

foto: foto spring

GLASILO
Zbornice zdravstvene in babske nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije



UVODNIK

Statutarne spremembe na Zbornici - Zvezi

AKTUALNO

Zdravstveni delavci in nadzor nad tobakom

TEMA MESECA

Negovalne diagnoze v psihiatrični zdravstveni negi

PREDSTAVLJAMO VAM

Internetna stran sekcije operacijskih medicinskih sester

ZANIMIVO

Biti ženska, prednost ali ovira

ZELDOX[®]

(ziprazidon)
trde kapsule

Svet shizofrenije prej...

... in potem

Opazili boste razliko!

BISTVENE INFORMACIJE IZ POVZETKA GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

ZELDOX 20 mg, trde kapsule, ZELDOX 40 mg, trde kapsule, ZELDOX 60 mg, trde kapsule, ZELDOX 80 mg, trde kapsule

Indikacija: shizofrenija. Odmerjanje in način uporabe: za akutno zdravljenje odraslih odmerek 40 mg dvakrat na dan, zaužit s hrano, ki ga je pozneje mogoče prilagoditi glede na klinično stanje posameznega bolnika, do največ 80 mg dvakrat na dan. Največji priporočeni odmerek se lahko doseže že 3. dan zdravljenja. Med vzdrževalnim zdravljenjem morajo bolniki dobivati najmanjši učinkoviti odmerek: malsikdaj zadošča odmerek 20 mg dvakrat na dan. Kontraindikacije: preobčutljivost za ziprazidon ali katero od pomožnih snovi. Znano podaljšanje intervala QT. Sindrom prirojenega podaljšanja QT. Nedaven akutni miokardni infarkt. Dekompenzirano srčno popuščanje. Aritmije, zdravljene z antiaritmiki skupine IA oz. III. Sočasno zdravljenje z zdravili, ki podaljšajo interval QT. Posebna opozorila in previdnostni ukrepi: ziprazidon povzroči blago do zmerno, od odmerka odvisno podaljšanje intervala QT. Izrazita bradikardija. Elektrolitske motnje. Kardialni simptomi. Če je interval QT > 500 msek, je zdravljenje priporočljivo končati. Maligni nevroleptični sindrom. Tardivna diskinezija. Konvulzije. Okvara jeter. Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij: Aditivnega učinka ziprazidona in zdravil, ki podaljšajo interval QT ni mogoče izključiti. Zdravila z delovanjem na osrednje živčevje in alkohol. Vplivi drugih zdravil na ziprazidon: ketokonazol, karbamazepin. Uporaba med nosečnostjo in dojenjem: ni ga priporočljivo uporabljati med nosečnostjo, razen če pričakovana korist za mater odtehta potencialno tveganje za plod. Dojenje ni dovoljeno. Vpliv na sposobnost vožnje in upravljanja s stroji: lahko povzroči zaspanost in lahko vpliva na sposobnost za vožnjo in upravljanje s stroji. Neželeni učinki: v kliničnih raziskavah zelo pogosto zaspanost; pogosto astenija, glavobol, zaprtje, suha usta, dispepsija, povečano slinjenje, navzeja, bruhanje, agitiranost, akatizija, omotica, distonija, ekstrapiramidni sindrom, hipertonija, tremor, nenormalen vid; občasno konvulzije, hipotenzija, povečanje prolaktina. Ziprazidon povzroči blago do zmerno, od odmerka odvisno podaljšanje intervala QT. Način in režim izdajanja: zdravilo se izdaja le na recept, uporablja pa se po navodilu in pod posebnim nadzorom zdravnika specialista ali od njega pooblaščenega zdravnika. Imetnik dovoljenja za promet: Pfizer Luxembourg SARL, 283 Route D'Arion, L-8011 Strassen, Luxembourg Datum zadnje revizije besedila: 11. oktober 2002 Podrobnejše informacije so na voljo pri: Pfizer Luxembourg SARL, 283 Route D'Arion, L-8011 STRASSEN LUXEMBURG, Pfizer, podružnica za svetovanje s področja farmacevtske dejavnosti, Ljubljana, Letališka cesta 3c, Ljubljana



Pfizer Luxembourg SARL,
Pfizer, podružnica za svetovanje s področja farmacevtske
dejavnosti, Ljubljana
Letališka cesta 3c, 1000 Ljubljana
tel.: 01 52 11 400

Vsebina

• UVODNIK	4
Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije po statutarnih spremembah	
• DELO ZBORNICE	6
Kronika dogodkov v marcu 2005	
• AKTUALNO	8
"Zdravstveni delavci in nadzor nad tobakom"	
Anketni vprašalnik	10
• ICN	14
Izjave za tisk	
• TEMA MESECA	18
Negovalne diagnoze in njihova uporaba v praksi	
Rezultat klinične presoje v procesu zdravstvene nege je negovalna diagnoza	21
Negovalne diagnoze v psihiatrični zdravstveni negi	23
Primer uporabe negovalnih diagnoz v zdravstveni negi bolnika z depresivno motnjo	27
Negovalne diagnoze v psihiatrični zdravstveni negi	32
• IZOBRAŽEVANJE	37
5. Kongres zdravstvene in babiške nege	
• RSK	51
Kategorizacija v osnovnem zdravstvu, prilagoditev patronažne dejavnosti izzivom sodobnega časa in dolgotrajna oskrba	
• PREDSTAVLJAMO VAM	52
Internetna stran sekcije operacijskih medicinskih sester Slovenije	
• POROČILA-STROKOVNA SREČANJA	53
Celostna obravnava starostnika	
Redno letno srečanje enterostomalnih terapevtk Slovenije v Hotelu Mons	53
Učna delavnica o (ne)nasilju	54
Vizija pediatrične zdravstvene nege in novosti na področju besežiranja	56
• ZANIMIVO	61
Biti ženska - prednost ali ovira? 59	
Kako obvladati stres, da ne bo stres obvladal nas	61
Klamidijske spolno prenosljive infekcije	63
Dobrodošli – tudi naslednje leto! 64	
Oskrba ran in dekubitusov z Ligasano materialom	66
Maščobe – več kakovosti namesto količine	67
• IZLETI - STROKOVNE ESKURZIJE	68
strokovno potovanje na Finsko	
Vabilo na izlet v Prekmurje	69
Strokovna ekskurzija v Berlin	70
• S HUMORJEM JE LAŽJE IN LEPŠE	71
«Amor»	
• MI MED SEBOJ	72
Ob skodelici čaja	
• PREDLAGAJTE - POVEJTE	73
Spoštovane bralke in bralci Utripa!	
Raziskovanje v zdravstveni negi	75
• OBVESTILA	78
Dan odprtih vrat Kliničnega centra Ljubljana	

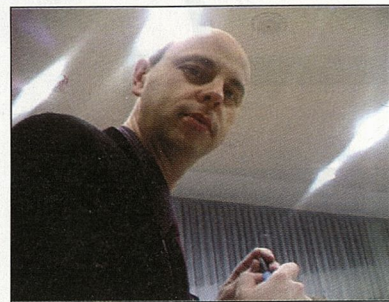
Utrip - strokovno informativni bilten Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. ODGOVORNA UREDNICA: mag. Brigita Skela Savič UREDNIŠKI ODBOR: Petra Kersnič, Irena Keršič Ramšak, Veronika Pretnar

Kunstek, mag. Brigita Skela Savič LEKTORICA: prof. Cvetana Tavzes PREVAJALEC: Primož Trobevšek NAKLADA: 13200 izvodov NASLOV UREDNIŠTVA: UTRIP, Vidovdanska 9, Ljubljana, T./F. 01/ 2316-055 - tajništvo Zbornice - Zveze, T. 01/ 4344-903, naročnine, računi, e-mail: zveza.med.sester@siol.net, TRR ZDMSZTS pri NLB, posl. Tavčarjeva 7, Ljubljana, številka: 02031-0016512314 TRŽENJE : ATELIER IM, d.o.o. Breg 22, Ljubljana, T. 01/2411-932/4, F. 01/2411-939, e-mail: atelier-im@siol.net
PRIPRAVA ZA TISK: STARLING, d.o.o., Opekarska cesta 38, Vrhnika, T. 01/ 7557-850, F. 01/ 7557-855, e-mail: starling@starling.si TISK: Tiskarna POVŠE, Povšetova 36 a, Ljubljana, T./F. 01/ 2301-542, e-mail: tisk.povse@siol.net FOTOGRAFIJA NA NASLOVNICI: Foto Spring SPLETNA STRAN ZBORNICE-ZVEZE: www.zveza-dmszts.si
Utrip (Online) ELEKTRONSKI NASLOVI: zveza.med.sester@siol.net, tajništvo@zveza-dmszts.si, narocnina@zveza-dmszts.si ISSN 1581-3738

Revija izhaja 11-krat letno. Letna naročnina za nečlane je 4500 sit, člani plačujejo naročnino za Utrip s članarino, od katere se obračunava in plačuje 8,5-odstotni davek na dodano vrednost.



Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije po statutarnih spremembah



V februarju letos je potekala 16. volilna skupščina Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornice – Zveze), na kateri so poslanci regijskih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, poleg volitev vodstva Zbornice – Zveze (predsednika in podpredsednika) ter organov (nadzorni odbor in častno razsodišče), sprejeli še spremembe statuta organizacije. Osnova za delovanje organizacije je še vedno zakon o društvih, ki omogoča povezovanje društev v zvezo. Podlaga za sprejem sprememb so bili aneksi k pogodbi o povezovanju društev v zvezo društev in sprejete dopolnitve zakona o zdravstveni dejavnosti

Opravljen je bilo obsežno delo usklajevanja statuta z določili pogodbe, ki ustanavlja zvezo in ureja vsa temeljna vprašanja delovanja zveze, kot to določa zakon o društvih, ter z novimi nalogami, ki jih je pred organizacijo postavil zakonodajalec na področju javnih pooblastil.

Naj na prvem mestu poudarim **umestitev babic** kot posebej opredeljene poklicne skupine v zdravstveni dejavnosti že v ime naše organizacije in v organe. S tem smo dejansko in simbolno popravili krivico, ki je bila temu poklicu prizadejana z njihovim »izbrisom« iz seznama poklicev. Seveda pa to samo po sebi ni dovolj. Predvsem poklicna skupina babic si bo morala izboriti ustrezen položaj v slovenskem zdravstvenem sistemu; pogoje za to jim daje slovenska zdravstvena zakonodaja in direktive EU.

Pomembna vsebinska sprememba v statutu je sprejem **izvajanja javnih pooblastil** za vodenje registra izvajalcev dejavnosti zdravstvene in babiške nege. V ta register morajo biti vpisane diplomirane medicinske sestre, višje medicinske sestre, diplomirane babice, srednje medicinske sestre, medicinske sestre babice, zdravstveni tehniki in tehniki zdravstvene nege. Naslednji je register imetnikov licence za opravljanje dejavnosti zdravstvene in babiške nege, kjer morajo biti vpisani diplomirane medicinske sestre, višje medicinske sestre, diplomirane babice. V to področje spadajo tudi javna pooblastila za izvajanje strokovnega nadzora dejavnosti zdravstvene in babiške nege ter specializacije. Pri oblikovanju teh določb je Statutarna komisija pri Zbornici – Zvezi, ki ji predsedujem, pregledala slovenski pravni red, ki se nanaša na izvajanje javnih pooblastil, in pripravila plan aktivnosti, ki jih bo potrebno izpeljati za uskladitev obstoječih notranjih aktov z novimi nalogami.

Pred nami je veliko dela. Potrebno bo pripraviti pravilnike za vodenje teh postopkov v skladu z zakonom o pravnem postopku in zakonom o upravnem sporu, nabor podatkov, ki jih bo vseboval register (poleg zakonsko določenih), poiskati bo

potrebno ustreznega ponudnika za izdelavo registra. Voditi bomo morali tri registre: register članov društev, register izvajalcev zdravstvene in babiške nege in register imetnikov licenc. Ker gre pri prvem registru za zaupne podatke društev in na drugi strani javni register, bomo morali izdelati **katalog informacij javnega značaja**.

Od približno 14 000 tako ali drugače registriranih izvajalcev bo potrebno pridobiti ustrezna dokazila o izpolnjevanju poklicne kvalifikacije (diploma, spričevalo, strokovni izpit) in vse podatke po preverjanju verodostojnosti vnesti v register ter jim nato izdati potrdilo o vpisu v register, s katerim se bodo izkazali pri delodajalcu. Za tiste izvajalce, ki jim je minister določil licenco, bo potrebno izvesti vpis v register licenc in jim licenco kot dokument z državno veljavo tudi izdati.

V nadaljnjih aktivnostih bo potrebno za zaščito dejavnosti, stroke in izvajalcev uveljavljati zakonsko določbo, da bodo delodajalci zaposlovali samo tiste izvajalce zdravstvene in babiške nege, ki bodo imeli veljaven vpis v register oziroma licenco.

Ker je licenca tudi »dovoljenje za delo«, moramo izdelati jasna merila, ki bodo odločala o podelitvi, podaljševanju in odvzemanju licence. Ta merila morajo biti določena in sprejeta pred pričetkom podeljevanja prvih licenc in jih kasneje ni dovoljeno spreminjati. Tako bomo morali znotraj organizacije opraviti razpravo in sprejeti odločitve o tej vsebini. Pri tem bo potrebno veliko skupnega dela, predvsem članov, ki delujejo v strokovnih sekcijah. Sprejeta licenca bo obenem tudi **temeljni poklicni standard stroke** v Slovenije – tisto, o čemer je pisala že Angela Boškin. Torej udeležujemo njeno takratno spoznanje 78 let kasneje.

Tudi v notranji urejenosti organizacije Zbornice – Zveze so bili doseženi pomembni dogovori, saj je oblikovan večji upravni odbor kot organ vodenja organizacije med skupščinama s precejšnjim naborom nalog. Vsebinsko so bolj opredeljene naloge predsednika organizacije, statutarno določeno namestništvo predsednika v vodenju in predstavljanju organizacije (podpredsednik) ter jasna usmeritev na timsko delo v organu vodenja, nadalje razmejitev nalog in odgovornosti v vodenju organizacije, od strokovnih nalog služb in zaposlenih. Z razširjeno sestavo upravnega odbora je omogočen širši krog razprave in kakovostnejše sprejemanje odločitev, delegiranje posameznih nalog, obenem pa tudi trdnjša povezava delovanja tako regijskih društev kot strokovnih sekcij in drugih organov in delovnih teles (komisij, delovnih skupin) s politiko organizacije.

Statut je samo ogrodje (urejenost) organizacije, vse zapisano in postavljeno udeležujemo ljudje.

Peter Požun, podpredsednik

UBIKINON IN SRCE

Q10

- Koencim Q 10 (ubikinon) kot sestavni del mitohondrijske dihalne verige sodeluje pri prenosu elektronov, hkrati deluje tudi kot močan antioksidant (obramba proti prostim radikalom v mitohondrijih, preprečevanje oksidacije lipoproteinov).
- Koncentracija koencima Q 10 je največja prav v srčni mišici (110 µg/g tkiva), zmanjšuje pa se pri miokardiopatijah različnega izvora in s staranjem.
- Koencim Q 10 so v odmerkih od 30 do 300 mg/dan kot dopolnilno zdravilo uspešno preizkusili pri kroničnem pešanju srca, koronarni bolezni in pred operacijami na srcu.

FIDI KOENCIM 10

Da!

pri

- pešanju srca
- stanjih po možganski ali srčni kapi
- kronični izčrpanosti in mišični oslabeledosti

V eni kapsuli je:

- 30 mg koencima Q10 (ubikinona)
- 35.7 IE vitamina E
- vitamin C
- betakaroten
- selen

Izdeluje:

Brodišče 32, 1236 Trzin
tel.: 01/563 45 20
www.fidimed.si

FIDIMED d.o.o.
FIDIFARM

FIDI KOENCIM 10®



je edini preparat z ubikinonom, ki je v Sloveniji registriran kot ZDRAVILO brez recepta!

Kronika dogodkov v marcu 2005

Petra Kersnič

Če smo februarja naredili načrt dela v naši krovni organizaciji, smo v medijih v mesecu marcu zasledili program ministra za zdravje, ki bo po ministrovih besedah razdeljen na kratkoročni in dolgoročni – vse do leta 2013. Glavni poudarki programa bodo na zakonodaji s področja zdravstva – ureditev oziroma priprava zakonov: o izravnalnih shemah, o zdravstveni dejavnosti, o zdravniški službi, o zdravilih, o pravicah bolnikov, o duševnem zdravju ter novelo zakona o omejevanju tobaknih izdelkov ter posvetiti posebno pozornost usklajevanju z evropsko zakonodajo. Ministrstvo načrtuje tudi ureditev razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu na primarni in sekundarni ravni in kot prioriteto izpeljati projekt nujne medicinske pomoči. Za leto 2005 so načrtovane aktivnosti za povečanje učinkovitosti sistema zdravstvenega varstva, projekt informacijskega sistema, zagotovitev kakovosti v zdravstvu in investiranje v znanje na področju managementa v zdravstvu.

Minister je v tem mesecu imenoval tudi strokovni svet ministra za zdravje, v katerem deluje za področje zdravstvene nege Andreja Peternelj. Čestitamo. Naloga sveta bo po besedah ministra predvsem priprava primerne zakonodaje za področje zdravstva in oblikovanje nove zdravstvene reforme, ki naj bi temeljila na novih sodobnih zakonskih določilih.

Od 25. 3. 2005 je naša organizacija registrirana kot Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, kar nam je omogočil sprejeti statut na 16. redni volilni skupščini.

Kaj smo delali in kje smo bili:

3. marec

- 1. seja častnega razsodišča

7. marec

- 1. seja odbora strokovnih sekcij

Dnevni red:

1. Pregled in sprejem zapisnika 31. seje KOSS-a z dne 10. 1. 2005
2. Volitve za člana /ico upravnega odbora Zbornice – Zveze
3. Predlogi in pobude

AD 2. Volitve za člana/ico upravnega odbora Zbornice – Zveze

Predsedujoča, mag. Danica Železnik, je povedala, da bodo članice/i OSS- a v skladu z drugim odstavkom 20. člena Pravilnika o volitvah in imenovanjih v organe Zbornice – Zveze, ki so ga vsi prejeli skupaj z vabilom, na sami seji pisno ali ustno prijavili svojo kandidaturo za člana/ico upravnega odbora.

Soglasno so bili imenovani člani volilne komisije v sestavi: Stanka Popovič, predsednica, Gordana Njenjić, članica in Peter Požun, član.

Predsedujoča, mag. Danica Železnik, je pozvala člane odbora strokovnih sekcij (OSS) h kandidaturam za člana/ico upravnega odbora, kot to določa 20. člen Pravilnika o volitvah in imenovanjih v organe Zbornice – Zveze.

V skladu s kandididiranjem so bili na kandidatno listo za izvolitev člana/ice upravnega odbora uvrščeni: Irena Buček Hajdarevič, Mirjana Čalić, Anton Posavec, Jelka Voda in Beisa Žabkar.

Volilna komisija je med 24 prisotnih članov/ic OSS-a razdelila 24 glasovalnih listkov. Volilni zapisnik je priložila arhivskega zapisnika 1. seje OSS-a z dne 7. 3. 2005.

Glasovalo je 24. članov/ic. Oddanih je bilo 24 veljavnih glasovnic.

Izid volitev: Irena Buček Hajdarevič – 7 glasov, Mirjana Čalić – 7 glasov, Anton Posavec – 8 glasov, Jelka Voda – 1 glas in Beisa Žabkar – 1 glas.

Člani/ce OSS-a so sprejeli ugotovitveni sklep, da je za člana upravnega odbora izvoljen Anton Posavec. V skladu s 23. členom Statuta Zbornice – Zveze je njegov mandat vezan na mandat predsednika strokovne sekcije.

8. marec

- 19. seja odbora regijskih društev

Dnevni red:

1. Pregled in sprejem zapisnika 18. seje ORD z dne 1. 2. 2005
2. Volitve
 1. za koordinatorico dejavnosti regijskih društev
 2. za članico Upravnega odbora
3. Pripombe na Osnutek sistema kakovosti v zdravstvu v R Sloveniji
4. Razno

AD 2. Volitve

- imenovanje volilne komisije
- oblikovanje kandidatnih list
- a) za koordinatorico dejavnosti regijskih društev
- b) za članico upravnega odbora

Predsedujoča je povedala, da bodo članice odbora regijskih društev v skladu z 19. členom Pravilnika o volitvah in imenovanjih v organe Zbornice – Zveze, ki so ga članice prejele v skupščinskem gradivu, izvedle postopek volitev za koordinatorico dejavnosti regijskih društev in članico upravnega odbora.

Imenovanje volilne komisije

Članice ORD so soglasno potrdile sestavo volilne komisije: Emilija Kavaš, predsednica in Vesna Krof in Jožica Rešetič, članici.

Oblikovanje kandidatnih list

Predsedujoča, Darinka Klemenc, je pozvala prisotne, da vložijo kandidaturo:

- za koordinatorico dejavnosti regijskih društev je kandidirala Darinka Klemenc,
- za članico upravnega odbora so kandidirale Monika Ažman, Tadeja Bizjak, mag. Milica Lahe in Renata Trampuž.

Vse kandidatke so bile uvrščene na kandidatno listo. Vse kandidatke so članicam odbora regijskih društev na kratko predstavile svoje videnje delovanja v organu, za katerega so kandidirale.

Volilna komisija je med članice odbora regijskih društev razdelila 11 glasovnic za funkcijo koordinatorice dejavnosti regijskih društev in 11 glasovnic za funkcijo članice upravnega odbora. Volilni zapisnik je priloga arhivskega zapisnika 19. seje ORD.

Izid glasovanja

Za funkcijo koordinatorice dejavnosti regijskih društev je glasovalo 11 članic, oddanih 11 veljavnih glasovnic. Darinka Klemenc je prejela 11 glasov.

Članice ORD so sprejele ugotovitveni sklep, da je za koordinatorico dejavnosti regijskih društev v skladu z 22. členom Statuta Zbornice – Zveze za mandat 2005 – 2009 izvoljena Darinka Klemenc.

Za funkcijo članice Upravnega odbora je glasovalo 11 članic, oddanih 11 veljavnih glasovnic.

Glasovi: Monika Ažman – 3 glasovi, Tadeja Bizjak – 1 glas, mag. Milica Lahe – 2 glasova, Renata Trampuž – 5 glasov.

Članice ORD so sprejele ugotovitveni sklep, da je za članico upravnega odbora v skladu s 17. členom Statuta Zbornice – Zveze za mandat 2005 – 2009 izvoljena Renata Trampuž.

8. marec

- sestanek Delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi

22. marec

- sestanek Organizacijskega odbora 5. kongresa zdravstvene nege

23. marec

- sestanek komisije za zasebno delo v zdravstveni negi

25. marec

- sestanek komisije za izobraževanje

30. marec

1. seja upravnega odbora v sestavi:

mag. Bojana Filej, Peter Požun, Darinka Klemenc, mag. Danica Železnik, Renata Trampuž,

Irena Buček Hajdarevič, Anton Posavec in Petra Kersnič.

V skladu s 17. členom Statuta Zbornice – Zveze je upravní odbor DMSZT Ljubljana imenoval za članico upravnega odbora Zbornice – Zveze Ireno Buček Hajdarevič.

SPOMNIMO SE IN PLANIRAJMO**ZDRAVSTVENOVZGOJNE AKTIVNOSTI****MAREC**

1.–8. marec – Slovenski teden boja proti raku

8. marec – Mednarodni dan žena

15. marec – Svetovni dan potrošnikov

22. marec – Svetovni dan voda

23. marec – Svetovni meterološki dan

24. marec – Svetovni dan tuberkuloze

25. marec – Materinski dan

APRIL

Prvi teden aprila – Teden boja proti raku

7. april – Svetovni dan zdravja

15. april – Svetovni dan prostovoljcev

22. april – Dan zemlje

MAJ

3. maj – Svetovni dan boja proti astmi

5. maj – Svetovni dan medicinskih sester - babic

8.–15. maj – Mednarodni dan Rdečega križa

12. maj – Mednarodni dan medicinskih sester

15. maj – Svetovni dan družine

31. maj – Svetovni dan športa

Svetovni dan brez tobaka 31. 5. 2005

"Zdravstveni delavci in nadzor nad tobakom"

Vesna Kerstin Petrič, Tomaž Čakš, Helena Koprivnikar

Kajenje predstavlja kljub številnim uspešnim javnozdravstvenim ukrepom in nižanju števila kadičev še vedno enega najboljšežnejših javnozdravstvenih vprašanj. V članicah EU umre zaradi tobaka približno 650 000 ljudi vsako leto. Čeprav se poraba tobaka nasploh zmanjšuje, še vedno raste med mladimi in ženskami. Kajenje je hkrati eden najbolj raziskanih dejavnikov tveganja, ki se mu je moč popolnoma izogniti.

V zadnjih letih nas številni uspehi na področju uveljavljanja politike nekajenja, tako na globalni ravni kot v posameznih državah navdajajo z upanjem, da bo epidemijo kajenja mogoče ustaviti. Takšen uspeh predstavlja predvsem sprejem Okvirne konvencije SZO za nadzor nad tobakom maja 2003 na 56. zasedanju Generalne skupščine SZO. Konvencijo je že dobro leto po sprejemu ratificiralo dovolj držav, da je februarja letos stopila v veljavo, med njimi tudi Slovenija. Zaradi izvajanja Konvencije bo v Sloveniji potrebno dopolniti obstoječi Zakon o omejevanju uporabe tobaknih izdelkov (UL RS, št 57/96, 119/02) v smislu popolne prepovedi oglaševanja, promocije in sponzoriranja ter omejitev starosti kupca in prodajalca tobaknih izdelkov.

