence, active listening

UVOD

Sočutno in učinkovito sporazumevanje je temelj paliativne zdravstvene nege. Je osnova za prepoznavo in oceno težav, spremljanje učinkovitosti pomoči, odziv na trpljenje, razumevanje žalovanja ter pomoč pri le-tem (Malloy, et al., 2010). Vpleteni v sporazumevanje govorijo, poslušajo, opazujejo, pošiljajo in sprejemajo sporočila ter tako vplivajo drug na drugega na besedni in na nebesedni ravni (Wittenberg-Lyles, et al., 2013). Poglavitna zakona sporazumevanja (Watzlawick, et al., 1967 cited in Wittenberg-Lyles, et al., 2013) pravi, da:

- se ne moremo ne-sporazumevati in da

- vsako sporazumevanje poteka na dveh ravneh: vsebinski in odnosni.

Z besedami posredujemo vsebino, nebesedna »govorica« pa »opisuje« odnose oziroma razmerja in je v paliativni zdravstveni negi veliko pomembnejša, kot si običajno predstavljamo (Wittenberg-Lyles, et al., 2013).

Klinična praksa kaže, da imamo s sporazumevanjem težave. Medicinskim sestram se zdi, da so za sporazumevanje bolj ali manj nadarjene. Na srečo je sporazumevanje veččina, ki se jo je mogoče naučiti in si tako olajšati in oplemenititi delo ter prispevati k boljši oskrbi.

Namen članka je predstaviti nekatera novejša dognanja o sporazumevanju v paliativni zdravstveni negi, predvsem o nebesednem vidiku le-tega.

NALOGE IN STROKOVNE SPOSOBNOSTI MEDICINSKIH SESTER V PALIATIVNI ZDRAVSTVENI NEGI

Sporazumevanje, ki poteka v paliativni oskrbi, je intenzivno. Za razmislek o tem, kaj je potrebno za dobro sporazumevanje, je dobro najprej opredeliti delo medicinskih sester in strokovne sposobnosti, potrebne, da se to delo opravi.

Medicinske sestre v paliativni oskrbi opravljajo različne naloge. Kot ugotavljata Pavlish in Ceronsky (2009), so to naloge poučevanja, skrbi, usklajevanja, zagovorništva in pritegnitve virov.

Medicinske sestre menijo, da so za opravljanje teh nalog potrebne sledeče strokovne sposobnosti (Pavlish, Ceronsky, 2009):

- **posedovanje potrebnega strokovnega znanja**, kar med drugim pomeni **poznavanje pacienta** in njegovih želja,
- **odkritost**, ki je predpogoj za vzpostavitev zaupnega odnosa in za poenotenje stališč, vpletenih glede bolezni, njenega poteka in oskrbe,
- **usmerjenost na pacientove bližnje** oziroma sposobnost, da pacienta vidimo v mreži odnosov, ki nanj pomembno vplivajo,
- **pozornost**, ki omogoča zaznavo pacientovih edinstvenih razmer in pogosto komaj zaznavnih potreb,
- **prisotnost**, ki je sposobnost, da smo s pacientom v vrtincu spreminjajočih se razmer, da smo dosegljivi, da poslušamo in da dajemo ljudem občutek, da smo z njimi,
- **sodelovanje**, ki je potrebno za dogovarjanje in usklajeno delovanje vseh.

Vse te dejavnosti potekajo s pomočjo sporazumevanja, ki se odvija na besednem nivoju, s podajanjem jasnih dejanskih vsebin in na nebesednem nivoju, kjer na različne načine potrjujemo povedano in pletemo odnose (Wittenberg-Lyles, et al., 2013).

BESEDNO IN NEBESEDNO SPORAZUMEVANJE

Na besednem nivoju sporazumevanja pacienta in njegove bližnje podpiramo tako, da skozi pogovor ugotovljamo njihovo potrebo po informacijah, nudimo pojasnila v primeru nesporazumov, poučujemo in posredujemo potrebne informacije (Wittenberg-Lyles, et al., 2013).

Večina sporočil je razumljena skozi nebesedno sporočanje. Kadar se besedno in nebesedno sporočilo ne ujemata, prejemnik veliko bolj verjame nebesednemu sporočilu (Wittenberg-Lyles, et al., 2013).

Oblike nebesednega sporazumevanja so različne:

- z obrazno mimiko, telesnimi gibi ali kretnjami izražamo čustva, s položajem telesa ali očesnim stikom pa na primer zanimanje ali naklonjenost,
- z dotikom lahko izražamo skrb ali sočutje,
- pozorni moramo biti na prostor in razdaljo do drugih, ker medicinske sestre pogosto vstopamo v osebni prostor drugih, kar ni vedno samo po sebi umevno in zaželeno,
- zgovorna sta telesni videz in obleka, s katerima posredujemo sporočila o sebi in zbiramo vtise o pacientih in njihovih morebitnih potrebah,
- pozorni moramo biti tudi na glas, njegovo jakost, višino, hitrost govora, poudarke, ton in drugo, ker nas pacienti dojemajo kot nedostopne, kadar govorimo vzvišeno ali njim nerazumljivo,
- pomemben je čas, ki je kljub večnemu pomanjkanju ključnega pomena pri vseh medčloveških odnosih,
- z odstranitvijo fizičnih pregrad, ki nas ločijo od sogovornika, izražamo povezanost in bližino (Afifi, 2007 cited in Wittenberg-Lyles, et al., 2013).

NARATIVNA ALI PRIPOVEDNA ZDRAVSTVENA NEGA

Kot pravi Gaydos (2005), pacienti ne potrebujejo zgolj lajšanja težav v varnem okolju, ampak si želijo biti slišani in razumljeni. Skozi pripovedovanje zgodb urejajo svoje izkušnje in tako pridejo do smiselno povezane pripovedi o sebi in svetu, v katerem živijo. Te pripovedi je mogoče preoblikovati in problem ločiti od pripovedovalca in njegovega sveta (Aloi, 2009).

Medicinske sestre med pripovedovanjem s pacientom smo, z njim sobivamo. Ko poslušamo in sprejemamo povedano, krepimo razumevanje pacientovih razmer in odnos z njim (Wittenberg-Lyles, et al., 2013). Da lahko pacientu pri tem pomagamo, se poslužujemo tehnik, kot so:

- aktivno poslušanje, kjer smo posebej pozorni na to, kar ni povedano, na vrzeli, nejasnosti in navzkrižja v pripovedi (Aloi, 2009), da lahko zaznamo pacientovo ranljivost in dobimo informacije o tem, kdo so zanj pomembne osebe (Wittenberg-Lyles, et al., 2013),
- povnanjanje občutij, ki pomaga pacientu, da skozi zgodbo izrazi občutke in razmišljanja in svoj problem vidi v širšem okviru (Aloi, 2005; Wittenberg-Lyles, et al., 2013),

- ponovno ustvarjanje zgodbe, ki posamezniku omogoča preoblikovanje razlag in premik s problematične točke osredotočenosti na ozdravitev, v smer oskrbe, ki mu bo omogočala boljšo kakovost življenja (Aloi, 2005; Wittenberg-Lyles, et al., 2013).

SPOROČANJE PODPORE PACIENTU

Na besedni ravni delujemo pomirjujoče in podporno takrat, ko so naša sporočila jasna in osredotočena na osebo. V hierarhiji sporočil imamo taka, ki nudijo šibko, in taka, ki nudijo močno čustveno podporo. Šibko čustveno podporo nudijo tista, ki izražajo posredno ali neposredno zanikanje sogovornikovih čustev, kritiko ali dvom o resničnosti povedanega. Močno čustveno podporo pa nudijo sporočila, ki odkrito prepoznavajo, priznavajo in proučijo sogovornikove občutke (Wittenberg-Lyles, et al., 2013; Jones, 2004).

Nebesedna raven sporazumevanja je za sporočanje podpore pomembnejša kot besedna. Bližino v odnosu s pacientom lahko posredujemo z obraznim izrazom, telesnimi gibi, primerno telesno razdaljo ali tonom glasu. Ob sporočanju slabe novice je pomembno ohranjanje očesnega stika s sogovornikom in v smer sogovornika usmerjeno telo ter prikimavanje, da izrazimo pozornost ter razumevanje oziroma strinjanje. To na pacienta, ki s strahom posluša slabo novico, deluje pomirjujoče in zmanjšuje njegovo negotovost (Wittenberg-Lyles, et al., 2013).

Medicinske sestre se v procesu sporočanja slabe novice bojimo pacientovih čustvenih odzivov. Kadar to, kar se zgodi, ni v skladu z našimi pričakovanji in vnaprejšnjimi predstavami, se zatečemo k presojanju o tem, ali je odziv »normalen« ali ne. Dobro je, da se tega zavedamo in ostajamo v sodbah nevtralni ter izražamo podporo in naklonjenost pacientu (Wittenberg-Lyles, et al., 2013).

POMOČ PACIENTU PRI SOOČANJU Z ZDRAVSTVENIM SISTEMOM

Za pacienta in njegove bližnje so informacije o bolezni ter možnostih zdravljenja in oskrbe nujne za sprejemanje primernih odločitev glede organizacije življenja in oskrbe v prihodnosti. Zavedati se moramo, da so sami največji strokovnjaki za vprašanja svojega življenja in da se njihov vsakdanji svet močno razlikuje od sveta zdravstva (Hammes & Briggs, 2007; Wittenberg-Lyles, et al., 2013). Težave, ki jih prinaša bolezen in zapletenost zdravstvenega sistema, prispevajo k temu, da se v tem sistemu težko znajdejo.

Nemalo ljudi ima težave z zdravstveno pismenostjo. Pri tem gre za težave s pridobivanjem, razumevanjem in uporabo informacij pri odločanju o zdravstveni oskrbi. Zdravstvena pismenost je pogosto slabša pri starejših, revnejših, manj izobraženih in pripadnikih manjšin, ki imajo lahko tudi jezikovne težave. Medicinska sestra s posredovanjem informacij, poučevanjem, svetovanjem in usmerjanjem ter s koordiniranjem dela različnih služb pripomore k zmanjšanju težav, ki jih imajo ljudje ob soočanju z zdravstvenim sistemom (Wittenberg-Lyles, et al., 2013).

Zdravstveni sistem povzroča ljudem težave, ker se v vsem razlikuje od njihovega življenjskega sveta. Svet življenja je vsakdanji svet pacientov in njihovih bližnjih, njihov način sporazumevanja, razumevanja in njihovi jezikovni vzorci (Habermas, 1987 cited in

Wittenberg-Lyles, et al., 2013). Ta svet določa njihovo resničnost in oblikuje njihov pogled na svet. To je svet, ki ga poznajo in obvladujejo (Wittenberg-Lyles, et al., 2013). V okvirih tega sveta razumejo lastno zdravstveno stanje. Svojo prizadetost predstavljajo z opisovanjem občutkov in ne z navajanjem empiričnih podatkov (Wittenberg-Lyles, et al., 2013). Žargon, ki ga uporabljajo zdravstveni delavci, je zanje pogosto nerazumljiv. Naša naloga je, da s pomočjo odnosnega sporazumevanja svet zdravstvenega sistema prevajamo v svet življenja pacientov in njihovih bližnjih (Wittenberg-Lyles, et al., 2013).

