

**ZBORNICA ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
SLOVENIJE**



Sekcija kirurških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov

Zbornik predavanj

**ZDRAVSTVENA NEGA KIRURŠKEGA BOLNIKA
V SPLOŠNI BOLNIŠNICI IZOLA - VLOGA IN
POMEN SKOZI ČAS IN PROSTOR**



Portorož, 23 .in 24. september 2004

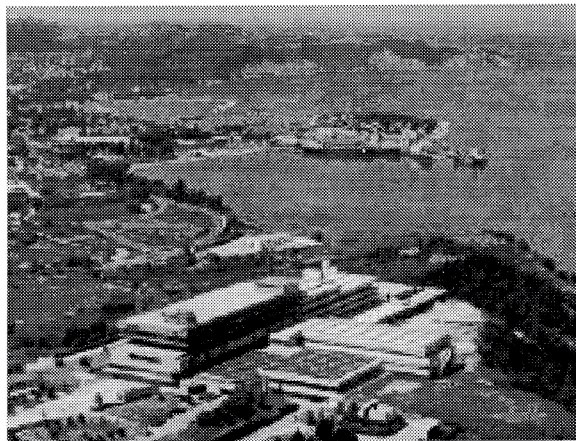
**ZBORNICA ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
SLOVENIJE**



Sekcija kirurških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov

Zbornik predavanj

**ZDRAVSTVENA NEGA KIRURŠKEGA BOLNIKA
V SPLOŠNI BOLNIŠNICI IZOLA - VLOGA IN
POMEN SKOZI ČAS IN PROSTOR**



Portorož, 23.in 24.september 2004

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

617-089:616-083(063)

ZDRAVSTVENA nega kirurškega bolnika v Splošni bolnišnici Izola : vloga in pomen skozi čas in prostor : zbornik predavanj, Portorož, 23. in 24. september 2004. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija kirurških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2004

ISBN 961-91140-1-9

215532032

<i>UVOD</i>	4
predsednica sekcije, Irma Rijavec, viš.med.ses.	
<i>OPERACIJE ŠČITNIC IN OBŠČITNICE</i>	6
Alenka Uršič Polh, dr. med. specialist splošne kirurgije	
<i>ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PRED IN PO OPERACIJI ŠČITNICE</i>	8
Katjuša Hrvatín, dipl.bab.	
<i>TORAKALNA DRENAŽA</i>	14
Duilio Peroša, dr. med. specialist kirurg	
<i>ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA S TORAKALNO DRENAŽO</i>	15
Jasmina Božič, sms	
<i>LAPAROSKOPSKA KIRURGIJA ŠIROKEGA ČREVESA IN DANKE</i>	18
Žiža Felice, dr.med. specialist splošne kirurgije	
<i>VLOGA ANESTEZIJSKE MEDICINSKE SESTRE PRI PRIPRAVI BOLNIKA NA OPERACIJO</i>	20
Sonja Trafela, dipl.m.s.	
<i>SUPERVIZIJA – IZKUŠNJE PRI DELU Z MEDICINSKIMI SESTRAMI IN ZDRAVSTVENIMI TEHNIKI V SB IZOLA</i>	25
dr. Aleksander Zadel, univ.dipl.psiholog	
<i>Z GLASBO DO ZDRAVJA</i>	27
Marija Bon, predmetna učiteljica glasbene vzgoje	
<i>KATEGORIZACIJA BOLNIKOV PO ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE – PRIKAZ STANJA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI IZOLA</i>	32
Doroteja Rebec, viš. med. ses.	

UVOD

Zdravstvena nega je v javnem življenju še vedno pogosto »nevidna«. Še vedno smo velikokrat preslišani v naših predlogih in željah. Glede na hiter in vsestranski razvoj družbe, gospodarstva, uporabe visoke tehnologije v vseh segmentih življenja, tudi v zdravstvenem sistemu, vedno bolj prevladujejo konkurenčnost, tržnost in svoboda trga.

Slediti vsem tem spremembam v tako hitrem času, je zelo težko, a nujno potrebno. Nujno in neobhodno je opirati se na človekovo umsko zmogljivost. Potrebni so nam dobri in uspešni managerji v vseh segmentih obravnave in skrbi za bolnika. Žal jih je pri nas še premalo, da bi jih lahko vključili v vse segmente vodenja, poleg tega pa je pri nas management še vedno mišljen kot funkcija in najpogosteje igra vlogo le dosežena izobrazba, ki pa ni vedno merilo za uspešnost vodenja. Možnosti za izobraževanje sposobnih kadrov v zdravstveni negi, so omejene na lastna sredstva posameznika. Spregledana je osebnost, sposobnost posameznika pri graditvi odnosov med ljudmi, smisel za timsko delo, organizacijo. Za vse to seveda odgovarja politika izobraževanja v neki družbi.

Zavedati bi se morali pomembnosti permanentnega izobraževanja tudi v zdravstveni negi in na vseh področjih kjer delujemo, zahtevati pravice, ki jih imamo v zvezi z izobraževanjem. Vsaka delovna organizacija, ki si želi napredek in kakovost storitev, ki jih nudi, bi se morala zavedati, da je prav podpora izobraževanju temelj za doseganje kakovosti.

V sodobni zdravstveni negi, ki jo opredeljuje več elementov, kot so filozofija stroke, teoretični modeli, negovalni standardi, je eden ključnih prav izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje. Znanje, ki ga osvojimo v srednjih šolah in ga nadgradimo v času visokošolskega študija, ne zadošča. S stalnim formalnim in neformalnim izobraževanjem omogočamo, da praksa sledi teoriji in jo skozi delo udejanja in razvija. Praksa in teorija se morata razvijati vzporedno. Le tako lahko stroka zdravstvene nege vstopa na konkurenčni trg v skrbi za bolnika, predvsem pa v skrbi za vzgojo in preprečevanje bolezni na vseh področjih delovanja in življenja ljudi.

Da lahko delujemo pozitivno, stremimo k boljšemu, moramo imeti najprej neko vizijo – videnje, kako naj bi delovali in bili organizirani. Začrtati si moramo poslanstvo, ki naj vsebuje kratkoročne in dolgoročne cilje s sistemom vrednot, katerim bomo sledili, jih negovali in razvijali. Iz vizije in poslanstva skupine, tima ali celotne stroke, izhaja njena filozofija, ki nam zapisana v besedi pravi: verjamemo, prepričani smo, spoštujemo....

Druženje, učenje in izmenjava mnenj, naj bodo tudi tokrat skupni moto ter potrditev, da delamo dobro in istočasno spodbuda »raziskovalcem«, da bi lahko bilo še boljše, kar je neizogibno in prepotrebno dejstvo, da začnemo razmišljati ali bi kaj spremenili in kako bi spremenili.

Začnimo torej danes z razmišljanjem, izmenjavo mnenj in postavimo si cilje za jutri, kajti jutri bo nov dan, drugačen kot je bil včerajšnji. Da bodo dnevi, ki sledijo še lepši, da bo naš prispevek pri graditvi boljšega jutri, pri krepitvi zdravja in v skrbi za bolne viden, upoštevan in priznan, stopajmo vedno z roko v roki, nesebično in brez nevoščljivosti po isti poti.

BODI CELOTA TI CILJ,
IN AKO CELOTA POSTATI SAM NE MOREŠ,
KOT ČLEN VKLJUČI V CELOTO SE VSAJ.

Goethe

predsednica sekcije
Irma Rijavec, viš.med.ses.

OPERACIJE ŠČITNIC IN OBŠČITNICE

Alenka Uršič Polh, dr. med. specialist splošne kirurgije

Pred dvema letoma smo v Splošni bolnišnici Izola ponovno pričeli s kirurškim zdravljenjem bolezni ščitnice. Že nekaj časa imamo dobro razvito diagnostiko bolezni ščitnice, za kar gre zasluga kolegom in sodelavcem na oddelku za nuklearno medicino in patologijo. Ko je oddelek za patologijo pridobil možnost hitre orientacijske histološke diagnostike po metodi zmrzlega reza, ni bilo več ovir za razvoj nove dejavnosti - kirurgije ščitnice.

Žleza ščitnica je parenhimski organ na vratu. Izdeluje, kopiči in izloča hormona trijodtironin in tiroksin, ki razvijata in uravnava presnovo, in hormon kalcitonin, ki uravnava presnovo kalcija. Bolezni ščitnice so lahko vnetja, degenerativne spremembe, motnje delovanja ščitnice in tumorji. Praviloma je pri vseh boleznih ščitnica povečana, lahko enakomerno ali pa delno (enostransko ali v obliki nodusov). Skupno ime za povečano ščitnico je struma.

Operacije ščitnice so najpogostejše operacije na vratu. Indikacijo za operacijo postavit skupaj internist - tirolog in kirurg. Med operacijo mora imeti kirurg možnost histološkega pregleda tkiva (zmrzli rez), da lahko v primeru karcinoma naredi ustrezno resekcijo. Pogosto šele po operaciji ugotovimo, da je bila lezija maligna. Kirurško zdravljenje benignih in malignih bolezni ščitnice se po načinu in obsegu operacije danes pomembno več ne razlikuje.

Indikacije za operacijo ščitnice so:

- malignomi,
- gomoljaste golše s kompresijskimi simptomi (motnje dihanja, požiranja) in velike estetsko moteče golše ter retrosternalna golšam,
- hipertiroza, ki ni odzivna na zdravljenje z zdravili.

Relativne indikacije so: hipertiroza v nosečnosti, napredujoča endokrina oftalmopatija ter recidiv hipertiroze po zdravljenju z radioaktivnim jodom ali brez njega.

Pred operacijo mora biti bolnik pripravljen. Stanje ščitnice mora biti evtireotično, oceniti je potrebno dihalne poti, saj je pri velikih golšah pogosta otežena intubacija, opraviti mora ORL-pregled zaradi ocene glasilk, na rentgenu pljuč in srca pa ocenimo premik in kompresijo sapnika in morebitno širjenje golše v mediastinum.

Kirurg mora dobro poznati anatomijo vratu in možnosti ter vrste kirurškega zdravljenja. Pomembno vprašanje je, koliko ščitnice je treba odstraniti.

Redko naredimo delno resekcijo ščitničnega režnja, oziroma odstranimo samo nodus (cista ali absces). Lobektomija z istmusektomijo je najmanjši dovoljeni poseg pri diagnostični operaciji ščitnice. Pri malignih obolenjih odstranimo ščitnico v celoti in včasih tudi bezgavke na vratu.

Pri vseh operacijah ščitnice je potrebno natančno prepariranje, sprotna hemostaza in popolna orientiranost pri razločevanju anatomskih struktur na vratu.