Konvencija obvezuje vse države, ki jo ratificirajo, da v svojih zakonodajah in strategijah sprejmejo ukrepe za zmanjševanje povpraševanja po tobaku, kot so: višja cena tobaknih izdelkov, zaščita pred izpostavljenostjo tobačnemu dimu v zaprtih javnih prostorih in drugih javnih prostorih, nadzor in obveščanje javnosti o vsebini tobaknih izdelkov, napisi o škodljivosti tobaknih izdelkov za zdravje na embalaži, ki se stalno menjajo, prepoved izrazov, ki vzbujajo zmotni vtis, da je izdelek manj škodljiv, vzgoja, obveščanje in osveščanje javnosti, vsestranska prepoved ali omejitev vsakršnega tobačnega oglaševanja, promocije ali sponzorstva ter zdravljenje odvisnosti od tobaka in prenehanje kajenja. Konvencija države hkrati zavezuje, da sprejmejo ukrepe za zmanjševanje ponudbe tobaka, kot so preprečevanje nezakonite trgovine in prepoved prodaje mladoletnim osebam.

Med ukrepi, ki so dokazano uspešni pri preprečevanju kajenja in s tem posledic kajenja velja za najbolj cenovno učinkovitega povečevanje cene tobaknih izdelkov in višji davki. Učinkovitost ukrepa povečanja davkov na tobačne izdelke za zdravje prebivalstva se primerja celo z učinkovitostjo cepljenja otrok. Strokovno poročilo o tobaku in zdravju v EU, ki ga je letos izdala Evropska komisija, med drugim navaja, da v državah z višjimi prihodki povečanje cene cigaret za 10 % pomeni zmanjšanje porabe cigaret za 4 %. Pri tem gre tako za zmanjšanje števila novih kadičev kot povečanje števila tistih, ki prenehajo kaditi. Tisti, ki še naprej kadijo, kadijo manj. Večji učinek povečanja cene cigaret se lahko pričakuje v državah z manjšimi prihodki in pri mladih, pomembna je namreč kupna moč kadičev.

Dokazano uspešna in cenovno učinkovita je tudi popolna prepoved neposrednega in posrednega oglaševanja tobaknih izdelkov, ki še posebej vpliva na sprejemljivost kajenja med mladimi. Celovita prepoved oglaševanja tobaknih izdelkov v razvitih ekonomijah lahko zmanjša porabo tobaknih izdelkov za 6,3 %.

Prepoved kajenja na delovnem mestu je naslednji izmed bolj učinkovitih ukrepov za zmanjšanje porabe tobaknih izdelkov. Gre za ukrep, o katerem se v zadnjem času veliko razpravlja v državah EU, saj so ga nekatere države uzakonile tudi za servisno dejavnost. V ZDA so 30. marca 2003 v New Yorku uzakonili prepoved kajenja v restavracijah in barih in s hkratnim večjim povišanjem davkov na cigarete dosegli zmanjšanje števila kadičev v obdobju 2002/2003 za 11 %. Temu zgledu so sledili še druge v ZDA in v posameznih državah (na primer Kalifornija) se lahko pohvalijo s 17 % kadičev med odraslimi. V Evropi je Irska marca lani z delovno zakonodajo v celoti prepovedala kajenje v restavracijah in barih. Junija je temu vzoru sledila še Norveška, Malta in Italija pa ob enaki prepovedi dovoljujeta posebne kadičnice, v katerih pa se ne sme streči niti hrana niti pijača in morajo biti urejene tako, da dim iz njih ne prodira v druge prostore. Podoben ukrep načrtujeta tudi Finska in Švedska (predvidoma 1. junija 2005). Raziskave kažejo, da tovrstni ukrepi zmanjšajo porabo tobaknih izdelkov za 10–20 %. Za tem trendom zelo zaostajajo Avstrijci in tudi Nemci, ki šele zdaj uvajajo ukrepe, ki smo jih v Sloveniji uzakonili že leta 1996 – na primer ločeni prostori za kadičce in nekadičce v restavracijah ter prepoved kajenja v šolah za učence in učitelje.

Za učinkovito zmanjševanje rabe tobaknih izdelkov mora država ob omenjenih ukrepih poskrbeti tudi za dobro dostopnost do programov za odvajanje od kajenja, ki vključujejo svetovanje pacientom kadičcem v ambulantah splošnih zdravnikov, različne oblike psihoterapije in nikotinske nadomestke. Slovenija je ena redkih držav, ki zagotavlja brezplačne programe odvajanja od kajenja, ki potekajo v osnovnem zdravstvu in se financirajo v okviru zdravstvenega zavarovanja.

Ob tem je potrebno vedeti, da so posamezni ukrepi bistveno bolj učinkoviti, kadar so del celovite politike za nadzor nad porabo tobaknih izdelkov. V Sloveniji zato ob spremembah, ki jih bo zahtevala ratifikacija Okvirne konvencije SZO za nadzor nad tobakom, načrtujemo tudi pripravo celovitega akcijskega načrta, ki bo temeljil na zgoraj navedenih spoznanjih in bo vključeval tudi ukrepe na področju prepovedi kajenja na delovnem mestu, vključno s servisno dejavnostjo, ter na področju zagotavljanja večje pestrosti programov za odvajanje od kajenja. Potrebno bo razmisliti tudi o uvedbi grafičnih opozoril na tobaknih izdelkih, ki jih predvideva Evropska komisija, in o možnosti financiranja programov za zmanjševanje kajenja iz naslova trošarin, katerih zadnje povišanje v

Sloveniji je pomenilo približno 0,5 milijarde SIT priliva v proračun v prvi polovici leta 2005.

Zdravstveni delavci imajo neprecenljivo vlogo pri izvajanju večine teh ukrepov. Imajo potrebno znanje o vplivih kajenja na zdravje kadilca in oseb v njegovi bližini, ki ga lahko vsakodnevno pri svojem delu posredujejo bolnikom in njihovim svojcem. Kadilcem lahko svetujejo in pomagajo pri opuščanju kajenja, pomembna pa je tudi njihova vloga pri preprečevanju začetka kajenja, še posebej pri mladih, ki so jim poleg učiteljev pomemben vzor. Raziskave kažejo, da je že kratek posvet z zdravstvenim delavcem o nevarnostih kajenja in pomenu prenehanja eden najučinkovitejših in cenovno ugodnih ukrepov za zmanjševanje kajenja. Ker so v svojem okolju spoštovani in imajo ugled neodvisnih strokovnjakov na področju zdravja, lahko kot posamezniki ali prek stanovskih združenj s svojimi stališči pomembno vplivajo tudi na javno mnenje in s tem na sprejemljivost ukrepov za večji nadzor nad tobakom.

Svetovna zdravstvena organizacija je prav zdravstvenim delavcem posvetila letošnji Svetovni dan brez tobaka. Na temo "Zdravstveni delavci in nadzor nad tobakom" bodo letos v maju in tudi sicer potekale številne aktivnosti, s katerimi se želi vzbuditi zdravstvene delavce, da bi se bolj aktivno vključili v prizadevanja za zmanjševanje kajenja.

Že januarja 2004 so v Ženevi na neformalnem srečanju stanovskih združenj zdravstvenih delavcev "Zdravstveni delavci in nadzor nad tobakom" sprejeli in podpisali Pravila ravnanja (Code of Practice) – "Nadzor nad tobakom – navodila za zdravstvene delavce in njihove stanovske organizacije". Dogovorili so se o vlogi stanovskih organizacij zdravstvenih delavcev pri zmanjševanju porabe tobaka in vključevanju nadzora nad tobakom v vsakdanje delo v javnem zdravstvu. Strokovna združenja zdravstvenih delavcev naj bi predvsem:

1. opogumljala in podpirala svoje člane v njihovi vlogi vzornikov, ki ne kadijo in se zavzemajo za kulturo nekajenja;
2. vrednotila rabo tobaka in odnos svojih članov do nadzora nad tobakom in uvajala primerne ukrepe;
3. zagotavljala nekadilsko politiko na dogodkih, ki jih organizirajo, in opogumljala svoje člane, da k temu prispevajo;
4. smiselno vključila nadzor nad tobakom v programe vseh z zdravjem povezanih kongresov in konferenc;
5. svetovala svojim članom, da rutinsko sprašujejo bolnike o rabi tobaka in izpostavljenosti tobačnemu dimu, svetujejo, kako prenehati s kajenjem in pri tem uporabljajo z znanstvenimi dokazi utemeljene pristope ter zagotovijo primerno spremljanje svojih uspehov;
6. vplivala na zdravstvene ustanove in vzgojne centre, da vključujejo nadzor nad tobakom v svoje učne načrte za zdravstvene strokovnjake tako v rednem programu kot v drugih programih izobraževanja;
7. aktivno sodelovala pri obeležitvi Svetovnega dneva brez tobaka vsako leto 31. maja;

8. se izogibala sprejemanju podpore tobačne industrije – finančne ali kakšne druge – ali sodelovanju s tobačno industrijo in spodbujala svoje člane, da postopajo enako;

9. zagotovila, da imajo njihove organizacije jasno politiko v zvezi s kakršnokoli komercialno ali drugo obliko odnosa s partnerji, ki vzajemno delujejo ali pa imajo interese v tobačni industriji;

10. prepovedala prodajo ali promocijo tobačnih izdelkov v svojih prostorih in spodbujale svoje člane, da storijo enako;

11. aktivno podpirala vlade v procesu podpisovanja, ratifikacije in uvajanja Okvirne konvencije SZO za nadzor nad tobakom (FCTC);

12. namenila finančne in/ali druge vire za nadzor nad tobakom – vključno z viri za uvajanje teh Pravil delovanja (Code of practice);

13. sodelovala pri aktivnostih nadzora nad tobakom v okviru mrež zdravstvenih strokovnjakov;

14. podpirala kampanje za javne prostore brez tobačnega dima.

Svetovni dan brez tobaka bomo 31. maja obeležili tudi v Sloveniji. Na temo "Zdravstveni delavci in nadzor nad tobakom" bo v sodelovanju različnih skupin strokovnjakov pripravljen posvet o vlogi, možnostih in potrebah zdravstvenih delavcev za bolj aktivno vključevanje v obvladovanje epidemije kajenja. Informacije o dogodkih bodo na voljo na spletnih straneh Inštituta za varovanje zdravja RS <http://www.sigov.si/ivz>. Na spletnih straneh Inštituta je objavljen tudi priložnik za zdravstvene delavce: "Svetovanje in podpora kadilcem, ki želijo prenehati s kajenjem".

Aktivnostim Inštituta za varovanje zdravja se je pridružila tudi Zbornica – Zveza z namenom, da z anketnim vprašalnikom, ki je priložen, omogočimo raziskavo in na podlagi izsledkov te raziskave načrtujemo naše nadaljnje aktivnosti.

Prosimo vas, da si vzamete nekaj minut časa in izpolnite vprašalnik, ki se nanaša na odnos zdravstvenih delavcev do kajenja. Prosimo Vas, da pri vprašanjih obkrožite ali označite ustrezen odgovor oziroma pod možnostjo "drugo" zapišete ustrezen odgovor. Izpolnjeni vprašalnik pošljite na naslov Zbornica – Zveza, Vidovdanska 9, 1000 Ljubljana. Vljudo Vas naprošamo, da to storite do 25. aprila 2005. Vaši odgovori in podatki so popolnoma anonimni.

Za sodelovanje se Vam najlepše zahvaljujemo.

Inštitut za varovanje zdravja RS
v sodelovanju z

**Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zvezo društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih
tehnikov Slovenije.**

Anketni vprašalnik

Demografski podatki

1. Izobrazba: a) Srednja med. sestra / Zdravstveni tehnik / Tehnik zdravstvene nege
 b) Višja med. sestra / Diplomirana med. sestra
 c) Prof. zdravstvene vzgoje / Drugi univerzitetni programi
 d) Drugo (prosimo, napišite, kaj): _____

2. Spol: M Ž

3. Starost: a) Manj kot b) 25 let 25–29 let c) 30–39 let
 d) 40–49 let e) 50–59 let f) 60 let in več

4. V kateri zdravstveni regiji ste zaposleni?

- a) Celje b) Nova Gorica c) Koper d) Kranj e) Ljubljana f) Maribor g) Murska Sobota
 h) Novo mesto i) Ravne

5. Kje ste zaposleni?

- a) v javni zdravstveni mreži:
 b) v zasebni zdravstveni dejavnosti
 c) drugo (prosimo, napišite, kje): _____

6. Kje ste zaposleni?

- a) Bolnišnica – oddelek za intenzivno terapijo
 b) Bolnišnica – drugi oddelki
 c) Nujna medicinska pomoč
 d) Ambulantna dejavnost
 e) Drugo (prosimo, napišite, kje): _____

VAŠE TRENUTNE KADILSKE NAVADE IN IZPOSTAVLJENOST TOBAČNEMU DIMU

7. Koliko ur na dan preživite v okolju, kjer kadi nekdo drug?

- a) Skoraj nikoli nisem izpostavljen tobačnemu dimu.
 b) Manj kot 1 uro na dan.
 c) 1–5 ur na dan.
 d) Več kot 5 ur na dan.

8. Kaj od naštetega najbolje opisuje vaše trenutne kadilske navade (cigarete, cigare in pipe tobaka)?

- a) Ne kadim in tudi nikoli nisem kadil. **POJDITE K VPR. ŠT. 12**
 b) Sedaj ne kadim, v preteklosti pa sem kadil. **POJDITE K VPR. ŠT. 11.**
 c) Kadim le občasno. **POJDITE K VPR. ŠT. 9.**
 d) Kadim vsak dan. **POJDITE K VPR. ŠT. 9.**

ČE TRENUTNO KADITE

9. Ali bi radi opustili kajenje?

- a) Ne.
 b) Da.
 c) Nisem še razmišljal/a o tem.

10. Kje običajno kadite? (možnih je več odgovorov)

- a) Doma.
- b) Na delovnem mestu.
- c) Zunaj zaprtih prostorov.
- d) V gostinskih lokalih.
- e) Sam.
- f) V družbi.
- g) Drugo (prosimo, napišite, kje): _____

ČE STE KADILI V PRETEKLOSTI

11. Zakaj ste prenehali s kajenjem (možnih je več odgovorov)?

- a) Zaradi zdravstvenih težav, ki sem jih imel zaradi kajenja.
- b) Zaradi možnega vpliva kajenja na moje zdravje, težav pa še nisem imel.
- c) Zaradi pritiska družine, sorodnikov, prijateljev.
- d) Zaradi prevelikega stroška za cigarete.
- e) Ker nisem želel biti odvisen od cigarete.
- f) Zaradi uvedbe popolne prepovedi kajenja v zdravstvenih ustanovah.
- g) Pritisk okolja, kajti kajenje je manj sprejemljivo v družbi.
- h) Drugo (prosimo, napišite, kaj): _____

DELOVNO MESTO IN KAJENJE

12. Ali se v zakonu (Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov) določena popolna prepoved kajenja v zdravstvenih ustanovah na Vašem delovnem mestu tudi izvaja?

- a) Da, prepoved se popolnoma upošteva.
- b) Za kajenje zaposlenih je namenjen poseben prostor.
- c) Ne, prepoved se ne upošteva popolnoma.
- d) Drugo (prosimo, napišite, kaj): _____

Koliko se strinjate z naslednjimi trditvami o vlogi zdravstvenega delavca vašega profila? (označite ustrezni kvadrata)	Popolnoma se strinjam.	Se strinjam.	Nisem odločen, ne vem.	Se ne strinjam.	Nikakor se ne strinjam.
13. Zdravstveni delavci bi morali v okviru svojega dela rutinsko spraševati o kadilskih navadah.					
14. Zdravstveni delavci bi morali rutinsko opozarjati kadilce, naj ne ogrožajo drugih s kajenjem.					
15. Zdravstveni delavci bi morali v javnosti vzpodbujati in aktivno podpirati ukrepe za zmanjšanje kajenja.					
16. Zdravstveni delavci bi morali opraviti posebno izobraževanje o svetovanju in pomoči pri odvijanju od kajenja.					
17. Zdravstveni delavci bi morali biti vzor tako, da ne bi kadili.					
18. Zdravstveni delavci bi morali rutinsko svetovati kadilcem, naj s kajenjem prenehajo.					

Koliko se strinjate z naslednjimi trditvami? (označite ustrezeni kvadrataček)	Popol- noma se strinjam.	Se strinjam.	Nisem odločen, ne vem.	Se ne strinjam.	Nikakor se ne strinjam.
19. Obstaja večja verjetnost, da kadilec preneha s kajenjem, če mu zdravstveni delavec tako svetuje.					
20. Zdravstveni delavci so vzor bolnikom in javnosti.					
21. Zdravstveni delavci, ki sami kadijo, manj verjetno svetujejo kadilcem, naj s kajenjem prenehajo.					
22. Zdravstvena opozorila na škatlicah cigaret bi morala vključevati tudi slikovna opozorila.					
24. Cene tobačnih izdelkov bi morali močno dvigniti.					
25. Pomoč pri odvajanju od kajenja, ki je trenutno organizirana v okviru zdravstvene službe, je zadostna glede na potrebe.					

POMOČ PRI ODVAJANJU OD KAJENJA

26. Kako pogosto preverjate kadilski status v okviru svojega dela?

- a) Vedno b) Velikokrat c) Redko d) Nikoli

27. Kako pogosto kadilem odsvetujete kajenje?

- a) Vedno b) Velikokrat c) Redko d) Nikoli

28. Kaj ponudite oziroma svetujete kadilcu pri odvajanju od kajenja (možnih je več odgovorov)?

- a) Osebno svetovanje.
b) Program odvajanja od kajenja.
c) Gradivo za samopomoč.
d) Nikotinsko nadomestno terapijo.
e) S tem se trenutno ne ukvarjam.
f) Nimam neposrednega stika z bolniki.
g) Drugo (prosimo, napišite, kaj): _____

29. Kako dobro ste po Vašem mnenju usposobljeni, da lahko svetujete pri odvajanju od kajenja?

- a) Zelo dobro b) Delno c) Sploh ne

30. Ali ste se kdaj udeležili kakšnega izobraževanja na to temo (možnih je več odgovorov)?

- a) Izobraževanje med rednim šolanjem.
b) Izobraževanje med podiplomskim šolanjem.
c) Specialne konference, simpoziji, delavnice.
d) Ne, nikoli.
e) Drugo (prosimo, napišite, kaj): _____

31. Kaj bi si želeli v podporo vašemu delovanju v smislu zmanjševanja kajenja (*možnih je več odgovorov*) ?

- a) Gradivo za samopomoč.
- b) Informacije o tem, kje potekajo programi odvajanja od kajenja.
- c) Navodila/smernice za hitro obravnavo in pomoč kadilcu v okviru vsakodnevnega dela.
- d) Izobraževanje/navodila za obsežno obravnavo in pomoč kadilcu v okviru intenzivnejšega svetovanja.
- e) Možnost predpisovanja nikotinske nadomestne terapije/dostopnost na boln. oddelkih.
- f) Drugo (prosimo, napišite, kaj): _____

Dodatna mnenja in pripombe:

Za Vaše sodelovanje se Vam najlepše zahvaljujemo.

Zdrav in dober tek
Prema

100%

*rastlinsko,
seveda!*

www.prema.si

01 510 11 35

Ul. majorja Lavriča 12, 1000 Ljubljana



Izjave za tisk

Mednarodni svet medicinskih sester je izdal prvo serijo problemskih dokumentov o globalnem pomanjkanju medicinskih sester prve ravni



Ključne publikacije predstavljajo najnovejše informacije in analizo kritičnega izziva za globalno zdravje

ŽENEVA, 7. marec 2005 - Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) je izdal prvo serijo naročenih *Problemskih dokumentov*, ki zagotavljajo edinstveno, stvarno in mednarodno analizo globalnega pomanjkanja medicinskih sester prve ravni. Prvi dokumenti, ki bodo izšli, so: *Mednarodna migracija medicinskih sester: tren-di in posledice za politike ter Zadržanje in novačenje medicinskih sester: razvijanje motivirane delovne sile* – gre za dve najresnejši vprašanji pri obvladovanju pomanjkanja medicinskih sester po vsem svetu. Te prve publikacije spremlja povzetek prvotnega poročila Mednarodnega sveta medicinskih sester, ki navaja vprašanja in rešitve v zvezi s politikami ter prakso, ki vplivajo na ponudbo ter uporabo medicinskih sester. Dokumente si lahko ogledate na spletnem mestu Projekta za globalno delovno silo zdravstvene nege v okviru Mednarodnega sveta medicinskih sester www.icn.ch/global.

Mednarodni svet medicinskih sester bo izdal drugi niz *Problemskih dokumentov* na začetku naslednjega tedna (glejte spodaj). *Problemski dokumenti* bodo zanimivi za vlade, oblikovalce politik in donatorje na državni, regionalni in mednarodni ravni, ker se osredotočajo na najbolj kritične dele delovne sile v zdravstvu – na medicinske sestre – ki so v večini zdravstvenih sistemov na najbolj izpostavljenih mestih.

Ti dokumenti bodo kot celota podlaga za srečanje na visoki ravni. Potekalo bo v Ženevi od 14. do 16. marca 2005. Na srečanju se bodo določili prednostne naloge in ustrezni ukrepi za zmanjšanje kritičnega neravnovesja in pomanjkanja delovne sile medicinskih sester po vsem svetu. Na posvetu se bodo srečali strokovnjaki za človeške vire v zdravstvu, načrtovalci in oblikovalci politik, predstavniki zdravstvene nege, vladni uradniki, donatorji ter predstavniki drugih zdravstvenih poklicev. Po srečanju na visoki ravni bo Mednarodni svet medicinskih sester oblikoval načrt ukrepanja, ki bo predložen voditeljicam zdravstvene nege za dodatne popravke in potrditev na Globalnem vrhu zdravstvene nege 25. maja 2005.

“Mednarodni svet medicinskih sester je zadovoljen, da Svetovna zdravstvena organizacija zdaj namenja pozornost problematiki človeških virov v zdravstvu in še posebej v zdravstveni negi ter da se prispevku zdravstvene nege priznava odločilni pomen pri doseganju razvojnih ciljev in zagotavljanju varne ter učinkovite nege v vseh okoljih”, je izjavila Judith Oulton, glavna di-

rektorica Mednarodnega sveta medicinskih sester. “Vendar pa je do sedaj obstajala znatna vrzel v analizi in iskanju rešitev za zdajšnje kritično pomanjkanje medicinskih sester. Projekt za globalno delovno silo zdravstvene nege v okviru Mednarodnega sveta medicinskih sester zapolnjuje to vrzel, *Problemski dokumenti* pa so glavni del tega nujnega odziva.”

Problemski dokumenti bodo v bližnji prihodnosti prevedeni v španščino in francoščino ter bodo na voljo na spletnem mestu Projekta za globalno delovno silo zdravstvene nege v okviru Mednarodnega sveta medicinskih sester www.icn.ch/global <<http://www.icn.ch/global>>.

Regulacija, vloge in razvoj kompetenc

Načrtovanje delovne sile v zdravstveni negi: določanje dosledne politike

Po čem se odlikuje dober delodajalec?

Pregled delovne sile v zdravstveni negi v Latinski Ameriki
Delovna sila v zdravstveni negi v podsaharski Afriki

Opomba urednika

Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) je federacija 125 organizacij zdravstvene nege posameznih držav, ki predstavlja milijone medicinskih sester iz vsega sveta. Ker ga od leta 1899 vodijo medicinske sestre za medicinske sestre, je Mednarodni svet medicinskih sester mednarodni glas zdravstvene nege in s svojim delovanjem zagotavlja kakovostno zdravstveno nego za vse ter trdne globalne zdravstvene politike.

Za dodatne informacije se obrnite na Lindo Carrier-Walker,
Tel.: + 41 22 908 0100 - Faks: + 41 22 908 0101;
Elektronska pošta: carrwalk@icn.ch
Spletna stran: www.icn.ch <<http://www.icn.ch>>

Svetovni zdravstveni poklici proslavljajo sprejetje globalnega protitobačnega sporazuma

Prvi globalni zdravstveni sporazum se odločno spoprijema s tobakom

ŽENEVA, Švica 2. marec 2005 – Svetovna zveza zdravstvenih poklicev (WHPA), ki združuje Mednarodni svet medicinskih sester (ICN), Mednarodno farmacevtsko federacijo (FIP) in Svetovno zdravniško zvezo (WMA), je pozdravila začetek uradne veljavnosti globalnega protitobačnega sporazuma Svetovne zdravstvene organizacije 27. februarja, ki je znan pod imenom Okvirna konvencija za nadzor nad tobakom (WHO

FCTC). V imenu dvajsetih milijonov medicinskih sester, farmacevtov in zdravnikov, ki delajo po vsem svetu, je Svetovna zveza zdravstvenih poklicev čestitala Svetovni zdravstveni organizaciji in vladam držav podpisnic za ta prvi globalni zdravstveni sporazum, ki predstavlja enega odločilnih korakov na poti do globalnega zdravja.

Svetovna zveza zdravstvenih poklicev poziva zdravstvene strokovnjake in njihove zveze, naj pritisnejo na vlade držav podpisnic sporazuma z zahtevo, naj hitro začnejo z izvajanjem. Zdravstveni strokovnjaki v državah, ki še niso ratificirale Okvirne konvencije za nadzor nad tobakom, pa morajo lobirati pri svojih vladah, da slednje to storijo.

Sedeminpetdeset držav je sporazum že ratificiralo. Določila sporazuma bodo zdaj za podpisnice pravno zavezujoča, vladam zagotavljajo okvir za ukrepanje ter za zakone in uredbe v boju proti epidemiji tobaka. Države podpisnice bodo imele na primer na voljo tri leta od dneva, ko je začela veljati Okvirna konvencija za nadzor nad tobakom, da doma izvedejo ukrepe, s katerimi se bo zagotovilo, da je embalaža tobaka opremljena z močnimi zdravstvenimi opozorili, in pet let, da poleg drugih ukrepov uvedejo celostne prepovedi oglaševanja, promoviranja in sponzoriranja tobaka. Sporazum vsebuje tudi določila, ki uvajajo mednarodne standarde glede cene tobaka in povečanja davkov ter glede nezakonite trgovine in pasivnega kajenja.