SPORAZUMEVANJE S PACIENTOVIMI BLIŽNJIMI

V paliativni oskrbi je enota oskrbe pacient skupaj s svojimi bližnjimi, saj so prizadeti vsi. Trpljenje enega povzroča stres pri drugem (Sherman, 1998).

Pojem »bližnji« zajema v prvi vrsti družinske člane, poleg tega pa tudi druge osebe, ki so s pacientom v tesnih, intimnih odnosih, ne glede na to, ali so z njim biološko ali pravno povezane. Bližnji potrebujejo pozornost in pomoč pri dojetju dogajanja, razumevanju prognoze, tolmačenju telesnih in psihičnih sprememb pri pacientu ter pri sprejemanju odločitev o oskrbi ob koncu življenja (Wittenberg-Lyles, et al., 2013). Pomembno je, da prepoznamo njihove obremenitve, jih seznanimo z boleznijo in možnostmi oskrbe, jim nudimo čustveno oporo, jim omogočimo bivanje s pacientom, jih vključimo v soodločanje o njegovi oskrbi, jih pri tem spodbujamo ter cenimo njihovo poznavanje pacienta in njihov prispevek (Sherman, 1998; Nelson, et al., 2010).

Sporazumevanje z bližnjimi je sestavni del paliativne oskrbe tudi zato, ker je to čas sprejemanja odločitev glede opustitve agresivnejših postopkov zdravljenja v zameno za oskrbo, ki lajša težave in zagotavlja udobje. Pogoste težave ob tem so, da bližnji ne razumejo povedanega, ne poznajo pacientovih prednostnih želja ali zavračajo pomoč (Wittenberg-Lyles, et al., 2013).

Kadar bližnji ne razumejo informacij, ki so jih prejeli, ali potrebujejo dodatne razlage, organiziramo družinski sestanek. Glavni namen teh sestankov je zagotovitev sodelovanja med pacientom, njegovimi bližnjimi in zdravstvenimi delavci za skupno odločanje o oskrbi. Skozi besedno in nebesedno sporazumevanje na družinskem sestanku želimo olajšati negotovost, ki se poraja v zvezi z boleznijo, oskrbo, umiranjem in smrtjo (Wittenberg-Lyles, et al., 2013; Hudson, et al., 2009).

ČUJEČNA PRISOTNOST IN AKTIVNO POSLUŠANJE

Ena od filozofskih podlag za sporazumevanje v paliativni zdravstveni negi je nauk Martina Buberja o dvojnosti človeških odnosov. V odnosu »jaz-ti« drugega dojemamo kot dostojanstveno bitje. Ta odnos predpostavlja vzajemno, celostno izkušnjo dveh bitij, ki sta si pristno blizu in med katerima se razvija dvogovor, vzajemnost in izmenjava. Odnos »jaz-ono« pa pomeni, da je drugi razumljen kot sredstvo ali stvar, s katero želimo upravljati ali jo spreminjati. Svet torej dojemamo dvojno: izkušnjsko skozi odnos »jaz-ono« in odnosno skozi odnos »jaz-ti«. Kot uči Buber, so odnosi tisti, ki človeška življenja napolnjujejo s smislom (Wittenberg-Lyles, et al., 2013). Da bi medicinske sestre zmogle delovati v smislu

odnosa »jaz-ti«, je v paliativni zdravstveni negi pomembno gojiti čuječno prisotnost in aktivno poslušanje.

Čuječna prisotnost je oblika vedenjskega sporazumevanja v paliativni zdravstveni negi, ki pomeni zbrano, na trenutek osredotočeno, nepresoajajočo in sočutno nebesedno prisotnost medicinske sestre ob pacientu in/ali njegovih bližnjih (Wittenberg-Lyles, et al., 2013). Lahko jo opišemo tudi kot odkrito, iskreno in naklonjeno prisotnost (Kabat-Zinn, 2003). To je spretnost, ki jo lahko razvijemo skozi prakso, vaje in izkušnje (Černetič, 2005; Wittenberg-Lyles, et al., 2013). Je ena temeljnih veščin medicinske sestre v paliativni zdravstveni negi, za katero je pomembno, da ji zgolj bivanje brez delovanja in tišina nista neprijetni, da zmore sedeti in delati v tišini in biti včasih skoraj nevidna (Wittenberg-Lyles, et al., 2013).

Samo biti čuječno prisoten in ne delovati pomeni, da smo lahko pozorni na prikrite izraze čustev oziroma trpljenja pri pacientu in/ali njegovih bližnjih in da prepoznavo in priznanje teh čustev lahko izrazimo nebesedno, skozi uporabo prostora in dotika. Ni nujno, da podpora vedno nudimo s pomočjo besed ali zdravstveno-negovalnih postopkov, včasih je primerneje ponuditi tiho nebesedno podporo (Wittenberg-Lyles, et al., 2013) in čas.

Druga pomembna veščina v paliativni zdravstveni negi je aktivno poslušanje, ki zahteva (Wood, 2009):

- čuječno prisotnost oziroma uglasitev z osebo, ki jo poskušamo slišati, ne da bi se nam pri tem vsiljevale lastne misli in občutki,
- telesno sprejemanje sporočila, ki zahteva obvladovanje možnih motenj,
- izbiranje pomembnih delov sporočila, ki zahteva osredotočenost na bistvo sporočila,
- urejanje sporočila, ki omogoča prilagojen odziv,
- tolmačenje sporočila s stališča sogovornika, ki je naša etična zaveza,
- odziv na sporočilo, s katerim pokažemo, da nam je za sogovornika in njegovo pripoved mar,
- pomnjenje sporočila tako, da izpuščamo podrobnosti in si zapomnimo osnovno idejo in splošni vtis.

Pri aktivnem poslušanju ne gre zanemariti pomena tišine. Z njo posredujemo spoštovanje in sočutje ter dajemo sogovorniku priložnost in čas, da se razkrije in nam zaupa svoje skrbi (Wittenberg-Lyles, et al., 2013).

Rezultat čuječne pozornosti in aktivnega poslušanja je, da smo zmožni stvari videti drugače. Ta sprememba v dojetju nam omogoča videti stvari, ki jih prej nismo zaznali. Šele ko nam uspe stvari videti z vidika pacienta in njegovih bližnjih, se nam razkrije to, kar je treba (po)storiti (Wittenberg-Lyles, et al., 2013).

ZAKLJUČEK

V paliativni zdravstveni negi sta za učinkovito sporazumevanje potrebni tako dobra izmenjava informacij kot tudi čustvena podpora, zato je nebesedno sporazumevanje, ki izraža našo čustveno naravnost do sogovornika, zelo pomembno. Služi nam lahko kot dragoceno orodje za vzpostavljanje pristnih odnosov s pacienti in njihovimi bližnjimi.

Odnosi z medicinskimi sestrami so za paciente nadvse pomembni. Zanje predstavljajo temeljno ločnico med skrbno zdravstveno nego in zanemarjanjem. Dober odnos z medicinsko sestro pacientu vliva moč, ga krepi in vpliva na njegovo počutje. Ko torej ne znamo, ne zmoremo ali nočemo vzpostaviti povezanosti s pacientom, poslabšujemo kakovost njegovega življenja (Halldorsdottir, 2008).

Seveda lahko s primerno in jasno besedo pacientu in njegovim bližnjim pomagamo, a odnos, ki ga uspemo vzpostaviti, daje ton in smisel vsemu. Zato je poudarek dan odnosnemu sporazumevanju, prisotnosti in bivanju s pacientom ter poslušanju in tišini. Dobro je, da ozavestimo svoj način sporazumevanja in se poleg besednega naučimo tudi nebesednega sporazumevanja. Najboljše pa je, če pri svojem delu lahko živimo Buberjev nauk o odnosu »jaz-ti« in postaneta čuječna prisotnost in aktivno poslušanje naša vsakdanja praksa.

LITERATURA

- Aloï, J. A., 2009. *The nurse and the use of narrative: an approach to caring*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16(8), pp. 711–715.
- Černetič, M., 2005. *Biti tukaj in zdaj: Čuječnost, njena uporabnost in mehanizmi delovanja*. Psihološka obzorja, 14(2), pp. 73–92.
- Gaydos, H. L., 2005. *Understanding personal narrative: an approach to practice*. Journal of Advanced Nursing, 49(3), pp. 254–259.
- Halldorsdottir, S., 2008. *The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22, pp. 643–652.
- Hammes, B. J. & Briggs, L., 2007. *Advance care planning facilitator manual*. La Crosse: Gundersen Lutheran Medical Foundation, Inc., pp. 1.1–1.19.
- Hudson, P., Thomas, T., Quinn, K. & Aranda, S., 2009. *Family meetings in palliative care: Are they effective?* Palliative Medicine, 23(2), pp. 150–157.
- Jones, S., 2004. *Putting the person into person-centered and immediate emotional support: emotional change and perceived helper competence as outcomes of comforting in helping situations*. Communication Research, 31(3), pp. 338–360.
- Kabat-Zinn, J., 2003. *Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future*. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2), pp. 144–156.
- Malloy, P., Virane, R., Kelly, K. & Munévar, C., 2010. *Beyond bad news: Communication skills of nurses in palliative care*. Journal of Hospice and Palliative Nursing, 12(3), pp. 166–174.

- Nelson, J. E., Puntillo, K. A., Pronovost, P. J., Walker, A. S., McAdam, J. L., Ilaoa, D., et al., 2010. *In their own words: Patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit*. *Critical Care Medicine*, 38(3), pp. 808–818.
- Pavlish, C. & Ceronsky, L., 2009. *Oncology nurses' perception of nursing roles and professional attributes in palliative care*. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(4), pp. 404–412.
- Sherman, D. W., 1998. *Reciprocal suffering: The need to improve family caregivers' quality of life through palliative care*. *Journal of Palliative Medicine*, 1(4), 357–366.
- Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., Ferrell, B. & Ragan, S. L., 2013. *Communication in palliative nursing*. Oxford: Oxford University Press, pp. 1–5, 24–30, 62–67, 94–105, 120–125.
- Wood, J. T., 2009. *Communication in our lives*. Boston: Wadsworth/Cengage Learning, pp. 77–83.

PRAVNE PODLAGE ZA ORGANIZACIJO DELA ZA TEHNIKE/TEHNICE ZDRAVSTVENE NEGE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

LEGAL GROUNDS FOR THE ORGANIZATION OF WORK FOR NURSE TECHNICIANS IN GENERAL HOSPITAL SLOVENJ GRADEC

Tina Vetter, mag. zdr. nege.
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
tina.vetter@sb-sg.si

IZVLEČEK

Uvod: Glavne oz. vodilne medicinske sestre na oddelkih morajo poznati zakonska določila, ki jih zavezujejo pri organizaciji večizmenskega dela, in jih morajo tudi upoštevati.

Metode: Uporabili smo kvantitativno metodologijo dela. Kot instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga razvili na podlagi literature (Pravilnik o delovnem času, kolektivna pogodba,...). Razdelili smo ga med glavne medicinske sestre oddelkov in enot, kjer organizirajo večizmensko delo za TZN.