Glavno tveganje pri operacijah ščitnice so poškodbe povratnih živcev (n. laryngicus recurens), posledica česar je hripavost in pooperativna hipokalcemija zaradi nehotene odstranitve ali poškodbe občitnic. Pri totalnih resekcijah ščitnice moramo poiskati povratna živca in občitnice in jih ohraniti, kadar je to le možno. Če prerežemo povratni živec, ga je potrebno z mikrokirurško tehniko zašiti, saj je kasnejše šivanje živca neuspešno. Začasno parezo glasilk opazimo pogosteje in je posledica operiranja v bližini živca. Popravi se lahko najkasneje v šestih mesecih. Najhujši zaplet po operaciji ščitnice je obojestranska paraliza glasilk, ki pa je na srečo zelo redek. Če pa se pojavi, je potrebna takojšnja reintubacija in potem trajna traheotomija.

Možna je tudi poškodba zgornjega grlnega živca (n. laryngicus superior). Pevci in govorniki s poškodbo tega živca opazijo, da se jim glas hitro utruji in postane hripav ter da ne morejo doseči takšne višine glasu, kot so jo pred operacijo.

Hematom po operaciji je redka komplikacija, ki zaradi pritiska na dihalno pot lahko ogroža tudi življenje pacienta.

Druge možne komplikacije so še traheomalacija zaradi dolgotrajnega pritiska golše na trahejo, edem grla ali žrela in tireotoksična kriza zaradi akutne odpovedi perifernih regulacijskih mehanizmov proti bolezensko povišani ravni ščitničnih hormonov.

Razvoj nove dejavnosti je vedno izziv za vse sodelavce v timu. Pri nas smo doslej opravili okoli sedemdeset operacij ščitnic in nekaj operacij občitnic. Pomagali in učili so me kolegi iz kliničnega oddelka za torakalno kirurgijo Kliničnega centra. Naše inštrumentarke so se za operacije ščitnice že zelo dobro izurile. Tudi zaradi anestezije bolniki nimajo skoraj nikoli težav. Sestre na oddelku so se naučile opazovati bolnika po posegu. Zelo dobro sodelujemo s kolegi na patologiji in nuklearni medicini, kjer tudi dalje vodijo in kontrolirajo naše bolnike.

V seriji naših bolnikov smo odkrili pet bolnic s papilarnim karcinomom ščitnice, ena bolnica je imela dlje časa težave zaradi hipokalcemije, nekaj je bili prehodnih, kratkotrajnih hipokalcemij, pareze povratnega živca ni bilo nobene. Tudi drugih komplikacij pri pacientih doslej nismo zasledili. Upam, da bomo z našo novo dejavnostjo lahko uspešno nadaljevali.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PRED IN PO OPERACIJI ŠČITNICE

Katjuša Hrvatin, dipl.bab.

Uvod

Ščitnica je parenhimski organ v obliki metulja, ki pokriva drugi in tretji sapnikov hrustanec. Izdeluje, kopiči in izloča dva hormona, T3 (trijodtironin) in T4 (tiroksin), ki razvijata in uravnavata presnovo.

Nekatera obolenja ščitnice je potrebno operirati (struma, tumorji ...). Vsak operativni poseg je invazivna oblika zdravljenja, ki lahko prizadene celotno človeško osebnost, kar povzroča stres pri bolniku, prav tako pa tudi ogroža njegovo življenje.

Priprava bolnika na operativni poseg je timsko delo. Medicinske sestre so vključene v vse aktivnosti pri pripravi bolnika na operacijo. Zdravstvena nega pred operativnim posegom mora biti strokovna, kvalitetna in individualna. Medicinska sestra ugotavlja specifične, individualne potrebe bolnika, načrtuje zdravstveno nego na podlagi potreb in skladno z diagnostično-terapevtskim programom izvaja zastavljeni načrt in vrednoti rezultate svojega dela.

Uspeh kirurškega zdravljenja ni odvisen le od operativnega posega, temveč tudi od kvalitetne predoperativne priprave in zdravstvene nege v času pred in po operaciji. Operacija ščitnice je programiran poseg, tako da imamo dovolj časa, da bolnika dobro psihično in fizično pripravimo.

Cilji priprave na poseg:

- optimalno psihofizično stanje bolnika,
- informiran bolnik,
- aktivno sodelovanje bolnika v pripravah na poseg,
- vzbuditi bolnikovo zaupanje v dober izid zdravljenja.

Zdravstvena nega se deli na predoperativno in pooperativno.

Zdravstvena nega pred operacijo

1. Sprejem bolnika v bolnišnico

Običajno pride bolnik v bolnišnico dan pred posegom, tako da ga lahko pripravimo. Zelo pomemben je prvi stik z bolnikom. Bolnik mora čutiti, da nam lahko zaupa, le tako ga bomo lahko motivirali, da se vključi v priprave na operacijo. Bolnik se najprej zgleda pri sprejemnem okencu, kjer administratorka uredi administrativni del sprejema. Nato gre v sprejemno ambulanto, kjer ga zdravnik pregleda in po potrebi naroči še dodatne preiskave. Nato gre bolnik na oddelek.

2. Sprejem bolnika na oddelek

Bolnik pride na oddelek z vso dokumentacijo. Pospremimo ga do njegove sobe, pokažemo mu njegovo posteljo, nočno omarico ter sanitarije. Predstavimo ga sobolnikom. Izmerimo vitalne funkcije in mu razložimo dnevni red bolnišnice. Nato vnesemo njegove podatke v računalnik in pregledamo dokumentacijo.

3. Priprava bolnika na operacijo

Priprava bolnika na operativni poseg je zelo zahtevno področje kirurške zdravstvene nege. Medicinska sestra mora s primernim pristopom in ravnanjem bolniku že ob sprejemu na oddelek zmanjševati strah in negotovost ter mu pomagati, da se bo vživel v novo okolje.

V predoperativno pripravo spadajo:

- anamneza (trajanje in hitrost večanja ščitnice, bolečina, občutek tiščanja v vratu, težave pri požiranju, nihanje telesne teže ...),
- fizični pregled (palpacija ščitnice, pregled delovanja ščitnice ...),
- predoperativne preiskave,
- pregled anesteziologa,
- anamneza zdravstvene nege,
- predoperativno poučevanje in svetovanje.

Predoperativna priprava se deli na psihično in fizično.

Psihična priprava bolnika

Psihična priprava se začne že takrat, ko zdravnik bolnika seznanja z operativnim posegom. Zdravnik mora oceniti, kako bo informacija vplivala na bolnika, da se ne bi njegovo psihično stanje še dodatno poslabšalo. Kasneje se v psihično pripravo vključijo še ostali člani kirurškega tima - medicinska sestra oziroma zdravstveni tehnik, anesteziolog in anestezijska medicinska sestra.

Bolnikova osnovna pravica je, da je izčrpno in razumljivo poučen o operaciji, možnih zapletih ter anesteziji. Naloga zdravstvenih delavcev je, da pravilno in stvarno informirajo bolnika in njegove svojce o bolezni, ter uravnavanje in vzdrževanje pravilnega odnosa do bolezni in bolnikove osebnosti.

Operater razloži bolniku namen, vrsto in način operacije ter možne zaplete, anesteziolog pa oceni uspešnost predoperacijske priprave in se po potrebi posvetuje s specialisti drugih strok, razloži potek anestezije, posebnosti pri zbujanju, prav tako pa predpiše ustrezna zdravila za pomiritev in za spanje ter premedikacijo.

Medicinska sestra ugotavlja stopnjo bolnikove bojzani pred posegom. Bolniki pred operacijo velikokrat ne povedo, kaj jih skrbi, medicinska sestra pa je tista, ki glede na bolnikovo vedenje ugotavlja vzroke njegove zaskrbljenosti. Strah pred posegom lahko zmanjšamo tako, da se z bolnikom pogovorimo, da ga psihično pripravimo na

razne posege in postopke, ki jih bo morala medicinska sestra pri njem izvajati že pred operacijo.

Bolnika opozorimo tudi na pripomočke, ki jih bo potreboval po operaciji - infuzije, urinski kateter, kisik, drenaža ... Bolnika poučimo tudi o pravilnem dihanju, izkašljevanju in gibanju po operaciji.

Pomembno je, da na bolnikova vprašanja odgovarjamo preprosto, s čimmanj medicinskih izrazov, ki jih večinoma ne razume.

Fizična priprava bolnika

Fizična priprava bolnika na operativni poseg je priprava bolnikovega organizma na operacijo in anestezijo. Cilj je doseči optimalno fizično kondicijo in skladno delovanje organov v času pred operacijo, med njenim potekom in po njej. Zato je pomembno je, da pravilno ocenimo bolnikovo splošno psihofizično stanje, zdravnik pa se nato odloči o načinu priprave.

Fizična priprava na operacijo obsega:

Priprava prebavnega trakta:

Dan pred operacijo dobi bolnik zajtrk in lahko kosilo, za večerjo pa dobi juho. Nato lahko samo še pije (čaj, vodo) do polnoči. Po polnoči mora ostati tešč.

Za operacijo ščitnice dobi bolnik dan pred operacijo čistilno klizmo. Preden gre v operacijsko sobo, mora bolnik izprazniti mehur in črevo.

Če je bolnik diabetik, naredimo kontrolo krvnega sladkorja in poskrbimo, da zdravnik -internist napiše, katero diabetično terapijo bo dobil.

Priprava bolnikove kože:

Namen priprave bolnikove kože je zmanjšati število mikroorganizmov na koži. Oceniti moramo bolnikovo sposobnost, da samostojno opravi higiensko pripravo. Bolniku razložimo, da priprava kože na poseg obsega prhanje, umivanje lasišča, ustna nega ter nega nohtov. Opozorimo ga na nego popka, kožnih gub ter na morebitni lak na nohtih. Razložimo mu, da postopek opravi zvečer, zjutraj pa naj še enkrat opravi prhanje in ustno nego. Bolniku nudimo čisto posteljnino in perilo. Nepomičnim bolnikom naredimo posteljno kopel.

Priprava respiratornega sistema:

Bolnika seznanimo s pojavom kašlja po operaciji in o pomenu izvajanja respiratornih vaj po operaciji. Bolniki, ki so operirani na ščitnici, se težko izkašljajo, ker imajo bolečine v predelu grla. Kadilcem svetujemo, da pred operacijo ne kadijo.

Predoperativne preiskave:

Uredimo bolnikovo dokumentacijo in preverimo, če je bolnik opravil vse potrebne preiskave: EKG, ultrazvok ščitnice, scintigrafija ščitnice, rentgen pljuč ter laboratorijski izvidi za ščitnične hormone, citološki in histološki pregled, izvid

internista ter mnenje otologa. Vsakemu bolniku izmerimo vitalne funkcije (krvni pritisk, pulz, telesno temperaturo ...).

Bolnikova pisna privolitev na operativni poseg :

Vsak bolnik mora pisno privoliti na operativni poseg in anestezijo. Izpolni in podpiše poseben formular, za kar mora poskrbeti zdravnik - operater.