Tobak je drugi največji vzrok smrti v globalnem merilu, povzroči skoraj pet milijonov smrti letno. Po ocenah bo tobak odgovoren za prezgodnjo smrt desetih milijonov ljudi letno do leta 2020, če se ne obrnejo zdajšnji trendi. Tobak je edini izdelek, ki povzroči smrt polovice rednih uporabnikov. To pomeni, da bo od 1,3 milijarde kadilcev prezgodaj umrlo 650 milijonov ljudi.

Opomba urednika

Okvirno konvencijo za nadzor nad tobakom so soglasno sprejeli na šestinpetdeseti Svetovni zdravstveni skupščini maja 2003. Okvirno konvencijo za nadzor nad tobakom je 29. junija 2004 s podpisi potrdilo 168 predstavnikov držav (vključno z Evropsko skupnostjo). Med prvimi 40 pogodbenimi strankami Okvirne konvencije za nadzor nad tobakom so bile Armenija, Avstralija, Bangladeš, Butan, Brunej, Kanada, Cookovo otočje, Fidži, Francija, Gana, Madžarska, Islandija, Indija, Japonska, Jordanija, Kenija, Madagaskar, Maldivi, Malta, Mavricij,

Mehika, Mongolija, Mjanmar, Nauru, Nova Zelandija, Norveška, Pakistan, Palau, Panama, Katar, San Marino, Sejšeli, Singapur, Slovaška, Salomonovi otoki, Šrilanka, Sirija, Tajska, Trinidad in Tobago ter Urugvaj.

Od 30. novembra 2004 so ratifikacijske listine ali njihove ekvivalente deponirale še naslednje države: Bocvana, Danska, Finska, Nemčija, Honduras, Latvija, Lesoto, Litva, Marshallovo otočje, Nizozemska, Peru, Senegal, Španija, Timor, Turčija, Združeno kraljestvo in Vietnam.

Svetovna zveza zdravstvenih poklicev (WHPA)

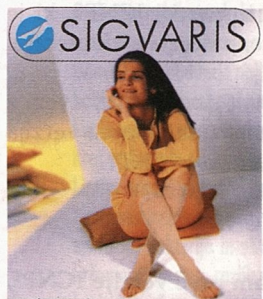
Svetovna zveza zdravstvenih poklicev združuje medicino, zdravstveno nego in farmacijo preko njenih predstavniških mednarodnih organizacij – Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN), Mednarodne farmacevtske federacije (FIP) in Svetovne zdravniške zveze (WMA) – ter predstavlja več kot dvajset milijonov zdravstvenih strokovnjakov po celem svetu.

Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) je federacija več kot 120 organizacij zdravstvene nege v raznih državah, ki predstavlja milijone medicinskih sester iz vsega sveta. Ker ga od leta 1899 vodijo medicinske sestre za medicinske sestre, je Mednarodni svet medicinskih sester mednarodni glas zdravstvene nege in s svojim delovanjem zagotavlja kakovostno zdravstveno nego za vse ter trdne globalne zdravstvene politike.

Mednarodna farmacevtska federacija (FIP) je svetovna federacija farmacevtov in farmacevtskih znanstvenikov, katere poslanstvo je predstavljanje in služenje farmaciji ter farmacevtskim znanostim po vsem svetu. FIP je bila ustanovljena leta 1912 in promovira ustrezno uporabo in dostopnost zdravil za vse z doseganjem najvišjih standardov v farmacevtski znanosti, poklicni praksi, javnem zdravstvu in pri negi bolnikov.

Svetovna zdravniška zveza (WMA) je globalna federacija zdravniških zvez raznih držav, ki predstavlja milijone zdravnikov po vsem svetu. WMA deluje v imenu zdravnikov in bolnikov ter skuša dosegati najvišje možne standarde zdravniške znanosti, izobraževanja, etike in zdravstvenega varstva za vse ljudi.

Za dodatne informacije se obrnite na Lindo Carrier-Walker
Tel.: (+ 41 22) 908 0100 – Faks: (+ 41 22) 908 0101;
elektronska pošta: carrwalk@icn.ch
Elektronska pošta: carrwalk@icn.ch
Spletno mesto: www.icn.ch



Da noge ne bodo več bolele!

SIGVARIS

Sigvaris nogavice – dokazano učinkovita preventiva in kurativa proti otekanju nog

Možnost posveta z zdravnikom in določanje kompresije nogavic.

Poizkusno obuvanje in strokovno svetovanje medicinske sestre **brezplačno!**



15.3. – 30.4.
20% popust

Za vse nas, ženske in moške, ki preveč sedimo in se premalo gibljemo, čutimo bolečine v nogah ali nam noge otekajo.

Prodajalne Diafit Prodajalne Diafit

Maribor Ljubljanska 1a tel. 02/ 330 35 52	Maribor Ulica talcev 5 tel. 02/ 228 64 84	Ljubljana Petkovško nabrežje 29 tel. 01/ 431 90 40
---	---	--

generalno zastopstvo in prodaja
Diafit d.o.o.
Sp. Slemen 6, Selnica
tel. 02/ 674 08 52



:: Sigvaris nogavice so na voljo v naših trgovinah ter v lekarnah in drugih specializiranih trgovinah ::

Pred začetkom uvedbe mednarodne klasifikacije za prakso zdravstvene nege – ICNP® VERZIJA 1

10. marec 2005

Druga izdaja

Prva verzija mednarodne klasifikacije za prakso zdravstvene nege (ICNP®) bo uradno začela veljati na kongresu Mednarodnega sveta medicinskih sester maja 2005 v Taipeiju, na Tajvanu. Gre za drugo serijo posodobitev, ki bo olajšala prehod s klasifikacije ICNP® Beta 2 na prvo verzijo klasifikacije ICNP®. Prvo obvestilo o bližajoči se spremembi (COUNTDOWN) je bilo objavljeno decembra 2004. Te posodobitve so namenjene izmenjavi načrtov za razvoj in uvedbo prve verzije klasifikacije ICNP®.

GLAVNE SPREMEMBE V PRVI VERZIJI ICNP®

Poleg številnih novih zamisli, ki so bile vnesene v ICNP®, se je o glavni strukturni spremembi v prvi verziji klasifikacije ICNP® razpravljalo ob zadnjem vnosu posodobitev ICNP® pred nastopom veljavnosti. Pri tej spremembi gre za prehod z dveh ločenih klasifikacij (pojavi v zdravstveni negi in dejanja zdravstvene nege) na eno klasifikacijo, ki se lahko uporablja pri predstavljanju diagnoz, posegov in rezultatov.

Da bi bil prehod na novo verzijo čim lažji, bo prva verzija predstavljena na več načinov. Eden od teh bo večosna struktura, ki je podobna drugi verziji Beta. Prva verzija klasifikacije ICNP® je zasnovana tako, da ima ena klasifikacija sedem osi. Preizkušanje tega novega modela je v končni fazi, tako da bodo dodatne informacije na voljo v naslednjem obvestilu o bližajoči se spremembi (COUNTDOWN).

Pri prvi verziji je novost tudi sistem kodiranja. Zdaj je splošno sprejeto, da kodiranje ne sme biti semantično. Z drugimi besedami – koda sama ne sme imeti pomena; služi le kot natančen simbol za določen strokovni izraz. Nove številске kode bodo prijaznejše do uporabnika, kot so bile iz druge verzije Beta ICNP®. Pri prehodu z druge verzije Beta na prvo verzijo ICNP® bo Mednarodni svet medicinskih sester poskrbel za pregledne načrte teh dveh nizov kod.

UPORABA PROGRAMSKEGA ORODJA PRI RAZVOJU KLASIFIKACIJE ICNP®

Po nasvetu strokovnjakov je bila prva verzija ICNP® razvita v programskem jeziku OWL (Web Ontology Language – uporablja se takrat, ko je treba obdelati vsebino informacij, ne pa jih zgolj predstaviti uporabniku, op. prev.) z uporabo programske opreme za razvoj ontologije Protégé. Ta pristop je omogočil načelni razvoj klasifikacije ICNP® in bo v veliko pomoč pri njenem vzdrževanju in uvajanju. Mednarodni svet medicinskih sester si prizadeva, da bi bil ICNP® dostopen v več različnih formatih, kar bi poenostavilo uvajanje.

Takšen pristop pomeni tudi to, da se računalnik pri upravljanju s terminologijo lahko uporabi bolj učinkovito. Če hočemo priti do sistema enotnega jezika zdravstvene nege, mora biti prva verzija ICNP® v računalniški obliki, da bo "razumljiva" tako za računalnike kot za ljudi. Tako bo ICNP® lahko kar najbolj koristil medicinskim sestram, medtem ko bo nujna kompleksnost računalniško podprte klasifikacije ICNP® ostala precej skrita.

KATALOGI ICNP®

Ob premiku poudarka od razvoja k uveljavljanju se je program ICNP® začel ukvarjati z razvijanjem "katalogov ICNP®". Te kataloge bodo sestavljali nizi negovalnih diagnoz, posegov in/ali rezultatov, ki se jih lahko še naprej preizkuša in potrdi za specifično uporabo. Katalog je na primer lahko niz negovalnih diagnoz, ki so bile razvite za družinsko nego in so zastopane v ICNP®. Drug primer kataloga je niz diagnoz, posegov in rezultatov ICNP® za duševno zdravje adolescentk ali za bolnike s kongestivno srčno kapjo. Ti vnaprej umeščeni nizi konceptov (katalogi ICNP®) bodo zadostili praktični potrebi pri vzpostavljanju sistemov elektronskih kartotek bolnikov z ICNP® in bodo zagotovili vse koristi povezovanja v enoten jezikovni sistem.

Mednarodni svet medicinskih sester sodeluje tudi z drugimi razvijalci terminologije zdravstvene nege z namenom, da se v ICNP® vnese tudi njihove nize konceptov. Predlagan je bil projekt, s katerim bi Mednarodno klasifikacijo funkcioniranja (IFC), ki jo je izdelala Svetovna zdravstvena organizacija, povezali z ICNP®.

Razvoj katalogov ICNP® bo prispeval tudi k razvoju Mednarodnega minimalnega podatkovnega niza (i-NMDS). Mednarodni svet medicinskih sester trenutno preizkuša zamisel, da bi takšne osrednje podatkovne nize uporabili za posebna ciljna področja (HIV/AIDS, duševno zdravje), in v zvezi s tem raziskuje razvojne možnosti v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo. Katalogi ICNP® bi zagotovili nize kodiranih podatkov in bi lahko olajšali zbiranje teh podatkov v praksi za morebitno uporabo v podatkovnih množicah posameznih držav ali za mednarodne primerjave.

PRVO SREČANJE KONZORCIJA ICNP®

Mednarodni svet medicinskih sester bo imel prvo srečanje konzorcija ICNP® z omejeno udeležbo na kongresu Mednarodnega sveta medicinskih sester v Taipeiju, na Tajvanu maja 2005. K udeležbi bodo povabljeni člani centrov Mednarodnega sveta medicinskih sester za raziskovanje in razvoj ter raziskovalci ICNP®. Mednarodni svet medicinskih sester je akreditiral tri centre za raziskovanje in razvoj:

Deutschsprachige ICNP® Nutzergruppe (nemško govoreča skupina uporabnikov ICNP®). Ta center sestavljajo tri nacionalne organizacije medicinskih sester Avstrije (OeGKV), Nemčije (DBfK) in Švice (SBK/ASI) skupaj s skupinami uporabnikov ICNP® teh držav.

Raziskovalni center za prakso zdravstvene nege pri ACT Health (Vlada Teritorija glavnega mesta Avstralije) in Univerza v Canberri;

Čilski center za raziskovanje in razvoj ICNP®, ki je povezan z oddelkom za zdravstveno nego na Univerzi v Concepciónu.

Na kongresu bo organizirano več dogodkov v zvezi z ICNP®, vključno z glavno sejo, s katero se bo prva verzija ICNP® začela uporabljati, ter delavnica o ICNP®.

Za dodatne informacije o ICNP® se obrnite na Amy Coenen, Direktorica programa ICNP®
coenena@uwm.edu

Če hočete slediti posodobitvam prve verzije ICNP®, poiščite naslednjo izdajo obvestila o bližajočih se spremembah (COUNTDOWN), ki je načrtovana za začetek leta 2005.

Aerobix uporabljajo že v 30-tih državah sveta!

Aiobix

MOJA REŠITEV ZA NEGO NOG



ISO 9001 CE

Zračna masaža nog za boljše počutje in lepši videz

Celulit je posledica načina življenja - najlažje ga odpravimo z gibanjem, uživanjem večjih količin tekočine (voda, nesladkan čaj), z zdravo prehrano ter masažo. Vsaj trikrat na teden zato telesu privoščimo masažo, s katero povečamo prekrvavitev in odpravo celulita - kar sami, doma in kadarkoli z uporabo visoko zmogljive zračne masažne naprave Aiobix.

Zastoj tekočin v telesu povzroča nastanek celulita

V svetu se skoraj 80 % žensk srečuje s težavami, ki jih povzroča celulit. Gre za maščobno tkivo - želatini podobno snov, sestavljeno iz maščobe, vode in odpadkov, ki je ujeta tik pod kožo. Nastane zaradi zastoja tekočin v tkivih in ima več stopenj. V prvi fazi nastajanja se celulita ne opazi, ko pa začne tekočina počasi zastajati, se pod prsti začutijo drobni vozlički. Tekočina postaja gostejša, koža pa se vse bolj guba in dobi videz "pomarančne kože". V zadnji fazi celulita je tekočina že tako gosta in vozlički tako trdi, da nastanejo luknjice in zatrdline. Ker se moško in žensko vezno tkivo med seboj razlikujeta, moški celulita običajno nimajo.

Limfa - bela kri, ki očisti telo

O obstoju nekih »cevk, ki prenašajo belo kri« je govoril že Hipokrat, dandanes pa različni avtorji pripisujejo limfi regeneracijsko in nutritivno funkcijo. Po mnenju Danca Emila Vodderja naj bi bila z uporabo limfne drenaže telesna tkiva ne samo boljše prehranjena, pač pa tudi očiščena strupov in odpadkov. Limfa je rahlo rumeno obarvana tekočina, ki vsebuje 90% vode. Giblje se 5 do 6-krat počasneje od krvi, kar je pomembno pri ritmu izvajanja limfne drenaže. Limfni organi so kostni mozeg, timus (priželjic), vranica, tonzile, limfni folikli. Limfo sestavljajo plazma, proteini, maščoba, ostanki odmrlih celic, celice, odmrli eritrociti, bakterije in virusi. Skozi limfni sistem se limfa premika s pomočjo krčenja žilnih sten, razlik v tlaku in krčenja mišičja, medtem ko v telesu kroženje krvi omogoča srce.

Z limfno drenažo do zdravih in lepih nog ter boljšega počutja

Včasih je zaradi velike količine limfe in drugih patoloških procesov moteno in upočasnjeno pretakanje limfe. Tehnike limfne drenaže izvajamo s počasnimi, nežnimi manipulacijami, ki se ponavljajo. Na ta način stimuliramo in lajšamo pretok ter eliminacijo limfe in medcelične tekočine iz delov telesa, kjer zastaja in se kopiči ter tako omogočimo dotok vedno sveže in obogatene tekočine v tkivo. Gibi sledijo limfnemu toku ter stimulirajo krčenje limfnih žil.

Tehnike limfne drenaže imajo analgetični učinek (zmanjšujejo bolečino), krepijo imunski sistem in delujejo antistresno. Še posebej je limfna drenaža priporočljiva za tiste, ki želijo imeti vitkejše noge, opravljajo delo pretežno v stoječem in sedečem položaju, imajo otrple, boleče noge in stopala, primerna je tudi za ženske po porodu, osebe s slabim krvnim obtokom in osebe z utrujenimi ter bolečimi nogami.

Masaža in limfna drenaža torej ugodno vplivata na pomoč pri blaženju posledic nepravilne prehrane in celulita, preoblikovanju telesa, izločanju strupov iz telesa, zmanjševanju utrujenosti v nogah ter sproščanju telesa in krepitevi organizma.

Še nasvet

Če želite čimprej odplakniti vso nesnago in škodljive snovi iz telesa, si ob zračni masaži nog z napravo Aiobix vsako jutro privoščite tudi kozarec sveže stisnjene limonade ali ananas, ki vsebuje ogromno število encimov. Ti vzpodbujajo prekrvavitev in pospešujejo izločanje vode in odpadnih snovi iz telesa.

Prodaja v trgovinah in lekarnah u medicinskimi pripomočki.
Informacije na telefonu 02/460 53 80

Rezultat klinične presoje v procesu zdravstvene nege je negovalna diagnoza

Dubravka Sancin

Praksa zdravstvene nege, negovalne teorije in raziskovanje v zdravstveni negi so tesno povezani elementi delovanja.

Razvoj in poznavanje negovalnih teorij in aktivnosti raziskovanja v zdravstveni negi vodijo direktno v prakso zdravstvene nege (DeLaune, Lander, 1998).

Srečujemo se s pojmi koncept, konceptualno ogrodje, teoretične trditve, oziroma predpostavke in se poslužujemo tudi teorij iz drugih znanstvenih disciplin (npr. psihološka teorija Maslowa).

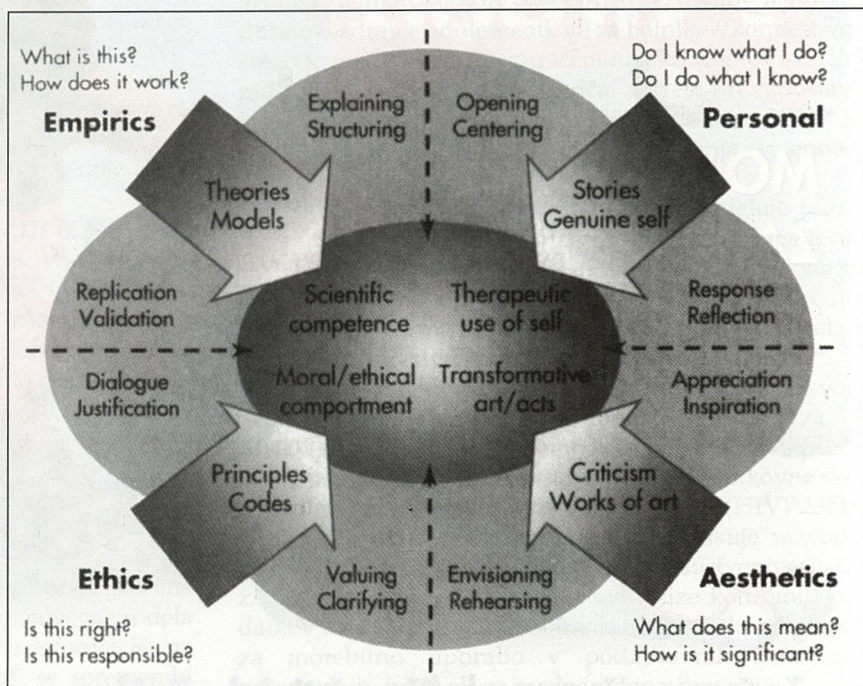
Za razvijanje znanja o zdravstveni negi je potrebno prepoznati procese, ki ta razvoj pogojujejo.

Slika prikazuje štiri osnovne vidike vedenja: empirija-izkustvo, personalni-osebni vidik in etični ter estetski vidik. Vsak od teh vidikov prispeva k celovitosti našega znanja. Vsakemu pripada enak kvadrant. Na periferiji vsakega kvadranta je kritično vprašanje, ki se nanaša na posamezni vidik. V notranjost usmerjene velike puščice prikazujejo oblike, v katerih se posamezni vidik izraža in kako vpliva na naša dejanja v praksi zdravstvene nege. Notranjost slike je brez meja, kar predstavlja združitev posameznih vidikov v neločljivo celoto. Vertikalno deljene puščice predstavljajo procese formalnega izobraževanja, horizontalne pa kreativne procese, s katerimi naše znanje lahko vrednotimo.

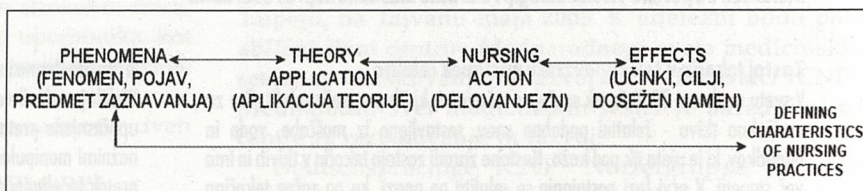
Prav tako je dobro prepoznati karakteristike negovalnih postopkov in posegov.

Avtorici (Mc Farland, Mc Farlane, 1993) podrobno predstavita tudi stopnje razvijanja procesne metode dela, ki so identične našim štirim fazam dela.

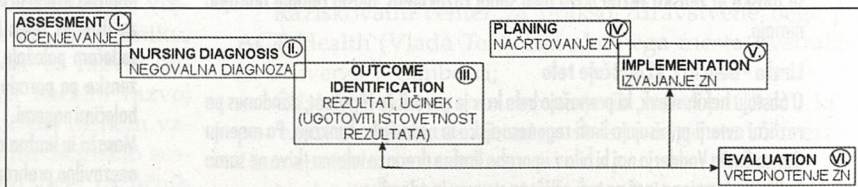
- I. MS zbira podatke o B/V zdravju.
- II. MS analizira podatke pridobljene v ocenjevanju in določa ND.



Slika 1: The processes for developing nursing knowledge (Chinn, Kramer 1998). (Procesi za razvijanje znanja o zdravstveni negi)



Slika 2: Defining characteristics of nursing practices (Mc Farland, Mc Farlane, 1993). (Določanje karakteristik v negovalnih postopkih)



Slika 3: Nursing process (Mc Farland, Mc Farlane, 1993). (Proces zdravstvene nege)

- III. MS identificira rezultate individualiziranega B/V.
- IV. MS razvije načrt ZN, ki predpisuje intervencije, da bi se dosegli pričakovani rezultati.
- V. MS izvaja intervencije, ki so identificirane v načrtu zdravstvene nege.
- VI. MS ocenjuje napredek v primeru doseganja rezultatov.

Iz zgodovinske perspektive je razvidno sledeče:

- izraz "process" se je pojavil 1955 leta (Hall)
- leta 1959 se je pojavil izraz "nursing process" (Johnson)
- leta 1963 se pojavijo tri komponente: "assessment, planning and evaluation" (Orlando Wiedenbach)
- leta 1967 je dodana kategorija "implementing" (Yura)
- leta 1953 se prvič pojavi termin "nursing diagnosis" (Fry)
- šele leta 1974 sta avtorici Gabbie in Lavin v okviru NANDA vključili v procesno metodo tudi negovalne diagnoze (DeLaune, Lander, 1998)
- leta 1991 je dodano "outcome identification and planning"

Smernice za postavitev negovalnih diagnoz so sledeče:

Odločamo se za holistični pristop, kar pomeni, da bolnika/varovanca obravnavamo individualno s fizičnega, psihičnega, spiritualnega, intelektualnega in sociokulturnega vidika (DeLaune, Lander, 1998).

B/V na ta način pomagamo uresničiti cikel samorealizacije v smislu pozitivnega odnosa do sebe (**postavljanje realističnih ciljev, ki jih je možno doseči**).

Osnova za holistično prakso je poznavanje sebe, kar je nujno, ko vstopamo v interpersonalni proces.

V prvi fazi metode procesa zdravstvene nege pristopimo k negovalni anamnezi.

Medicinska sestra zbira subjektivne in objektivne podatke o B/V (analiza podatkov in segmentiranje po delih ter sinteza podatkov v negovalno diagnozo).

Pozorni smo na to, kako B/V vidi svoje zdravstveno stanje.

Negovalne diagnoze vedno razvijamo iz podatkov.

Po analizi podatkov dobimo oceno moči B/V in ugotovimo, če je močna podpora družine, kar je baza za funkcioniranje v novi situaciji, ko je nastal negovalni problem.

Iztočnice za klinično presojo v fazi ocenjevanje nam ameriška avtorica Marjory Gordon razjasni v "human functional health patterns" /1997/. Enajst ocenjevalnih vzorcev funkcionalnega zdravja pri ljudeh po avtorici Gordon uporabljamo kot model za ocenjevanje /assessment model/ (DeLaune, Lander, 1998).

Ta pristop bistveno spremeni naš način razmišljanja, saj tekom procesa opravimo klinično presojo, ki je osnova vsem nadaljnim fazam dela.

Uporabljamo tipologijo vzorcev zdravega obnašanja za obravnavo posameznika, družine in skupnosti (podatki iz teh vzorcev nam omogočajo razvrščanje negovalnih diagnoz):

1. Percepcija zdravja/ravnanje z zdravjem/odnos do zdravja
2. Vzorec prehranjevanja
3. Vzorec izločanja
4. Vzorec aktivnosti
5. Vzorec spanje – počitek

6. Kognitivno - perceptivni vzorec
7. Vzorec samosprejemanja
8. Vzorec vlog – odnosov
9. Seksualno - reproduktivni vzorec
10. Vzorec ravnanja s stresom
11. Vzorec vrednot/vera

Kritično razmišljanje pri formuliranju negovalnih diagnoz je nujno potrebno:

1. Ali poznam dovolj podatkov, da bi oblikoval-a negovalno diagnozo?
2. Ali mi kateri podatek manjka?
3. Je katera informacija nepopolna?
4. Ali bi bilo potrebno govoriti še enkrat z B/V oziroma njegovo družino?
5. Kateri podatki imajo kaj skupnega?
6. Kateri so bili ključni elementi, da smo prišli do tega sklepa?
7. Katere situacije bi bile boljše, če bi ukrepali z intervencijo zdravstvene nege?
8. Katere elemente problema bi bilo potrebno prenesti naprej na interdisciplinarno področje dela (DeLaune, Lander, 1998)?