Rezultati: Ugotovili smo, da kljub majhnemu odstotku iskanja zakonskih določil v pravnih virih glavne medicinske sestre poznajo in upoštevajo veljavno zakonodajo, ki jih zavezuje pri organiziranju večizmenskega dela. Ugotovili smo, da glavne medicinske sestre v celoti racionalno ne organizirajo dela za TZN. Ugotovili smo, da so najpogostejši problemi, s katerimi se srečujejo glavne medicinske sestre pri organizaciji večizmenskega dela: nezadostno število negovalnega kadra (25 %), pogoste odsotnosti zaradi bolniških staležev, študijskih dopustov in izrednih dopustov, delavčevih želja (20 %) ter upoštevanje delavčevih pravic, invalidskih omejitev (18 %).

Diskusija: Ugotovili smo, da glavne medicinske sestre kršijo zakonska določila bodisi zaradi primanjkljaja negovalnega osebja bodisi zaradi uveljavljanja pravic zaposlenih, večkrat pa tudi zaradi delavčevih želja. S spremembo miselnosti izobraženega in naprednega vodstvenega kadra, ki bo optimalno in racionalno organiziral večizmensko delo, ter na drugi strani s posluhom delodajalca in države za ureditev plačila in pripravljenostjo vseh zaposlenih, bomo lahko optimizirali proces in organizacijo dela brez škode in škodljivih posledic tako za paciente kot tudi za vse zaposlene.

Ključne besede: delovna zakonodaja, izmensko delo, pravice, dolžnosti, odgovornost

ABSTRACT

Introduction: Chief or head nurses have to be familiar with the legislation regarding the organization of shift work and follow it.

Methods: the intent of the research has been to examine the expertise and compliance with the legislation and point out the most common problems that occur in the organization of shift work in a particular hospital.

Results: we have discovered that despite the fact that only a small percentage of head nurses actually look up provisions in the legislation, they follow the provisions and possess knowledge about it. We have also discovered that head nurses cannot organize shift work rationally to the full extent. The most common problems which head nurses have to face are: inadequate number of nursing staff (25%), common absences due to sick leaves, training leaves and special leaves, employer's requests (20%), following employee's rights, limitations due to invalidity (18%).

Conclusion: we have found out that head nurses violate the provisions of the legislation either as a result of staff shortage, or the enforcement of workers' rights. In many cases the violations occur due to the employer's requests. We will be able to optimize the process and organization of work without causing damage to the patients as well as the employees, only by changing our mentality and by having well educated staff with progressive thinking that shall be willing to optimize and organize shift work rationally. Additionally, we need to have support from the employers and the government to take care of the financial aspect..

Keywords: labour legislation, shift work, , rights, duties, responsibility

UVOD

Pri delu prihajajo ljudje v stik z naravo in njenimi materijami, pa tudi s predmeti dela in delovnimi sredstvi. Najpomembneje pa je, da prihajajo v stik drug z drugim, pri čemer se porajajo določena razmerja. Delo in razmerja, ki nastajajo v zvezi z njim, so bili kot predmet prava obravnavani v vseh zgodovinskih formacijah, vendar so glede na zgodovinsko pogojenost takratnih družbenih razmer za njihovo urejanje zadostovali predpisi zasebnega prava. V kapitalizmu, ki je sprostil delovno silo, je nastopila potreba po pravnem urejanju določenega razmerja s posebnimi predpisi. Z razvojem kapitalizma in pojavom mezdnega delavca je med prvimi nastala potreba po urejanju mezdnega dela. Delavski razred se je zato organiziral v sindikate, da bi lahko bolj enakopravno nastopal proti delodajalskemu razredu v boju za zajamčene pravice, kot so primerna plača, omejitev delovnega časa, letni dopust, varstvo pri delu,... Rezultat organiziranega delavskega gibanja po vsej Evropi v začetku 20. stoletja, še posebej po letu 1919, ko je bila ustanovljena Mednarodna organizacija dela, je bil, da se je mednarodna zakonodaja izoblikovala prej kot posamezne nacionalne in je zato bila osnova za njihov razvoj, oblikovanje in obstoj. Iz norm mednarodne zakonodaje se je v okviru pravnega sistema postopoma razvila posebna samostojna pravna veja (delovno pravo), ki ureja pravice in dolžnosti delavcev, pa tudi organizacijo in funkcijo tistih institucij, ki se ukvarjajo z delovnimi razmerji. Mednarodna organizacija dela še danes posega na področje razmerij med delavci in delodajalci. Njen vpliv se kaže zlasti v sprejetih konvencijah in priporočilih, ki jih ratificira večina držav, tudi Slovenija (Mežnar, 2007).

Delovno razmerje je pogodbeno razmerje posebne vrste, kjer morata obe pogodbeni stranki – delavec in delodajalec – spoštovati ne le dogovorjene pogodbene obveznosti, temveč tudi zakonske norme in druge heteronormne predpise in kolektivne pogodbe, kar pomeni, da je svoboda pogodbenih strank pri sklepanju pogodbe o zaposlitvi in urejanju delovnih razmerij omejena z zakonskimi predpisi in kolektivnimi pogodbami (Mežnar, 2007).

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec (SB SG) je javni zavod. Uvrščena je med regionalne bolnišnice. Zaposluje 712 delavcev, od tega 332 delavcev negovalnega kadra.

Organizacija zdravstvene nege je določena s Pravilnikom o organizaciji, delovanju in vodenju zdravstvene in babiške nege ter oskrbe v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec.

Zaradi vse večje svetovno-gospodarske krize in nezavidljivega finančnega položaja, v katerem se je znašel slovenski zdravstveni sistem, je tudi na področju zdravstvene nege vedno težje zagotavljati 24-urno neprekinjeno zdravstveno varstvo, obenem pa upoštevati pravice delavcev, ki jim pripadajo po obstoječi zakonodaji. Tudi Evropska federacija združenj medicinskih sester EFN (European Federation of Nurses Associations) je januarja 2012 predstavila vpliv finančne krize na medicinske sestre v državah članicah. Vse od nastopa krize v letu 2008 EFN spremlja njene učinke na medicinske sestre in zdravstveno nego. Zmanjšali so se dohodki, povečala brezposelnost, odpuščajo se medicinske sestre, zaposlujejo se manj izobraženi kadri. Posledično je padla kakovost zdravstvene nege in varnost pacientov.

V Sloveniji na področju zdravstvenega varstva še danes nimamo sprejetih kadrovskih normativov v ZN. Z vidika sodobne zdravstvene nege prikazujemo, načrtujemo in vrednotimo delo izvajalcev zdravstvene nege glede na potrebe pacienta. Kategorizacijski sistemi so bili razviti, da bi lahko objektivno prikazovali delovne obremenitve izvajalcev zdravstvene nege. Danes obstaja v svetu več kot tisoč različnih sistemov kategorizacije. Namen teh kategorizacijskih sistemov je razporeditev pacientov glede na potrebe po zdravstveni negi v določenem časovnem obdobju (Klančnik Gruden, et al., 2011).

V Sloveniji izvajamo kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege že od leta 2003, povzeto po sistemu San Joaquin, ki temelji na teoriji Dorothee Orem – modelu samooskrbe. Ta sistem smo prilagodili našim potrebam, organizacijskim in kulturnim razlikam (Klančnik Gruden, et al., 2011).

Razširjen strokovni kolegij za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravje je kot vrhovni organ na področju zdravstvene nege leta 2003 sprejel sklep, da se metodo kategorizacije pacientov uveljavi v vse slovenske bolnišnice. Ustanovljen je bil tudi Kolegij za poenotenje slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege z nalogo, ugotoviti verodostojnost, zanesljivost in uporabnost metode in pridobljenih podatkov (Klančnik Gruden, et al., 2011).

V SB SG je na negovalnih oddelkih potrebno zagotavljati 24-urno neprekinjeno zdravstveno varstvo. Na večini oddelkov je za tehnike zdravstvene nege (TZN) organizirano večizmsko delo, 7-urni delovnik dopoldne in popoldne, 10 ur ponoči in 12 ur ob sobotah, nedeljah in praznikih.

Glavne medicinske sestre oddelkov predstavljajo srednji management v bolnišnici. Zaradi pomanjkanja kadra vedno težje razpisujejo urnike za večizmsko delo. V zadnjih letih se je pri TZN nakopičilo več kot 12.230 neizkoriščenih ur.

Zaradi vse večje gospodarske krize, novo sprejetih zakonskih določil, Zakona za uravnavanje javnih financ (ZUJF) je onemogočeno dodatno zaposlovanje negovalnega kadra, ni nadomeščanj za t. i. naravne odhode (upokojitev,...). TZN, ki so dopolnili 50 let, se zaradi vse večjih obremenitev na delovnem mestu pogosteje odločajo izkoristiti pravico opravljanja samo dnevne oblike dela (brez opravljanja nočne izmene), kar določa tudi 46. člen kolektivne pogodbe za zaposlene v zdravstveni negi.

PREDSTAVITEV RAZISKAVE

Namen raziskave je ugotoviti poznavanje in upoštevanje zakonskih določil ter poiskati najpogostejše težave pri organizaciji večizemskega delovnega procesa v izbrani bolnišnici.

Cilji empirične raziskave:

- na podlagi veljavne zakonodaje ugotoviti, v kolikšni meri so glavne medicinske sestre oddelkov seznanjene z veljavno zakonodajo;
- ugotoviti, ali glavne medicinske sestre pri organiziranju večizemskega dela upoštevajo veljavno zakonodajo;
- ugotoviti, ali glavne medicinske sestre racionalno organizirajo delo;
- ugotoviti najpogostejše probleme, s katerimi se srečujejo glavne medicinske sestre pri organizaciji večizemskega dela za TZN;
- ugotoviti, ali je na podlagi podatkov iz raziskave pri TZN kršena veljavna delovna zakonodaja;
- poiskati predloge za izboljšanje organizacije večizemskega dela pri TZN.

1. Raziskovalno vprašanje:

Ali glavne medicinske sestre poznajo veljavno delovno zakonodajo, ki jih zavezuje pri organiziranju večizemskega dela za TZN?

2. Raziskovalno vprašanje:

Ali glavne medicinske sestre upoštevajo veljavno delovno zakonodajo?

3. Raziskovalno vprašanje:

Kateri so najpogostejši problemi, s katerimi se srečujejo glavne medicinske sestre pri organizaciji večizemskega dela za TZN?

METODE

Uporabili smo kvantitativno metodologijo dela. Kot instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga razvili na podlagi literature (Pravilnik o delovnem času, kolektivna pogodba,...). Razdelili smo ga med glavne medicinske sestre oddelkov in enot, kjer organizirajo večizemsko delo za TZN. Zaradi geografske omejitve raziskave ter malega števila vodstvenega kadra oz. glavnih medicinskih sester je bil vzorec raziskave majhen. Razdelili smo 30 anket. Pridobljene podatke smo obdelali in interpretirali. Podatke smo vnesli v Excel in jih uvozili v statistični program SPSS 19.0 ter jih s statističnimi metodami obdelali (t-test).

REZULTATI IN DISKUSIJA

V raziskavi so sodelovale glavne oz. vodilne medicinske sestre v SB SG, ki organizirajo večizemsko delo. Vse anketiranke so bile ženskega spola. Največ anketirank, skoraj polovica, je bilo starih od 40 do 50 let, tretjina anketirank je bilo starih od 30 do 40 let, 15 % anketirank je bilo starih nad 50 let. 85 % anketirank je imelo visoko strokovno izobrazbo, 10

% pa univerzitetno. To pokaže rezultat, da nobena anketiranka oz. glavna medicinska sestra ni imela več samo višje šole, kar je zelo spodbudno, saj je le dobro izobražen vodstveni kader lahko učinkovit. Skoraj polovica anketirank opravlja svojo funkcijo manj kot 5 let, medtem ko manj kot 5 % anketirank opravlja to funkcijo več kot 20 let, kar izkazuje, da anketirane glavne medicinske sestre relativno kratek čas opravljajo svojo funkcijo.