4. Postopki na dan operacije

Najprej ocenimo bolnikovo stanje. Morebitne spremembe pri bolniku mora medicinska sestra sporočiti operaterju. Bolniku namestimo identifikacijski trak na desno zapestje in na posteljo.

Preverimo, če je bolnik opravil osebno higieno, nepomičnim bolnikom pa opravimo posteljno kopel in jih preoblečemo v čisto perilo. Poskrbimo tudi, da bolnik izprazni mehur. Bolniku izmerimo telesno temperaturo, krvni pritisk, pulz. Nato bolnik prejme svojo običajno terapijo (to, kar je jemal doma).

Bolniku odstranimo nakit, zobno protezo, očala in kontaktne leče, slušni aparat pa odstranimo tik pred anestezijo, tako da lahko sliši navodila.

Premedikacijo dobi bolnik približno 45 do 90 minut pred operacijo. Bolnika opozorimo, da po premedikaciji ne sme več vstajati, zaradi nevarnosti padca. Bolnik dobi eno do dve uri pred operacijo še tromboprolaktično zaščito.

Preden gre bolnik v operacijsko sobo, še enkrat preverimo dokumentacijo in če je opravil dodatno naročene preiskave ter pravočasno poskrbimo za izvide. Zabeležimo vse postopke, ki smo jih izvedli pri bolniku. Bolnik je tako pripravljen.

Zdravstvena nega po operaciji

Premestitev bolnika na oddelek

Ob prevzemu bolnika iz operacijske sobe se takoj pozanimamo, kako je potekala operacija in če so kakšne posebnosti. Na oddelku bolnika najprej uredimo, odstranimo operacijske rjuhe in preverimo bolnikovo stanje.

Opazovanje bolnika

Takoj ko pride bolnik na oddelek, preverimo njegovo dihanje, cirkulacijo (izmerimo krvni pritisk, pulz), barvo kože, stanje zavesti ter pregledamo obvezo (sekrecija ...). Bolnika vprašamo o njegovem počutju - navzea, bruhanje, bolečina, udobnost položaja... Ob pojavu slabosti ali bruhanja bolniku apliciramo antiemetik po naročilu zdravnika.

Bolnika zaprosimo, naj nam izgovori črko i, da preverimo stanje glasilk. Bolnika opozorimo, naj nas ob morebitnih krčih v mišicah pokliče.

Bolečina

Zaradi lokacije rane se bolečina pojavlja pri uživanju tekočine, požiranju slin, pri obračanju glave, pri vstajanju ipd., zato moramo poskrbeti, da bolnik redno dobiva sredstva proti bolečinam, da je lahko čimprej samostojen.

Gibanje in ustrezna lega

Bolnik naj po operaciji leži v položaju, ki mu najbolj odgovarja. Vstane lahko zvečer na dan operacije pod nadzorom zdravstvenega osebja.

Prehranjevanje in pitje

Zaradi oslabiljenega požiralnega refleksa po splošni anesteziji ter glede na lokacijo rane bolnik ne sme ne jesti ne piti na dan operacije. Medtem lahko lajšamo žejo z vlaženjem ustnic in večkratno ustno nego. Naslednji dan bolnik dobi tekočo hrano. Bolnik dobiva tudi infuzijske tekočine, da nadomestimo izgubljeno tekočino in da preprečimo dehidracijo.

Izločanje in odvajanje

Bolnik mora po operativnem posegu čimprej urinirati (6 do 8 ur po posegu).

Nadzor rane

Po prihodu na oddelek je potrebno ugotoviti stanje rane. Bolniki imajo po operaciji na ščitnici vstavljena dva drena, zato najprej preverimo njuno delovanje in količino ter barvo izločka v steklenički.

Pri bolniku je pomembno, da merimo obseg vratu, zaradi možnosti krvavitve, edema... Meritve opravimo tako, da na bolnikovem vratu označimo mesto, kjer prvič izmerimo obseg, vse naslednje meritve pa merimo na tem označenem mestu. Ugotovitve sproti beležimo.

Pooperativne preiskave

Popoldne po operaciji odvzamemo kri za krvne preiskave (hemogram ter kalcij). Prvi dan po operaciji še enkrat naredimo krvne preiskave.

Dokumentacija

Vse negovalne intervencije in medicinskotehnične posege zabeležimo v negovalno dokumentacijo in temperaturni list.

Potreben je stalni nadzor bolnika po operaciji, tako da lahko hitro opazimo pooperativne komplikacije in pravočasno obvestimo zdravnika.

Viri in literatura:

- Zoran Arnež M., Vladimir Smrkolj. Kirurgija. Ljubljana, Sledi, 1995.
- Ivanuša Antonija, Danica Železnik. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Univerza v Mariboru. Visoka zdravstvena šola, 2000.
- D. Diallo Renko. Preiskave, potrebne za operativni poseg v anesteziji. Zbornik predavanj XXXVII. podiplomskega tečaja kirurgije. Ljubljana, 2001; str. 116-120.
- Uredila Kazimir Miksić, Vojko Flis Izbrana poglavja iz kirurgije. Maribor, Obzorja, 2003.
- Danica Železnik, Ivanuša Antonija Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Univerza v Mariboru. Visoka zdravstvena šola, 2002; str. 449-462.

TORAKALNA DRENAŽA

Duilio Peroša, dr. med. specialist kirurg

Torakalna drenaža je kirurški poseg v prsni koš, s katerim kontinuirano odstranjujemo patološke vsebine iz plevralnega prostora (zrak, eksudat, kri, gnoj). Anatomsko je plevralni prostor obdan s parietalno pleвро (ovojnica po steni prsnega koša) in visceralno pleвро (ovojnica preko pljučnega krila, srca in velikih žil). Ta prostor je virtualen in se pokaže samo v patoloških stanjih, kot so bolezen ali poškodbe.

PD (plevralna drenaža) z interkostalno vstavitvijo cevke je enostaven, varen in efektiven kirurški poseg. Kljub temu, noben drugi poseg v kirurgiji ne generira take anksioznosti pri bolniku in kirurgu, tehničnih zapletov in posledic kirurške napake.

PD torej izvajamo v urgentnih stanjih kot so ventilni pnevmotoraks ali zaradi masivne krvavitve po poškodbi. Pri neurgentnih stanjih se v plevralnem prostoru lahko kopičijo: gnojna vsebina, limfatična tekočina, eksudat, žolč ali celo želodčna vsebina. Ta povzroča stiskanje nežnega pljučnega tkiva s posledično izgubo pljučnega volumna. Sprva je to samo na eni strani, kasneje pa se pritisk prenese preko mediastinuma tudi na drugo pljučno krilo.

Najbolj pogost je vdor zraka v plevralni prostor. To imenujemo pnevmotoraks. Razvije se lahko spontano (iz neznanih vzrokov, zaradi bolezni pljuč), po kirurškem posegu (punkciji, torakotomiji) ali poškodbi, ki je lahko topa ali penetrantna.

Kako izvedemo poseg?

Pogovor z bolnikom je najpomembnejši korak pri celotnem postopku. Bolniku nazorno opišemo, kaj bomo delali in zakaj je ta poseg potreben. Sledi markiranje mesta vstopa v prsni koš (običajno v 5 – 7 interkostalnem prostoru med srednjo in sprednjo aksilarno črto). V podkožje, mišico in pod subkostalni živec infiltriramo 1% Lidocain, očistimo in sterilno pokrijemo operativno polje. Incidiramo kožo, s škarjami razmaknemo mišice in prebijemo pleвро, nato s prstom preverimo ali smo v plevralni votlini. Na to mesto s trokarjem potisnemo drenažno cevko (debelina je odvisna od vsebine, ki jo želimo odstraniti). Poglobljeno cevko s šivom učvrstimo na kožo, ter jo priključimo na aktivno ali pasivno drenažno enoto. Bolnika nato peljemo na RTG slikanje, da potrdimo pravi položaj cevke.

Komplikacije med in po posegu predstavljajo dren, ki ni v prsni votlini, dren vstavljen v pljučno krilo (atelektaze), obilna krvavitev, zamašitev drena in plevralna sepsa.

Dren odstranjujemo praviloma takoj, ko je mogoče, da preprečimo vdor bakterij v prsno votlino. Po drenaži krvi dren odstranimo že po 12 urah, po spontanem pnevmotoraksu pa včasih šele tretji teden. Cevko odstranimo tako, da bolnik močno vdahne in zadrži dih dokler dren ni izvlečen in kožni šiv zategnjen.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA S TORAKALNO DRENAŽO

Jasmina Božič, sms

Eden od pogojev za normalno dihanje je *plevralni* prostor, tj. prostor med dvema listoma pljučnih mren (*medvisceralno* in *parietalno* mreno), v katerem je minimalna količina serozne tekočine, ki omogoča drsenje obeh mren med dihanjem.

V plevralnem prostoru je *negativni pritisk* glede na zunanje. Negativni pritisk preprečuje, da bi se pljuča sesedla. Če pride v plevralni prostor zrak, bodisi iatrogeno, med poškodbo, ali spontano, govorimo o *pnevmotoraksu*.

Poznamo še naslednja bolezenska stanja pljuč:

- hidrotoraks (nabira se tekočina),
- hematotoraks (nabira se kri),
- empiem (gnojno vnetje plevralnega prostora),
- v plevralnem prostoru je obenem zrak, tekočina, kri ...

Vsako od omenjenih stanj ovira *dihanje*, zaradi česar je potrebno čimprej doseči prvotno stanje. To dosežemo s *plevralno* oziroma *torakalno drenažo*.

Torakalna drenaža

Torakalna drenaža je postopek, s katerim zdravnik – operater – vstavi eno ali več cevk v plevralni prostor z namenom, da bi odstranili zrak oziroma kri in vzpostavili normalno delovanje pljuč.

Torakalni dren je plastična cev z odprtini (luknjicami) na enem delu, ki je vstavljen v plevralni prostor. Na drugem delu je priključen na drenažni sistem, tako imenovani plevrovak, ki je pravilno napolnjen z vodo in deluje kot podvodna subakvalna drenaža. Plevrovak, spojen z vakuumsko črpalko, deluje kot sukcijski sistem, ki črpa zrak ali tekočino iz plevralnega prostora.

Ugotavljanje stanja

Bolnik lahko sprejema drenažo pozitivno ali negativno.

- pozitivno – čuti olajšanje, lažje diha, je pod nadzorom medicinske sestre oziroma zdravstvenega tehnika, zaradi česar je med njima večja in boljše komunikacija;
- negativno – strah, neugodje zaradi hrupa aparata za torakalno drenažo, slabša gibljivost oziroma nepokretnost, ker je priključen na torakalni drenažni sistem;
- bolečine zaradi drena,
- neprijetni občutki in strah zaradi drenažne tekočine, če jo vidi.