Pedagoški proces na VZŠ v Mariboru se odvija po sodobnih metodah poučevanja.

Študijo primera kot aktivno metodo dela spoznajo študentje že v prvem letniku študija. V okviru predmeta zdravstvena nega z raziskovanjem imajo seminarske vaje (10 ur), kjer obravnavajo simuliran primer bolnika/varovanca z določenimi aktualnimi oziroma potencialnimi negovalnimi problemi. Študentje pri delu v skupini (povprečno jih je 8-10) uporabljajo pridobljeno teoretično znanje in lastne življenjske izkušnje, ki so jih pridobili, ko so pomagali ljudem v raznih življenjskih situacijah. Kasneje izvajajo študije primera na kliničnih vajah na osnovi šolske učne dokumentacije, ki odraža kvalitativen razvoj študenta tekom vseh treh let študija.

Literatura:

Bohinc M., Cibic D. *Teorija zdravstvene nege. Radovljica: Didakta*, 1994.

Cibic D...Šet al.Č: *Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1999.

Chinn P.L., Kramer M. K. *Theory and nursing: intergrated knowledge development* St. Louis: Mosby, 1998.

De Laune S. C., Lander P. K. *Fundamentals of nursing: standards & practice*. Albani Šet al.Č: Delmar, 1998.

Gordon M...Šet al.Č: *Nursing diagnoses: definitions & classification 2001-2002*.

Nove usmeritve v zdravstveni negi: v podporo regionalnim ciljem »zdravje za vse«. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1995.

McFarland G. K., McFarlane E. A. *Nursing Diagnosis & Intervention*. St.Louis: Mosby, 1993.

Negovalne diagnoze v psihiatrični zdravstveni negi

Ana Ladi Škerbinek

UVOD

Na samem začetku tega prispevka bi želela poudariti, da mi je razpravljati o negovalnih diagnozah zelo težko. Čeprav je že nekaj let, kar smo v slovenski zdravstveni negi začeli strokovno razpravo o negovalnih diagnozah, se v prakso še niso uvedle, mogoče z redko izjemo. Verjetno jih je učni program obeh naših visokih zdravstvenih šol že pred časom vključil v svoje učne vsebine, vendar v praksi bistvena sprememba še ni opazna. Ko razmišljam o uvedbi negovalnih diagnoz v prakso mi postane tesno, ker vem, koliko razprav dela in prepričevanja, in ne nazadnje tudi časa je bilo potrebno, da se je v prakso psihiatrične zdravstvene nege uvedla procesna metoda dela.

Strinjam se z ugotovitvijo, ki je bila podana na delavnicah o negovalnih diagnozah lansko leto v Kranjski gori, da je pomembno, da medicinske sestre iz vsake države sodelujejo pri razvijanju lastnih negovalnih diagnoz, ker če svojih aktivnosti ne morejo poimenovati, jih ne morejo nadzorovati, jih ni možno financirati, jih ni mogoče predstaviti strokovni javnosti in zdravstvena nega ostaja nevidna v zdravstvenem sistemu.

Skrbi me pa dejstvo, ki se ga jasno zavedam. Veliko dela, pogovarjanja, razprav in dokazovanja bo potrebno, da se bodo v prakso zdravstvene nege uvedle negovalne diagnoze, pri tem, da se ta trenutek ukvarjamo z uvajanjem kategorizacije bolnikov po zahtevnosti zdravstvene nege in skušamo čim bolj objektivizirati kriterije po katerih določamo posamezno kategorijo.

Pri vsem tem vem, da imam sama veliko premalo znanja o negovalnih diagnozah in da je to pomanjkljivo znanje pridobljeno le iz strokovne literature. Kljub temu pa vem, da se bo praksa morala zganiti in začeti z negovalnimi diagnozami, in se ni za zanašati, da bodo kolegice, ki prihajajo z znanjem o tem iz študija, to same zmogle. Tudi se mi zdi to zelo težko. Sodobni tuji učbeniki psihiatrične zdravstvene nege predstavljajo strokovne vsebine na popolnoma drugačen način. Nič več ne delijo vsebine na psihiatrijo in zdravstveno nego, temveč predstavljajo vsebine na osnovi funkcionalnih vzorcev zdravstvenega obnašanja, kar pomeni da predstavljajo posamezno motnjo z vidika epidemiologije, teoretičnega ogrodja, negovalnega procesa, ocene, negovalne diagnoze, izida, planiranja, realizacije in evaluacije oziroma preverjanja.

NEGOVALNE DIAGNOZE

Negovalna diagnoza je klinična presoja o stanju posameznika, družine ali skupnosti in upošteva obstoječe ali možne zdravstvene probleme. Daje osnovo izboru aktivnosti zdravstvene nege, za doseg rezultata, za katere je odgovorna medicinska sestra. Določitev negovalnih diagnoz v neki stroki, državi ali širše v državah, pomeni

uporabljati isti » jezik«, pri čemer mislim na to, da pod isto diagnozo vsi razumemo isto. Če bi primerjali medicinske in negovalne diagnoze, potem zdravniki z medicinsko diagnozo prepoznajo in vedo definicijo, etiologijo oziroma vzroke, simptomatiko, potek, prognozo in terapijo za posamezno bolezen ali motnjo, medicinskim sestram pa bi določena negovalna diagnoza pomenila določeno definicijo, povzročitelje (fizične, emocionalne, intelektualne, socialne in duhovne), kazalce (fizične, emocionalne, intelektualne, socialne, duhovne) in posledično aktivnosti zdravstvene nege in pričakovani izid.

Medicinske diagnoze so zbrane v knjigi Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene MKB-10. V medicini je do prvega slovenskega prevoda MKB moralo miniti več kot sto let. V psihiatriji mednarodno klasifikacijo uporabljajo psihiatri približno 30-40 let. MKB je pripravila WHO in naj bi veljala za vse države sveta, pa vendar ves ameriški prostor uporablja DSM-IV klasifikacijo, čeprav je res, da sta si skoraj identični.

Glede na dejstva, da se bo morala tudi zdravstvena nega pospešeno vključevati v informacijski sistem zdravstva in da bo morala vedno bolj dokazovati svoje storitve plačniku, dvomim, da bo medicinskim sestram na razpolago toliko let za uvajanje negovalnih diagnoz.

NEGOVALNE DIAGNOZE V PSIHIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI

V strokovni literaturi zasledimo klasifikacijo negovalnih diagnoz, ki so jo sprejele članice North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) in klasifikacijski sistem negovalnih diagnoz Psychiatric Mental Health (PMH), ki ga je razvila delovna skupina Council of Psychiatric Mental Health Nursing v okviru ANA. Za evropski prostor bodo na vsak način sprejete enovite negovalne diagnoze in skupen mednarodni strokovni jezik. Kako aktivni in koliko udeleženi bomo v tem, pa je seveda odvisno od naše aktivnosti.

Če še enkrat ponovim definicijo negovalne diagnoze po standardih NANDA, je to klinična presoja o individualnem, družinskem ali družbenem odzivu na aktualne ali potencialne zdravstvene probleme ali življenjske procese. Z drugimi besedami, negovalna diagnoza opisuje in vsebuje oceno bolnikovega problema, ki se ga obravnava v okviru zdravstvene nege. Izraža profesionalno oceno bolnikovega kliničnega stanja, njegovega emocionalnega in duševnega počutja in odzive na bolezen in zdravljenje, ter potrebo po zdravstveni negi.

Določitev negovalne diagnoze

Za postavitev negovalne diagnoze v psihiatrični zdravstveni negi je potrebno oceniti vsebino informacij, ki smo jo zbrali pri bolniku. Naslednja vprašanja nam pomagajo postaviti negovalno diagnozo:



1. Kakšni so bolnikovi znaki in simptomi?
2. Katere ugotovitve ocenjujemo za nenormalne?
3. Preden ugotavljamo bolnikove dolgoročne duševne potrebe, moramo ugotoviti njegovo trenutno fizično in psihično ogroženost.
4. Kako določeno vedenje ali ravnanje vpliva na bolnikovo čustveno in psihično počutje?
5. Katere prednosti ali slabosti ima bolnik za soustvarjanje svojega duševnega ravnovesja?
6. Kako vpliva okolje na njegovo počutje in kakšno pomoč lahko pričakuje bolnik in mi od okolja?
7. Če je bolnik tudi telesno bolan, je potrebno ugotoviti njegov odziv na telesno bolezen in kako to vpliva na njegovo celotno počutje in ali želi to stanje izboljšati, oziroma njegov interes za to.
8. Ko se bolnik spopada s čustvenim stresom je dobro izvedeti ali ima sploh interes za spremembe, ali si želi doseči večje zadovoljstvo, želi več socialnih kontaktov, manj strahu, depresije in neugodja?
9. Kakšne odnose ima z družino in člani skupnosti kjer živi?
10. Kaj dojema kot svojo največjo potrebo ali problem?
11. Ali se lahko z zdravstveno nego zmanjša ali odstrani problem, ki smo ga zaznali?
12. Ali potrebujemo še več informacij?

Vse te podatke dokumentiramo v negovalni anamnezi. Anamneza nam tudi časovno prikaže podatke in nam je v pomoč pri končni oceni, kar postavitve negovalne diagnoze je. Negovalna diagnoza je tako osnova za izbiro negovalnih postopkov, s katerimi naj bi dosegli rezultate, ki smo jih postavili kot cilje zdravstvene nege. Vsi podatki negovalne anamneze in negovalna diagnoza se lahko uporabljajo v interdisciplinarnem planu zdravljenja.

Za pomoč pri določitvi negovalne diagnoze lahko uporabljamo tako NANDA klasifikacijo, kot ostale, ki so nam na razpolago. Čeprav ima tako NANDA klasifikacija, kot ANA klasifikacija določeno število diagnostičnih kategorij, ki zajemajo človekove odzive na določenem področju, se vsaka negovalna diagnoza v posamezni diagnostični skupini lahko razširi z dodanimi kazalci. Tako na primer negovalna diagnoza »Čutna ali zaznavna sprememba« z dodanim kazalcem » nanašajoč se na halucinacije » in negovalna diagnoza » Socialna izolacija » z dodanim kazalcem » nanašajoč se na fiziološke in emocionalne probleme in bariere okolja », postane bolj določujoča.

Za lažje razumevanje predstavljam naslednje negovalne diagnoze:

Negovalna diagnoza – spremenjeni družinski odnosi

Definicija: stanje, ko družina ne funkcioniira normalno.

Povzročitelji: - spremembe v situaciji družine zaradi duševne motnje ali bolezni posameznega člana
- stresni – krizni dogodki v družini.

Kazalci: - družina ne zagotavlja čustvenih in duhovnih potreb svojih članov,
- v družini je motena ali popolnoma prekinjena komunikacija,
- družina se izolira, prekinjeni so običajni zunanji stiki,
- spremenijo se vloge posameznikov v družini,
- družina ne zagotavlja več občutka varnosti,
-družina ne daje možnosti avtonomnosti posameznega člana.

CILJI	AKTIVNOSTI
Pomoč pri prepoznavanju in sprejemanju bolezni	Pogovor o bolezenskem doživljanju bolnika, Naučiti družino in bolnika prepoznati bolezen, Uporabiti ostale člane družine za podporo in razumevanje bolnega člana.
Osvetlitev družinske situacije	Pogovor z bolnikom in ostalimi člani družine
Prepoznavanje vlog v družini	Vzpodbujanje aktivnosti in interakcije z drugimi osebami, Vzpodbujanje družinskih interakcij, Vključitev v skupino.
Pomoč pri pozitivnem organiziranju družine	Podpora članu družine, ki je moral prevzeti vodilno vlogo, Družino vzpodbujati pri navezavi stikov z drugimi in prijateljevanju.

Primer iz ANA klasifikacije negovalnih diagnoz

Negovalna diagnoza – spremenjeni procesi mišljenja v povezavi z blodnjami

Definicija: blodnja je zmoten miselni konstrukt, sklep ali ocena določenega stvarnega stanja, ki se z realnostjo ne ujema.

Povzročitelji: - shizofrenija,
- organske duševne motnje,
- motnje razpoloženja,
- delirij,
- organske bolezni zaradi akutnih zastripitev in hudih metaboličnih motenj,
- zastrupitve.

- Kazalci:** - neprimerno hranjenje ali odklanjanje hrane,
 - neprimerna osebna higiena,
 - izolacija v blodni sistem,
 - pretirana prijaznost ali jeza,
 - nanašalne, veličinske, religiozne, seksualne misli,
 - spremenjeno doživljanje telesne podobe,
 - suicidalne misli in ideje,
 - socialna izolacija,
 - znižan socialni status.

CILJI	AKTIVNOSTI
Zagotoviti primerno prehrano.	Ponuditi bolniku hrano iz istega lonca, kot za ostale bolnike.
Zagotoviti zadosti spanja.	Bolnika vključevati v fizične aktivnosti. Vzpodbujati ga, da o blodnjah pripoveduje.
Poskrbeti za varnost.	Pogovor z bolnikom o možnih suicidalnih mislih in doživljanju ogroženosti. Nadzorovanje.
Primerna osebna higiena.	Kontrola in opozarjanje na osebno higieno.
Zmanjšanje in/ali sprejetje blodnje.	Vzpodbujanje k verbalizaciji doživljanj. Zdravila kot pomoč, učenje.
Vzpodbujanje realitete.	Vključevanje v dogovorjene aktivnosti, Razgovori.
Interakcija z drugimi ljudmi.	Vključevanje v dogovorjene skupine. Vzpodbujanje sodelovanja za bolnika pomembnih drugih.
Kontrola blodenj.	Naučiti ga o pomembnosti jemanja zdravil. Naučiti ga, da z določeno aktivnostjo zmanjša blodnjo doživljanje. Naučiti za bolnika pomembne ljudi občutljivosti in prepoznavanja bolnikovega doživljanja.

Primer iz ANA klasifikacije negovalnih diagnoz

Negovalna diagnoza – ČUTNA ALI ZAZNAVNA SPREMENBA – v povezavi s halucinacijami (dodan kezaletec!)

Definicija: zaznave oziroma občutki, ki se pojavijo brez prisotnosti zunanjega dražljaja.

POT DO NEGOVALNE DIAGNOZE!

OCENA – NEG. ANAMNEZA: Kulturni status:

- Demografski podatki:
starost, spol, izobrazba, poklic, nacionalnost, vera, etična skupina.
- Zgodovina:
vrednote in mnenja v zvezi z zdravjem, zdravstveno nego.
- Telesni status:
prehrana, telesni pregled zaradi ev. poškodb.
- Duševni status:
vpogled, presoja, abstraktno mišljenje, splošne informacije, počutje, volja, bližnji in oddaljeni spomini, orientacija.
- Psihološki status:
Trenutna bolezen, razlog hospitalizacije, bolnikova zaznava problema, stopnja anksioznosti, bližnji stresi, spremembe v telesnem delovanju, okoliščine ob začetku halucinacij, narava izkušenj, možnosti opravljanja dnevnih aktivnosti.
Zdravstvena zgodovina, zdravila, odziv na zdravlila, zloraba zdravil.
Osebna zgodovina, zmožnosti, volja, podpora, zmožnost komunikacije, stiki z drugimi ljudmi.

DEFINIRANJE KARAKTERISTIK HALUCINACIJ:

- ukazovalne halucinacije
- motnje pri orientaciji, nedružabnost
- vidne halucinacije
- taktilne, haptične halucinacije
- olfaktorne halucinacije (voh),
- gustativne halucinacije (okus),
- slušne halucinacije,
- preplavljenost s halucinacijami, pomanjkanje zanimanja za okolico,
- nemirnost,
- pogovarjanje s samim seboj, nezaupljivost, poslušanje brez zunanjih zvokov.

V KATERIH BOLEZNIH IN MOTNJAH PRIČAKUJEMO PRIČUJOČO NEGOVALNO DIAGNOZO

Delirij, demenca, motnje osebnosti, vse shizofrene motnje, motnje v delovanju slušnega živca, intoksikacije.



PRIČAKOVANI IZIDI (CILJI)

- Začetni:
bolnik se ne bo poškodoval med hospitalizacijo, izražal bo občutja, ki jih povzročajo halucinacije.
- Srednji:
bolnik bo orientiran v okolju, zavedal se bo notranjega vzroka halucinacij, izvajal bo metode testiranja realnosti, da bo zmanjšal ali preprečil halucinacije, bo manj anksiozen.
- Zaključni:
bolnik razume potrebnost in doziranje jemanja zdravil, pozna stranske učinke zdravil, bolnik je seznanjen kakšno pomoč lahko pričakuje od okolice.

INTERVENCIJE

- Začetne:
 - poskrbeti za zavarovan prostor brez stresnih dejavnikov,
 - bodite konsistentni in pošteni ob vsakem stiku z bolnikom,
 - opogumljajte ga, da izraža občutke ob halucinacijah, da jih bo razumel in bo manj anksiozen,
 - bolnik naj spozna kako zmanjšati halucinacije, se jih nauči nadzorovati.
- Srednje:
 - pri organskih halucinacijah pomagata bolniku orientacija in informiranje,
 - za zmanjšani stres pojasnite organski vzrok halucinacij,
 - pri neorganskih zagotovite le varnost in oporo,
 - uporabljajte direktne, jasne stavke ko govorite z njim (poglej me, poskušaj ne poslušati glasov),
 - naredite urnik fizičnih aktivnosti, ki zahtevajo koncentracijo (da ga odvrnete od notranjih dražljajev)
 - pomagajte mu spoznati situacije v katerih pride do halucinacij,
 - naučite ga kako ravnati ob halucinacijah (npr. pojdi stran, nisi resničen), da si bolnik poveča samozavedanje in samokontrolo,
 - naučite ga da s pomočjo drugih preverja realnost,
 - ko se zmanjša anksioznost, ga vključite v skupine.
- Končne:
 - bolniku in svojem posredujte jasno razlago predpisanih zdravil,
 - razložite bolniku in svojem, kje bodo dobili pomoč ob poslabšanju in kakšne so možnosti podpornih programov obravnave.

OCENA

Bolnik

- se ni poškodoval med bivanjem v bolnišnici,
- je povečal stik z realnostjo,
- zna opisati občutke in izkušnje s halucinacijami,
- ve katere okoliščine vzpodbujajo halucinacije,

- se poslužuje samokontrole in zmanjšanja halucinacij,
- je sposoben opisati pravilno uporabo zdravil,
- intenzivnost in pogostnost halucinacij se je dejansko zmanjšala,
- je napredoval pri vzpostavljanju socialnih stikov
- družina je seznanjena z boleznijo in zna pomagati.

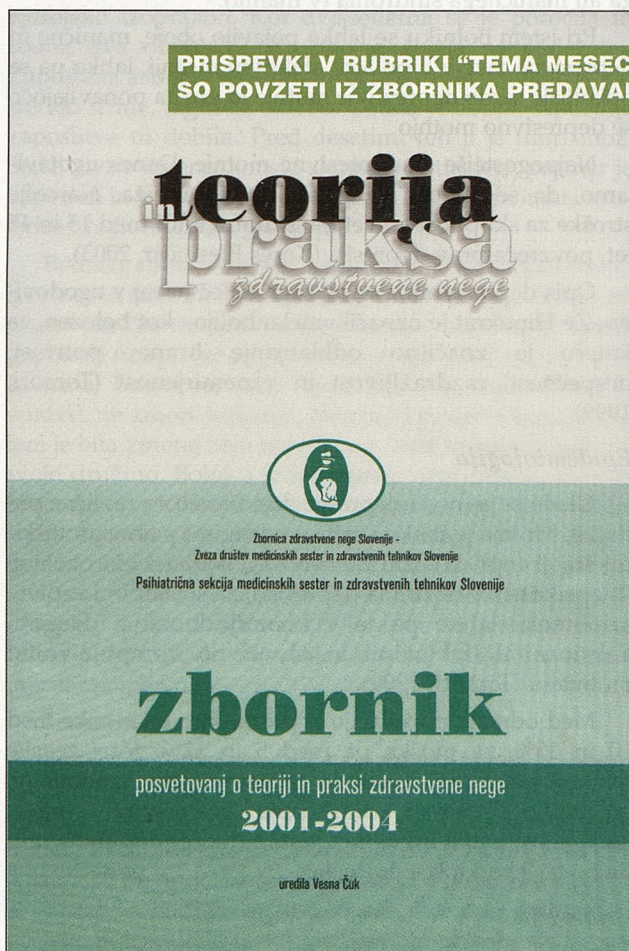
Težko presodim v kolikšni meri lahko pomagajo predstavitve naštetih negovalnih diagnoz. Moje pričakovanje je samo v tem, da bo psihiatrični zdravstvena nega do naslednjega seminarja o negovalnih diagnozah predstavila posamezne diagnoze konkretnih, »ta pravih«

bolnikov in da se bo začela strokovna razprava o negovalnih diagnozah tudi v praksi.

Literatura:

1. Janyce G. Dyer, Sheila M. Sparks, Cynthia M. Taylor: *PSYCHIATRIC NURSING DIAGNOSES*, Springhouse Corporation 1995

2. Haber J., Krainovich – Miller B., Leach Mc Mahon A., Price – Hopkins P.: *COMPREHENSIVE PSYCHIATRIC NURSING*, Mosby 1997





Primer uporabe negovalnih diagnoz v zdravstveni negi bolnika z depresivno motnjo

Klavdija Čuček Trifkovič

Izvoleček:

Prispevek na primeru bolnika z depresivno motnjo prikazuje uporabo nekaterih negovalnih diagnoz v zdravstveni negi. Izpostavljeni so tisti problemi, ki v omenjenem primeru zahtevajo najhitrejše interveniranje. V uvodu opisuje glavne značilnosti depresivne motnje, etiologijo, epidemiologijo, klinično sliko, potek in zdravljenje.

Ključne besede: depresija, negovalne diagnoze, aktivnosti zdravstvene nege

UVOD

Razpoloženske (afektivne) motnje so, po 10. reviziji Mednarodne klasifikacije bolezni, bipolarna motnja (v 9. reviziji opisana kot manična depresivna psihoza), ponavljajoča se depresivna motnja (periodična ali unipolarna depresija), distimija in ciklotimija, ki sta trajni razpoloženski motnji in sta prej spadali med nevroze.

Sprememba razpoloženja se kaže lahko kot depresija ali pa kot čustvena privzdignjenost vse do hipomaničnega ali maničnega sindroma (v maniji).

Pri istem bolniku se lahko pojavijo oboje, manične in depresivne faze v bipolarni afektivni motnji, lahko pa se pojavljajo samo depresivne motnje in gre za ponavljajočo se depresivno motnjo.

Najpogostejše so depresivne motnje. Danes ugotavljamo, da se starost ob pojavu bolezni niža. Največje stroške za skupnost v svetu, v skupini ljudi med 15 in 45 let, povzroča prav depresija (Kores Plesničar, 2003).

Opis depresivnih motenj sega daleč nazaj v zgodovino. Že Hipokrat je označil »melanholijo« kot bolezen, za katero je značilno odklanjanje hrane, potrtost, nespečnost, razdražljivost in vznemirjenost (Tomori, 1999).

Epidemiologija

Glede pojavnosti depresije daje literatura različne podatke. Motnja je lahko skrita za drugimi psihopatološkimi stanji (npr. bolezni odvisnosti), somatskimi obolenji (t.i. prikrita ali larvirana depresija), za socialnimi zapleti, samomori, lahko pa je v komorbidnosti z drugimi anksioznimi, fobičnimi in obsesivno kompulzivnimi motnjami (Tomori, 1999).

Med odraslo populacijo je prevalenca za ženske med 10 in 25%, za moške pa med 5 in 12%, torej ženske dvakrat pogostejše obolevajo za depresivnimi motnjami, kot moški. Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da je v svetu 100 milijonov ljudi z depresivno motnjo in da bo ta številka še naraščala.

Etiologija

Številne biološke, psihološke in sociološke teorije razlagajo nastanek afektivnih motenj, vendar pa ga v celoti do danes še ni nobena pojasnila. Vzroki za nastanek so multifaktorialni in tako niso vedno enaki.

Genetski dejavniki: biološke teorije izhajajo iz predpostavke, da je nastanek bolezni genetsko pogojen. Raziskave so pokazale, da ima 4 do 24% potomcev ali bližnjih sorodnikov bolnikov tudi ponavljajočo se depresivno motnjo. Pri enojajčnih dvojčkih je konkordantnost (skladnost, ujemanje) pri ponavljajoči se depresivni motnji 50% (Kores Plesničar, 2003).

Socialni dejavniki in dejavniki okolja: nekatere študije navajajo, da je depresija pogostejša v skupnostih, ki zelo razvija občutke skupnosti, dolžnosti, odgovornosti in krivde. Več depresivnih ljudi bi naj bilo v nižjih socioekonomskih slojih, več bipolarnih pa v višjih slojih. Nekateri raziskave so potrdile vpliv življenjskih stresnih dogodkov, druge pa ne (Tomori, 1999). Dogodki zgodaj v življenju (npr. nasilje v družini, spolna zloraba) lahko naredijo osebo psihološko bolj občutljivo na zavrnitev in biološko bolj občutljivo na stres (Kores Plesničar, 2003). Močan vpliv pa imajo tudi drugi stresni dogodki v življenju (life events), kot je pomembna sprememba v dosedanjem življenju (zakonsko nesoglasje, ločitev, sprememba delovnega mesta, resna bolezen ali smrt v družini itd.), in kronični stres, kot so trajne gmotne težave, težave v medosebnih odnosih, težave na delovnem mestu, trajne ogrožajoče situacije itd. (Tomori, 1999).

Nevrobiološki dejavniki: po raziskavah so nastajale različne teorije, kot so kateholaminska (pomanjkanje predvsem noradrenalina in dopamina), serotonininska, ki pa sami ne zadoščata za razlago depresij, sta pa povezani z delovanjem antidepresivov. Pozornost raziskovalcev pa vzbujajo tudi nevroendokrinološke in nevroimunološke spremembe (Tomori, 1999).