Glavne medicinske sestre v omenjeni ustanovi se vsakodnevno srečujemo s problemi in težavami pri organizaciji večizemskega dela. Včasih so te težave manjše, v smislu, ko želimo čisto po človeških nazorih ugoditi zaposlenim, da bi jim čim bolj olajšali delo oz. prihode in odhode z dela, spet so drugič so večje, ko se spopadamo z nezadostnim številom negovalnega kadra zaradi izrednih odsotnosti, predvsem bolniških staležev ali pa celo kar s kontinuiranim deficitom negovalnega kadra. Na eni strani bi želele, da bi bili zaposleni v zdravstveni negi zadovoljni in bi z veseljem opravljali svoje delo ter bi imeli dovolj časa za učinkovito opravljanje zdravstvene nege in tudi dovolj počitka, ki jim zakonsko pripada, na drugi strani so vedno večje zahteve po učinkoviti, varni in kakovostni zdravstveni negi s strani pacientov in vedno pogosteje tudi zahtev po pridobivanju standardov kakovosti, ki bodo kmalu postali obveza vsake bolnišnice. Vsaka posameznica se po svojih močeh spopada s kadrovskimi težavami, da bi zadovoljila potrebe pacientov, zaposlenih in nenazadnje vodstvenega kadra na najvišji instanci ustanove.

Eno izmed raziskovalnih vprašanj, ki so nas zanimala, je bilo, ali glavne medicinske sestre poznajo veljavno delovno zakonodajo, ki jih zavezuje pri organiziranju večizemskega dela za TZN?

Ugotovili smo, da glavne medicinske sestre poznajo veljavno zakonodajo, ki jih zavezuje pri organiziranju večizemskega dela, saj jih 66,7 % zelo dobro pozna zakonsko določilo, da zaposlenega, ki je dopolnil 50 let, praviloma ni mogoče proti njegovi volji razporediti v nočno delo, prav tako jih 47,6 % zelo dobro pozna zakonsko določilo, da mora biti zagotovljena pravica do dnevnega počitka, ki traja najmanj 11 ur nepretrgoma, če gre za neenakomeren delovni čas. Pri poznavanju zakonskega določila, da mora tedenski počitek trajati 36 oz. 37 neprekinjenih ur, in tudi v primerih, ko je delovni čas neenakomerno razporejen, jih 35 % to slabo pozna, le 5 % jih to zelo dobro pozna. Prav tako anketiranke niso dobro seznanjene z zakonskim določilom, da delovna zakonodaja ne določa pravice do tedenskega počitka v koledarskem tednu od ponedeljka do nedelje, temveč v obdobju sedmih zaporednih dni, le 19 % to zelo dobro pozna oz. pozna, enak odstotek jih pa tega ne pozna oz. slabo pozna. To je relativno majhen odstotek, saj se vsakodnevno pri organizaciji dela srečujemo z zagotavljanjem teh počitkov. 40 % anketirank pozna zakonsko določilo, da pri delu, organiziranem v izmenah, med drugim tudi v nočni izmeni, mora delodajalec zagotoviti njihovo periodično zamenjavo, 15 % jih pa to zelo dobro pozna. 40 % anketirank pozna, 15 % pa zelo dobro pozna zakonsko določilo, da sme delavec ene izmene delati ponoči najdlje en teden. Enak odstotek (25 %) anketirank zelo dobro pozna, ne pozna oz. zelo slabo pozna zakonsko določilo, da v posameznem koledarskem letu letni dopust ne sme biti krajši kot štiri tedne. Več kot polovica anketirank (52,4 %) zelo dobro pozna zakonsko določilo, da je mogoče letni dopust izrabiti v več delih, mora pa en del trajati najmanj dva tedna, 23,8 % jih to pozna, le 4,8 % jih tega določila ne pozna. V raziskavi nas je zanimalo, ali glavne medicinske sestre upoštevajo veljavno delovno zakonodajo.

V raziskavi smo ugotovili, da glavne medicinske sestre upoštevajo veljavno zakonodajo, saj jih 85,7 % vedno upošteva, da zaposlenega, ki je dopolnil 50 let, praviloma ni mogoče proti

njegovi volji razporediti v nočno delo, 47,6 % jih vedno upošteva zakonsko določilo, da ima zaposleni pravico samo 1 dan letnega dopusta izrabiti na tisti dan, ki ga sam določi. Delno glavne medicinske sestre upoštevajo zakonsko določilo, da zaposlenim zagotavljajo pravico do dnevnega počitka, ki traja najmanj 11 ur pri neenakomernem delovnem času, saj jih le 14,3 % to vedno zagotavlja, 19 % zelo pogosto, 38,1 % pa občasno. Prav tako jih le 10 % vedno, 30 % pa pogosto zagotavlja pravico, da so po sedemdnevem delu 36 ur neprekinjeno prosti, kar 60 % jih pa to zagotavlja občasno. Skoraj četrtina (22,2 %) anketirank vedno zagotavlja periodično zamenjavo izmen, 44,4 % pa pogosto. Prav tako pri 88,9 % anketirank nočna izmena nikoli ne traja več kot en teden skupaj. Več kot tri četrtine (76,2 %) jih vedno zagotavlja pravico do najmanj dva tedna trajanja letnega dopusta skupaj.

Zanimali so nas tudi najpogostejši problemi, s katerimi se srečujejo glavne medicinske sestre pri organizaciji večizmenskega dela za TZN.

Najpogostejši problemi, s katerimi se srečujejo glavne medicinske sestre pri organizaciji večizmenskega dela, so nezadostno število negovalnega kadra (25 %), pogoste odsotnosti zaradi bolniških staležev, študijskih dopustov in izrednih dopustov ter delavčevih želja (20 %) in upoštevanje delavčevih pravic, invalidskih omejitev (18 %).

ZAKLJUČEK

Organizacija večizmenskega dela v ustanovi, kjer je potrebno zagotavljati neprekinjeno zdravstveno varstvo in oskrbo, je zelo zahtevno in odgovorno delo, za katerega je potrebno poznavanje zakonskih določil, ki zavezujejo delodajalca in vodstveni kader, ki organizira to delo, saj nosi za to delo več vrst odgovornosti.

Organizacija takšne vrste dela postane še veliko težja, ko se morajo glavne medicinske sestre spopadati s primanjkljajem negovalnega kadra, predvsem TZN in posledično z ostankom prostih ur, ki jih ta negovalni kader ne more sprotno izkoristiti, kar pomeni, da so obremenjeni preko delovne obveznosti, kar pa niti ne bi bil takšen problem, če bi dobili izplačane vse nadure, ki jih opravijo v mesecu oz. kot jih dovoljuje zakon. S tem postajajo zaposleni iz dneva v dan bolj nezadovoljni, niso več motivirani in pripravljeni na spremembe oz. novitete.

Glavne medicinske sestre kršijo zakonska določila bodisi zaradi primanjkljaja negovalnega osebja bodisi zaradi uveljavljanja pravic zaposlenih (starost, invalidske omejitve, starševstvo, ...), večkrat pa tudi zaradi delavčevih želja, ki jih po lastnih izkušnjah niti ni tako zelo malo, saj imajo neenakomeren delovni čas, ki jih omejuje tudi pri zasebnem življenju in prostem času.

Gledano z druge perspektive, pa bodo vodstveni kader in tudi vsi zaposleni v takšnih ustanovah morali spoznati, da se je gospodarska kriza razširila posledično tudi na negospodarstvo, in da bodo morali začeti reorganizirati delo ter bolj učinkovito izkoristiti zaposlene in delovišča, kot se to dela že nekaj časa v zasebnem sektorju, saj je tukaj še nekaj rezerv.

S spremembo miselnosti, izobraženim in naprednim vodstvenim kadrom, ki bo optimalno in racionalno organiziral večizmensko delo, ter na drugi strani s posluhom delodajalca in države

za ureditev plačila in pripravljenostjo vseh zaposlenih, bomo lahko optimizirali proces in organizacijo dela brez škode in škodljivih posledic tako za paciente kot tudi za vse zaposlene.

LITERATURA

- Klančnik Gruden, M. & Bregar, B. & Peternelj, A. & Marinšek, N. (2011). *Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN)*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
- *Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi*. Ljubljana. (1998). Uradni list Republike Slovenije, št. 60/98 (28. 8. 1998).
- Mežnar, D. (2007). *Optimalno organiziranje in uspešno vodenje delovnih razmerij*. Kranj: Založba Moderna organizacija v okviru FOV.
- *Zakon o delovnih razmerjih ZDR-1*. (2013). Uradni list Republike Slovenije, št. 21/2013.

POZNAVANJE ZDRAVSTVENE ZAKONODAJE PRI DELU V SPECIALISTIČNIH KIRURŠKIH AMBULANTAH

KNOWLEDGE OF HEALTH CARE LEGISLATION IN THE WORK OF THE SPECIALIS SURGERIES

Urška Kapun Hozjan, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Murska Sobota
kapunster@gmail.com

IZVLEČEK

Čeprav pred začetkom dela na svojem delovnem mestu naredimo ob zaključku pripravništva izpit iz zakonodaje, se velikokrat pri svojem delu niti ne spomnimo na tisto množico zakonov, členov, ampak svoje delo opravljamo rutinsko. Kolikokrat se neželjni škodoželjnosti kje zarečemo o katerem pacientu in se pri tem niti ne zavedamo, da kršimo pravni in moralni vidik zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN).

Vemo in se zavedamo, da ZN v slovenskem prostoru še nima zakonske podlage, ampak prav vsakemu zaposlenemu na področju ZN je glavno vodilo Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije.

Ključne besede: MS/ZT, zakon, Kodeks etike, pravni vidik, moralni vidik, čakalna knjiga

ABSTRACT

Although before entering into working process at the end of traineeing period we (healthcare workers nurses respectively) do legislation exam, we often forget during everyday routine work different laws and articles.

Often we can reveal sensitive informations about pacient without realizing, we have violated the legal and moral aspect of health care.

We know and we are aware of health care problems relating legal basis in Slovenia that does not exist yet. Therefore in Slovenia each employee in health care use as main Guideline the Code of ethics in health care.

Keywords: nurse/nurse staff, legislation, Code of ethics, the legal aspect, the moral aspect, the waiting paper

UVOD

V Sloveniji ZN še nima pravne podlage, a kljub temu lahko vsaka medicinska sestra (v nadaljevanju MS) zabrede v civilno tožbo, pri čemer je glavno vodilo Zakon o pacientovih pravicah (v nadaljevanju ZPacP). Pravno podlago postavljajo pravila, zapisana v zakonih,

pravilnikih, uredbah itd., ki so tudi sankcionirana. Pri ambulantninobravnavi pacienta nas od vsega začetka (naročila) do zaključka spremljajo ZPacP, Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve, Zakon o zdravniški službi, Zakon o zdravstveni dejavnosti ter Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu. Vsi členi se med seboj dopolnjujejo in so naše pravno vodilo pri delu. Slednji opredeljujejo pravice pacienta, obveznosti zaposlenih pri delu s pacientom in njegovo dokumentacijo itd. Če pride do kršenja posameznega člena, lahko sledi kazenska odgovornost (opomin – pisni ali ustni, denarna odškodnina, prisilni dopust itd., če se ugotovi, da je posamezno dejanje kaznivo (Gabor, 2000).