Načrtovanje

Naloge medicinske sestre oziroma zdravstvenega tehnika so:

- bolnika informira, deluje nanj pomirjujoče in vzpodbudno,
- skrbi za bolnikov položaj (dvignjeno vzglavje, spreminjanje položaja) in mu nudi pomoč pri osnovnih življenjskih in negovalnih aktivnostih,
- skrbi za bolnikovo varnost (dobra fiksacija drena, kontrola drenažnega sistema, cevi),
- vzpodbuja ga k pravilnemu dihanju (globoki vdih in izdih) in mu pomaga pri izkašljevanju,
- daje protibolečinsko terapijo (pred fizioterapijo, spanjem oziroma po navodilih zdravnika),
- po potrebi prevezuje vstopno mesto drena na aseptičen način.

Izvajanje

Pri izvajanju je treba biti posebej pozoren na naslednje:

- drenažni sistem mora biti vedno pod nivojem prsnega koša, nikoli ga ne dvigujemo,
- stalno je treba nadzorovati količino destilirane vode v sistemu,
- Nadzorovati moramo delovanje sistema (mehurčki zraka v manometriški steklenici),
- menjava sistema (uporaba dveh peanov za zaprtje, klemanje drema),
- nadzorovati je treba višino vodnega stolpca za regulacijo srca,
- cevi morejo biti vedno proste, brez ostrih ovinkov, prehodne (molzenje drena sme izvajati samo zdravnik, ker je postopek lahko zelo nevaren – močno povečuje intraplevralni tlak, ki lahko poškoduje plevro ali poslabša obstoječi pnevmotoraks),
- skrbno je treba nadzorovati položaj drenov, posebno med prevozom bolnika,
- sedativi in analgetiki (potrebno jih je nadzorovati, ker zavirajo dihanje in vplivajo na krvni tlak, zaradi česar se zdravstveno stanje lahko poslabša).

Vrednotenje

Vrednotenje obsega naslednje postopke:

- kontrola vitalne funkcije: krvni pritisk, pulz, telesno temperaturo, dihanje, znojenje, kašelj, barvo kože, pritisk v prsni, subkutani (podkožni) emfizem (uhajanje zraka),
- kontrola količine drenaže: večkrat dnevno po navodilih zdravnika, beleženje, označevanje izločene tekočine,
- kontrola vsebine drenaže, barva drenažne tekočine,
- praznjenje oziroma menjavanje drenažne steklenice.

Nepričakovani zapleti so lahko:

- sistem ne deluje pravilno, zrak uhaja iz sistema,
- bolnik ima krvavitve v prsnem košu,
- dren je stisnjen, zamašen ali prilepljen na plevralno steno,
- podtlak je zaprt, prenizek ali pa drenažni sistem pušča zrak,
- podtlak je premočen, vakuum je treba zmanjšati.

Dokumentiranje in poročanje

O celotnem postopku vodimo dokumentacijo:

- nastavimo list zdravstvene nege,
- beležimo vse posege in postopke zdravstvene nege, ki so se, in ki se pri bolniku izvajajo,
- beležimo psihično in fizično stanje bolnika;
- poročamo o morebitnih alergijah ali antikoagulantni terapiji,
- beležimo bolnikovo izkašljevanje, dihalne vaje in aktivnosti,
- beležimo količino drenaže,
- beležimo delovanje sukcije, jakost podtlaka.

Zaključek

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki Travmatološkega oddelka Splošne bolnišnice Izola smo si zastavili cilj, da bolnika z njegovim sodelovanjem pripravimo na zdravljenje in mu zagotovimo kakovostno in kontinuirano zdravstveno nego od prvega stika do njegovega okrevanja.

LAPAROSKOPSKA KIRURGIJA ŠIROKEGA ČREVEESA IN DANKE

Žiža Felice, dr.med. specialist splošne kirurgije

V kirurgiji so se konec osemdesetih let razvile tako imenovane minimalno invazivne tehnike operiranja. S pomočjo ustreznih inštrumentov in optičnih naprav se kirurške bolezni operira z minimalno poškodbo trebušne stene (prsne stene, sklepov). Skozi posebna uvajala (troakarje) se v trebušno votlino (prsno votlino, sklep) uvede optično napravo s kamero in potrebne inštrumente. Prve operacije te vrste so bile narejene pri boleznih slepiča, kasneje žolčnika in žolčevodov, želodca, vranice in jeter, nato pa tudi pri boleznih širokega črevesa in danke. Najprej so tako operirali le benigne bolezni, kasneje tudi maligne. Na ta način danes delajo tudi številne ginekološke operacije, torakalne operacije, operacije sklepov in operacije v estetski kirurgiji. Laparoskopna operacija žolčnih kamnov je danes ena najpogostejših operacij na oddelkih abdominalne kirurgije.

Bolezni širokega črevesa so danes zelo pogoste. Rak širokega črevesa je ena najpogostejših oblik raka, število obolelih pa se neprestano večja. Med malignimi obolenji prebavi je rak širokega črevesa in danke v mnogih državah na prvem mestu raka, tako po pojavnosti kot po umrljivosti. V Sloveniji je v zadnjih letih več kot tisoč na novo obolelih. Obolenost narašča s starostjo. Tako je opazen strm dvig incidence po 45. letu. Največ obolelih moških je starejših od 70 let, ženske pa zbolevalo največ po 75. letu starosti.

Prognoza bolezni je odvisna od stadija bolezni, radikalnosti kirurškega posega in podpornega zdravljenja (kemoterapija, obsevanje). Pri radikalno operiranih bolnikih (tumor je v celoti odstranjen v zdravo tkivo) je petletno preživetje večje od 50 %. Zaradi zgodnjega odkrivanja in učinkovitega zdravljenja raka v zgodnjem stadiju je v zadnjih letih opazen upad umrljivosti v deželah z visoko pojavnostjo te bolezni.

V zadnjih letih so študije na velikih serijah bolnikov nedvomno dokazale, da je laparoskopna resekcija črevesa pri rakavih obolenjih odličen način zdravljenja. Rezultati so povsem primerljivi s klasično metodo tako glede radikalnosti operacije kot lokalnih recidivov in petletnega preživetvenega obdobja. Laparoskopna metoda pa ima še številne prednosti - manjša intraoperativna travma, manj krvavitev, hitrejše okrevanje, krajša hospitalizacija, manj pooperativnih bolečin in manjše pooperativne brazgotine.

Laparoskopna operativna tehnika širokega črevesa in danke je zelo zahtevna. Kirurg, ki opravlja te operacije, mora imeti bogate izkušnje v drugi laparoskopni kirurgiji. Učna krivulja je precej daljša kot pri drugih laparoskopnih posegih. Indikacije za laparoskopno resekcijo širokega črevesa in danke so vnetne in maligne bolezni. Operacijo se opravi s štirimi ali petimi troakarji (po 12 mm, 10 mm in dvema do trema po 5 mm), pri čemer se uporabi še 30-stopinjsko optično napravo, harmonični skalpel, prijemalke za črevo ter linearne in cirkularne

endospenjalnike. Največkrat se operira levi kolon, sigmo in rektum. Disekcija se izvede s harmoničnim skalpelom. Po preparaciji vene mezenterike inferior ob Treitzu in arterije mezenterike inferior do izstopišča iz aorte se preparira levi kolon in sigmo (po potrebi tudi lienalno fleksuro, prečni kolon in rektum). Žile lahko klipamo in prerežemo ali direktno prekinemo z linearnim endovaskularnim spenjalnikom. Nato reseciramo sigmo ali rektum v distalnem delu z linearnim endospenjalnikom. Anastomozo naredimo transanalno s cirkularnim spenjalnikom. Če je karcinom zelo blizu analnega kanala, anastomoze ni možno narediti. V tem primeru se napravi abdominoperinealno amputacijo po Milesu z dokončno kolostomo.

Pri tumorjih desnega in prečnega kolona se po preparaciji in prekinitvi pripadajočih žil (arterija in vena ileocolica, colica dextra in colica media) naredi desno hemicolectomijo ali raširjeno desno hemikolektomijo, zelo redko pa delno resekcijo prečnega kolona. Anastomozo lahko naredimo laparoskopsko z linearnim endospenjalnikom in enoslojnim tekočim šivom ali pa skozi manjšo laparotomijo izvlečemo črevo in naredimo anastomozo s klasično tehniko. Resecirani del črevesa vedno izvlečemo skozi majhno laparotomijo.

Laparoskopske tehnike so danes že dobro razvite in standardizirane, vendar so v svetu centri, ki rutinsko uporabljajo laparoskopsko metodo pri operacijah širokega črevesa in danke, še vedno redki. Kirurška tehnika je namreč zelo zahtevna in učna krivulja posledično dolga. Menim, da bodo z nadaljnjim razvojem kirurgije širokega črevesa in danke laparoskopske tehnike prevladale.

VLOGA ANESTEZIJSKE MEDICINSKE SESTRE PRI PRIPRAVI BOLNIKA NA OPERACIJO

Sonja Trafela, dipl.m.s.

Povzetek

Medicinske sestre pri anesteziji se velikokrat prvič srečamo z bolniki, njihovimi boleznimi in stiskami šele v operacijski dvorani. Pred samo anestezijo pripravimo vse potrebne pripomočke, učinkovine in aparature za anestezijo. Ko pride bolnik neposredno pred operacijo v operacijske prostore, je največkrat zaspan zaradi učinka premedikacije, če pa ta ni ustrezna, je lahko razburjen in prestrašen. Največkrat imamo čas le za njegovo fizično pripravo. Zato smo na našem odseku lani pričeli s predoperativnim obiskom, s pomočjo katerega bolnika tudi psihično pripravimo na anestezijo in operativni poseg.

Uvod

Medicinska sestra pri anesteziji ima na svojem delovišču premalo časa, da bi pomagala bolniku zmanjšati strah in tesnobo, ki ju le-ta občuti ob prihodu v centralni operacijski blok. Z uvedbo predoperativnega obiska pa medicinska sestra bolnika psihično pripravi na anestezijo, ga pouči o načinu zdravljenja bolečine in ga predvsem pomiri. To vpliva na izboljšanje njegovega počutja, na varnejšo izvedbo anestezije, operacije in pooperativnega nadzora.

Psihična priprava bolnika na anesezijo

Znano je, da vsaka anestezija in operativni poseg predstavljata stres, ki ga strah še stopnjuje, posledice pa so negativni patofiziološki učinki na ves organizem. Za dobro psihično pripravo bolnika na anestezijo je pomemben predoperativni obisk, ki omogoča vzpostavitev pozitivne komunikacije in ugotavljanje potreb ter pričakovanja bolnika.