Klinična slika

Depresija je zapletena motnja, ki se kaže z različnimi spremembami v duševnem in telesnem zdravju, ima pa tudi velik vpliv na socialne odnose bolnika.

Simptomi depresije so številni in različni. Bolnik lahko sam navaja depresivno razpoloženje (ali razdražljivost pri otrocih in adolescentih) ali pa ga opazijo drugi, skoraj vsak dan in večji del dneva. Vsakodnevno se pojavljajo tudi zmanjšani interesi ali zadovoljstvo pri različnih dejavnostih, izguba apetita in zmanjšanje telesne teže (>5% mesečno) ali pa povečan apetit in povečanje telesne teže (>5% mesečno), nespečnost ali pretirana potreba po spanju, psihomotorična agitacija ali zavrtost, utrujenost ali izguba energije, občutki brezvrednosti ali hude krivde, lahko do blodnjavosti, zmanjšana sposobnost mišljenja oz.



osredotočenja misli in neodločnost, ponavljajoče razmišljanje o smrti, ponavljajoče se samomorilne ideje brez načrta ali specifičen načrt za izvršitev samomora ali že samomorilni poskus (Tomori, 1999).

Po diagnostičnih kriterijih za depresijo (ameriške in mednarodne klasifikacije) velja, da lahko diagnosticiramo obstoj depresije, ko je prisotnih najmanj pet od devetih simptomov depresije in trajajo najmanj dva tedna.

Na čustvenem in motivacijskem področju se kažejo neprijetni čustveni doživljaji, kot so potrnost, brezupnost, zaskrbljenost, občutek nemoči, anksioznost, ki jih spremljajo občutki pesimizma, brezvrednosti, nizkega samospoštovanja, nebogljenosti, krivde, potrebe po samokaznovanju. Sedanjost je siva in neobvladljiva, prihodnost pa negotova.

V klinični sliki lahko prevladuje:

- anksioznost – bolnik je prestrašenega videza, psihomotorično agitiran, lahko do agitirane depresije;

- zavrtost – lahko vodi v stupor (bolnik je lahko ležeč ali sedeč, sključen v dve gubi, z reducirano mimiko, trpečim izrazom na licu, reduciranimi kretnjami, jokajoč, izčrpan, postaran).

Od normalne žalosti ločuje depresijo anhedonija (izguba zadovoljstva) in občutek nesposobnosti čustvovanja. Bolnik opusti osnovne dejavnosti in je pogosto samomorilen (Tomori, 1999).

Na spoznavnem področju in področju mišljenja se depresija kaže z že omenjeno zavrtostjo, v primeru psihoze (pri 20 do 40% bolnikov z globoko depresijo) pa lahko vodi v blodnjavost, (samoobtoževalne blodnje, blodnje ekonomskega propada, nihilistične in hipohondrične blodnje). Redkeje se pojavljajo halucinacije (Tomori, 1999). Bolniki se pritožujejo nad težavami v koncentraciji in mišljenju, ne morejo brati ali gledati televizijo (Kores Plesničar, 2003).

Na telesnem področju se depresija kaže z že omenjeno brezvoljnostjo in utrudljivostjo, pa tudi z izgubo apetita (redkeje povečan apetit), motnjami spanja (zgodnje zbujanje bolnika), raznimi bolečinami (občutki pritiskanja, prebanja, pekočih bolečin), funkcionalnimi motnjami kardiovaskularnega sistema (motnje ritma srca, spremembe krvnega tlaka), gastrointestinalnega sistema (slabosti, obstipacije, diareje), respiratorne motnje (težko dihanje), motnje libida, potence, menstrualnega ciklusa. Obstajajo pa tudi maskirane, t.i. larvirane depresije, za katere je značilna pestra telesna simptomatika, na čustveni osnovi pa je ni lahko prepoznati in se bolnik kaže kot hudo telesno bolan (Tomori, 1999).

Samomorilnost je prisotna pri skoraj vseh depresivnih bolnikih, tudi tistih, ki tega ne kažejo. Svoje življenje konča s samomorom 15% bolnikov z depresivno ali bipolarno motnjo. Pri depresivnih bolnikih s psihozo ali brez obstaja nevarnost razširjenega samomora, kjer bolnik konča svoje življenje in življenje svojih bližnjih. Bolnik bo lahko izvedel samomor, ko se bo stanje bolezni začelo izboljševati (Tomori, 1999). Dejavniki tveganja so: samski ali ločeni stan, zloraba alkohola in drugih psihoaktivnih substanc, starejši od 40 let, predhodni samomorilni

poskusi (Kores plesničar, 2003).

Potek in izhod

Začetek depresije je ponavadi postopen, razvije se v nekaj dnevih ali tednih in je redkeje nenaden. Pojavi se lahko v vseh življenjskih obdobjih, tudi v otroštvu. Pri značilnem sezonskem pojavljanju je vrh spomladi in jeseni. Nezdravljena depresija lahko traja nekaj tednov ali mesecev, celo do nekaj let (pri 5 do 10% bolnikov – kronični potek), večina pa jih spontano preide v šestih mesecih. Dvojna depresija (double depression) pomeni kombinacijo depresivne motnje z distimijo (Tomori, 1999).

Zdravljenje

Z zdravljenjem ne vplivamo bistveno na skrajšanje bolezni, temveč predvsem na zmanjšanje izraženosti, jakosti znakov bolezni. Zdravljenje mora trajati najmanj 4 do 8 tednov, preden lahko sklepami o ustreznosti antidepresiva in ga po potrebi lahko zamenjamo.

Ostale metode zdravljenja so še elektrokonvulzivna terapija, ki se v Sloveniji ne izvaja in vedenjska, kognitivna ter interpersonalna terapija (Tomori, 1999).

PRIMER:

1. UGOTAVLJANJE POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI

Negovalna anamneza:

Bolnica je stara 54 let. Rodila se je v številni kmečki družini. Končala je osnovno šolo in si pridobila srednješolsko izobrazbo. Kot dvajsetletna se je poročila in rodila dva otroka. Z družino je živela na podeželju. Zaposlena je bila v tekstilni tovarni dvajset let, nato je, po stečaju firme, izgubila službo. Ostala je doma, saj druge zaposlitve ni dobila. Pred desetimi leti ji je umrl mož. Sedaj živi v izvenzakonski skupnosti štiri leta, partner je zaposlen in je večino dneva odsoten. Hči in sin imata svoji družini in ne živita pri mami.

Bolnico so na oddelek za psihiatrijo pripeljali svojci (partner in hči). Povedali so, da je bolnica že približno en mesec ves čas utrujena, redkobesedna, izgubila je apetit in ponoči ne spi. Ne zanima se za svojo okolico, ves čas je žalostna. Doma ne more opravljati niti najosnovnejših opravil, ne zmore kuhanja, likanja in pospravljanja, pred tem je bila zmeraj zelo redoljubna, tudi kuhala je rada za svojo družino. Bolnica je neurejena, nepočesana, sicer je bila zmeraj zelo urejena. Sploh ne gre več iz hiše, ne poklepete s sosedo. Nekajkrat je celo izrazila, da bi bilo bolje, če je ne bi bilo. Svojci so v nočni omarici našli nakopičeno količino zdravil (analgetike in antidepresiv, ki ji ga je predpisal splošni zdravnik). Terapije ni jemala, saj je želela prihraniti dovolj veliko količino zdravil v samomorilni namen.

Trenutno stanje:

Bolnica je redkobesedna, na naša vprašanja ne odgovarja ali samo skopo z da in ne. Njen videz je žalosten, je upočasnenih kretenj, hodi počasi, s sklonjeno glavo, hitro zajoka. S sobolnicami se ne druži in ne navezuje stikov. V dejavnosti na oddelku se ne vključuje. Ponoči slabo spi in se zjutraj prebudi že okoli 4.00 ure. Čez dan poležava v postelji. Bolnica zelo težko zaužije polovico obroka in nje-

na telesna teža se je znižala za dva kilograma v času hospitalizacije. Ravno tako ni odvajala od prvega dne hospitalizacije, t.j. pet dni. Zjutraj potrebuje spodbudo, da se uredi, umije in počese. Še zmeraj izraža željo po smrti, počuti se odveč in nepotrebno.

Problemi se pojavljajo v naslednjih življenjskih aktivnostih:

- prehranjevanje in pitje,
- odvajanje in izločanje,
- čistoča in nega telesa,
- spanje in počitek,
- izogibanje nevarnostim v okolju,
- odnosi z ljudmi, izražanje čustev, občutkov, potreb,
- razvedrilo in rekreacija.

Za namen predstavitve bom izpostavila samo po eno negovalno diagnozo po PES (problem-etilogija-simptom) modelu, pri treh problemih (po Henderson), ki so za našo bolnico najpomembnejši.

2. NAČRT ZDRAVSTVENE NEGE

2.1. Izogibanje nevarnostim v okolju

je življenjska aktivnost, ki pri človeku pomeni, da nevarnost prepozna, jo prepreči, zmanjša ali omili neugoden vpliv na zdravje (Pajnikihar, 1999). Medicinska sestra mora dobro poznati nevarnosti, ki obstajajo (zaščita pred padcem, ognjem, strupenimi kemikalijami, pred živalmi, škodljivimi žuželkami, patogenimi bakterijami itd.) ali za katere ljudje verjamejo, da obstajajo zaradi verskega ali kakega drugega prepričanja. Izrazit primer varovanja, kot oblike zdravstvene nege, je zaščita suicidalnega bolnika pred tem, da bi si kaj naredil in zaščita drugih pred agresivnim bolnikom (Henderson, 1998).

Pri skoraj vseh bolnikih z depresivno motnjo je prisotna avtoagresivnost, suicidalna ogroženost. Medicinska sestra mora vedeti, da je največja nevarnost izvedbe poskusa samomora ravno takrat, ko se bolniku stanje depresije že izboljšuje.

Ugotavljanje stanja:

Bolnica je doma poskušala izvesti samomor s toksikacijo z zdravili. Do svojega početja je nekritična. Še vedno si želi umreti.

Možne negovalne diagnoze:

- samopoškodovanje – nevarnost za samopoškodovanje (Gordon),
- samomor, nevarnost (Gordon),
- zvišana možnost poškodb (NANDA),
- nezmožnost obvladovanja osebnih problemov (NANDA),
- samomorilna ogroženost (psih. sekcija)*.

ND: Samopoškodovanje – nevarnost za samopoškodovanje

*Psihiatrična sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je razvila nekaj negovalnih diagnoz, namenjenih potrebam psihiatrične zdravstvene nege, ki pa še niso verifcirane.

vzroki

- psihopatološko stanje, žalost,
- samoobtoževalne misli,
- osamljenost, znižano samospoštovanje, nesposobnost za reševanje problemov,
- neaktivnost čez dan

simptomi

- subjektivni znaki: bolnica toži, da je nekoristna, v breme svoji družini, da želi umreti
- objektivni znaki: samomorilne misli, načrt v zvezi s samomorom v anamnezi

Cilji:

- bolnik bo ostal nepoškodovan,
- bolnik se bo počutil varnega in sprejetega,
- bolnik se bo naučil na konstruktiven način reševati probleme.

Načrtovanje:

- zagotovimo stalno prisotnost in bližino osebja (nepretrgano varovanje - 24-urni nadzor),
- opazujemo besedna in nebesedna sporočanja,
- z bolnico vzpostavimo zaupljiv in empatičen odnos,
- z bolnico se pogovorimo o njenih stiskah in povodu za samomorilnost,
- bolnico vzpodbujamo, da je čez dan aktivna in jo vključujemo v dnevne aktivnosti na oddelku, jo pohvalimo ob vsakem opravljenem delu, jo vključimo v skupino za učenje socialnih veščin, ko bo tega sposobna,
- odstranimo vse nevarne, ostre predmete, trakove,
- po naročilu zdravnika apliciramo ustrezen antidepresiv.

Vrednotenje:

- ocenimo bolnikovo varnost, nepoškodovanost,
- ocenimo počutje bolnika,
- ocenimo prisotnost samomorilnih misli.

Dokumentiranje:

- V list nepretrganega varovanja, ki spada v negovalno dokumentacijo, vpišemo vsa opažanja pri bolniku.

2.2. Prehranjevanje in pitje

je življenjska aktivnost, nujno potrebna za preživetje in pomeni vnos hrane, hranilnih snovi in tekočin (Pajnikihar, 1999).

Stanje prehranjenosti ugotovimo s pomočjo negovalne anamneze, fizičnega pregleda, antropometrijskih podatkov (telesna teža, telesna višina, obseg nadlaktka, debelina kožne gube, obseg zapestja) in laboratorijskih preiskav (albumini, limfociti, urea v serumu, kreatinin v urinu, hemoglobin) (Ivanuša, Železnik, 2002).

Za depresivno stanje je značilna neješčnost, manj pa pretirana ješčnost. Medicinska sestra mora ugotoviti z negovalno anamnezo bolnikove navade glede prehranjenosti, mu zagotoviti majhne obroke večkrat dnevno in

ga spodbujati pri hranjenju. Pri hudo izraženi depresiji je potrebno vsak vnos hrane beležiti na list intenzivne nege. Neješčnost lahko vodi v dehidracijo in elektrolitsko neravnovesje (Žvan, Odar Zustovič, 1987). Medicinska sestra mora delovati tudi zdravstvenovzgojno in bolnika poučiti o pomenu redne zdrave prehrane.

Ugotavljanje stanja:

Bolnica toži, da nima apetita. Ne zaužije dovolj hrane in tekočine. Telesna teža se je v enem tednu znižala za dva kilograma.

Možne negovalne diagnoze:

- sprememba prehranjenosti – manj kot telo potrebuje (Ivanuša, Železnik);
- deficit v samonegi – prehranjevanje (NANDA),
- nezadostna prehrana (Pajnkihar),
- uživanje premajhnih količin hrane (Pajnkihar),
- neuravnovešena prehrana – manj kot telo potrebuje (Gordon);
- tekočine – nevarnost za prenizek volumen tekočin (Gordon);
- nezadostno hranjenje, odklanjanje hrane in tekočine zaradi bolezenskih motenj (psih. sekcija)*.

ND: Sprememba prehranjenosti – manj kot telo potrebuje

vzroki

- psihopatološko stanje, utrujenost,
- sprememba okolja,
- nesposobnost, da bi si bolnik pripravil hrano ali jo nabavil,
- nepoučenost o pomenu zdrave prehrane

simptomi

- subjektivni znaki: bolnica toži o pomanjkanju apetita, slabem počutju
- objektivni znaki: ne zaužije dovolj hrane in tekočine, znižanje telesne teže

Cilji:

- bolnica ne bo odklanjala hrane in tekočine,
- bolnica bo zaužila dovolj hrane in tekočine,
- telesna teža bolnice se ne bo zniževala.

Načrtovanje:

- nadzorujemo vnos hrane in tekočine in beležimo na negovalni list, odvajanje, izločanje,
- z bolnico se pogovorimo o prehrabnih navadah, posebnostih in pomenu zdrave prehrane, jo motiviramo za zdravo prehranjevanje,
- bolnico vzpodbudimo, da si pred obrokom umije roke, se uredi, sodeluje pri izbiri obroka itd.,
- zagotovimo ustrezno okolje (prostor prezračimo, odstranimo umazano perilo),
- hrano lepo razporedimo na pladnju in serviramo,

Senso
Vita™



WIDEX
high definition hearing

Vključite se ..

- po naročilu zdravnika apliciramo ustrezen antidepresiv.

Vrednotenje:

- ocenimo količino užite hrane in tekočine,
- bolnico tehtamo vsak dan,
- vrednotimo bolnikovo samostojnost med hranjenjem.

Dokumentiranje in poročanje:

- V negovalno dokumentacijo vpišemo količino vnesene hrane in tekočine, odvajanje in izločanje.

2.3. Spanje in počitek

je življenjska aktivnost, ki omogoča človeku zadovoljiti potrebe po potrebni psihofizični sprostitvi (Pajnkihar, 1999). Nespečnost in nezmožnost, da bi se človek sprostil sta znak bolezni in jo spremljata (Henderson, 1998).

Motnje spanja pri bolniku z depresivno motnjo se kažejo kot nespečnost ali prevelika potreba po spanju.

Ugotavljanje stanja:

Bolnica je utrujena, nespočita, ponoči ne more spati, prebudi se okoli 4.00 ure zjutraj in več ne zaspi, kljub uspavalu. Čez dan veliko poležava v postelji.

Možne negovalne diagnoze:

- motnje v ritmu spanja (NANDA),
- nespečnost (Pajnkihar),
- neurejen ritem spanja (Pajnkihar),
- pogosto zbujanje (Pajnkihar)
- spanje, motnje spanja (Gordon),
- spanje, prekratko (Gordon),
- spanje ob nenormalnem času (Gordon).

ND: Motnje v ritmu spanja

vzroki

- psihopatološko stanje, žalost,
- sprememba okolja,
- neaktivnost čez dan

simptomi

- subjektivni znaki: bolnica poroča o nespečnosti, slabem počutju
- objektivni znaki: težko zaspi in se zgodaj zbudi, utrujen videz, kolobarji pod očmi

Cilji:

- bolnica bo naspana in spočita,
- bolnica bo imela urejen ritem spanja,
- bolnica bo aktivna čez dan.

Načrtovanje:

- z bolnico se pogovorimo o njenem vzorcu spanja,
- bolnico vzpodbujamo, da je čez dan aktivna in jo vključujemo v dnevne aktivnosti na oddelku,

- zagotovimo ustrezno okolje pred spanjem (mir na oddelku, prezračimo prostor, kozarec toplega mleka pred spanjem, pomirjajoč pogovor pred spanjem, poskrbimo za izvedbo osebne higiene pred spanjem itd.),

- po naročilu zdravnika apliciramo ustrezno uspavalno sredstvo.

Vrednotenje:

- ocenimo počutje bolnika, spočitost,
- ocenimo vzorec spanja.

Dokumentiranje in poročanje:

- **V dokumentaciji navedemo vzorec spanja, vpišemo bolnikovo počutje.**

ZAKLJUČEK

Depresije in strahovi so del našega vsakdanjika. V toku svojega življenja jih doživljamo vsi. Vendar pa se take izkušnje močno razlikujejo od bolezenskega doživljanja strahov in depresij in o tem sem v svojem članku želela spregovoriti.

V bolezenskem doživljanju so strahovi lahko tako uničujoči in depresije lahko tako zastrupljajo življenje, da na koncu, kot pri vsaki težki nezdravljeni bolezni, celo sledi smrt (Kabza, Meyendorf, 1998).

Depresija je bolezen našega časa in se z njo lahko srečamo na vseh strokovnih področjih, ne samo v psihiatrični zdravstveni negi, zato je poznavanje in razumevanje te bolezni nujno potrebno.

Literatura:

Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998.

Hudolin V. Psihijatrija. Zagreb: Stvarnost, 1984.

Horvat S. Zdravstvena nega bolnika z depresijo. V: Kogovšek B, Kobentar R (ur.): Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1999.

Kabza H, Meyendorf R. Depresije in strah: zdravljenje, zdravila, samopomoč. 1. izd. Logatec: Kele & Kele, 1998.

Kores Plesničar B. Depresivne motnje. V: Kores Plesničar B (ur.): Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Pohorski dvor: Oddelek za psihiatrijo, 2003.

NANDA. Uvod v študij negovalnih diagnoz. Maribor: Kolaborativni center SZO, 1993.

Pajnkihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1999.

Tomori M, Ziherl S (ur.). Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta, 1999.

Železnik D, Ivanuša A. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2002.

Žvan V, Odar Zustovič S. Afektivne motnje in proces zdravstvene nege. Zdrav Obzor 1987; 21.

Negovalne diagnoze v psihiatrični zdravstveni negi

Majda Šlajmer Japelj

UVOD

Tudi slovenska zdravstvena nega potrebuje še vedno spremembe in sicer:

- V strokovni avtonomiji
- V strokovni samozavesti
- V družbenem statusu

Kot velja za večino evropskih držav, velja tudi za nas, da moramo vedno znova ugotavljati:

- KAJ je treba spremeniti
- ZAKAJ je treba kaj spremeniti
- KAKO se da spremembe doseči

O posameznih strokovnih temah in dilemah v zvezi z njimi lahko razpravljamo le na osnovi solidnega teoretičnega znanja in pogleda na določeno strokovno vprašanje iz različnih perspektiv; končne odločitve pa lahko sprejemamo šele, ko imamo že tudi lastne praktične izkušnje, ki nam omogočajo primerjave ter spoznavanje prednosti in slabosti določenih sistemov.

Slovenska zdravstvena nega ostaja žal v krogih političnega in širšega strokovnega odločanja kljub vstopanju v akademski svet še vedno le taka, kot jo drugi razumejo, razlagajo in želijo-iz raznih razlogov: finančnih, hierarhičnih, zaradi neznanja pa tudi kdaj zaradi lastne strokovne inertnosti; zakon o zdravstveni negi imajo (da ostanem le v neposredni bližini) zdaj že vse sosednje države, le mi ne.

Razvoj strokovnega jezika je poleg zakonskega okvira tisti neobhodni instrument, ki edini stroko zdravstvene nege lahko jasno predstavi skupnosti, zaradi katere obstoja in omogoča adekvatne strokovne komunikacije v lastnem timu in v sodelovanju z drugimi.

RAZVOJ STROKOVNEGA JEZIKA V SLOVENIJI

Od časov, ko je naša stroka bila poimenovana »nega bolnika« in smo bili v nekdanji jugoslovanski zakonodaji kakšno leto »zdravniški pomočniki«, je preteklo petdeset let. Predvsem v sedemdesetih in osemdesetih letih preteklega stoletja smo uspeli ti dve poimenovanji in njun smisel spremeniti, vendar pa nas je v zadnjih letih dinamika družbenih sprememb in hitrih reform v marsičem prehitela; ob pesimističnem pogledu na trenutne trende bi se skoraj morali bati, da je pa vendar mentaliteta nekaterih v odnosu do zdravstvene nege ostala v okvirih petdesetih let preteklega stoletja.

Zakon in regulativni predpisi zadevajo druga, formalno odgovorna telesa, strokovni jezik pa ustvarjajo skupine strokovnjakov-razvijajo ga, klasificirajo, kodirajo in šifrirajo in tako odpirajo poti za njegovo smotrno uporabo v lastnih ustanovah, v širšem slovenskem prostoru in za mednarodne povezave.

Četudi še nimajo formalne podpore, te skupine dejansko razvijajo zdravstveno nego v vseh njenih elementih na svojem ožjem področju, vendar se modeli dobre prakse prenašajo slej ko prej tudi drugam.

Odkar deluje v Sloveniji Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za primarno zdravstveno nego (od leta 1986), smo spoznali, da so bili za razvoj in napredek najpomembnejši kolegi in kolegice, ki so sprejemali nove strokovne izzive kot zainteresirani izobraženci z visoko razvito zavestjo o odgovornosti, tudi na področju razvoja strokovnega jezika in njegove uporabe v praksi.

Ko smo se vključili v Mednarodno študijo SZO »Potrebe ljudi po zdravstveni negi«, smo slovenski zdravstveni negi posredovali Proces zdravstvene nege(1982). V odličnem sodelovanju s takratno Zvezo medicinskih sester Slovenije smo s prevodom prvega učbenika začeli ustvarjati slovenski strokovni jezik zdravstvene nege.

Naslednji velik korak je bila naloga, ki smo jo opravljali za Svetovno zdravstveno organizacijo in za ICN (International Council of Nursing) ter Evropsko Unijo - to je bil desetletni projekt v treh fazah, danes predstavljen pod skupnim imenom TELENURSING. Od prve faze dalje smo vključevali v sodelovanje kolegice in kolege ključnih strokovnih področij, ki so bistveno vplivali na končno oblikovanje strokovne klasifikacije, ki jo danes poznamo kot ICNP - International Classification of NursingPractice (Mednarodna klasifikacija zdravstvene nege). Klasifikacija se nenehno dopolnjuje in prilagaja stalnim spremembam potreb in problemov ljudi, izvirajočih iz sprememb družbenega in fizičnega okolja.

Naslednji, izredno pomemben premik v razvoju strokovnega jezika so NEGOVALNE DIAGNOZE, ki smo jih slovenski zdravstveni negi prvič predstavili v knjižni obliki leta 1993, popolno verzijo Priročnika Marjorie Gordon pa leta 2003.

Vse te aktivnosti so bile uglasene z dogajanjem na področju zdravstvene nege v svetu in zahvaljujoč tesnemu sodelovanju z mednarodnimi organizacijami smo zgodaj dobivali pomembne informacije in znanja...

Sedaj stojimo pa pred bistveno, lastno nalogo - realizacijo uvedbe strokovnega jezika in njegove klasifikacije v slovensko zdravstveno nego in v širše slovensko zdravstvo.

V čem so težave?

Ljudje, ki so se poglobljeno ukvarjali z ICNP, so mnenja, da je le ta edino sprejemljiva, drugim so blizu le Negovalne diagnoze.

Te razprave niso le specifično slovenske, potekajo tudi drugod, predvsem v Evropi, manj dilem je v drugih regijah.



Ker pa so sodelovali v pripravi obeh terminologij in klasifikacij k sreči isti strokovnjaki/nje, je bila ustanovljena in zelo intenzivno deluje posebna mednarodna delovna skupina, ki pripravlja sistem smiselne souporabe obeh sistemov in njune kompatibilnosti (NANDA in ICNP cross-mapping).

Tudi v tem projektu Slovenija ne sme stati ob strani - na to sodelovanje se morajo pripraviti predvsem strokovnjaki ključnih področij zdravstvene nege.

Za nemško govoreči prostor je ta naloga že opravljena in sicer s pomočjo Univerze v Osnabruecku/Nemčija/.