Vzporedno s pravnim vidikom pa nas ob našem delu spremlja tudi moralni vidik. Morala je nekaj, kar je v nas samih, nekaj, za kar vemo, da ni dobro, če naredimo nasprotno. V Sloveniji imamo MS pri tem kot vodilo Kodeks etike MS/ZT, ki bi ga morala poznati vsaka MS in pri svojem delu tudi upoštevati, bilo bi naj naše »zlato pravilo«. Če ga kršimo, ne bomo kazensko preganjani, ampak moralno krivi. V obeh primerih gre za sistem norm oz. pravil, ki se med seboj prekrivajo, dopolnjujejo in v določenih delih tudi delno razlikujejo (Polajnar-Pavčnik, 2001).

Namen prispevka je seznaniti zaposlene v ZN z dejstvom, da zakonodaja v zdravstvu ni samo nekaj, kar sledi končanem pripravništvu v obliki strokovnega izpita, ampak nekaj, kar pri svojem delu moramo poznati in upoštevati. Velikokrat želimo narediti za pacienta nekaj dobrega in pri tem kršimo zakon in se tega niti ne zavedamo, dokler nas ustrezne službe na to ne opozorijo.

ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH

Zakon o pacientovih pravicah je bil sprejet februarja 2008, v uporabo pa je prišel avgusta 2008. Sestavljen je iz 92 členov, ki opredeljujejo 14 pacientovih pravic (12 materialne narave, 2 procesne narave) (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

1. Pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev

Je »mati« vseh pravic. Pacient ima pravico do strokovne zdravstvene oskrbe tudi na sekundarni ravni, v specialistični ambulanti. Pravica do nujne pomoči ima naravo absolutne pravice, saj je ni mogoče pogojevati, še zlasti ne s plačilom ali napotnico.

2. Pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi

Pacient ima pravico do enakovredne obravnave ne glede na njegova moralna, kulturna, verska, filozofska in druga osebna prepričanja. Tu je posebno opredeljena pravica do varstva otrok. V naših ambulantah nudimo prednost obravnave vsem otrokom do 10. leta starosti.

3. Pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev

Pacient ob naročilu v specialistično ambulanto ima pravico do izbora zdravnika specialista in izvajalca zdravstvenih storitev, ki mu bo zaupal svoje zdravljenje, ne glede na kraj svojega bivanja (tujina).

4. Pravica do primerne, kakovostne in varne ZN

Primerna ZN je tista, ki je skladna s pacientovimi potrebami in zmožnostmi zdravstvenega sistema v RS. Kakovostna je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s

standardi ali najboljšimi praksami ter upošteva temeljna načela kakovosti. Varna pa je taka oskrba, ki preprečuje škodo za pacienta, zlasti škodo na zdravju.

5. Pravica do spoštovanja pacientovega časa

- Pacientov čas se spoštuje.
- Na specialistične preglede se pacienta naroči glede na stopnjo nujnosti, ki je označena na napotnici (nujno – 24 ur, hitro – 3 mesece, redno – 6 mesecev).
- Zagotoviti je potrebno najkrajši možni čas, redno vodenje čakalnih dob.
- Zagotoviti možnost elektronskega in telefonskega naročanja.
- Če je čakalna doba več kot 3 mesece, lahko pacient zahteva kontrolni pregled pri zdravniku, ki ga je na ta pregled napotil.
- Če pacient odpove pregled iz opravičenega razloga, se mu določi najbližji termin pregleda.
- Če pacient ne pride na pregled in se v 14 dneh ne javi, se ga črta s seznama.
- Pisno strokovno mnenje (izvid) mora pacient prejeti 3 delovne dni od samega pregleda.
- Inštitut za nacionalno zdravje redno javlja dolžine čakalnih dob za vse preglede in izvajalce.

6. Pravice do obveščeniosti in sodelovanja

- Pacient ima pravico, da se ga seznanijo z njegovim stanjem, samim načinom zdravljenja in ostalimi zadevami, ki se nanašajo na njega in njegovo stanje, na njemu razumljiv način.
- Pomembno je neposredno prenašanje informacij zdravnik-pacient. MS je oseba, ki te podane informacije še dodatno obrazloži in ponudi v dovolj razumljivi obliki.
- Pacient ima pravico, da aktivno sodeluje pri samem izboru zdravljenja.
- Pacientu le izjemoma zamolčimo določene podatke o njegovem zdravstvenem stanju, glede na presojo, kako bi resnica vplivala na njegovo zdravstveno stanje.
- Pacient ima pravico vedeti, kdo sodeluje pri njegovem procesu zdravljenja (na vidnem mestu oznake z imeni in priimkom ter nazivom).
- Na vidnem mestu ima pacient pravico videti tudi možnost dodatnih plačljivih storitev, ki niso v sklopu obveznega zavarovanja (dodatne plačljive storitve in cenik).
- Če pacient nima urejenega zavarovanja, mu je potrebno pred začetkom nudenja zdravljenja obrazložiti stroške.

7. Pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju

Pacient ima pravico do samostojnega odločanja o zdravljenju pod pogoji, ki jih določa zakon. V primeru, da se pri ambulantnem pregledu določijo dodatni posegi ali postopki, mora pacient podpisati posebno izjavo, da se strinja s dodatnimi postopki oz. posegi. Šteje se, da otrok do 15. leta ni sposoben podati privolitve oziroma zdravnik presodi to glede na njegovo zrelost. V tem primeru v njegovem imenu odločajo starši oziroma skrbniki.

8. Pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje

- Zdravstveni pooblaščenec (18 let); v primeru, da pacient ne bo sposoben odločanja, se lahko namesto njega določi pooblaščenec.
- vnaprejšnja zavrnitev določenih storitev, ki bi mu lahko samo v določeni bolezni podaljševale trpljenje/življenje.

9. Pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja

Pacientu moramo nuditi vse ukrepe, da se mu bolečina oziroma trpljenje olajša ali odpravi.

10. Pravica do drugega mnenja

V primeru, da po opravljenem pregledu v specialistični ambulanti pacient zahteva drugo mnenje, se mu mora v razumnem času ponuditi možnost pridobiti drugo mnenje s strani drugega specialista iste stroke ali konzilija o istem zdravstvenem problemu. To mnenje lahko zahteva samo enkrat, po predhodnem pogovoru z zdravnikom, ki pacienta zdravi.

11. Pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo

Vsak pacient ima pravico do vpogleda, prepisa in kopiranja svoje zdravstvene dokumentacije. Pri tem se mu zaračunajo samo materialni stroški. Vsebina zdravstvene dokumentacije se mu ustrezno obrazloži. V dokumentacijo se lahko dodajajo tudi eventuelne pacientove pripombe.

12. Pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov

Pri izvajanju pregleda v specialistični ambulanti so lahko prisotni samo izvajalci storitev in tisti, ki imajo predhodno pacientovo soglasje (šola). Načeloma pri nas v ambulantah dijakov ne nameščamo. Pomembno je varstvo osebnih podatkov. Identifikacija pacientov ob vstopu v ambulanto je še vedno tabu tema in večno nerešljiv problem (klicati po imenu in priimku ??, številke ??).

13. Pravica do obravnave kršitve pacientovih pravic

Postopek obravnave je dvostopenjski. Prva obravnava je pred pristojno osebo izvajalca zdravstvenih storitev po pisni ali ustni pritožbi pacienta. Če ne pride do razrešitve problema, lahko pacient zahteva pravice pred Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic. Uporaba mediacije kot sredstva mirnega reševanja sporov.

14. Pravica do brezplačne pomoči pri uresničitvi pacientovih pravic

Pri uresničevanju pravic se pacientu dodeli Varuh človekovih pravic, ki ga zastopa brezplačno.

ZAKON O ZDRAVNIŠKI SLUŽBI

Zakon o zdravniški službi je prišel v uporabo decembra 1999 in se je do maja 2012 dopolnil z zakoni in aneksi. Sestavlja ga 93 členov, ki opredeljujejo (Zakon o zdravniški službi, 1999):

- Določila, kdo lahko izvaja specialistične ambulantne preglede, delovni čas ter določene odgovornosti zdravnika, ki zdravi pacienta v specialistični ambulanti. Varovanje poklicne skrivnosti o podatkih pacienta.
- Neodgovornost zdravnika za potek zdravljenja, v primeru, če pacient navaja neresnične podatke o svojem zdravstvenem počutju, se ne ravna po navodilih zdravnika in ne sodeluje pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja (Zakon o zdravniški službi, 1999).

ZAKON O ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

Zakon o zdravstveni dejavnosti se je začel uporabljati februarja 1992 in se je do februarja 2013 dopolnjeval z zakoni in aneksi. Sestavljen jen iz 104 členov, ki opredeljujejo izvajanje zdravstvene dejavnosti tudi na sekundarni ravni (specialistična ambulanta). Specialistična ambulantna dejavnost kot nadaljevanje oziroma dopolnitev osnovne zdravstvene dejavnosti obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje bolezni ali bolezenskih stanj ter izvajanje ambulantne rehabilitacije. Pri opravljanju zdravstvene dejavnosti se morajo obravnavati vsi ljudje pod enakimi pogoji, na enak način in spoštovati se morajo njihove ustavne in zakonske pravice. Edino merilo prednosti je nujnost zdravstvenega posega. Opredeljuje tudi vsa načela zdravstvenih delavcev, kar se tiče varovanja poklicne skrivnosti podatkov, opravljanje delo nemoteno, odgovornost na delovnem mestu, možnost ugovora vesti, o katerem mora predhodno vsak delavec obvestiti zdravstveni zavod. Pri opravljanju svojega dela obstaja interni strokovni nadzor, strokovni nadzor s svetovanjem, upravni nadzor, ki ga izvaja Ministrstvo za zdravje, in nadzor, ki ga izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 1992).

PRAVILNIK O NAJDALJŠIH DOPUSTNIH ČAKALNIH DOBAH ZA POSAMEZNE ZDRAVSTVENE STORITVE IN O NAČINU VODENJA ČAKALNIH SEZNAMOV

Pravilnik, ki je prišel v veljavo oktobra 2010. Z njim se srečamo, ko pacient prvič vstopi v našo ustanovo in pri nas poišče pomoč. Nudimo mu lahko prvi ali kontrolni pregled pri specialistu, glede na stopnjo določeno na napotnici (N, H, P). Naročila se lahko izvedejo osebno, telefonsko ali preko elektronskega naročila. V vsakem primeru je potrebno napotnico dostaviti v 5 dneh. V primeru, da zdravnik, h kateremu je bil pacient napoten, ugotovi drugačno stopnjo nujnosti (nižjo ali višjo), o tem obvesti zdravnika, ki je pacienta napotil. Vse specialistične ambulante vodijo elektronske čakalne sezname za vse zdravstvene storitve, ki jih opravljajo na podlagi pogodbe, sklenjene z Zavodom. Za vodenje so določene odgovorne osebe, ki imajo določena navodila, povezana s pravilnikom, kot je vzpostaviti stik s pacientom vsaj sedem delovnih dni pred pregledom (pisno obvestilo) ter po izvedenem pregledu pacienta v 24 urah zbrisati s seznama. Če izvajalec trenutno ni sposoben opraviti specialističnega pregleda, se mu ponudi drug izvajalec. V primeru, da se pacient o tem ne strinja, podpiše poseben obrazec, da bo čakal na vrnitev specialista, ki si ga je izbral. Če pacient ne pride na naročeni pregled in pri tem v roku 14 dni ne navede opravičenega razloga, se ga briše s seznama. Če je razlog opravičen, se mu ponudi najbližji termin pregleda. NIJZ (Nacionalni inštitut za javno zdravje) na svojih spletnih straneh sproti javlja čakalne dobe za specialistične preglede po posameznih izvajalcih (Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, 2010).