Medicinske sestre Odseka za anestezijo smo se na sestanku dogovorile, kako bomo predoperativni obisk izvajale. Določile smo uro, ki bi bila za to najprimernejša, in katere bolnike bomo najprej obiskale. Dogovorile smo se o enotnem izpolnjevanju obrazca in o hranjenju dokumentacije. Kadrovska zasedba na našem odseku je zaradi različnega števila delovišč ter odsotnosti zaradi bolniških in letnih dopustov velikokrat pomanjkljiva. Zato smo se dogovorile, da bo obiske izvajala dežurna medicinska sestra, ki se, če to dopušča operativni program, nahaja v dopoldanskem času izven operacijskih prostorov. Ta komunicira z medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami na oddelku o bolnikih, ki so že sprejeti za operativni poseg, in tistih, ki bodo sprejeti na dan operacije. Najbolj ugodno je, če so bolniki že sprejeti na oddelek, kajti te bomo povabile v anesteziološko ambulanto na pogovor po pregledu anesteziologa. Veliko bolnikov prihaja v bolnišnico na dan operacije. Ti

bolniki, po predhodnem dogovoru med nami in kolegicami v kirurških ambulantah, obiščejo anesteziološko ambulanto z vso ustrezno dokumentacijo dva do tri dni pred sprejemom v bolnišnico.

Pred obiskom medicinska sestra pri anesteziji komunicira z medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami na odseku, si pridobi dokumentacijo bolnika in jo pregleda. Bolnikova dokumentacija obsega:

- popis bolezni,
- temperaturni list,
- izvide: EKG, rentgen pljuč (pri starejših nad 40 let), laboratorijski izvidi in specialni izvidi pri določenih obolenjih,
- podpisano izjavo za anestezijo in operativni poseg (za otroke in motene osebe privolitev obvezno podpišejo starši, svojci ali skrbniki).

Pogovor z bolnikom opravimo v anesteziološki ali oddelčni ambulanti, če pa je bolnik nepomičen in ga ne moremo z vozičkom pripeljati v ambulanto, opravimo to v sobi. Med obiskom je pomembno, da se ne ukvarjamo z bolnikovo dokumentacijo in z zapisovanjem. Z bolnikom skušamo vzpostaviti pravilen način komuniciranja, vse pridobljene podatke pa zabeležimo ob zaključku obiska. Čas, ki ga porabimo za zbiranje informacij, je odvisen od bolnika samega. Zaželeno je, da se z njim pogovarjamo 10 do 15 minut in da ga pri pogovoru ne utrudimo.

Če je operativni poseg nujen, se žal srečamo z bolnikom šele v operacijskih prostorih. V takem primeru ga namestimo v prostor za pripravo in ga šele kasneje odpeljemo v operacijsko sobo, če to dopušča njegovo zdravstveno stanje. Izjemoma pa je pogovor pred anestezijo zaradi kritične situacije onemogočen.

Na dokumentacijo najprej nalepimo nalepko in preverimo identifikacijo bolnika, označimo odsek in ali je operativni poseg planiran ali nujen. Od tega je odvisno, ali bo medicinska sestra imela dovolj časa za pogovor z bolnikom izven operacijskih prostorov ali pa bo dokumentacijo izpolnila v operacijski sobi.

Bolniku se predstavimo, povemo, zakaj smo prišli in na kratko predstavimo anestezijsko ekipo. Označimo, ali je bolnik pripravljen sodelovati v razgovoru ali pa je nezainteresiran. V nujnih stanjih je zelo težko vzpostaviti pozitivno komunikacijo, saj moramo bolnika zaradi hudih bolečin čimprej pomiriti z ustreznimi učinkovinami, ki hkrati povzročajo zaspanost in nesposobnost govora.

Bolnika vprašamo, ali ga je kirurg seznanil z operativnim posegom. Največkrat bolniki ne vedo, za kaj bodo operirani in kako bo potekalo zdravljenje. Vzrok je lahko slabo razumevanje zdravnikovih besed ali pa šok, ki ga bolniki doživijo ob novici, da bodo morali »pod nož«.

Cilj medicinske sestre v predoperativnem obdobju je seznaniti bolnika s postopki priprave na anestezijo, izvedeti od njega, kaj ve o posegu in če je že bil kdaj anesteziran, ali so takrat nastopile kakšne komplikacije in kakšne so njegove izkušnje.

Preden ga seznanimo s postopki priprave na anestezijo, se pozanimamo, če ga je obiskal anesteziolog. V primeru, da ga je, mu razložimo pripravo na anestezijo, ki jo je zdravnik predvidel. Če pa ga še ni obiskal, smemo, s predhodnim dogovorom z anesteziologom, predvideti vrsto anestezije in tako bolniku razložiti pripravo na njo. Bolniku razložimo, da ga ves čas indukcije (uvod v anestezijo) in anestezije nadzorujeta anesteziolog in medicinska sestra pri anesteziji. Ob koncu operacije in anestezije ga zbudimo in prepeljemo v prebujevalnico, kjer ga prevzame medicinska sestra pri anesteziji, ki je tisti dan na tem delovišču. Njena naloga je, da nadzoruje ter aplicira učinkovine proti bolečini in slabosti ter izpolnjuje druga navodila anesteziologa, ki je vodil anestezijo. Bolniku razložimo, da bo ostal toliko časa v prebujevalnici, dokler ne bo vpliv anestetikov toliko zmanjšan, da je možnost zapletov kasneje (na odseku oziroma v EIT-ju) minimalna, dokler bolečina ne popusti s pomočjo učinkovin oziroma dokler ga ne premestimo v EIT.

Bolnika seznanimo tudi s postopki zdravljenja bolečine. Razložimo mu, da bolečino ocenjujemo po vizualni skali od 1 do 10, ko bo priseben in zmožen govoriti.

Ob prihodu v prebujevalnico ocenjujemo bolečino glede na objektivne znake (potenje, zvišan srčni utrip, sprememba mimike obraza, obrambni gibi estremitet) z numerično vizualno analogno skalo za oceno bolečine:

- 0: ni bolečine,
- 1-3: blaga bolečina,
- 4-7: srednje močna bolečina,
- 8-9: zelo močna bolečina,
- 10: neznosna bolečina.

Bolniku razložimo, da razumemo njegov strah, da mu bomo po operaciji pravočasno aplicirali zdravilo proti bolečini in da bomo jakost bolečine ves čas spremljali. Najbolj se bolečine bojijo tisti bolniki, ki so bili že večkrat operirani in imajo z lajšanjem bolečine slabe izkušnje. Zmotno je namreč razmišljanje, da po operaciji »mora boleti«.

Ob koncu obiska medicinska sestra označi subjektivno oceno strahu, ki jo razbere med pogovorom z bolnikom, in objektivno oceno občutka strahu, ki jo pridobi s primerjavo subjektivne ocene in z objektivnimi kazalci strahu.

Občutek strahu objektivno ocenjujemo z naslednjimi stopnjami:

- 0: brez strahu - normalen v pogovoru,
- 1: malo strahu - negotovost v odgovorih,
- 2: zmeren strah - prestrašen pogled, potne roke, pretirana gestikulacija, nezanesljivi odgovori,
- 3: hud strah - bolnik je bled, znojen, roke so potne in se mu tresejo, jecljajoče odgovarja na vprašanja in ga samo z razgovorom ne moremo pomiriti, ima povišan srčni utrip in pospešeno dihanje,
- 4: panika - simptomi so enaki kot pri točki 3, le da ob tem še joče, kriči, se brani medicinskotehničnih posegov in odklanja vsak dotik ter

razgovor s terapevtom. Utrip srca je zvišan ali celo znižan, dihanje je neenakomerno.

Pri oceni strahu med pripravo bolnika včasih ne moremo dobiti ustreznih odgovorov, če je zaspan zaradi vpliva premedikacije, če je motena zavest in če anestezijska medicinska sestra zaradi priprave bolnika na anestezijo za oceno nima časa.

Sprejem bolnika v operacijske prostore in priprava na anestezijo

Bolnika prepeljemo v operacijske prostore na postelji. Ko ga preložimo na operacijsko mizo, ga pokrijemo s toplo rjuho, po potrebi pa še s toplo odejo, da ga zaščitimo pred hladom, ki je v operacijskih prostorih.

Priprava bolnika na anestezijo vključuje postopke zdravstvene nege v predoperativnem, medoperativnem in pooperativnem obdobju. Za pravilno in natančno pripravo bolnika in za vrednotenje naših postopkov ter negovalnih aktivnosti je zdravstvena nega pri anesteziji razdeljena v pet negovalnih standardov. Standard I je osnovni, vsi naslednji predstavljajo nadgradnjo prejšnjega in pomenijo zahtevnejšo zdravstveno nego. Standardi zdravstvene nege, po katerih bomo bolnika pripravili, so odvisni od njegovega zdravstvenega stanja in njegove osebnosti, zahtevnosti operativnega posega in vrste anestezije, od stopnje opremljenosti delovišča in doktrine negovalnih postopkov, zato jih ne moremo avtomatično prenašati v drugo okolje in v druge pogoje. Določitev standardov je timsko delo, v katerem sodelujejo anesteziolog in kirurg, operacijska medicinska sestra ter medicinska sestra pri anesteziji. Izvajanje zdravstvene nege po določenem standardu pomeni enotno doktrino dela pri pripravi na anestezijo, pri izvajanju anestezije in v pooperativnem nadzoru bolnika.

Anestezija bolnika za laparaskopsko operacijo debelega črevesja je največkrat kombinirana (splošna in regionalna). Bolnika najprej namestimo v prostor za pripravo, ki se nahaja v neposredni bližini operacijske dvorane, kjer bolnika psihično in fizično pripravimo na anestezijo. Pred samo pripravo na anestezijo se pozanimamo, če sta ga na oddelku obiskala anesteziolog in anestezijska medicinska sestra, kar zagotovo olajša psihično pripravo. Fizična priprava poleg priprave na regionalno in splošno anestezijo obsega: preverjanje ustreznih vitalnih funkcij, uvajanje osrednjega venskega katetra in IVK ustrezne debeline, priprava protibolečinske črpalke ter uvajanje katetra v epiduralni prostor (za regionalno anestezijo in analgezijo med operacijo ter pooperativno analgezijo). Ko izvedemo regionalno anestezijo, prepeljemo bolnika v operacijsko dvorano, kjer nadaljujemo s kontrolo ustreznih vitalnih funkcij, ga namestimo v ustrezen položaj ter pričnemo z uvodom v splošno anestezijo. Med splošno anestezijo prejema bolnik preko epiduralnega katetra anestetične in kasneje analgetične odmerke v posameznih bolusih ali s pomočjo protibolečinske črpalke. Po končanem operativnem posegu premestimo bolnika v prebujevalnico, kjer ga prevzame anestezijska medicinska sestra, ki je ta dan razporejena na tem delovišču. Nadaljujejo se postopki

zdravstvene nege: nadzor dihanja, merjenje krvnega tlaka in srčne frekvence; ocenjuje se stopnja zavesti, bolečine; kontrolira se drene in izločeno vsebino; kontrolira se diurezo in po potrebi tudi telesno temperaturo. Po dogovoru z anesteziologom bolnika kasneje premestimo v EIT.