Zato pa moramo:

1. temeljito spoznati področje, o katerem nameravamo soddločati
2. priznati, da ne znamo vsega in da ni edino dobro le tisto, česar smo se prej naučili
3. razumeti, da smo globalna profesija - a le, če znamo globalno komunicirati
4. sprejeti dejstvo, da ne moremo sodelovati le na osnovi simpatij in osebne afinitete - vsi smo odgovorni, z vsemi moramo sodelovati in spoštovati moramo znanja in stališča drugih.

Z delom in prvimi preprostimi vajami lahko začnemo takoj, saj nam Priročnik ICNP Beta ponuja možnost povezovanja z Negovalnimi diagnozami, kar navaja tudi Marjorie Gordon: «Kombinatorični koncept ICNP Beta lahko služi kot okvir za poenotenje, n.pr. v navzkrižni klasifikaciji na računalniku ali pa tudi sicer; presega le čisto beleženje podatkov za posamezne osebe, vključene v proces zdravstvene nege.

Domnevati je možno, da bo ta sistem omogočil profesionalno enovitost, ker bo dopuščal kombinacijo ali pa stapljanje množice obstoječih klasifikacij - predvsem za raziskovalno delo. Uporabniki potrebujejo instrument, ki bo omogočil strukturiranje podatkov v dnevni praksi. Odstranil bo slabost ali nemoč izražanja, zajel vso strokovno dnevno prakso v različnih organizacijskih oblikah in kulturah. V tem je prednost ICNP Beta. Zaradi različnih strategij validacije ICNP so potrebni različni pristopi uporabnikov. Končni rezultat bo skupni strokovni jezik prakse zdravstvene nege.

Smernice za postavitve Negovalne diagnoze z uporabo ICNP:

Negovalna diagnoza je poimenovanje odločitve o fenomenu zdravstvene nege, ki je žarišče njene aktivnosti. Z ICNP je negovalna diagnoza sestavljena iz elementov, ki jih vključujejo osi klasifikacije fenomenov zdravstvene nege.

Negovalna diagnoza:

1. Mora vključevati enega od pojmov iz osi **ŽARIŠČE PRAKSE ZDRAVSTVENE NEGE**
2. Mora vključevati enega od pojmov iz osi **OCENJEVANJE ALI VERJETNOST**
3. Pojmi iz ostalih osi niso obvezni, lahko pa vplivajo na kakovost negovalne diagnoze
4. Za postavitev negovalne diagnoze smemo uporabiti vedno le en pojem iz posamezne osi.

Za lažje razmišljanje o pravih rešitvah za specifična področja zdravstvene nege pa se spomnimo na bistvene lastnosti ND in ICNP pa tudi na nekatera kritična razmišljanja.

Kaj nam ponuja NANDA v primeru z drugimi sistemi?

1. NANDA vsebuje zelo veliko negovalnih diagnoz in zato zelo široko zajema aktivnosti zdravstvene nege
2. ND so definirane, prav tako njihove tipične karakteristike in z njimi povezani dejavniki
3. Postopek verifikacije posameznih diagnoz je na vseh ravneh jasn in precizno določen
4. ND opozarjajo na možen nastanek določenih potreb po novih oblikah zdravstvene nege, kot npr.: prenos zdravstvenih aktivnosti v veliki meri v ektramuralno obravnavo, večje potrebe po zdravstveno vzgojnem delu; opozarja na demografske spremembe: staranje, naraščanje rizičnih skupin in skupin z rizičnim vedenjem; potrebe po znanstvenem delu za uspešnejše reševanje problemov; vključevanje v informacijske sisteme....

Kaj pa zagotavlja ICNP?

1.
 - strukturiranje dokumentacije zdravstvene nege z večjo natančnostjo
 - spodbuja širše aktivnosti zdravstvene nege (promocija zdravja, dobra osnova za finančne obračune)
 - podpira kontinuirano/integrirano zdravstveno nego tudi ob premetitvah
2.
 - je v pomoč pri graditvi standardov zdravstvene nege za merjenje kvalitete
 - je v pomoč vodjem služb zdravstvene nege:
 - omogoča merjenje opravljenih nalog
 - omogoča načrtovanje
 - omogoča primerjave

Oba sistema pa omogočata vzpostavitev neobhodno potrebnih institucionalnih in nacionalnih baz podatkov zdravstvene nege.

Seveda pa moramo do uvajanja novih sistemov; če so še tako idealno zastavljeni, ohraniti tudi kritičen odnos in uporabiti izkušnje drugih predvsem zato, da se izognemo že znanim pomanjkljivostim in da aktivno sodelujemo v mednarodnih aktivnostih za njihovo odpravo.

Negativne izkušnje uporabe tudi drugih klasifikacijskih sistemov so predvsem v dejstvu, da poskušajo tehnične službe in proizvajalci materialov za klasificiranje, žal tudi s podporo financerjev zdravstvene službe, predstavljati predvsem postopke zdravstvene nege brez upoštevanja dejstva, da so postopki res fizično ravnanje, ki ga pa specifično doživlja vsak človek in zato na vsako kvalitetno ravnanje ali postopek vplivajo biografski, kontekstualni, kulturni in svetovno nazorski dejavniki. Aktivnosti zdravstvene nege so torej strokovno zavestno

ravnanje na osnovi znanja in strokovnega razmišljanja, ki vključuje tudi profesionalno filozofijo in usklajenost z delom vseh članov zdravstvenega tima. Postopki zdravstvene nege torej niso le fizično delo, temveč so vedno elementi popolne strokovne aktivnosti.

Pri uvajanju lastnega informacijskega sistema moramo biti zato še posebej pozorni, na kar nas opozarja lahko tudi naslednja kritična ocena: komunikacijske aktivnosti so najpogostejše v interakciji med dvema oseba. Usmerjene so k razumevanju in so najvišja oblika ciljanih medosebnih stikov; Friesacher pa meni, da ICNP zanemara tako razmišljanje in ga podreja fizičnim aktivnostim, da omejuje upoštevanje specifičnih dejavnikov in je prav zato avtonomija zdravstvene nege lahko pravno omejena.

Avtor tudi meni, da so iz istega razloga tudi nekatere ameriške negovalne diagnoze (NANDA) deficitarne in jih morajo države prilagoditi lastni situaciji.

Ko se boste odločili za sistem, sprva morda za svoje ožje strokovno območje, vam morata oba sistema omogočiti naslednje smiselne povezave za vsako negovalno diagnozo.

Analize že obstoječih baz podatkov so nakazale sledeče:

- te baze predstavljajo vso raznolikost ND v povezavi z medicinskimi diagnozami
- jasno omogočajo spoznati vrsto in količino aktivnosti, ki spremljajo negovalne diagnoze
- tudi sicer »nevidne« aktivnosti postanejo vidne
- evidentirati se da količino tipičnih ND za določeno strokovno območje in tako postaviti osnovno strokovno doktrino zanje ter na ta način prihraniti čas za specifične,čisto individualne situacije.

Evropska Unija je spoznala potrebo po bazah podatkov zdravstvene nege in njihovo korist, saj je bilo prav njihovo vzpostavljanje eden od razlogov za financiranje TELENURSING projekta.

Informacijska piramida, ki jo omogoča baza podatkov:

Globalni podatki

Državni podatki

Podatki za lokalno skupnost

Podatki za ustanove

Podatki za posameznika

AKTIVNOSTI SPECIALISTIČNIH SLUŽB ZDRAVSTVENE NEGE

so torej izredno pomembne za možno uvedbo enotnega strokovnega jezika, informacijskega sistema in seveda so edine, ki to lahko storijo za lastno strokovno področje.

Ob teh aktivnostih so nam pa potrebne in koristne primerjave z drugimi, že obstoječimi modeli in sicer iz dveh razlogov:

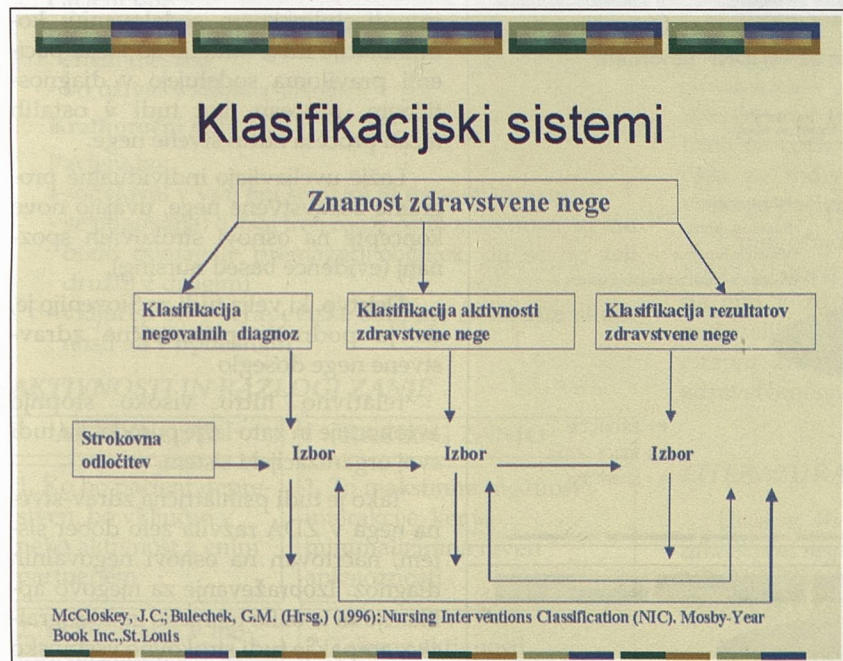
- vedeti moramo, kje v razvoju se dejansko nahajamo na kvalitetni lestvici v Evropi; to potrebujemo za objektivno samokritično oceno pa tudi za samospoštovanje, saj kar prepogosto podcenjujemo lastne strokovne dosežke

- nesmiselno je graditi prototipe modelov, če dobri že obstajajo - moramo jih le prilagoditi profesionalni kulturi in okolju, v katerem delujemo.

Švicarske kolegice in kolegi ravnaajo tako in zato so še posebej na področju psihiatrične zdravstvene nege - uporabili modele z uporabo ND in ICNP ter jih sedaj preizkušajo in prilagajajo svojim potrebam.

»Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung« St -Pirminsborg v Švici sistematično šola vse diplomirane medicinske sestre v okviru projekta: Kvaliteta nomenklatur zdravstvene nege in diagnostični procesi v zdravstveni negi.

Osnovna struktura je ICNP, negovalne diagnoze so vgrajene v sistem, saj posredujejo konceptualna znanja, ki jih ICNP ne predstavlja.

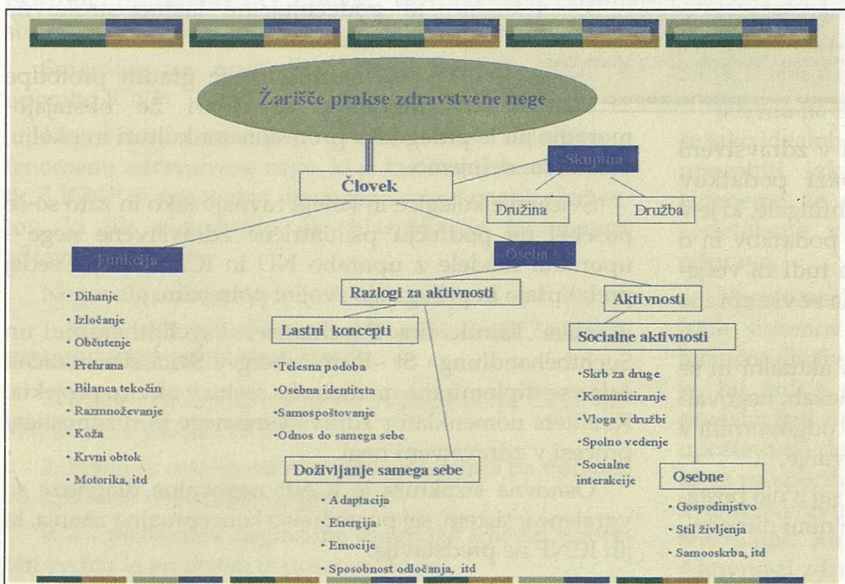
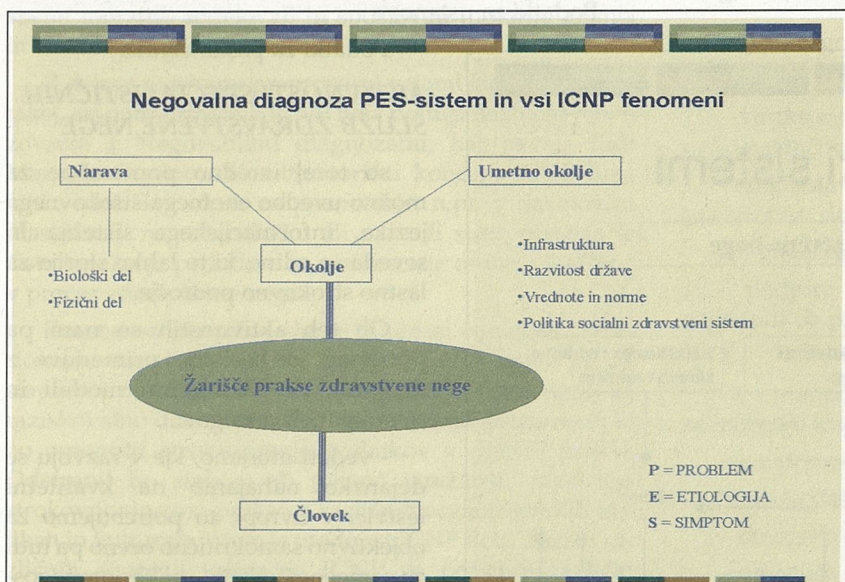
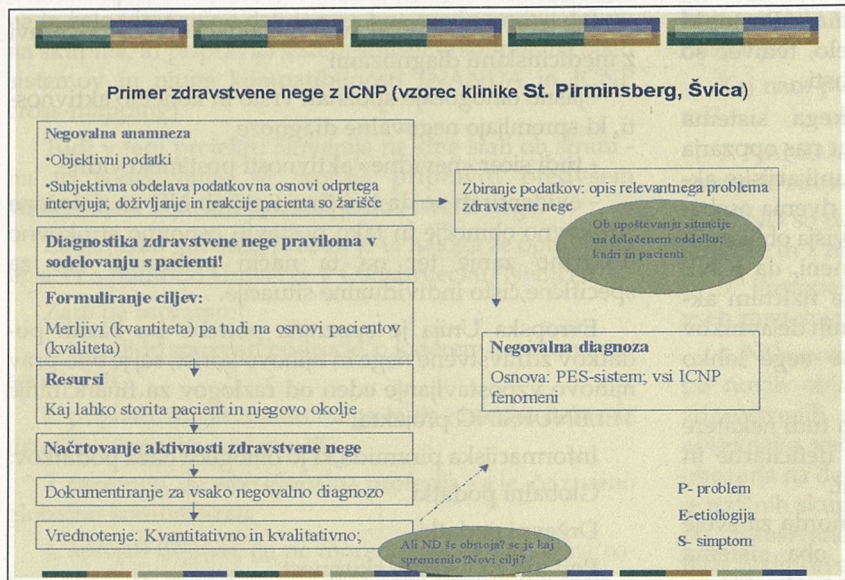


Kakor je res za večino bistvenih načel v zdravstveni negi, je tudi razprava o potrebni bazi podatkov zdravstvene nege sprožila že Florence Nightingale, ki je v letih 1860-1863 pisala o nujnosti zbiranja podatkov in o njihovi registraciji za vsakega pacienta pa tudi za večje-tipične skupine pacientov; terjala je tudi, da se vse zbrane podatke analizira.

Obe priporočili sta seveda tudi danes aktualni in se pravzaprav odražata v negovalnih anamnezah, negovalnih diagnozah in agregati teh podatkov so odgovornim v zdravstvenih ustanovah osnova za načrtovanje.

Baza podatkov je izredno pomembna, saj z njo postaja zdravstvena nega vidna z vsemi specifičnimi dimenzijami.

Sheme :



Projekt so začeli uvajati leta 1999. Osnova so jim prej prikazane sheme. ICNP pojme so uredili po abecedi po posameznih kategorijah.

Osnova njihove filozofije je, da je relevanten v odnosu do ND le človek in ne okolje.

Upoštevajo vse osi ICNP.

V bolnišnici imajo 10 oddelkov in vsi uporabljajo ICNP in ND. Nove sodelavce redno izobražujejo, vsi so pa vključeni v stalno kontinuirano izobraževanje, svoje delo evalvirajo, spremljajo delo posameznikov itd.

Proces zdravstvene nege, je osnoven okvir, v katerega vključujejo vse, pacientom bližnje osebe.

Z analizo dela koncem leta 2001 so ugotovili, da postaja diagnostika zdravstvene nege vedno bolj diferencirana in zanesljiva. Moč izražanja na osnovi ND je zelo dobra in zelo koristna v interdisciplinarnem sodelovanju; komunikacije med oddelki so lažje, pacienti praviloma sodelujejo v diagnostičnem, procesu, kot tudi v ostalih fazah procesa zdravstvene nege.

Lažje uveljavljajo individualne programe zdravstvene nege, uvajajo nove koncepte na osnovi strokovnih spoznanj (evidence based nursing).

Dejstvo, ki velja tudi za Slovenijo je, da je področje psihiatrične zdravstvene nege dosego

relativno hitro visoko stopnjo avtonomije in zato lažje posodablja tudi svoj organizacijski sistem.

Tako je tudi psihiatrična zdravstvena nega v ZDA razvila zelo dober sistem, načrtovan na osnovi negovalnih diagnoz. Izobraževanje za njegovo aplikacijo ni le ozko tehnično in faktografsko, ampak je tudi strokovno vsebinsko izredno bogato.

Metodično in didaktično je Priročnik E.M. Varcarolis »Manual of Psychiatric Nursing Care Plans«, predvsem njegova izpolnjena izdaja iz leta 2004, za slovenske možnosti verjetno zanimiv in kvaliteten.

V negovalni anamnezi analizirajo pet področij:

- somatske motnje, oziroma vsa stanja, ki odstopajo od normalne
- osebnostne motnje (mentalne)
- splošno zdravstveno stanje
- psihosocialni problemi in problemi, izvirajoči iz okolja

- splošna ocena funkcijskih sposobnosti

Podrobno zabeležijo vse spremembe v motoriki in v mentalnih procesih in večino fenomenov rangirajo.

Primer obravnave

n.pr. : NEPRIMERNE SOCIALNE INTERAKCIJE
(skromna ali pretirana količina socialnih stikov)

Vzroki

- negativna samopodoba
- odsotnost osebi pomembnih bližnjih
- spremenjeni miselni procesi
- strah pred odklanjanjem
- občutek brezvrednosti
- anergija (pomanjkanje energije in motivacije)

Diagnostični kazalci

- družinski člani poročajo o spremembah v interakciji
- besedno izraženo ali opaženo nelagodje v določenih socialnih situacijah
- neučinkovite interakcije v družini in z drugimi
- izoliranost, pomanjkanje očesnih stikov

Končni cilji

Pacient bo:

- izboljšal odnose do družinskih članov in prijateljev v enem mesecu
- bo užival v stikih z drugimi

Kratkoročni cilji

Pacient bo:

- sodeloval v vsaj eni socialni aktivnosti dnevno
- se pogovarjal o vsaj treh možnostih aktivnosti, ki mu bodo pomagale premagati občutek, da se ne želi družiti z drugimi
- vključen bo v terapevtske skupine (v lokalni skupnosti ali v bolnišnici)

AKTIVNOSTI IN RAZLOGI ZANJE

AKTIVNOSTI	RAZLOG ZANJO
1. Ko bo pacient depresiven, bo vključen v neko aktivnost z enim partnerjem	1. To maksimira možnost interakcije, ker je minimalizirana raven anksioznosti
2. Vključevanje v motorične aktivnosti, ki terjajo le nizko koncentracijo (n.pr. hoja)	2. Telesne aktivnosti zmanjšujejo tenzije in izboljšujejo razpoloženje
3. Dodatne aktivnosti, ki ne terjajo močne koncentracije (preproste igre s kartami, risanje...)	3. Depresivni ljudje imajo motnje v spominjanju in v koncentraciji. Boljše so aktivnosti brez tekmovalnosti, da se izognemo možnemu rangiranju.
4. Postopno večanje stikov z drugimi v skupinskih dejavnostih (plesna terapija, umetnostna terapija, skupinske razprave)	4. Stiki z drugimi preprečujejo razglabljanje o samem sebi.

V pomoč za hitro orientacijo uporabljajo tudi lestvice za rangiranje določenega z oznako »NI PRISOTNO«, »ZELO MILO«, »MILO«, »SKROMNO«, »MOČNO«, in »ZELO MOČNO«.

Najpogostejša stanja so n.pr.:

- skrbi v zvezi z zdravjem (hipohondrija)
- anksioznost
- čustvena izolacija
- moteni miselni procesi
- občutek krivde (sram, obžalovanje)
- tenzije
- motnje v motoričnem vedenju
- grandioznost (precenjevanje samega sebe)
- depresivnost
- sumnjičavost
- halucinacije

Jasno so definirane naloge ob aplikaciji kakršnegakoli zdravlila in obsegajo: razloge za aplikacijo, doze in načine aplikacije ob določenih primerih, kontraindikacije, stanja, ki terjajo posebno pozornost, stranske učinke, opazovanje pacienta, informacije pacientu in družini.

Podrobne organizacijske sheme in jasno predstavljene posamezne naloge poenostavljajo organizacijo zdravstvene nege, saj omogočajo uporabo enotne doktrine za velik del aktivnosti in zato puščajo mnogo več časa za individualno obravnavo, ki je specifična za vsakega pacienta in za katero pogosto zmanjka časa.

Omogočajo pa tudi odgovoriti na KDO? ČEMU? KAJ? KAKO? – torej na vprašanja, ki zvenijo zelo preprosto, a na njih v zdravstveni negi še prepogosto ne moremo zadovoljivo odgovoriti, ko se odloča o statusu in o financiranju zdravstvene nege, čeprav je elementarni del zdravstvenega sistema

LITERATURA:

Uvod v študij negovalnih diagnoz, Zbirka Pogovori o zdravstveni negi, Maribor, Kolaborativni center SZO, 1993 IC-NP Beta, Zbornica zdravstvene nege Slovenije/Kolaborativni center SZO, Maribor, 2000

Marjory Gordon, Negovalne diagnoze-priročnik, Kolaborativni center SZO/založnik vb Rogina d.o.o, Maribor, 2003

Fehr Guntram, Pflegediagnostik im PES mit ICNP Beta, priročnik Klinike St.Pirminsborg, 2001

Rosenhan David L., A discourse Analysis of Nursing Diagnosis, published in proceedings of the conference »Nursing Scholarship and Practice«, Reykjavik, 1998

Steppe Hilde, Philosophie und Wissenschaft, 61-78, Muenchen 1995, Der Wandel der Wissensordnung und die neue Aufgabe der Philosophie im Informationszeitalter.

Heiner Friesacher: Pflegediagnosen und ICNP, Mabuse 112 (Marec/April 1998) E.M. Varcarolis, Manual of Psychiatric Nursing Care plans, Saunders, 2004

Negovalne diagnoze in njihova uporaba v praksi

Katarina Lokar

1. UVOD

Leta 1973 je Ameriška zveza medicinskih sester (American Nurses Association) zapovedala uporabo negovalnih diagnoz. Istega leta so se zbrale medicinske sestre iz prakse, učiteljice, raziskovalke in teoretičarke z vseh področij zdravstvene nege in ponudile oznake za stanja, ki so jih opazile v praksi. S tem začetkom je bila ustanovljena NANDA (Severnoameriška zveza za negovalne diagnoze), ki je uradno telo za promocijo, revizijo in potrditve negovalnih diagnoz, ki jih medicinske sestre uporabljajo v praksi. Trenutno seznam obsega 150 negovalnih diagnoz (1).

Ker se je seznam negovalnih diagnoz večal, je NANDA razvila klasifikacijski sistem oz. taksonomijo za organiziranje diagnostičnih oznak (1).

Naraščajoča potreba po računalniški dokumentaciji bolnika zahteva standardiziran jezik za opisovanje pacientovih problemov. Negovalne diagnoze izpolnjujejo to potrebo in pomagajo definirati področje zdravstvene nege z opisovanjem stanj, ki jih lahko medicinska sestra neodvisno zdravi. Negovalne diagnoze tudi osvetljujejo kritično razmišljanje in sprejemanje odločitev in zagotavljajo dosledno in splošno razumljivo terminologijo med medicinskimi sestrami, ki delajo na različnih področjih kot so bolnišnice, ambulate, patronažna služba, itd. (1). V primeru, da negovalnih diagnoz ne bi imeli, bi bila profesionalna praksa vezana le na opisovanje postopkov standardiziranih rezultatov, kar bi onemogočilo spoštovanje osebnosti bolnikov in njihovih osebnih odzivov (2).

2. KAJ SO NEGOVALNE DIAGNOZE?

Negovalne diagnoze so klinične presoje medicinske sestre o odgovoru posameznika, družine ali lokalne skupnosti na aktualne ali potencialne zdravstvene probleme oz. življenjske procese. Negovalne diagnoze so osnova za izbiro aktivnosti zdravstvene nege in za doseganje izidov zdravstvene nege, ki so v pristojnosti medicinske sestre (NANDA, 1990 cit. po 3).

- Negovalna diagnoza ima dva povezana pomena (4).
- Negovalna diagnoza je aktivnost: proces analiziranja zbranih podatkov, ki nas privede do negovalne diagnoze!
- Negovalna diagnoza je oznaka, ki opisuje pacientove

odgovore na aktualne ali potencialne zdravstvene probleme.