KODEKS ETIKE V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI SLOVENIJE

Kodeks etike v ZN in oskrbi Slovenije je bil v prvotni obliki z nazivom Kodeks etike MS in ZT Slovenije izdan na podlagi 87. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti. Prvič je bil sprejet na 27. redni Skupščini Zbornice – Zveze marca 1994. Zadnja, dopolnjena izdaja Kodeksa je bila izdana leta 2014 in je ločevala Kodeks etike v ZN in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za

babice Slovenije. Izdala ga je Zbornica ZN Slovenije, skupaj s sodelovanjem Zveze društev MS/ZT Slovenije. Vloga kodeksa je spodbuda, humanost dela, oblikovanje etičnih vrednot ter etično ravnanje v vseh stanjih, ob vsakem času in nima zakonske podlage. Namenjen je vsem MS/ZT in sodelavcem v negovalnem timu, tako tistim MS, ki so na začetku svoje poklicne poti kot opora pri oblikovanju lastnih moralnih stališč, kot vir znanja in refleksije, pa tudi za tiste, ki so že dolgo v poklicu kot osnova za etično presojo svojega dela.

Sestavljen je iz 10 načel (prva tri govorijo o odnosu izvajalec ZN in pacient, naslednja tri o odnosu izvajalec ZN in praksa, VII. o izvajalcih in raziskovanju, VIII. o izvajalcih in sodelavcih ter IX. o izvajalcih in družbi, zadnje načelo pa o izvajalcih ZN in stanovskih organizacijah) (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014).

ZAKLJUČEK

Vidimo, da poznavanje zakonodaje pri delu v specialističnih ambulantah ni samo nekaj, kar vemo, da obstaja, ampak je potrebno resno poznavanje. Dandanes se vsakodnevno srečujemo s pacienti, ki so bolj razgledani, bolj seznanjeni s svojimi pravicami, in prav zaradi tega, da se izognemo morebitnim nevšečnostim, je dobro, da vsaka dobra ambulantna MS pozna osnove Zakonodaje v ZN (ZPacP) ter Kodeks etike MS v ZN in oskrbi Slovenije.

Cilj specialistične ambulantne obravnave ni samo zdrav pacient, temveč tudi zadovoljen pacient, ki se bo v primeru potrebe po zdravstveni oskrbi še vrnil k nam po usluge.

LITERATURA

- Gabor, G., 2000. *Moralna in strokovna odgovornost delavcev v zdravstveni negi*: diplomska naloga. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Uradni list Republike Slovenije, št. 24.
- Polajnar-Pavčnik, A., 2001. *Pravo in etika*: raziskovalno poročilo. Ljubljana: Pravna fakulteta, Inštitut za primerjalno pravo.
- *Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov*, 2010. Uradni list Republike Slovenije, št. 15/08.
- *Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije.
- *Zakon o zdravstveni dejavnosti*, 1992. Uradni list Republike Slovenije, št. 9/92.
- *Zakon o zdravniški službi*, 1999. Uradni list Republike Slovenije, št. 98/99.

MOBING V ZDRAVSTVENI NEGI

MOBBING IN THE HEALTH CARE

Majda Kerčmar, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Murska Sobota
keranmar.majda@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Mobing (šikaniranje, psihični teror oz. psihično nasilje) je vse bolj prisoten v našem vsakdanjem življenju, tudi na delovnem mestu. Strokovni delavci v zdravstvu sodijo med najranljivejše skupine, saj gre za področje dela, ki zahteva od zaposlenih visoko stopnjo čustvene vpletenosti in tesnejših medsebojnih odnosov. Dolgotrajnejše psihično nasilje na delovnem mestu ima škodljiv vpliv tako na zdravje in kakovost strokovnega dela žrtve kot tudi na uspešnost celotne delovne organizacije. Namen našega prispevka je ozaveščanje delavcev v zdravstveni negi na različne oblike mobinga, da ga bodo lažje zaznali in prepoznali, javno opozarjali nanj ter ustrezneje znali pravočasno ukrepati.

Metode: S pomočjo anketnega vprašalnika smo ugotavljali prisotnost mobinga v zdravstveni negi v regionalni bolnišnici Splošna bolnišnica Murska Sobota. Da bi preverili trend dinamike mobinga, smo najnovejše ugotovitve primerjali z ugotovitvami izpred šestih let.

Rezultati: Tudi v Splošni bolnišnici Murska Sobota je bila ugotovljena prisotnost mobinga v zdravstveni negi. Skoraj dve tretjini anketiranih je bilo namreč že priča psihičnemu nasilju, dobra tretjina jih je mobing občutila celo na lastni koži. Delež tistih, ki se še nikoli niso srečali s psihičnim nasiljem na delovnem mestu, je močno v upadu. Povzročitelji mobinga so praktično vsi, ki sodelujejo v delovnem procesu zdravljenja in nege, vendar pa med njimi čedalje bolj izstopajo sodelavci, kar bi lahko upravičili z vse večjo preobremenjenostjo osebja v zdravstveni negi.

Diskusija in zaključek: Spodbudno je, da se žrtve mobinga čedalje bolj zavedajo problematike le-tega, vendar pa jih še zmeraj veliko okleva ukrepati. Ugotovitve naših rezultatov predstavljajo smernice za izboljšanje medsebojnih odnosov na delovnem mestu nadrejenega, po rangi enakopravnega in podrejenega osebja v zdravstvu.

Ključne besede: mobing – psihično nasilje, stres, delovno mesto, zdravstvena nega, zdravje

ABSTRACT

Introduction: Mobbing is becoming more and more present in our everyday business lives. Professional staff in health care belongs to the most vulnerable groups, because their work requires a high degree of employee emotional involvement and closer relationships. Long-lasting mobbing at work has a harmful impact on the health and the quality of the professional work of the victim as it is acting as a permanent stress as well as on the performance of the overall work of the organization. The aim of our paper is to raise awareness to the various forms of mobbing, to detect and recognize it easier, and to act properly with least harm.

Methods: We investigate the presence of mobbing in health care in the regional hospital General Hospital Murska Sobota using a survey questionnaire. In order to check the trend of the dynamics of mobbing, the newest findings are compared with the results from year 2009.

Results: The mobbing in the health care has been also detected in the General Hospital Murska Sobota. Almost two-thirds of the respondents already witnessed psychological violence, a good third of them mobbing felt even personally. The proportion of those who have never met with psychological violence in their workplace is in a strong decline. The perpetrators of mobbing are practically everyone who are involved in the treatment and care services, but among them are increasingly prominent the colleagues, which could be justified with the increasing overload of work in the health care.

Discussion and conclusion: It is encouraging that the victims of mobbing are increasingly aware of the issue of it, but they are still hesitating to take action. The findings of our results provide guidance for improving interpersonal relationships at the workplace in the health care.

Keywords: mobbing – psychological violence, stress, workplace, health care, health

UVOD

Beseda mobing (angl.: mobbing) izhaja iz angleškega glagola to mob, ki v slovenskem prevodu pomeni planiti na, napasti, lotiti se koga, pa tudi sodrga in drhal. Izraz je prvi uporabil etnolog Konrad Lorenz, ki je proučeval nasilno vedenje zaključene socialne skupine živali ob prisotnosti vsiljivcev. Prvo strokovno definicijo mobinga je podal švedski delovni psiholog Hainz Leymann, ki je več let proučeval podobno vedenje v delovnem okolju pri ljudeh (Tkalec, 2006). Pojem mobing opisuje negativna komunikacijska dejanja, ki so usmerjena proti določeni osebi, se dogajajo pogosto (vsaj tedensko), skozi daljše časovno obdobje (vsaj pol leta ali več) in s čimer se vzpostavi odnos storilec-žrtev (Leymann, 1993). Razlikujemo štiri osnovne oblike mobinga:

- Bullying je najbolj nasilna oblika šikaniranja nadrejenega, ki ga lahko spremlja fizično nasilje.
- Bossying je manj nasilna oblika šikaniranja nadrejenega v primerjavi z bullying obliko.
- Mobbing je oblika psihičnega šikaniranja različne jakosti med ljudmi, ki so si po hierarhični lestvici v glavnem enakopravni.
- Staffing je oblika šikaniranja podrejenih nad nadrejenimi.

Leymann (1993) je opredelil 45 različnih dejanj, značilnih za psihično nasilje, ki jih lahko razdelimo v pet preglednejših skupin:

- omejevanje svobode izražanja in sporazumevanja,
- omejevanje socialnih stikov,
- blatenje osebnega ugleda,
- omejevanje pri delovnih nalogah ter
- ogrožanje zdravja (Mlinarič, 2007).

Mobing (šikaniranje, psihični teror ali psihično nasilje) je čedalje bolj prisoten v našem vsakdanjem življenju. Z večjim ozaveščanjem zaposlenih postaja v delovnem okolju vse bolj

prepoznaven. Namen našega strokovnega prispevka je ozavestiti osebje v zdravstveni negi, da bodo lažje prepoznali šikaniranje na delovnem mestu, javno opozarjali nanj ter ustrezneje ukrepali ob njegovem pojavu. V nadaljevanju bomo prikazali ugotovitve raziskave v Splošni bolnišnici Murska Sobota o prisotnosti in spreminjanju jakosti mobinga na delovnem mestu v zdravstveni negi v letih 2009 in 2015.

RAZŠIRJENOST MOBINGA NA DELOVNEM MESTU

Raziskave kažejo, da je v Evropi povprečno 7 % zaposlenih izpostavljenih psihičnemu nasilju na delovnem mestu, vendar se deleži žrtev mobinga precej razlikujejo med posameznimi državami. Tako je ta najvišji na Finskem, kjer znaša 17 %, sledi Nizozemska z 12 %. Najmanj mobinga naj bi se pojavljalo v Italiji in Bolgariji, kjer je med žrtvami le 2 % vseh zaposlenih. V večini držav se mobing pogosteje pojavlja v javnem kot pa v zasebnem sektorju. Ženske so pogosteje žrtve, moški pa pogosteje povzročitelji. Mobing se pojavlja na vseh organizacijskih ravneh, med povzročitelji so nadrejeni, sodelavci in podrejeni (Morley, 2010).

Po prvi nacionalni raziskavi mobinga v Sloveniji, ki jo je izvedel Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa UKC v Ljubljani, je največ žrtev v velikih podjetjih, sledijo delavci v malih in srednje velikih podjetjih. Najbolj ranljivi so zaposleni v predelovalni industriji, kjer je 28,2 % že bilo žrtev mobinga, sledita zdravstvo in socialno varstvo z 12,8 % ter finančno posredništvo in socialna uprava z 10,3 %. Ženske so mnogo bolj izpostavljene mobingu (62,8 %) v primerjavi z moškimi (37,2 %) (Urdih Lazar & Stergar, 2009).