Zaključek

Komunikacija med bolnikom in medicinsko sestro pred anestezijo in operativnim posegom je zelo pomembna. S pomočjo predoperativnega obiska bolnika spoznamo, od njega izvemo, kakšne težave in pričakovanja ima, ter skušamo odpraviti strah, neugodje in zaskrbljenost. Tako skrajšamo čas priprave bolnika na anestezijo v operacijskih prostorih, po pregledu dokumentacije obiska pa lahko predvidimo in preprečimo morebitne komplikacije in se natančno pripravimo na anestezijo s pravilnim izborom standarda zdravstvene nege pri anesteziji. S tem pristopom je izboljšana kvaliteta zdravstvene nege in zmanjšan hladen odnos med bolnikom ter medicinsko sestro, ki ga je povzročila uvedba moderne zdravstvene tehnologije. Bolniku vlijemo novih moči in volje po ozdravitvi, katere mu velikokrat primanjkuje, ko izve, da bo moral biti operiran in anesteziran, in ko ga izid operacije najbolj skrbi.

Viri in literatura

- Irena Buček Hajdarevič, Zorica Kardoš. Preprečevanje dejavnikov tveganja pred operativnim posegom in po njem, Obzornik zdravstvene nege, 2000/34: str. 115-119
- John J. Nagelhout, Karen L. Zaglaniezy, Valdor L. Halgund, Jr. Handbook of Nurse Anesthesia
- Zorica Kardoš. Predoperativna vizita medicinske sestre pri anesteziji, Projekt uvajanja sodobne zdravstvene nege na Oddelku za anestezijo Inštituta za anesteziologijo, OE Kirurške službe, Klinični center, Ljubljana, Visoka šola za zdravstvo, 1996
- Klinična anesteziologija za zdravstveno nego, Klinični center v Ljubljani, OE Kirurške službe, Inštitut za anesteziologijo, Ljubljana, 1994: str. 202-208
- Sonja Trafela. Predoperativni obisk anestezijske medicinske sestre (Diplomsko delo), Visoka zdravstvena šola, 2003

SUPERVIZIJA – IZKUŠNJE PRI DELU Z MEDICINSKIMI SESTRAMI IN ZDRAVSTVENIMI TEHNIKI V SB IZOLA

dr. **Aleksander Zadel**, univ.dipl.psiholog

Zdravstveni delavci so pri delu deležni različnih obremenitev. Fizične in intelektualne so tisti del obremenitev, ki jih tukaj ne bomo obravnavali. Posvetili se bomo obravnavi kombinacije obremenitev, katerih posledica so občutki doživljanja stresa, izgorevanja na delovnem mestu ter upadanja motivacije ali volje do dela. Obravnavali bomo čustvene obremenitve in pokazali način, kako se jih je možno lotiti, da zmanjšamo njihov neželeni učinek.

S strani zaposlenih v SB Izola je prišla iniciativa za uvedbo supervizij za medicinske sestre. Nekatere med zaposlenimi so bile z izkušnjo supervizije, ki so jo doživele ob svojih aktivnostih, ki niso bile neposredno povezane z delom v SB Izola, tako zadovoljne, da so si želele to obliko dela ponuditi tudi sodelavkam. Prepričane so bile, da je možno vsakodnevne obremenitve pri delu zmanjšati s takim pristopom. Obenem je bila njihova izkušnja taka, da se s pomočjo supervizije izboljša tudi komunikacija pri delu in kakovost dela.

Prva srečanja s predstavniki SB Izola so bila namenjena opisu supervizije, oblikovanju ciljev, razgovorih o velikosti skupine in udeležencih. Zaradi posebnosti v vsebini in organizaciji dela smo se odločili, da bodo supervizijski sestanki potekali med dvema izmenama, tako da smo udeleženkam omogočili kar najmanjšo izgubo časa. Obenem smo se odločili za velikost skupine okrog petnajst oseb. Zavedali smo se, da bo zaradi narave dela pogosto prišlo do tega, da se nekatere udeleženke ne bodo mogle udeležiti supervizijskega sestanka, zato smo predvideli nekoliko večje število udeleženk od optimalnega.

Sprva sem vnaprej pripravil vsebino supervizijskih sestankov. Ker udeleženke večinoma niso imele izkušenj s takim načinom dela, sem se odločil, da bomo imeli pred vsakim začetkom kratko uvodno razlago ali predavanje o posameznih značilnostih dela. Govorili smo o odzivih posameznika na težave, o zakonitostih komunikacije, doživljanju stresa in podobno. Pokazalo se je, da je bila to dobra odločitev, saj so kasneje udeleženke poročale, da so se tako veliko lažje sprostile in vključevale v razgovor. Kasneje, ko se je razvil medsebojni odnos zaupanja v ta način dela, taki uvodi niso bili več potrebni. Razgovor je večinoma vzniknil spontano in obravnavali smo ključne primere iz zadnjega obdobja ali primere, ki so še posebej zaznamovali odnose in delovno klimo v zadnjem obdobju. Ključno je bilo, da se je vzpostavila taka mera zaupanja, da je večina udeleženk sestankov relativno hitro opozorila na dogodke iz obdobja, ko nismo bili skupaj, ki jih je bilo potrebno supervizijsko obravnavati. To so bili primeri večjih konfliktnih situacij s pacienti ali v samih timih, primeri težkih zdravljenj, nepričakovanih zaključkov zdravljenj ali smrti pacientov.

Zaupanje med sodelujočimi je postajalo tako močno, da je tudi mene presenetilo, kako odprto smo se pogovarjali. Glede na moje izkušnje sem lahko ugotovil, da smo v tem primeru dosegli transparentnost in odkritost hitreje kot v podobnih skupinah. To se običajno zgodi v okoljih, kjer so zelo dobri odnosi in s tem posledično zelo dobra delovna klima ali v okoljih, kjer so stiske sodelujočih zelo velike.

Supervizijski sestanki so bili na vsakih štirinajst dni. Pogosto smo ugotavljali, da je obdobje med dvema sestankoma predolgo in da se vmes zgodi toliko stvari, da jih je potem težko vse dovolj kakovostno obdelati. Po drugi strani smo čez čas ugotovili, da smo po tem, ko smo obdelali določene probleme, ki so se vlekli skozi daljše obdobje, tekoče zadeve uspeli sproti obravnavati.

Zanimivo pri supervizijah je bilo, tako kot v vsaki skupini, da so nekatere udeleženke bistveno več komunicirale kot ostale. Ko sem to dejstvo izpostavil kot problem, so tiste, ki so se redkeje oglašale zatrdile, da jim že sama prisotnost na supervizijskih sestankih pomaga pri lažjem soočanju z vsakodnevnimi delovnimi težavami. Tudi tiste, ki so se pogosteje oglašale s svojimi mnenji, so opozorile, da so navajene na tak način komunikacije sodelavk, da ga sprejemajo in jih njihova navidez manjša angažiranost ne moti. Kljub temu so se po tej intervenciji, nekatere od prej »tišjih« udeleženk, pogosteje oglasile s svojim mnenjem. Praksa, da se tu in tam v skupini izbere tehniko, da vsak pokomentira določen problem, mnenje ali stališče, je v primerih heterogenih skupin zelo dobra. Omogoča namreč dve stvari, ki sta za dobro delovanje supervizijske skupine neobhodno potrebni. Tistim udeleženkam, ki se pogosteje oglašajo s svojim mnenjem, se pogosto odpre popolnoma novo obzorje, ko povedo svoje mnenje kolegice, ki so običajno tiho. Večinoma se namreč dogaja, da si o ljudeh, ki so pogosto tiho oblikujemo svoje mnenje na podlagi lastnih stališč, ki niso nujno pravilna. Po drugi strani pa udeleženke, ki so bile konkretno povabljene k sodelovanju sprva poročajo o nelagodju, kaseje pa o občutku zelo pozitivne izkušnje. Ali bo supervizijski sestanek bolj ali manj strukturiran, je tako odvisno tudi od dinamike v skupini in značilnosti sodelujočih. Običajno je bolje, da je na začetku bolj strukturiran, kasneje ob večji izkušenosti sodelujočih pa se struktura lahko bolj zrahlja.

V SB Izola smo bili dogovorjeni, da opravimo določeno število supervizij z dvema skupinama. Z vidika organizacije in preglednosti dela je bila ta odločitev v redu. Udeleženkam je bilo sprva všeč, saj so prišle na supervizijo z negotovostjo in določenimi dvomi. Zato jim je bilo lažje, ker so vedele, da ima ta aktivnost tudi svoj konec. Kasneje pa se je pokazalo, da bi morale biti supervizije sestavni del delovnega procesa. Prepogosto se namreč dogaja, da pri delu prihaja do situacij, ki jih posameznik zelo težko sam predela. V skupini, ki obravnava posebne situacije na strokoven način in kjer se udeleženke počutijo varne, so posledice neprijetnih in težkih izkušenj lažje obvladljive. Vsakodnevno delo in soočanje z zahtevnimi situacijami je zato lažje, naše delo pa bolj učinkovito.

Z GLASBO DO ZDRAVJA

Marija Bon, predmetna učiteljica glasbene vzgoje

Ključne besede

glasba, vplivi, sublimirana sporočila, nasmeh, zdravje

Izvleček

V članku želi avtorica resnico o glasbi osvetliti z vidika pozitivnega in negativnega vpliva.

Posreduje stoletna spoznanja o njenem vplivu na naše duševno in telesno zdravje. Predstavlja jo kot vsakdanjo hrano, nujno potrebno za skladen telesno-umski razvoj. Seznanja z njo kot z najpopolnejšim zdravilom samozdravljenja telesa in uma. Prikazuje jo kot ključ za najlažje in najučinkovitejše odpiranje vrat v človekovo notranjost. Naglašuje njeno svetost, ki vodi k samoodgovornosti za zdrav, čist in stanovitven značaj. Opozarja na vpliv, ki lahko vodi v umsko zmedenost, moralni razkroj in telesni propad.

Uvod

Glasba - govorica vsakdana in univerzalni jezik sveta je stara kot človeštvo. Že v pradavnini je človek z njo izražal misli, čustva in razpoloženje in njuna medsebojna povezanost skozi zgodovino je bila prisotna tako v kulturno-družabnem, sociološkem, psihološkem in vzgojnem vidiku, kakor tudi v preventivno-zdravstvenem in terapevtskem.