2.2. RAZLIKA MED NEGOVALNO IN MEDICINSKO DIAGNOZO

Negovalna diagnoza je povezana z neodvisnim delovanjem medicinske sestre na področju zdravstvenega varstva, ki je edinstven za zdravstveno nego. V povezavi z medicinsko diagnozo so medicinske sestre obvezane k izpolnjevanju naročil zdravnika (5).

Tako negovalna kot medicinska diagnoza sta postavljeni na osnovi podatkov. Negovalna diagnoza sloni na holističnih podatkih, medtem ko medicinska diagnoza sloni na podatkih, ki so značilni za nek organ ali bolezen (6). Medicinska diagnoza opisuje bolezen ali patologijo, negovalna diagnoza pa opisuje pacientov odgovor na zdravstveni problem (4).

3. KAKO POSTAVITI PRAVILNO NEGOVALNO DIAGNOZO

Da bo medicinska sestra postavila pravilno negovalno diagnozo, mora biti sposobna narediti sledeče (3):

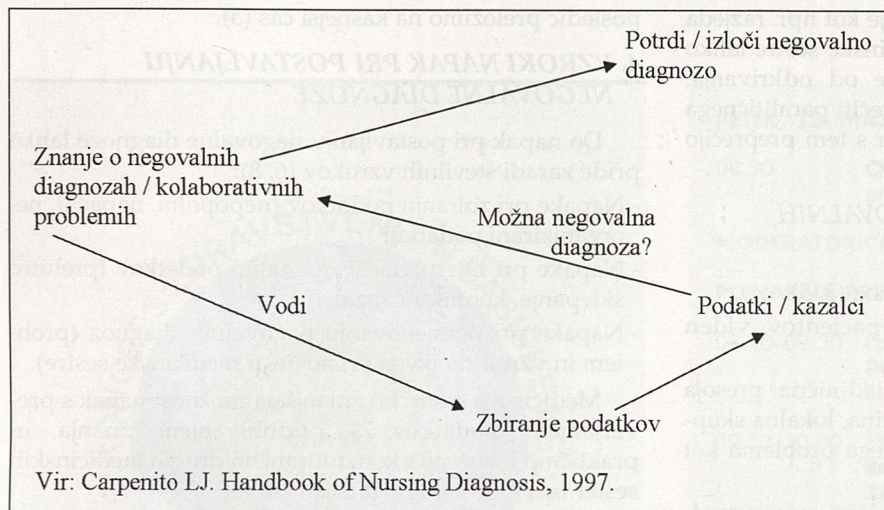
- zbrati primerne in preverljivih podatke;
- analizirati in grupirati podatke;
- ločiti negovalne diagnoze od kolaborativnih problemov;
- pravilno oblikovati negovalne diagnoze;
- izbrati prednostne negovalne diagnoze.

3.1. ZBIRANJE PRIMERNIH IN VELJAVNIH PODATKOV

Znanje medicinske sestre o znakih in simptomih aktualnih negovalnih diagnoz, dejavnikov tveganja potencialnih negovalnih diagnoz ali možnih fizioloških zapletov vodi zbiranje podatkov. To znanje medicinska sestra uporablja tudi za preverjanje izbrane negovalne diagnoze (3).



Opomba uredništva: Prispevek objavljamo ponovno, ker je pri lektoriranju prispevka prišlo do spreminjanja strokovne terminologije, s katero se avtorica prispevka ne strinja.



Pogosto medicinska sestra pri prvem stiku s posameznikom zbira podatke tako, da zastavlja vprašanja bolj na široko, ker jo zanima, kako oseba funkcionira na različnih področjih (3). Vprašanja so lahko sledeča:

- Imate kakšne težave s spanjem?
- Imate kakšne težave pri prehranjevanju?
- Kako pogosto odvajate blato?
- Je v vašem življenju situacija s katero se težko soočate?

Če pa posameznik toži glede določenega problema ali skrbi, bo medicinska sestra omejila zbiranje podatkov na problem (3). Vprašanja medicinske sestre so lahko sledeča:

Povejte mi o svoji bolečini (Kdaj se je začela?, Kje vas boli?, Kako močna je bolečina?, Koliko časa traja?, Kaj ublaži bolečino?, Kaj jo poveča?)

Katere druge simptome še imate?

Kako ta bolečina vpliva na vaše spanje, prehranjevanje, delo, prosti čas?

Da pa bo medicinska sestra prepoznala pomembnost zbranih podatkov, mora imeti znanje o tem (3):

- Kaj je v mejah normalnega?
- Kaj ni v mejah normalnega?
- Kaj so dejavniki tveganja?

Primer: Če želi medicinska sestra ugotoviti ali ima posameznik prehranski problem, mora poznati prehransko piramido, normalno telesno težo za določeno višino in pravičen način priprave hrane. Poleg tega mora tudi vedeti, da določeni dejavniki kot so npr. slabost, bruhanje, slabo zobovje, pomanjkanje denarja vplivajo na nakup, pripravo in uživanje hrane.

Ko medicinska sestra zbere podatke, jih mora tudi ovrednotiti. To naredi z (3):

- razlikovanjem kazalcev od zaključkov;
- zagotavljanjem veljavnosti podatkov;
- ugotavljanjem količine potrebnih podatkov.

Kazalci so dejstva, ki jih medicinska sestra zbere s pomočjo intervjujev, opazovanja, fizičnega pregleda in pregleda bolnikove dokumentacije. Zaključki so presoje medicinske sestre o kazalcih. Primer: Medicinska sestra na podlagi vlažne kože, blede kože, pospešenega srčnega

utripa (kazalci) presodi, da gre pri pacientu za zmanjšan volumen krvi (zaključek).

Veljavnost podatkov je meja do katere lahko verjamemo, da so podatki resnični. Nekateri podatki kot npr. krvni tlak so zanesljivi, ker predstavljajo dogovorjen standard. Za situacije, kjer ni jasnih kriterijev kot npr. pri psihosocialnih odgovorih, medicinska sestra lahko poveča veljavnost podatkov ali negovalne diagnoze z dodajanjem dokazov, ki podpirajo njen zaključek. Presoja medicinske sestre je veljavna le toliko, kolikor so veljavni uporabljeni podatki.

Veljavnost ali točnost podatkov lahko medicinska sestra poveča s preverjanjem informacij npr. ponovno preveri zbrane podatke, prosi drugo medicinsko sestro, da jih preveri, primerja subjektivne in objektivne podatke, prosi pacienta, da preveri podatke.

3.2 ANALIZA IN GRUPIRANJE PODATKOV

Analiza podatkov je možna le, če medicinska sestra ve, katera skupina kazalcev opisuje določeno negovalno diagnozo. Nekatero negovalno diagnozo medicinska sestra potrdi zlahka npr. obstipacijo, medtem ko kompleksnejše psihosocialne negovalne diagnoze npr. moteno doživljanje telesne podobe, ponavadi zahtevajo več interakcij med medicinsko sestro in pacientom preden se jih lahko potrdi (3).

Eden najtežjih vidikov postavljanja pravilne negovalne diagnoze je ugotavljanje ali je prisotnih dovolj kazalcev za postavitve negovalne diagnoze. Če medicinska sestra v to ni prepričana, označi negovalno diagnozo kot možno in zbere več podatkov (3).

Nekatero negovalno diagnozo si delijo iste diagnostične kazalce. V takem primeru si medicinska sestra pri postavljanju negovalne diagnoze pomaga z definicijo negovalnih diagnoz ali pa razmisli o aktivnostih zdravstvene nege, ki bi rešile negovalni problem. Včasih ta tehnika pomaga razjasniti negovalno diagnozo (3).

3.3. LOČEVANJE NEGOVALNIH DIAGNOZ OD KOLABORATIVNIH PROBLEMOM

Kolaborativni problemi se razlikujejo od negovalnih diagnoz. Medicinska sestra se odloča samostojno tako pri kolaborativnih problemih kot pri negovalnih diagnozah. Razlika pri odločanju je v tem, da za negovalne diagnoze medicinska sestra predpiše zdravljenje za določen negovalni problem in je odgovorna za doseganje cilja. Pri kolaborativnih problemih pa medicinska sestra sodeluje z drugimi strokovnjaki npr. z zdravnikom. Medicinska sestra opazuje pacientovo stanje in je pozorna na pojav fizioloških zapletov. V primeru, da se le-ti pojavijo, jih rešuje z aktivnostmi, ki jih je predpisal zdravnik in z aktivnostmi, ki jih je predpisala sama. Fiziološke komplikacije, ki jih medicinska sestra opazuje so ponavadi povezane z boleznijo, poškodbo, zdravljenjem in diagnostičnimi



posegi. Nekatere fiziološke komplikacije kot npr. razjeda zaradi pritiska so takšne, da jih medicinske sestre lahko preprečijo. Preprečevanje se razlikuje od odkrivanja. Medicinske sestre npr. ne morejo preprečiti paralitičnega ileusa, ga pa lahko zgodaj odkrijejo ter s tem preprečijo poslabšanje bolezni ali celo smrt (3).

3.4 PRAVILNO OBLIKOVANJE NEGOVALNIH DIAGNOZ

Poznamo več vrst negovalnih diagnoz (3, 5):

- Aktualna negovalna diagnoza je pacientov viden zdravstveni problem.
- Potencialna negovalna diagnoza je klinična presoja medicinske sestre, da je pacient (družina, lokalna skupnost) bolj ogrožen za razvoj določenega problema kot drugi v enaki ali podobni situaciji.
- »Wellness« negovalna diagnoza je klinična presoja medicinske sestre o zdravem odgovoru posameznika, družine ali lokalne skupnosti, ki želi doseči višjo raven pozitivnega zdravja.
- Sindromska negovalna diagnoza je skupina aktualnih ali potencialnih negovalnih diagnoz, ki se skoraj vedno pojavljajo skupaj zaradi določene situacije ali dogodka.

Možna negovalna diagnoza ni vrsta negovalne diagnoze. Je le možnost, da medicinska sestra izrazi svoje mnenje, da obstajajo podatki, ki nakazujejo neko negovalno diagnozo, a so nezadostni za potrditev negovalne diagnoze. Z novimi podatki medicinska sestra negovalno diagnozo potrdi ali pa jo izključi (3, 5).

Od vrste negovalne diagnoze je odvisno tudi oblikovanje negovalne diagnoze. Aktualna negovalna diagnoza je sestavljena iz treh delov (3, 7):

- oznake negovalnega problema (opisuje zdravstveno stanje pacienta);
- vzroka negovalnega problema (identificira fiziološke, psihološke, sociološke spiritualne dejavnike, ki so vzrok problema oziroma prispevajo k problemu);
- znakov in simptomov negovalnega problema (subjektivni in objektivni podatki, ki kažejo na obstoj problema).

Potencialna negovalna diagnoza je sestavljena iz dveh delov:

- oznake potencialnega negovalnega problema;
- dejavniki tveganja.

Sindromske in »wellness« negovalne diagnoze so sestavljene iz enega dela.

3.5. IZBIRA PREDNOSTNIH NEGOVALNIH DIAGNOZ

Medicinske sestre ne morejo zdraviti vseh negovalnih diagnoz in kolaborativnih problemov, ki jih ima posameznik, družina ali lokalna skupnost. Taki poskusi bi privedli do frustracij medicinske sestre in pacienta. Ločevanjem prioriteten negovalnih diagnoz od pomembnih je zato pametna rešitev. Prioritetne negovalne diagnoze so tiste, ki bodo poslabšale zdravstveno stanje ali bodo negativno vplivale na funkcionalno stanje pacienta, če se ne bodo reševale nemudoma. Pomembne negovalne diagnoze pa so tiste, katerih reševanje lahko brez večjih

posledic preložimo na kasnejši čas (3).

4. VZROKI NAPAK PRI POSTAVLJANJU NEGOVALNE DIAGNOZE

Do napak pri postavljanju negovalne diagnoze lahko pride zaradi številnih vzrokov (6, 8):

- Napake pri zbiranju podatkov (nepopolni, napačni, neorganizirani podatki);
- Napake pri interpretaciji in analizi podatkov (prehitro sklepanje, konfliktni kazalci);
- Napake pri poimenovanju negovalnih diagnoz (problem in vzrok sta izven pristojnosti medicinske sestre).

Medicinska sestra bo zmanjšala možnost napak s preverjanjem podatkov, s pridobivanjem znanja in praktičnih izkušenj, s konzultiranjem drugih medicinskih sester in s kritičnim razmišljanjem (5).

5. ZAKLJUČEK

Negovalne diagnoze so integralni del zdravstvene nege že več kot 30 let. O njih je bilo napisanih nešteto člankov in knjig. Kljub temu pa so medicinske sestre ob omembi negovalnih diagnoz velikokrat zmedene in odklonilne. To je zelo opazno tudi pri slovenskih medicinskih sestrah. Marsikatero medicinsko sestro bega izraz negovalna diagnoza. Tako iščejo nadomestne besede kot so negovalni problem, problem, zdravstveni problem, pacientove potrebe, negovalne potrebe, ... Vse to pa vnaša še dodatno zmedo v prakso. Zato upam, da bo ta prispevek pripomogel k razumevanju negovalnih diagnoz in k njihovi uporabi pri našem vsakdanjem delu, saj so prednosti negovalnih diagnoz številne: pospešujejo komunikacijo med medicinskimi sestrami, pomagajo reševati prioritete pacientove potrebe, dvigujejo kakovost zdravstvene nege in pacienta obravnavajo individualno (6).

LITERATURA

- Wilkinson, J.M. (2000) Nursing diagnosis handbook with NIC interventions and NOC outcomes (7th edition), New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Gordon, M. (2003) Negovalne diagnoze – priročnik (10. izdaja), Radizel: Rogina.
- Carpenito, L.J. (1997) Handbook of nursing diagnosis (7th edition), Philadelphia, New York: Lippincott.
- Nursing process. Dosegljivo na: <http://academic.cuesta.edu/atorrey/nsgdiag.pdf> (17/03/2004).
- Diagnosing. Dosegljivo na: <http://www.usouthal.edu/use/nursing/baldwincosp03/300Diagnosingbc.pdf> (17/03/2004).
- Morgan, C. Nursing process: nursing diagnosis. Dosegljivo na: http://de.scc.cc.fl.us/nursing/lecture/Nursing_Diagnosis.pdf (17/03/2004).
- Fundamentals of nursing (2000), 4th edition, Lippincott Williams & Wilkins. Dosegljivo na: <http://connection.lww.com/products/taylor/documents/pptch16.ppt> (17/03/2004).
- Critical thinking in the nursing process. Dosegljivo na: http://dl.scc.cc.fl.us/nursing/lecture/critical_thinking_and_th_nursing_process.pdf (17/03/2004).



Hotel Mons – hotel in kongresni center Ljubljana
Pot za Brdom 55, 1000 Ljubljana

5. KONGRES ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

“SKRB ZA ČLOVEKA”

PROGRAM KONGRESA

Namen kongresa: Celotno delovanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov se usmerja k človeku, ki postaja osrednji in najpomembnejši subjekt v njihovi obravnavi. Bolniki so zdaj vse glasnejši in zahtevajo spoštovanje svojih pravic ter kakovostno in strokovno obravnavo. Ker se izvajalci zdravstvene in babiške nege teh zahtev zavedajo, se usmerjajo k razvoju stroke, ki naj bi temeljila na načelih sodobne zdravstvene in babiške nege. Jasno pa je, da sta zdravstvena in babiška nega le del celotnega družbenega in zdravstvenega sistema, ki skrbita za človeka.

ČETRTEK 12. maj 2005

17.00–17.15 **OTVORITEV KONGRESA**

17.15–18.00 **VABLJENO PREDAVANJE**

18.15–19.00 Proslava ob Mednarodnem dnevu medicinskih sester – 12. maju,
podelitev Zlatih znakov Zbornice – Zveze za leto 2005

20.00–21.00 Sprejem za udeležence kongresa

PETEK, 13. MAJ 2005

08.30 **Otvoritev razstave posterjev –**
predverje kongresnih dvoran

MODERATORICA: MAG. BOJANA FILEJ

PLENARNA PREDAVANJA

09.10–09.30 Paul De Raeve
**POSITIONS OF NURSING IN
EUROPEAN UNION TODAY**

09.30–10.00 Elisabeth Lindahl
**RAZISKOVANJE KOT PODPORA SKRBI
ZA ČLOVEKA**

10.00–10.20 Razprava

MODERATOR: PETER POŽUN

10.20–10.40 dr. Marjan Premik
**OD ZDRAVSTVENE POLITIKE DO
POLITIKE ZDRAVJA**

10.40–11.00 prof. dr. Alojz Ihan
ČLOVEŠKI DEJAVNIK ZDRAVJA

11.00–11.20 Sonja Robnik
**ALI JE SLOVENIJA DRŽAVA ENAKIH
MOŽNOSTI ?**

11.20–11.40 Darinka Klemenc
**SKRB ZA ČLOVEKA V ZDRAVSTVENI
NEGI**

11.40–11.50 Razprava

ODMOR

DVORANA I

MODERATORICA: MAG. ANDREJA KVAS

12.10–12.30 Nika Škrabl
CELOSTNI PRISTOP DO BOLNIKA

12.30–12.50 mag. Irma Urh
**SKRB ZA POKLICNI RAZVOJ
ZAPOSLENIH NA PODROČJU
ZDRAVSTVENE NEGE**

12.50–13.10 mag. Brigita Skela Savič, Petra Kersnič
**ORGANIZIRANOST SLUŽBE ZA
ZDRAVSTVENO NEGO KOT VPLIVNI
DEJAVNIK RAZVOJA STROKE**

13.10–13.30 Zdenka Kramar, Helena Lindič, prim.mag.
Miran Rems, dr. med.
**UVAJANJE CASE MANAGERJA –
KOORDINATORJA ZDRAVSTVENE
DEJAVNOSTI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI
JESENICE**

13.30–13.50 Mateja Bahun, Darja Noč
**ODDELEK ZA ZDRAVSTVENO NEGO
SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESNICE –
NOVA RAZSEŽNOST ZDRAVSTVENE
NEGE**

13.50–14.00 Razprava

KOSILO**MODERATORICA: NADA BUTINAR**

15.00–15.20 Anita Prelec, Gordana Njenjić, dr. Ivan Verdenik

KAKOVOST V BABIŠKI NEGI15.20–15.40 Brigita Kraševac
ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA POPKA PRI NOVORJENČKU15.40–16.00 Brigita Kraševac
NAJ BO SPODBUJANJE DOJENJA PRISOTNO V VSEH ZDRAVSTVENIH USTANOVAH16.00–16.20 Ivica Stramec, Rosemarie Franc
INDIVIDUALNI PRISTOP K PORODNICI – IZZIV ZA BABIŠKO NEGO16.20–16.40 Anže Čeh
POROD PRI ODVISNICA H OD NEDOVOLJENIH DROG

16.40–17.00 ODMOR

17.00–17.20 Anita Prelec
CARSKI REZ – PRAVICA ŽENSKE DO IZBIRE – VLOGA BABICE17.20–17.40 Nataša Vidnar
VPLIV MEDICINSKE SESTRE NA ADAPTACIJO OTROK V POČITNIŠKI IN SOCIALNI TERAPEVTSKI KOLONIJI17.40–18.00 Karla Bogožalec, Barbara Mikolič, Jožica Trstenjak
SKRBIMO ZA OTROKE18.00–18.30 Irena Špela Cvetežar, Monika Ažman, Flory Banovac, Magda Brložnik, Darinka Klemenc, Stanka Košir, Nataša Majcan, Veronika Kunstek Pretnar
SKRBIMO ZA MANJ NASILJA V ZDRAVSTVENI NEGI

18.30–18.40 Razprava

DVORANA II**MODERATORICA: VERONIKA KUNSTEK PRETNAR**15.00–15.20 mag. Ana Polona Skočir
ALI SO BABICE IN MEDICINSKE SESTRE PRIPRAVLJENE PREVZETI AKTIVNEJŠO VLOGO V SKRBI ZA POPORODNO MENTALNO ZDRAVJE?15.20–15.40 Marija Cehner, Petra Urek, Rosemarie Franc
SOCUTNO SPREMLJANJE STARŠEV OB SMRTI OTROKA V ČASU NOSEČNOSTI IN PO ROJSTVU15.40–16.00 Natalija Topolovec, Marjana Repič Harl
VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI ZGODNJEM ODKRIVANJU MOTENJ HRANJENJA S POMOČJO SPP – 316.00–16.20 Magda Brložnik
SKRB ZA VAROVANCA / BOLNIKA V DOMAČEM OKOLJU – PATRONAŽNA MEDICINSKA SESTRA KOT KOORDINATOR TIMSKE OBRAVNAVE16.20–16.40 Barbara Luštek, Bernarda Hrovat
VARNOST BOLNIKA V PERIOPERATIVNEM ODOBJU

16.40–17.00 ODMOR

17.00–17.20 Klavdija Peternelj, Rosanda Vujica
UPORABA POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV: KVALITATIVNA KLINIČNA ŠTUDIJA17.20–17.40 Bojana Zemljič, Ivan Tandler
VARNOST HOSPITALIZIRANIH BOLNIKOV IN IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE NA ODDELKU ZA INTERNO MEDICINIO (OIM)17.40–18.00 Zdenka Kramar, Tadeja Arh, Jerca Poklukar
DOBRA KLINIČNA PRAKSA PRI PREPREČEVANJU PRENOSA MRSA18.00–18.20 Stanko Grabljevec, Benica Žnidaršič, Majda Al Nawas, prim. Marjeta Škerl, dr. med., Mojca Dolinšek, Jana Kolman, dr. med., prim. Tatjana Bufon, dr. med.
MULTIDISCIPLINARNI PRISTOP PRI REŠEVANJU PROBLEMATIKE BOLNIŠNIČNIH OKUŽB V KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA

18.20 – 18.30 Razprava

DVORANA III**MODERATORICA: MAG. DANICA ŽELEZNİK**15.00–15.20 mag. Milica Lahe, Boris Miha Kaučič
VLOGA UČEČEGA SE DRUŠTVA PRI UVAJANJU VSEŽIVLJENJSKEGA IZOBRAŽEVANJA IN SPIRALE ZNANJA KOT NOVE PARADIGME PRENOSA ZNANJA V ZDRAVSTVENI NEGI15.20–15.40 Darja Thaler
SUPERVIZIJA – PROFESIONALNA PSIHOTERAPIJA; ANALIZA IN EVALVACIJA PREDMETA SUPERVIZIJA NA VISOKI ŠOLI ZA ZDRAVSTVO V LJUBLJANI15.40–16.00 Vida Gonc, Vladislav Rajkovič, Olga Šušteršič
ADAPTIVNO UČENJE NA DALJAVO

16.00–16.20 Blanka Dugar
**UPORABA KONCEPTUALNIH MODELOV
IN TEORIJ ZDRAVSTVENE NEGE ZA
OCENJEVANJE POTREB PO
ZDRAVSTVENI NEGI DRUŽINE**

16.20–16.40 Irena Trobec
SKRB – BISTVO ZDRAVSTVENE NEGE

16.40–17.00 ODMOR

17.00–17.20 Emilija Kavaš, Sandra Balažic, Liljana Voroš
**SKUPINE ZA SAMOPOMOČ, SKRB ZA
STAREJŠE**

17.20–17.40 Ivanka Pupis Škapin
**MEDICINSKA SESTRA IN SODELOVANJE
V DRUŠTVU PSORIATIKOV SLOVENIJE**

17.40–18.00 Tamara Lubi
SKRB ZA PACIENTA Z EPILEPSIJO

18.00 – 18.10 Razprava

20.00 Kulturni program

SOBOTA, 14. MAJ 2005

DVORANA I

MODERATORICA: PETRA KERSNIČ

09.00–09.20 Jana Spanžel
**PROSTOVOLJNO DELO V
BOLNIŠNICAH**

09.20–09.40 Primož Jamšek
**PROSTOVOLJSTVO V SLOVENSKIH
BOLNIŠNICAH**

09.40–10.00 Maja Valjavec, Lidija Ahec
PROSTOVOLJNO DELO V BOLNIŠNICI

10.00–10.20 mag. Klelija Štrancar
**UVAJANJE PROSTOVOLJNEGA DELA V
KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA**

10.20–10.40 Ana Delimar
**PROSTOVOLJCI – NEPOGREŠLJIVI V
BOLNIŠNICI**

10.40–11.00 ODMOR

11.00–11.20 Boris Miha Kaučič, Mojca Bačun, Zvezdana
Vražič, Nataša Vidnar, Andreja Krajnc
**ČAS JE ZA SPREMEMBO. ODLOČIL SEM
SE ZA ZDRAVO ŽIVLJENJE. KAJ PA TI?**

11.20–11.40 Nedeljka Luznar
**ZDRAVA PREHRANA V
ZDRAVSTVENOVZGOJNIH
PROGRAMIH V PRIMARNEM
ZDRAVSTVENEM VARSTVU V
SLOVENIJI**

11.40–12.00 Sima Đurđa
**GIBALNE AKTIVNOSTI MEDICINSKIH
SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
PRI DRUŠTVU MEDICINSKIH SESTER IN
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV LJUBLJANA**

12.00–12.20 Jožica Jelen Jurič, Snežana Umičević
**ZDRAVSTVENA VZGOJA, PRVI KORAK
MEDICINSKE SESTRE V SKRBI ZA
BOLNIKA, KI SE ZDRAVI V
AMBULANTNI KEMOTERAPIJI**

12.20 – 12.30 Razprava

DVORANA II

MODERATORICA: DARINKA KLEMENC

09.00–09.20 Zdenka Mrak
**ZADOVOLJSTVO ZAPOSLENIH NA
KIRURŠKI KLINIKI KLINIČNEGA
CENTRA LJUBLJANA**

09.20–09.40 Daniela Morec
**STRES NA DELOVNEM MESTU –
RAZISKAVA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI
MURSKA SOBOTA**

09.40–10.00 Borislava Ivanovič, Slavica Popovič, Ivanka
Nartnik
**MEDICINSKA SESTRA ODHAJA IZ
INTENZIVNE TERAPIJE**