VZROKI IN POSLEDICE MOBINGA NA DELOVNEM MESTU

Mobing je najpogosteje posledica kopičenja in stopnjevanja nerešenih nesporazumov, kar vključuje:

- nejasne zahteve in pričakovanja glede posameznikovih vlog,
- nekooperativno delovno okolje in nejasni medsebojni odnosi,
- šibki organizacijski tokovi, predvsem komunikacijski,
- slaba seznanjenost s pravili, pravicami in dolžnostmi,
- dolgotrajno neetično delovanje organizacije,
- prikrievanje določenih dejanj in zanikanje konfliktov,
- medsebojno nezaupanje,
- zmanjšanje števila zaposlenih in nejasne sheme o napredovanju,
- pomanjkanje morale in še mnogi drugi dejavniki (Cvetko, 2006).

Prav sprotno reševanje nesporazumov in težav v organizacijah bi lahko preprečilo pojav mobinga ali vsaj zmanjšalo njegove slabe učinke (Kostelić-Martić, 2007). Slabo delovno okolje je namreč najboljša podlaga za pojav mobinga. Mobing lahko žrtvam povzroči hude zdravstvene težave, kar zajema psihične, vedenjske in tudi fizične težave, kot so:

- depresivne in anksiozne motnje,
- nespečnost, razdražljivost, motnje koncentracije, slaba samopodoba,
- nenehni občutek napetosti in vznemirjenosti, strah pred neuspehom,
- zasvojenost z alkoholom, drogami in drugimi psihoaktivnimi substancami,

- motnje hranjenja,
- oslabeledost imunskega sistema,
- glavobol, bolečine v trebuhu, sklepah in mišicah,
- srčno-žilne bolezni in druge težave (Tkalec, 2001).

Mobing ima slab vpliv tudi za delovno organizacijo kot celoto, kar se kaže kot:

- slabša učinkovitost pri delu,
- slabi odnosi med zaposlenimi,
- težave z motivacijo zaposlenih,
- izguba ugleda organizacije,
- večje število bolniških odsotnosti,
- povečanje fluktuacije zaposlenih,
- usposabljanja novih delavcev,
- visoki stroški tožb, odpravnin, odškodnin in drugo (Cvetko, 2003; Kostelić-Martić, 2007; Mlinarič, 2006).

UKREPI OB POJAVU MOBINGA

Čeprav bi žrtve najraje čim prej ubežale ali klonile pod posledicami mobinga, je še zmeraj mogoče storiti marsikaj (Lešnik Mugnaioni, 2012):

- poiskati pomoč pri nadrejenih ali tistih, ki so v podjetju zadolženi za zdravje in varnost pri delu, kadrovske zadeve ali delavske pravice, pri pravni službi,
- zbirati dokaze o mobingu (pisati dnevnik za vsak dan),
- poiskati zaveznike (sodelavci, sindikalni zastopnik, Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi),
- prositi za premestitev na drugo delovno mesto,
- svojo izkušnjo deliti z ljudmi, ki so bili prav tako žrtve mobinga,
- obrniti se na Varuha človekovih pravic Republike Slovenije.

Delodajalec bi moral biti pozornejši na pojave mobinga, saj lahko podjetje utрпи veliko materialno škodo, kar so pokazale analize pri večini podjetij držav članic Evropske unije (Tkalec, 2006). Ukrepi delodajalca za preprečevanje mobinga na delavnem mestu zajemajo:

- seznanjanje zaposlenih o mobingu in njegovih posledicah,
- pravočasno reševanje konfliktov,
- oblikovanje jasnih zahtev in pričakovanj glede posameznikovih delovnih mest,
- redno obveščanje zaposlenih o dogajanju v organizaciji,
- ustvarjanje, sodelovanje in zaupanje med zaposlenimi,
- prijavljanje in reševanje primerov mobinga (Cvetko, 2003, 2006).

Po zakonu (Zakon o delovnih razmerjih, Ur. l. RS., št.21/2013) je delodajalec tisti, ki mora zagotoviti zdravje in varnost pri delu, zato bi moral nuditi pomoč in svetovanje tudi v primerih mobinga.

MOBING V ZDRAVSTVENI NEGI

Nasilje na delovnem mestu se pojavlja na vseh delovnih področjih in pri vseh kategorijah delavcev, vendar je še posebej velikemu tveganju izpostavljeno zdravstvo. Psihično nasilje v zdravstvu predstavlja skoraj četrtno vsega nasilja na delovnem mestu. Raziskave v svetu so pokazale, da so med zdravstvenim osebjem prav medicinske sestre in zdravstveni tehniki najbolj izpostavljeni mobingu (Nolimal, 2007). Od novembra 2009 do aprila 2012 je Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi s strani zaposlenih v zdravstveni in babiški negi prejela 37 prijav nasilja oz. prošenj za pomoč. Od tega je bilo 25 primerov dolgotrajnega psihičnega nasilja in trpinčenja, trije primeri spolnega nadlegovanja medicinskih sester in 9 primerov posamičnih nasilnih dejanj. Pri večini primerov psihičnega nasilja in trpinčenja so ugotovili, da je dolgotrajno in sistematično psihično nasilje žrtvam okrnilo zdravje, jim onemogočilo profesionalni razvoj, jih socialno osamilo, jim zadajalo občutke strahu, sramu, krivde, nezaupanja in nemoči (Lešnik Mugnanioni, 2012).

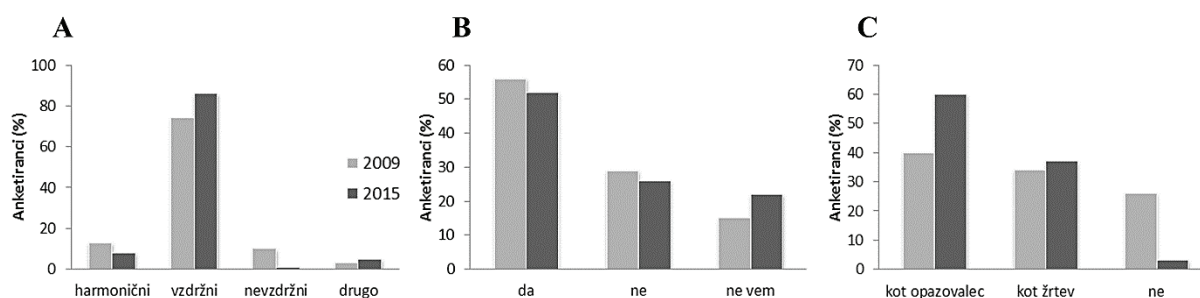
METODE

V Splošni bolnišnici Murska Sobota smo s pomočjo anketnega vprašalnika izvedli raziskavo o prisotnosti mobinga na delovnem mestu v zdravstveni negi. Da bi preverili časovni potek pojavljanja in spreminjanja intenzivnosti mobinga, je raziskava potekala v dveh časovnih presledkih, prvič v letu 2009 in ponovno v letu 2015. Leta 2009 je pri raziskavi sodelovalo 112 naključno izbranih delavcev v zdravstveni negi, leta 2015 pa 65 delavcev. Ugotovitve raziskave iz leta 2009 so bile podrobneje prikazane že v naši predhodni objavi (Kerčmar & Kovačec, 2009), v nadaljevanju je poudarek na najnovejših (iz leta 2015) ugotovitvah in na primerjavah ugotovitev iz leta 2009. Med anketiranci je bilo približno štirikrat več žensk kot moških, dve tretjini jih je imelo srednješolsko izobrazbo, preostala tretjina visokošolsko. Glavnina anketirancev je bila stara med 25 in 55 let, s premikom starostne krivulje leta 2015 v desno. Povprečna delovna doba anketirancev je v letu 2009 znašala 11 do 20 let, medtem ko se je leta 2015 dvignila na 21 do 30 let.

REZULTATI

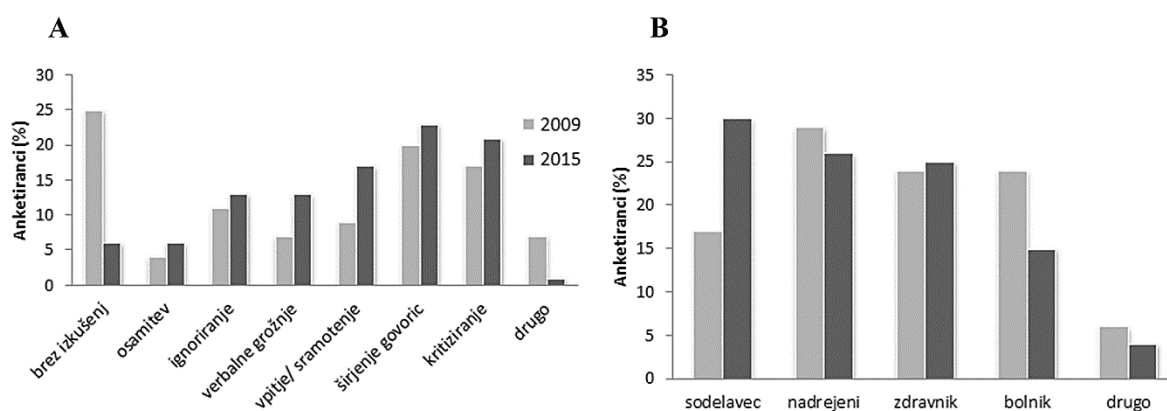
Večina anketirancev je ocenila odnose na delovnem mestu kot vzdržne, 8 % celo kot harmonične in le 1 % kot nevzdržne, medtem ko so anketiranci leta 2009 kazali večja nihanja pri ocenjevanju odnosov v skrajnosti od harmoničnega (13 %), preko večinskega vzdržnega odnosa (74 %), do večje opredelitve za oceno nevzdržnosti odnosov (10 %) (Slika 1A). Kljub manjši opredelitvi za nevzdržne odnose v letu 2015, pa se raven želje po zamenjavi delovnega mesta, v primerjavi z ugotovitvami izpred šestih let, bistveno ni zmanjšala (27 % leta 2009 v primerjavi s 24 % leta 2015) (podatki niso prikazani), kar bi lahko upravičil in kompenziral večji odstotek opredelitve za vzdržen odnos na delovnem mestu (Slika 1A) ali morda slabše prepoznavanje oziroma zaznavanje šikaniranja na delovnem mestu (Slika 1B). Dobra polovica anketiranih se namreč na delovnem mestu srečuje z mobingom, vendar pa se delež neopredeljenih glede prisotnosti šikaniranja povečuje (15 % leta 2009 v primerjavi z 22 % leta 2015) (Slika 1B). Skoraj dve tretjini anketiranih se je v glavnem srečalo z mobingom kot opazovalec, dobra tretjina kot žrtev in le 3 % anketiranih še nima osebnih izkušenj z mobingom. Leta 2009 je bila osebna izkušnja z mobingom bolj enakomerno razporejena med opazovalce ter žrtve in skoraj tretjina še ni imela izkušenj z mobingom (Slika 1C). Polovico

anketiranih (49 %) mobing osebno prizadene, še bolj skrb vzbujajoče pa je to, da glavnino preostanka anketiranih (45 %) te izkušnje celo ovirajo pri njihovem strokovnem delu (podatki niso prikazani).