Kitajci so že pred tisočletji ugotovili, da ima moč spreminjati ljudi in tudi zemlji in rastlinam pomaga k večji rodnosti. Grki so se zavedali, da oblikuje človekov značaj; njihovo geslo je bilo: "Dobra glasba - dobra država". V srednjem veku in renesansi so poudarjali, da sta pravilno razumevanje in odnos do glasbe bistvena za človekov dostop do sebe kot fizično-duhovnega bitja in odkrivanje ter razumevanje Boga skozi njo. Strokovnjaki 19.stol. so raziskovali njen fiziološki vpliv z merjenjem učinkov na dihanje, srčni utrip, krvni tlak in ožilje; kot vrednoto so jo prepoznavali zlasti na področju zdravljenja duševnih bolezni, psihološke rehabilitacije in delovne terapije. V zadnjem desetletju so se spoznanja o njenem vplivu pomnožila in iz osupljivih rezultatov tovrstnih poizkusov so se rodila združenja in društva glasbenih terapevtov s številnimi glasbeno-terapevtskimi programi, ki jih sodobna medicina uporablja kot pomoč pri celi vrsti bolezni. Žal pa je glasba današnjega časa zaradi duha civilizacije skomercializirano-razvrednotena, oropana sijaja in dostojanstva, pri čemer jo sile zla na prikrit način uporabljajo kot skrivno orožje za uničevanje človeštva.

Prvi stik z glasbo doživi človek že v materinem telesu, saj ima zarodek že od 16.tedna dalje tako razvita ušesa, da lahko sliši. Vpliv glasbe takrat je izrednega pomena za oblikovanje osebnosti kot celote, saj se na tej stopnji zvoki skladiščijo v

možganih ter tako zagotavljajo vir za fizično in umsko usklajevanje in intelektualni razvoj. Ker pa je delovanje glasbe na človeka neposredno povezano z odzivnostjo nasmeha in smeha - ki sta že sama po sebi eno najboljših naravnih zdravil - je njeno delovanje v tem duetu toliko uspešnejše.

V prelomno kritični točki pubertete, kakor tudi v kasnejših obdobjih, ko se človek sooča z občutki osamljenosti, nemira, brezcilnosti, nerazumevanja in notranje praznine, bi morala biti dobra glasba človekova najzvestejša sopotnica, saj v sebi nosi Božje gene - kakor človek. Le kdor jo tako pojmuje in sprejme, bo z njo dosegal visoke ideale: prišel bo do sebe, prejel vero, spoznal Boga, ob njem mir in izpolnitev, s čimer si bo zagotovil zdravje in našel srečo.

V kolikor pa na to človek ne polaga pozornosti, lahko zapade vplivom "patološke" glasbe, kamor prvenstveno sodi rock glasba - zaradi združitve s satanističnim kultom.

Svet bi bil boljši, če bi se ljudje več ukvarjali z glasbo. Tito

Glasba je duševna hrana. Ni nepomembno ali se z njo ukvarjamo poslušalno, ustvarjalno ali gibalno-sprostitutveno, ampak je predvsem pomembno, kako živimo: **OB** njej, **Z** njo ali **V** njej?

Živeti **OB** njej je enako, kot pričakovati korist od kupa hrane okrog sebe, a je ne uživati.

Z njo živeti pomeni, kakor uživati trenutno razpoložljivo hrano, brez izbora in nadzora.

V njej živeti pa je istovetno z zavestnim, načrtnim, razumnim, in spoštljivim uživanjem hrane.

Glasba je najpopolnejše in najučinkovitejše zdravilo z mnogimi pozitivnimi stranskimi učinki.

Lahko jo popijemo kot vodo za žejo, si jo pripravimo kot čaj ali nanesimo kot mazilo, se ji prepustimo kot maserju, jo vzamemo kot tableto, vbrizgamo kot muskularno, intravenozno ali intrakardialno injekcijo, služi nam kot infuzija ali transfuzija, je anestezija, lahko pa tudi patologija.

Preveč neverjetno, da bi bilo lahko res? Pa je! Odvisno od naše osebne odločitve, kar pogojuje uspeh zdravljenja, ki ob pravilni izbiri in doziranju odpravlja skrbi, žalost, strah in jezo, krepi obrambne sposobnosti telesa, vpliva na utrujene in izčrpane živce, povečuje telesno vzdržljivost, zmanjšuje telesne reakcije na stres, uravnava srčni utrip, vpliva na ritem dihanja, krvni tlak, krčenje želodca, izboljšuje razpoloženje, povečuje budnost in živahnost, pomaga v boju proti čustveno-telesnim posledicam mnogih bolezni, izboljšuje psihoterapijo, zvišuje bolečinski prag, zmanjšuje zaskrbljenost in depresijo, "hrani" dojenčke, pomaga pri porodu, zdravljenju raka, sladkorne bolezni, vnetju sklepov in glavobolu, daje zadovoljstvo in poleg preostalega tvori celó endorfin - hormon sreče.

Kaj omogoča glasbi tako univerzalno, čudežno delovanje na človeški organizem? Toni.

Ton kot sredstvo glasbene govorice niha na določeni frekvenci in je prekrit z nizom alikvotnih tonov, kot preliv barv v slikarstvu. Ker človeško uho zazna 15000

različnih tonov in se nanje odzove z desetkratnim številom frekvenc (oko npr. le s podvojenim številom) v obliki zvočnih valov, je učinek toliko večji in prepričljivo potrjuje, da lahko zvok v trenutku popolnoma uravnovesi možgane, osredotoča in pri umsko bolnih prodre tja, kamor besede ne morejo.

Naše telo nosi v sebi sedem frekvenc, enakih sedmim tonom v glasbeni lestvici. Ker je ob dotiku glasbe "na udaru" vse telo, je vpliv glasbe samodejen in univerzalen.

Ko pride ton do telesa, zavibrirajo v njem vse celice, ki so že po naravi uglašene z isto frekvenco kot ton, ki se jih dotakne. To omogoča voda, s katero so napolnjene celice in tako je delovanje glasbe na telo pravzaprav podobno globinski masaži. Ton kot laser obolele celice zdravi s stresanjem in jim celo spreminja barvo in obliko, rakave šibke, ohlapne in težke celice se razbijejo in razgradijo, kri pa je npr. že po eni minuti delovanja glasbe čistejša - svetlejša, odpadna snov pa se izloči iz celične membrane; odmerki zdravil pri operacijah pa se bistveno zmanjšajo, zdravljenje je hitrejše in ležalne dobe krajše. Zato je zdravljenje z glasbo najgloblja, najnatančnejša, najhitrejša in najpopolnejša oblika zdravljenja uma in telesa. Za tovrstno zdravljenje pa niso potrebne sposobnosti in znanja - celo posluš ne! Zadostuje petje, mrmranje, žvižganje in poslušanje, kar bo telo in um držalo v ravnovesju.

Fizik E.Chladni (18.stol.) in glasbenik H.Jenny (1960) sta v neživi materiji različnih delcev, prahu, glicerina, živega srebra in drugih snovi dokazala, da je ton, igran na violino, tvoril svojevrsten simetrični in privlačen vzorec, ki je ob povečani frekvenci postal neurejen ali se je popolnoma razbil. Nekateri toni so tvorili harmonične podobe, drugi pa vizualni nered. Poizkus je v dokaz trditev, da ima glasba moč spreminjati vzorce telesa in uma - zdravje torej jemlje ali vrača.

Veleindustrialec Don Carlos s Floride pa je ugotovil, da so se rastline začele obračati od sonca v smer glasbe. Pomeni, da je bil zvok zanje enako pomemben kot fotosinteza.

Glasba je zveza med nebom in zemljo. Kitajski rek

Glasba je duhovna vrednota. Dana je od Boga in v sebi nosi njegove gene - kakor človek - zato je prav, da jo tako pojmuje in z njo spoštljivo živimo. Je neposredno vezana na dobro počutje, ki ga ponavadi takoj ob njenem dotiku izrazimo z nasmehom.

Raziskave o zdravilnih učinkih smeha govorijo o tem, da se le-ta začne s sproščanjem endorfinov, hormonov sreče, ki pomorejo k vsesplošnemu sproščanju in čustveni potešenosti.

Ker so obrazne mišice so z živci povezane z možgani, jim ob nasmehu sporočajo, da nam je lepo, dobro, ugodno in prijetno. Je mišična vaja - jogging na mestu; je najboljši protistrup za strah, idealno zdravilo za stres in vzpodbujevalec samozavesti.

Nasmeh je v kombinaciji z glasbo, ki se tudi sicer odlikuje z enakimi zdravilnimi lastnostmi, nepogrešljiv za človekovo zdravje. A premalokrat uporabljen, saj se danes ob vsakodnevnih tegobah in težavah zdi že kar pregrešno nasmejati se. In zato je kot spodbujevalec potrebna kvalitetna glasba, saj se ob njej z nasmehom in

dobrovoljnostjo telo še dodatno uspešno odpira v notanjost in osvobaja tam domujoča negativna čustva strahu, jeze, žalosti idr. Tudi svetopisemska navodila glede potrebe ohranjanja veselja za zdravje opozarjajo in vabijo:

"Veselo srce pospešuje zdravljenje, potrtr duh pa kosti suši" (Preg.17:22)

Če naj bi bila nasmeh in veselje odraz načina življenja, ne pa izraz čustev, se potrudimo priti do njiju s pomočjo glasbe. Še posebej, ker sta temeljna za zadostitev ostalih potreb telesa.

Ukvarjanje z glasbo naj iz nas izvabi le najboljše!

Naj bo kot veter v jadrih, ki vodi našo ladjo vse bližje nebeški določenosti.

P.M.Alvanhov

Glede na univerzalno moč in vpliv glasbe, bi moral biti ideal našega življenja kot linija neprekinjenega petja, igranja in poslušanja le najkvalitetnejše glasbe, če naj bi bil človek telesno in duševno optimalno uravnotežen in zdrav. Le tako lahko človeku služi v namen, za katerega je bila dana: za nasmeh, veselje, srečo in zdravje.

Žal pa temu danes ni več tako. Glasba je v večini zlorabljena, zato se je spremenila v skritega sovražnika, ki preko nekaterih zvrsti telo pretirano vznemirja, rani, uničuje in ubija. Rock - združen s satanskim kultom. Njegova največja nevarnost tiči v sublimiranih sporočilih (Backward Masking). To so med tekst pesmi nazaj posneta negativna sporočila, ki jih ob normalnem poslušanju ne moremo prepoznati, kar njihovega delovanja na naše možgane ne izključuje in nas ne obvaruje pred posledicami "programiranja".

Primer potovanja normalnega in sublimiranega sporočila:

- Če npr. slišimo besedo GLASBA, nam je le-ta razumljiva, zato jo analitični center spusti do logičnega, ki jo obrne v ABSALG in pošlje v pomnitveni center. Ta jo ponovno obrne v GLASBA in shrani. Tako s pojmom GLASBA postanemo "programirani".
- Če pa do nas pride sublimirano sporočilo, je le-to že obrnjeno. V tem primeru slišimo npr. JAJIBU, česar ne prepoznamo kot logično, zato se analitični center ne opredeli za sprejem ali zavrnitev. To je cilj prevare! Sporočilu so s tem vrata odprta v logični center. Ker je tja že prišlo obrnjeno - kar je sicer naloga tega centra - ga le pošlje dalje v pomnitveni center, ki ga po svoji nalogi spet obrne (nastane UBIJAJ) in shrani. Tako je poslušalec programiran za nasilje. Sublimirana sporočila pa niso le posamezne besede, ampak v glavnem daljše povedi gnusnih in zlonamernih satanističnih vsebin.