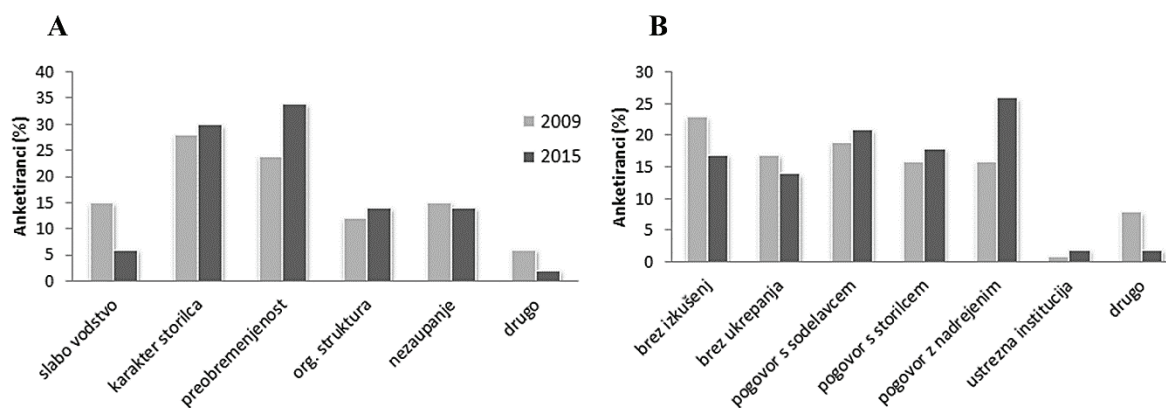
Slika 1: Medsebojni odnosi in prisotnost šikaniranja v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Murska Sobota: (A) ocena medsebojnih odnosov, (B) prisotnost mobinga in (C) osebna izkušnja z mobingom na delovnem mestu (lastni vir).

Osebe v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Murska Sobota v glavnem doživlja mobing v obliki vpitja, klevetanja ter vpitja in sramotenja v javnosti, pa tudi v obliki besednih groženj, ignoriranja ali celo socialne osamitve. V primerjavi z letom 2009 je delež tistih, ki še nimajo nobenih izkušenj z mobingom, močno upadel (Slika 2A). Medtem ko so po mnenju anketirancev leta 2009 mobing v zdravstveni negi v glavnem izvajali nadrejeni, zdravniki in bolniki, pa so v letu 2015 prvo mesto zavzeli sodelavci (Slika 2B). Takšen preobrat se sklada z domnevnimi vzroki za mobing, saj se v letu 2015 kot glavni vzrok še bolj izpostavi preobremenjenost negovalnega osebja (Slika 3A).



Slika 2: Oblike mobinga in najpogostejši povzročitelji mobinga v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Murska Sobota: (A) oblika in (B) povzročitelji mobinga (lastni vir).

Raziskava je pokazala, da se žrtve mobinga v Splošni bolnišnici Murska Sobota čedalje bolj zavedajo problematike mobinga ter se jih vedno več konstruktivno loteva reševanja te problematike. Vedno več se jih namreč sooči kar s storilcem samim ter o tem vsaj četrtnina obvesti tudi svoje nadrejene (Slika 3B). Vendar pa jih še vedno dobra četrtnina meni (29 % leta 2009 in 26 % leta 2015), da bi lahko poslabšali trenutno stanje, če bi izpostavili povzročitelje ter o mobingu na delovnem mestu javno spregovorili (podatki niso prikazani).



Slika 3: Vzroki za mobing in ukrepanje žrtve v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Murska Sobota: (A) domnevni vzroki za pojav mobinga in (B) ukrepanje žrtve mobinga (lastni vir).

DISKUSIJA

Mobing ali šikaniranje, psihični teror oz. psihično nasilje je vse bolj prisotno v našem vsakdanjem življenju, tudi na delovnem mestu. Do mobinga pogosteje prihaja v javnem sektorju v primerjavi z zasebnim sektorjem in ženske so mu mnogo bolj izpostavljene kot pa moški (Nolimal, 2007; Urdih Lazar, 2009). Raziskave v Sloveniji so pokazale, da so strokovni delavci v zdravstvu in socialnem varstvu na drugem mestu po ranljivosti zaradi psihičnega nasilja, kar ne preseneča, saj se za tovrstni poklic v veliki meri odločajo prav ženske (Urdih Lazar & Stergar, 2009). Gre za področje dela, ki zahteva od zaposlenih visoko stopnjo čustvene vpletenosti, tesnejše odnose in boljše medsebojno poznavanje. Vse to pa odpira dodatne možnosti za napade na osebnost posameznika in njegovo delo (Lešnik Mugnaioni, 2012). Zato je zelo pomembno, da opozarjamo in ozaveščamo osebje v zdravstveni negi na različne oblike mobinga čim bolj pogosto, da ga bodo lažje zaznali in prepoznali, javno opozarjali nanj ter ustrezneje znali pravočasno ukrepati. Mobing namreč vpliva tako na delavce in njihovo kakovost dela kot tudi na uspešnost delovne organizacije kot celote. V ta namen smo izvedli raziskavo v Splošni bolnišnici Murska Sobota o morebitni prisotnosti mobinga na delovnem mestu v zdravstveni negi. Da bi preverili trend dinamike mobinga v zdravstveni negi, njegove posledice in ukrepanje žrtev, smo najnovejše ugotovitve (iz leta 2015) primerjali z ugotovitvami izpred šestih let (iz leta 2009). Pri raziskavi smo zaznali trend staranja osebja v zdravstveni negi, glavnina anketiranih pa je bila ženskega spola. Reprezentativni vzorec anketiranih je bil izbran naključno in ugotovitve naših rezultatov predstavljajo smernice za izboljšanje medsebojnih odnosov.

V Splošni bolnišnici Murska Sobota je bila ugotovljena prisotnost mobinga v zdravstveni negi. Slaba polovica vseh anketiranih je mnenja, da jih psihično nasilje na delovnem mestu celo ovira pri njihovem strokovnem delu. Skoraj dve tretjini anketiranih je bilo že priča psihičnemu nasilju, dobra tretjina pa jih je mobing občutila celo na lastni koži, kar je v skladu z drugimi predhodnimi raziskavami (Babnik, et al., 2012). V primerjavi z letom 2009 je delež tistih, ki se še nikoli niso srečali s psihičnim nasiljem na delovnem mestu, močno v upadu. Povečuje se delež tistih, ki so ostali neopredeljeni glede prisotnosti mobinga, iz česar bi lahko sklepali, da je osebje v zdravstveni negi morda še vedno premalo ozaveščeno. Anketiranci doživljajo mobing v glavnem v obliki klevetanja, neupravičenega kritiziranja, vpitja in sramotenja v javnosti, besednih groženj ter ignoriranja. Mobing izvajajo nadrejeni, po rangi enakopravni, podrejeni in bolniki ter njihovi svojci. V primerjavi z letom 2009 se je delež

anketirancev, ki so mnenja, da psihično nasilje na delovnem mestu izvajajo sodelavci, skoraj podvojil. Takšno ugotovitev bi lahko upravičili s preobremenjenostjo na delovnem mestu. Čedalje več je tistih, ki ob pojavu mobinga ukrepajo, vendar pa jih je še zmeraj veliko, ki menijo, da bi s takšnimi aktivnostmi lahko poslabšali trenutno stanje.

ZAKLJUČEK

Zelo pomembno je, da žrtev mobinga ohrani samozavest, se izogiba samoobtoževanju, utrjuje socialne stike in išče pomoč v družini, med prijatelji, pri ustreznem strokovnjaku, brez nepotrebnega sproščanja negativnih čustev. Vsi zaposleni naj bi v komunikaciji s sodelavci na vseh ravneh poudarjali ključne vrednote, spodbujali in nagrajevali delo in dosežke sodelavcev, pa tudi pogosto uporabljali besede hvala, prosim in oprostite. Tako bi lahko preprečili nezdravo tekmovanje, zavist, škodoželjnost, nevoščljivost, zatiranje uspešnih, kar vse prispeva k neugodni klimi na delovnem mestu in posledično pojavu mobinga. Za uspeh družbe ali podjetja sta pomembna znanje in tudi kultura partnerstva. Skupaj »tvegati, skrbeti, deliti« uspehe in tudi poraze. Partnerstvo, prijateljstvo na delovnem mestu, ne pa mobing, so pogoji za uspeh v prihodnosti. Dobro je slediti načelu: »Ne stori drugemu to, kar ne želiš, da drugi storijo tebi (lat. pregovor)«.

LITERATURA

- Babnik, K., Štemberger Kolnik, T., Kopač, N., 2012. *Predstavitev rezultatov dela raziskave "Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu"*: oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2), pp. 147–156.
- Cvetko, A., 2003. *Mobbing – posebna vrsta šikaniranja v delovnih razmerjih*. *Podjetje in delo*, 29(5), pp. 895–906.
- Cvetko, A., 2006. *Mobbing – psihično nasilje*. *Sanitas et labor: slovenska znanstveno-raziskovalna periodična publikacija*, 5(1), pp. 25–39.
- Kerčmar, M. & Kovačec, B., 2009. *Mobbing ali psihično nasilje na delovnem mestu*. In: Rijavec, I., ed. *Celosten pogled kirurške zdravstvene nege na stroko in kakovost - proces trajnega izboljšanja kakovosti v SB Celje: zbornik predavanj. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji*, Celje, 3. in 4. april 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške zveze Slovenije, pp. 13–23.
- Kostelić-Martić, A., 2007. *Psihično nasilje na delovnem mestu: ustvarimo delovne razmere, v katerem ne bo možnosti za pojav mobinga*. *HRM*, 5(15), pp. 26–32.
- Leymann, H., 1993. *Mobing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kan*. Rainbek bei Hamburg: Rohwolt Taschenbuch Verlag, pp. 38–41.
- Lešnik Mugnaioni, D., 2012. *Kako obravnavati medsebojno nasilje v zdravstveni negi*. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2), pp. 109–111.

- Mlinarič, P., 2006. *Mobbing kot problem managementa in zakonodaje*. Industrijska demokracija, 10(12), pp. 18–21.
- Mlinarič, P., 2007. *Zaščita pred mobingom: ko služba postane pekel*. HRM, 5(15), pp. 34–38.
- Nolimaj, D., 2007. *Razmišljanje o trpinčenju na delovnem mestu v zdravstvu in drugod: če nisi del rešitve, potem si del problema*. Isis, 16(7), pp. 36–41.
- Morley, J., 2010. *Fourth european working conditions survey: contribution to policy development*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, pp. 4–57 .
- Tkalec, L., 2001. *Šikaniranje. Teorija in praksa*, 38(5), pp. 908–926.
- Tkalec, L., 2006. *Mobbing – psihoteror na delovnem mestu*. Industrijska demokracija, 12, pp. 6–12.
- Urdih Lazar, T., 2009. *Ko se pritiski v službi začnejo množiti: Prva slovenska raziskava o trpinčenju na delovnem mestu*. Naša družina, 30(2), pp. 10–12.
- Urdih Lazar, T. & Stergar, E., 2009. *Razširjenost trpinčenja na delovnem mestu v Sloveniji*. Glasnik Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa, 3(1), pp. 11–15.
- *Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1)*, 2013. Uradni list Republike Slovenije, št. 21.