Določena vrsta glasbe je nevarna zaradi sublimiranih sporočil, škodljivih harmonskih povezav, zelo nizkih tonov, poudarjenega ritma (najpogosteje je to ritem plemen, ki kličejo duhove) pretirane glasnosti in svetlobnih učinkov. Vse to telo obremeni do te mere, da začno možgani v agoniji ustvarjati protistrup, izražen v želji po seksu, drogah, alkoholu in nasilju.

Glasbe ne pišem zato, da bi ljudi zabaval, ampak poboljšal. G.F.Händel

Zaključek

Glasba je popolna komunikacija. Dovolj popolna in preprosta, da plemenito poslanstvo opravi doma, na bolniški postelji ali v zaporniški celici enako uspešno, kakor v koncertni dvorani.

Naj bo in ostane naša vrednota! Uporabljajmo jo s hvaležnostjo, dobrimi nameni in pravnimi nagibi. Le tako bo "MUSICA NOSTER AMOR EST".

Ukvarjanje z glasbo naj iz nas izvabi najboljše.
Naj bo kot veter v jadrih, ki vodi našo ladjo vse bližje nebeški določenosti!
P.M. Alvanhov

Viri in literatura

- Anon. Smeh je najboljše zdravilo. Delo & Dom: številka 7, februar 2001.
- Anon. Tri zvrhane žlice smeha na dan. Delo & Dom: številka 7, februar 2001.
- Belan I. Glasba je lahko zdravilo. Nedeljski dnevnik: številka 5, maj 2002.
- Dewhurst Maddock O . Zdravilna moč glasbe in zvoka: samozdravljenje z glasbo in glasom. Ljubljana: Tangram, 1999.
- Roden S. Zdravljenje z glasom; zdravilna moč človeškega glasu. Ljubljana: Iskanja, 2000.
- Več avtorjev. Sveto pismo - ekumenska izdaja. Ljubljana: Britanska biblična družba, 1985.
- Virtič M. Glasba v življenju sodobnega človeka. Ljubljana: Krščanska adventstična cerkev, 1990.
- Študijski zapiski iz predavanj pri predmetu Glasbena vzgoja. Ljubljana: Pedagoška akademija, 1970 – 1973.

KATEGORIZACIJA BOLNIKOV PO ZAHTEVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE – PRIKAZ STANJA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI IZOLA

Doroteja Rebec, viš. med. ses.

Kategorizacija in njen namen

Definicij, ki opredeljujejo pojme kot so kategorizacija bolnikov, kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege in kategoriziranje, je veliko. Vsaka poskuša omenjene pojme čimbolj natančno opredeliti in pojasniti, zakaj so pri vsakodnevnem delu v zdravstveni negi pomembni. Vendar je za lažje razumevanje (ki je v vsakdanji praksi potrebno, da se neka novost »prime«) čisto dovolj, če rečemo, da kategorizacija bolnikov pomeni *razvrščanje bolnikov v kategorije glede na njihove individualne potrebe po zdravstveni negi, kar nam služi kot dolgoročna ali kratkoročna osnova za planiranje različnih aktivnosti s ciljem ugotovljene potrebe tudi kakovostno zadovoljiti (ob seveda smotrni uporabi raznih virov).*

Kronološki pregled procesa uvajanja kategorizacije v Splošni bolnišnici Izola

Kategoriziranje bolnikov se je v Sloveniji poskusno začelo v Kliničnem centru leta 1996 v okviru projekta »Uvajanje programa za zagotavljanje kakovosti, sistema klasifikacije bolnikov na področju zdravstvene nege«. Kmalu je postalo jasno, da je izbrana metoda po San Joaquin-u (vendar nekoliko prirejena za slovenski prostor) za nas primerna in jo je Razširjeni strokovni kolegij zdravstvene nege zato tudi priporočil za uporabo v slovenskih bolnišnicah. Na enem izmed sestankov kasneje ustanovljenega Kolegija za poenotenje kategorizacije potreb bolnikov v bolnišnični zdravstveni negi (v letu 2003) je bila metoda uradno poimenovana kot *Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN).*

Od leta 2000 nas h kategorizaciji obvezuje tudi Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva.

V Splošni bolnišnici Izola (SBI) segajo prvi poskusi kategoriziranja bolnikov v leto 1997. Na enem izmed oddelkov smo začeli z dvostopenjsko kategorizacijo bolnikov - iz praktične potrebe po smotrnem razporejanju kadra glede na zasedenost oddelka oz. posameznih enot. Kasneje so tudi drugi oddelki bolnišnice postopoma začeli uvajati kategoriziranje bolnikov. V letih 2001 in 2002 smo na vseh oddelkih prešli na razvrščanje bolnikov v štiri veljavne kategorije.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so se usposabljali za izvajanje kategorizacije na učnih delavnicah (organiziranih znotraj bolnišnice) in s pomočjo praktičnega učenja skozi delo. Vir informacij je bilo pisno gradivo s strokovnih sestankov kot tudi izmenjava znanja ter izkušenj z medicinskimi sestrami iz drugih bolnišnic. Vzporedno z uvajanjem kategorizacije se je razvijala in dopolnjevala tudi negovalna dokumentacija kot podporni element kategorizacije. Računalniško-

informacijski sistem pa v vseh teh letih največkrat ni omogočal ustreznega načina vnosa kategorije in tudi ne zahtevnejših statističnih obdelav podatkov. Upoštevajoč še nekatere druge okoliščine, ki niso bile vedno naklonjene uvajanju kategorizacije kot novitete, lahko rečem, da smo šele leta 2002 dobili prve podatke, ki so nam služili za približno primerjavo med oddelki. Iz leta v leto so številke bolj realne in s tem smo vedno bolj primerljivi navzven kot tudi oddelki med seboj znotraj bolnišnice.

Kategorizacija bolnikov v SBI danes

Kot druge slovenske bolnišnice, je tudi SBI preko predstavnika vključena v Kolegij za poenotenje kategorizacije potreb bolnikov v bolnišnični zdravstveni negi ter tako sodeluje pri preverjanju, razvoju in izboljševanju obstoječe metode kategoriziranja. S tem ima naša bolnišnica tudi možnost primerjati se z drugimi bolnišnicami v Sloveniji.

Kategoriziranje bolnikov v SBI povečini poteka v skladu s sklepi omenjenega kolegija. Morebitna odstopanja so bolj posledica pomanjkljivega informacijskega sistema, ki bi moral nuditi hiter in enostaven vnos kriterijev za posameznega bolnika ter kasneje nabor podatkov za razne analize. V marcu 2004 smo v SBI (vzporedno z večino slovenskih bolnišnic) pod vodstvom omenjenega kolegija preverjali ustreznost dopolnjenih kriterijev za kategorizacijo bolnikov. Po prvotnem odporu zaposlenih je zanimanje za študijo naraščalo – ob uporabi novih kriterijev so bili kreativni, kritični in bolj motivirani za dosledno razvrščanje bolnikov, ker so sproti videli, da so po novejših kriterijih pridobljene kategorije bolj realne. Vendar pa motivacija zaposlenih hitro vpade, če jim niso ponujeni ustrezni pogoji za delo – velika poraba časa ali komplicirane metode jih odvrtaajo od doslednosti.

(grafični prikazi za leta 2002, 2003, 2004)

Zaključek

Od prvih razmišljanj o kategorizaciji bolnikov in nato prvih poskusov uvajanja kategorizacije v prakso, pa do danes, ko tako ali drugače kategoriziramo bolnike že v vseh slovenskih bolnišnicah, je preteklo kar nekaj let. Še nekaj časa bo trajalo, da bomo vsi v Sloveniji tudi poenoteni in s tem tudi objektivno primerljivi. SBI se je v vsem tem času (kot verjetno tudi druge bolnišnice) ukvarjala z dokazovanjem, zakaj je kategoriziranje bolnikov potrebno, pretok informacij med bolnišnicami v zvezi s kategorizacijo je bil boren (tudi pisnih virov je bilo malo), zadolženi za uvajanje kategorizacije v prakso so po lastni iniciativi in presoji organizirali izobraževanja zaposlenih, motivacija zaposlenih za dosledno kategoriziranje je nihala, metode zbiranja in analiziranja podatkov so jemale preveč časa... S takimi in podobnimi težavami smo se verjetno srečevali vsi v slovenskem prostoru, reševali pa smo jih različno uspešno.

V zadnjih letih lahko rečemo, da so se stvari začele premikati na bolje – s pomočjo Kolegija za poenotenje kategorizacije potreb bolnikov bolnišnični zdravstveni negi smo začeli načrtno zbirati, prikazovati podatke, ter se na ta način primerjati med

seboj in popravljati napake. Po prvih primerjavah, ki jih je kolegij napravil, SBI ne odstopa od povprečja, kar kaže, da je trenutno obstoječi način kategoriziranja ustrezen. Čeprav to ne pomeni, da niso potrebne izboljšave. Pri tem se zopet vračam na informacijski sistem, ki bi moral kategoriziranje bolnikov in kasnejše analize podatkov omogočati v taki obliki, da bi bilo tovrstno delo čim manj obremenjujoče.

Viri in literatura

- Naka S, Pavčič Trškan B. Delovne obremenitve medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. *Obzor Zdr N* 1999; 33: 3-8.
- Filej B, Kadivec S, Zupančič P. Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2000: 7-21.
- Šorli J. Kakovost v zdravstvu, nova moda ali edina izbira? V: Zbornik predavanj – 3. strokovno srečanje. Lipica: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na internistično – infektološkem področju, 1997: 3-11.
- Zapisniki sestankov Kolegija za poenotenje kategorizacije potreb bolnikov v bolnišnični zdravstveni negi (Ljubljana, 7.2.2003, 25.4.2003, 15.1.2004).

Seminar so omogočili:

VALENCIA STOMA MEDICAL d.o.o.

SIMPS'S d.o.o.

MEDIS d.o.o.

SANOLABOR d.o.o.

MEDIAS INTERNATIONAL d.o.o.

AUREMIANA d.o.o.

PROGRAMSKO ORGANIZACIJSKI ODBOR:

Irma Rijavec, Cvetka Loriger-Rekić, Vida Volk in strokovni odbor za pripravo predavanj Splošne bolnišnice Izola – kirurgija

IZDALA:

Sekcija kirurških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

ZALOŽILA:

Sekcija kirurških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

LEKTOR:

Dejan Černigoj, dipl. slavist

OBLIKOVALEC:

Natalija Rijavec

ASISTENT PREZENTACIJE PREDAVANJ:

Sandi Šverko

TISK:

Papirna galanterija Sedmak, Ajdovščina

NAKLADA:

80 izvodov

Izola, september 2004