10.00–10.20 Slavica Popovič
**MEDOSEBNA KOMUNIKACIJA V
ZDRAVSTVENONEGOVALNEM TIMU –
SKRB ZA ČLOVEKA**

10.20–0.40 Rosana Harej
**DORBI ODNOSI MED SODELAVCI KOT
SKRB ZA VAROVANCA**

10.40–11.00 ODMOR

11.00–11.20 Ivanka Limonšek, Milena Frankič
**DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA
KAKOVOST OPRAVLJENEGA DELA V
ZDRAVSTVENI NEGI**

11.20–11.40 Barbara Donik
**USPOSABLJANJE IN
IZPOPOLNJEVANJE IZVAJALCEV
ZDRAVSTVENE NEGE V SPLOŠNI
BOLNIŠNICI MARIBOR**

11.40–12.00 Maja Klančnik Gruden, Nada Bitenc, Maja
Smrekar Medvešček, Rosanda Vujica, Asja
Jaklič
**UČENJE ZA UVAJANJE NEGOVALNIH
DIAGNOZ, CILJEV IN NEGOVALNIH
INTERVENCIJ V KLINIČNO PRAKSO**

12.00–12.20 Katarina Lokar, mag. Brigita Skela Savič,
Marjana Bernot, Brigita Prijatelj, Minka
Redžepović
**UVAJANJE DOKUMENTACIJE
ZDRAVSTVENE NEGE NA ODDELKE –
PREDSTAVITEV PROJEKTA**

12.20 – 12.30 Razprava

DVORANA III**MODERATORICA: MONIKA AŽMAN**

- 09.00–09.20 Gordana Lokajner, Tjaša Pečnik Vaupotič, mag. Brigita Skela Savič
ZNANJE MEDICINSKIH SESTER O ZDRAVSTVENI NEGI IN OBVLADOVANJU BOLEČINE PRI BOLNIKI Z RAKOM
- 09.20–09.40 Irena Buček Hajdarevič, Vesna Svilenkovič, Cecilija Petek
LAJŠANJE AKUTNE POOPERATIVNE BOLEČINE
- 09.40–10.00 Marjetka Anderle
SPREMLJANJE INTUBIRANIH BOLNIKOV IN NJIHOVIH SVOJCEV NA ODDELKU ZA INTENZIVNO TERAPIJO IN NEGO V BOLNIŠNICI GOLNIK – KLINIČNEM ODDELKU ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO (KOPA)
- 10.00–10.20 Biserka Lipovšek
MEDICINSKA SESTRA IN BOLNIK V INTENZIVNI MEDICINI
- 10.20–10.40 mag. Andreja Kvas
SKRB ZA KONTINUIRANO UČENJE BOLNIKOV S SRČNIM POPUŠČANJEM MED HOSPITALIZACIJO
- 10.40–11.00 ODMOR
- 11.00–11.20 Simona Muri, Mojca Peric
MED DOBER DAN IN NASVIDENJE DERMATOVENEROLOŠKA ZDRAVSTVENA NEGA
- 11.20–11.40 Nataša Čermelj
MEDICINSKA SESTRA IN ZDRAVSTVENOVZGOJNO DELO PRI BOLNIKU Z GOLENJO RAZJEDO
- 11.40–12.00 Alenka Karlovčec
NEGOVALNE DIAGNOZE V TEORIJ IN PRAKSI
- 12.00–12.20 Denis Mlakar – Mastnak, mag. Nada Rotovnik - Kozjek
IDENTIFIKACIJA BOLNIKOV S PREHRANSKIMI TEŽAVAMI – VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PREHRANSKI PODPORI

12.20 – 12.30 Razprava

12.30 **ZAKLJUČEK KONGRESA****Programski odbor**

Mag. Bojana Filej, mag. Danica Železnik, mag. Andreja Kvas, Darinka Klemenc, Peter Požun

Organizacijski odbor

Petra Kersnič, Monika Ažman

SPLOŠNE INFORMACIJE

Prijavnico iz Utripa in Spletne strani www.zveza-dmszts.si pošljite na naslov organizatorja: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Vidovdanska 9, 1000 Ljubljana, tel./faks 01 231 6055 ali po elektronski pošti.

KOTIZACIJA

Kotizacija z DDV po 30. 3. 2005: člani 80.000 sit, nečlani 100.000 sit
Enodnevna kotizacija z DDV: 20.000 sit
Aktivni udeleženci: avtor in prvi soavtor referata ali posterja: 30.000 sit
Upokojenci in študenti: 10.000 sit

Če se kongresa po prijavi ne boste mogli udeležiti, je dobrodošel nadomestni udeleženec, ki mora predložiti pisno pooblastilo registriranega udeleženca. Za pisne odpovedi z datumom do 1.5.2005 bomo povrnili 75 % vplačane kotizacije, po tem datumu odpovedi ne bomo več upoštevali. Kotizacija zagotavlja udeležbo na predavanjih in razstavi posterjev, promocijsko gradivo, Zbornik predavanj in posterjev 5. kongresa zdravstvene nege in osvežitve med odmori. Znesek kotizacije nakažite za vsakega udeleženca posebej na TR ZDMSZTS št. 02031-0016512314, sklic na številko 00 120 01 z oznako "5. KONGRES" in pripis imena in priimka udeleženca.

REGISTRACIJA

bo potekala v avli kongresnega centra hotela MONS 12. 05. 2005 med 16. in 16.30 ter 13. 5. v času od 8.00–18.00 ure ter 14.5. med 10. in 12. uro.

HOTELSKA NAMESTITEV

Hotel Mons, Pot za Brdom 55, 1000 Ljubljana, tel 01 47 02 700, fax 01 47 02 708, e – pošta: marketing@hotel.mons.si, spletna stran: WWW:hotel.mons.si

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

SEKCIJA REŠEVALCEV V ZDRAVSTVU

Vabi na strokovno srečanje in volilno sejo

PREDBOLNIŠNIČNA OBRAVNAVA NUJNIH STANJ PRI OTROCIH

v četrtek, 12., in petek, 13. maja 2005
v hotelu Alp v Bovecu

Četrtek, 12. maj 2005

- 08.00–10.00 **Registracija udeležencev**
- 10.00–10.10 **Otvoritev srečanja in pozdrav udeležencev**
- 10.10–10.25 **Predstavitve službe NMP in reševalne službe ZD Tolmin**
Erik Hrast, ZT
- 10.25–10.40 **Ekipa predbolnišnične nujne medicinske pomoči in ogroženi otrok**
Marjetka Žefran Drole, dr. med.
- 10.40–11.00 **Pristop k ogroženemu otroku v predbolnišničnem okolju**
Ivan Vidmar, dr. med.
- 11.00–11.20 **Otrok z vročinskimi krči**
Damjan Osredkar, dr. med.
- 11.20–11.40 **Laringitis in astma pri otroku**
Andreja Borinc - Beden, dr. med.
- 11.40–12.00 **ODMOR**
- 12.00–12.20 **Tujki v dihalnih poteh pri otroku**
Zdravko Roškar, dr. med.
- 12.20–12.40 **Pristop k poškodovanemu otroku**
Jože Prestor, dipl. zn.
- 12.40–12.55 **Imobilizacija otroka**
Andrej Fink, dipl. zn.
- 12.55–13.10 **Venska pot pri otroku**
Minja Petrovič, prof. zdr. vzg.
- 13.10–13.30 **Analgezija pri otrocih**
Ivan Vidmar, dr. med.
- 13.30–13.45 **Kačji piki**
Inka Lazar, dr. med.
- 13.45–14.45 **KOSILO**
- 15.00–18.00 **1. skupina: Ogled Kobariškega muzeja 1. svetovne vojne, 2. skupina: Ogled plazišča v Logu pod Mangartom**
- 18.30–20.00 **Volilna seja Sekcije reševalcev v zdravstvu**
- 20.00 **VEČERJA S PLESOM**

Petek, 13. maj 2005

- 08.30–08.50 **Scenarij nujnega stanja pri otroku**
Inka Lazar, dr. med. Nataša Kuralt, dipl.m.s.
- 08.50–09.20 **Primeri iz prakse:**
Ko nas porod prehit
Ksenija Kragelj, medicinska sestra babica
Reševanje Anžeta
Bojan Černuta, ZT
- 09.20–09.30 **Navodila udeležencem učnih delavnic**

09.30–13.45 UČNE DELAVNICE

(vsaka učna delavnica 30 min)

- A Intraosalna pot**
(Mojca Grošelj - Grenc, dr. med.)
- B Periferna venska pot pri otroku**
(Minja Petrovič, prof. zdr. vzg.)
- C Uporaba enostavnih pripomočkov za vzpostavitev proste dihalne poti pri otroku**
(Matijana Koren, dipl.m.s.)
- D Aplikacija kisika in saturacija pri otroku**
(Majda Oštir, VMS)
- E Temeljni postopki oživljanja dojenčka**
(Nataša Kuralt, dipl.m.s.)
- F Temeljni postopki oživljanja otroka**
(Zdravko Roškar, dr. med.)
- G Imobilizacija otroka**
(Andrej Fink, dipl. zn.)
- H Defibrilacija otroka**
(Robert Sabol, ZT, inštruktor ERC)
- 11.30–11.45 **ODMOR**
- 14.00–14.30 **Ogled prikaza bojev Soške fronte v trdnjavi Kluže**
Društvo Dreizehn - dreizehn, Bovec
- Po prikazu kosilo (golaž) iz vojaškega kotla in podelitev potrdil o udeležbi.**
- 15.30–16.00 **Prikaz reševanja poškodovanega otroka iz stene**
Gorska reševalna služba Bovec

SPLOŠNE INFORMACIJE

Udeležba na seminarju se šteje za strokovno izpopolnjevanje in se upošteva pri napredovanju. Kotizacija za člane znaša 38.000,00 SIT, za nečlane 50.000,00. V ceno je vračunan DDV in všteta večerja ter osvežitve med odmori. Nujna je pisna prijava na seminar, ki jo pošljite na naslov: Klinični center Ljubljana, Reševalna postaja, Anton Posavec, Zaloška c. 25, 1525 Ljubljana. Informacije po telefonu 041/ 538 904. Kotizacijo nakažite na transakcijski račun ZDMSZT: št. 02031 - 0016512314, sklic na številko 00 12021, s pripisom »za Sekcijo reševalcev v zdravstvu«. Omenjeni znesek lahko poravnate tudi pred pričetkom seminarja oz. po seminarju po prejetju računa (podjetja in zavodi). Ob registraciji potrebujete člansko izkaznico in potrdilo o plačani kotizaciji - virman (če ste znesek nakazali na transakcijski račun). Če se niste že prej prijavili, potrebujete tudi pisno prijavo z ustreznimi podatki (davčna številka zavoda, žig in podpis uradne osebe)!

Rezervacija prenočišča: Hotel ALP Bovec
(tel.: 388 40 00, 388 40 01)

Vabljeni!

Predsednik strokovne sekcije Anton Posavec
in organizacijski odbor

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije,
Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih
tehnikov Slovenija

**Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov
na internistično infektološkem področju**

VABI na

14. strokovni seminar na temo:

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA, KI PREJEMA ANTIBIOTIK

**Seminar bo potekal 17. maja 2005 v predavalnici I
Kliničnega centra v Ljubljani**

PROGRAM:

- 08.00–9.00 Registracija udeležencev
09.00–9.15 Uvodni pozdrav
09.15–9.45 **Osnovna načela uporabe in delovanja
protimikrobnih sredstev,**
Doc. dr. Bojana Beovič, dr. med.
09.45–10.00 **Poraba antibiotikov v SLO in
delovanje komisije za antibiotike,**
Doc. dr. Bojana Beovič, dr. med.
10.00–10.30 **Stranski učinki antibiotikov,**
as. dr. Tatjana Lejko Zupanc, dr. med.
10.30–10.40 Razprava
10.40–11.10 Odmor
11.10–11.40 **Zdravstvena nega odraslega bolnika,
ki prejema antibiotik,**
Saša Sedovšek, dipl.m.s.
11.40–12.10 **Zdravstvena nega otroka, ki prejema
antibiotik,**
Tatjana Zabukovec, dipl.m.s.,
Nina Brezec, ZT
12.10–12.30 **Dajanje antibiotikov po nazogastrični
sondi,**
Janja Slemenjak, ZT
12.30–13.00 **Vloga zdravstvene nege pri
zagotavljanju doslednega jemanja
protimikrobnih sredstev – izkušnje na
področju tuberkulostatske terapije,**
Ružica Bavdek, viš.med.ses.
13.00–13.10 Razprava
13.10–14.10 Odmor za kosilo
14.10–14.25 **Prostor za shranjevanje in pripravo
antibiotikov,**
Avrea Šuntar Erjavšek, dipl.m.s.
14.25–14.40 **Priprava antibiotikov za intravenozno
aplikacijo,**
Asja Jaklič, dipl.m.s.,
Vesna Miklavčič, viš.med.ses.
14.40–14.55 **Aplikacija intravenoznih antibiotikov,**
Damjana Golobič, dipl.m.s.,
Veronika Jagodic, dipl.m.s.
14.55–15.05 Razprava
15.05–15.30 Odmor
15.30–16.00 **Kompatibilnost antibiotikov z
infuzijskimi raztopinami in drugimi
zdravili, ki jih bolnik prejema
istočasno,**
Brigita Najdenov, mag. farmacije

16.00–16.20 **Zapleti intravenoznih kanalov,
povezani z aplikacijo antibiotikov,**
Saša Sedovšek, dipl.m.s.

16.20–16.30 Razprava

16.30–16.45 Zaključek seminarja

17.00 **Sestanek izvršilnega odbora sekcije**

V sodelovanju z različnimi strokovnjaki bomo razpravljali o
problemih, dilemah in kvaliteti našega dela na področju
zdravstvene nege in antibiotične terapije.

Vljudno vabljeni !

Pisne prijave pošljite na naslov:

Mateja Poljanšek, Klinični Center Ljubljana, Klinika za
infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, LJUBLJANA
ali po faksu: 01 522 24 56. Prijave lahko pošljete tudi na
Zbornico zdravstvene nege Slovenije, Vidovdanska 9,
1000 Ljubljana.

Kotizacija:

Za enodnevni seminar za člane znaša skupaj z DDV
22.000,00 SIT, za nečlane 30.000,00 SIT. V kotizacijo so
všteti zbornik, kosilo in vmesni prigrizki. Kotizacijo nakažete
na TRR: NLB, posl. Tavčarjeva 7, Lj-ZDMSZTS: št. 02031-
0016512314, sklic na št. 00 12029 s pripisom »za
internistično-infektološko sekcijo« ali jo poravnate na dan
seminarja v gotovini.

Kontaktne osebe:

Dragica Kuralt Štucin, tel. 01 522 41 11 ali Jolanda Munih,
01 522 41 28 ali na e-naslov: jolanda.munih@zklj.si

Organizacijsko-programski odbor:

Dragica Kuralt Štucin, Jolanda Munih, Veronika Jagodic, Saša
Sedovšek, Avrea Šuntar Erjavšek, Erna Grabnar Kos

Predsednica sekcije: Jolanda Munih

PSIHIATRIČNA KLINIKA LJUBLJANA
Študenec 48,
LJUBLJANA

Pedagoška dejavnost zdravstvene nege

vabi osebje v zdravstveni negi in oskrbi, zdravstvene tehnike, medicinske sestre in negovalce, ki so vključeni v vsakodnevno delo z bolniki/varovanci, na **3. strokovno srečanje** in delavnice z naslovom:

EMOCIJE V ZDRAVSTVENI NEGI – POMOČ IN USMILJENJE,

ki bo v **četrtek, 19. 5. 2005, v veliki predavalnici Psihiatrične klinike**

PROGRAM

- 8:00 **Registracija in prva kava**
- 8:30 **Pozdrav pomočnice strokovnega direktorja za področje ZN,**
mag. Jožica Peterka Novak, prof. soc.ped.
Pozdrav pomočnice strok. direktorja za izobraževalno dejavnost,
asis. dr. Zdenka Čebašek Travnik, dr. med., spec. psihiatrije
- 8:45 **Emocije – pomoč in usmiljenje,**
asist. dr. Urška Lunder, dr. med.
- 9:40 -11:10 **Računalniško oblikovane skupine 11/2 ure**
Sreča, dr. Urška Lunder, dr. med.
Osamljenost,
Marija Smolič, dipl.m.s., spec. patr. zdrav. nege
Razočaranje,
Matejka Babič, dipl.m.s.
Usmiljenje,
dr. Barbara Hrovatin, dr. med.
Varnost,
Irena Us, dipl. m. s.
- 11:10 **Kava, čaj**
- 11:30-13:00 **Pet čustev predstavijo moderatorji skupin: Lunder, Smolič, Hrovatin, Babič in Us.**
- 13:00 **Poročanje vodij skupin iz vrst udeležencev**
- 14:00 **Velika skupina (sklepne misli)**

Zaključek in podelitev potrdil.

Delo v delavnicah omejuje število kandidatov, zato vas prosim, da vaše udeležence pravočasno pisno prijavite do **15. 5. 2005 oz. do zapolnitve prostih mest.**

Poznejših prijav ne bomo mogli upoštevati.

Kotizacija znaša **22.000 SIT z DDV** in se vplača po izstavitvi računa Psihiatrične klinike. Pisne prijave sprejema: Radojka Kobentar, Psihiatrična klinika Ljubljana, tel. **01 5872 328** ali mobi **031 277 473** ali

E-naslov: radojka.kobentar@guest.arnes.si

Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Gorenjske

Vabi na ponovitev strokovnega srečanja

MEDICINSKA SESTRA KOT ZDRAVSTVENA VZGOJITELJICA V VSEH ŽIVLJENJSKIH VLOGAH NA POTI OSEBNOSTNE RASTI

Strokovno srečanje bomo samo za vas pripravili v soboto, 21. maja 2005 v hotelu Ribno, v Ribnem pri Bledu

Vsebina strokovnega srečanja:

1. Vloga medicinske sestre in vrste odnosov, v katerih je udeležena
- 2 a. Izkušnje nas izzivajo, učijo in vzgajajo
- 2 b. Viri moči medicinske sestre za dobro delovanje in življenjsko zadovoljstvo
3. Medicinska sestra zgled zdravih medosebnih odnosov

Voditelji:

mag. Silvo Šinkovec, Klara Ramovš,
prof. Monika Ažman, dipl.m.s.

Potek srečanja:

- | | |
|-------------|--|
| 8.30 | Sprejem udeležencev in registracija |
| 9.00–10.30 | 1. del |
| 10.30–11.00 | odmor |
| 11.00–12.30 | 2. del |
| 12.30–13.30 | kosilo |
| 13.30–15.00 | Sklepni del |

Metode dela:

predavanje, skupinsko delo, plenarno poročanje

Splošne informacije:

Kotizacija znaša 4000 sit za člane DMSZT Gorenjske, 5000sit za člane Zbornice – Zveze in 7000 za nečlane Zbornice – Zveze. V ceno je že vračunan DDV. Kotizacijo lahko nakažete na transakcijski račun Gorenjske banke: 07000-0000110185 sklic na št. 0101.

Ob registraciji potrebujete fotokopijo potrdila o plačilu ter člansko izkaznico. Z gotovino boste kotizacijo lahko poravnali tudi pred pričetkom srečanja. Kotizacija vključuje: organizacijo in izvedbo zanimivega strokovnega srečanja, bilten s strokovnimi prispevki, kavo v odmoru in kosilo. Razvajali vas bodo tudi razstavljalci.

Prijave: sprejema jih tajnica društva, gospa Jožica Trstenjak, po telefonu 041/496 688 ali e-pošti monika.azman@siol.net vse do zasedbe mest. Število je zaradi prostorskih zmožnosti omejeno, zato pohitite s prijavi.

Vljudno vabljeni v prelepo naravno okolje in našo družbo!

Organizacijski odbor: M. Ažman, O. Mertelj, J. Trstenjak

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih
tehnikov Slovenije

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V OPERATIVNI DEJAVNOSTI

vabi na strokovno srečanje

»PRIHODNOST V OPERACIJSKI DVORANI«,

ki bo 20. in 21. maja 2005
v Festivalni dvorani Lent v Mariboru

Program:

Petek, 20. maj 2005

09.00–10.00 Registracija udeležencev

10.00–10.30 Otvoritev seminarja

10.30–10.50 **Korak za korakom do sodobne
perioperativne zdravstvene nege**
Sanja Arnautovič, dipl. babica

10.50–11.10 **Podoba operacijske medicinske sestre**
Jerneja Torbič, dipl.m.s.

11.10–11.45 Razprava in odmor

11.45–12.05 **Centralna služba operacijskih
medicinskih sester – prihodnost za
male bolnišnice?**
Suzana Šabjan, VMS

12.05–12.25 **Telematika v zdravstvu – telemedicina**
Slavica Kosi, SMS, dipl. org. dela

12.25–12.45 **Operativni pristopi včeraj, danes, jutri**
Milena Prosen, dipl.m.s.,
Vesna Pipan, dipl.m.s.

12.45–13.05 **Laparoskopske operacije z LAP
discom**
Andreja Godec Kušter, dipl.m.s.

13.05–15.00 Razprava in odmor za kosilo

15.00–15.20 **Operacijska dvorana v prihodnosti
(Olympus endoalpha)**
Janez Zavrl, Olympus Slovenija d.o.o.

15.20–15.40 **Nevronavigacija v nevrokirurški
operacijski dvorani SB Maribor**
Slavica Somer, dipl.m.s.,
Sebastijan Tišler, dipl. zn.

15.40–16.00 **Nove operative tehnike v
otorinolaringologiji – uporaba
plazemskega noža**
Irena Štokelj, VMS

16.00–16.20 **Operativna oskrba distalnega radiusa
pri osteoporozah**
Zdenka Orožim, dr. med., spec.

16.20–16.40 **Laser v kirurgiji**
Anka Kenda, MEDIS

16.40 **Razprava in odmor**

18.00 **30 let ustanovitve Sekcije operacijskih
medicinskih sester Slovenije;
kulturni program;
večerja**

Sobota, 21. maj 2005

09.00–09.30 **Programska volilna konferenca**

09.30–09.50 **Priprava bolnika na embolizacijo
anevrizme v glavi**
Selina Veingerl, SMS

09.50–10.10 **Zaščita pred sevanjem med
operativnim posegom**
Andreja Vodičar, mag. farm.

10.10–10.30 **Pomen zadostne in pravočasne
informiranosti staršev in otroka ob
sprejemu v bolnišnico**
Martina Brešan, dipl.m.s.

10.30–10.50 **Zdravstvena nega kirurške rane, ki jo
opravlja operacijska medicinska
sestra, in oblikovanje standarda**
Saša Bobnar, dipl.m.s.

10.50–11.10 **Predstavitev standardov
perioperativne zdravstvene nege v SB
Maribor**
Marija Brezovec, dipl.m.s.

11.10 **Razprava in zaključek seminarja**

Strokovni odbor: Manica Rebernik Milič, Ana Goltes,
Zorica Šuligoj

Organizacijski odbor: Manica Rebernik Milič,
Natka Murgel, Marija Brezovec

Splošne informacije:

kotizacija za udeležbo na seminarju znaša 38.000 SIT za
člane in 50.000 SIT za nečlane. Kotizacijo nakažete na TR:
NLB, posl. Tavčarjeva 7, LJ – ZDMSZTS št.02031-
0016512314

sklic na stroškovno mesto – 0012003,

s pripisom za Sekcijo MS in ZT v operativni dejavnosti.

Pisne prijave so obvezne na prijavnici, objavljeni v UTRIPU.

Prijavnice pošljite na

naslov: Manica Rebernik Milič, SB Maribor – GIN. OP.,
Ljubljanska c. 5, 2000 Maribor

do 17. maja. Ob registraciji potrebujete člansko izkaznico in
potrdilo o vplačilu kotizacije.

Namestitev:

Eno ali dvoposteljne sobe lahko rezervirate v hotelu Piramida,
ul. Heroja Šlandra 10,
2000 Maribor. Telefon: 02 234 44 00; Faks: 02 234 43 60

Predsednica sekcije

Manica Rebernik Milič

**Združenje zdravnikov družinske medicine
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH
TEHNIKOV V SPLOŠNI MEDICINI**
Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani
Zavod za razvoj družinske medicine

organizirajo

V dvorani GIO, Ljubljana, Dunajska 160

od 27. do 28. 5. 2005
strokovno srečanje

31. srečanje delovnih skupin

**KAKOVOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA V
DRUŽINSKI MEDICINI**
**(RAK, PSIHIATRIJA, ZDRAVLJENJE BOLEČINE,
GINEKOLOGIJA, ANGIOLOGIJA,
GASTROENTEROLOGIJA, DELAVNICE)**

Generalni pokrovitelj: Lek, d.d.

Srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in fizioterapevtom, ki sestavljajo strokovno skupino v osnovnem zdravstvu. Program je oblikovan s posebnim poudarkom na skupinskem pristopu k reševanju obravnavanih vsebin v obliki predavanj in delavnic.

Organizacijski odbor srečanja:

asist. Nena Kopčavar-Guček, dr. med, asist. mag. Davorina Petek, dr. med., Božena Istenič, sms., Aleksander Stepanovič, dr. med, Nada Prešeren, dr. med., asist. mag. Danica Rotar-Pavlič, dr. med,

Program

Petek, 27. 5. 2005, dopoldne

8.00–8.30 Prihod in registracija
8.30–8.40 Otvoritev
8.40–9.00 Kulturni program

PROGRAM ZA ZDRAVNIKE

9.00–9.20 Alojz Ihan
Ocena imunološkega statusa – utopija ali realna možnost?
9.20–9.40 Hotimir Lešničar
Karcinom ust, etiologija in diagnostika
9.40–10.00 David Dovšak
Spremembe v ustni votlini, pogled maksilofacialnega kirurga
10.00–10.20 Nataša Hren-Ihan
Sodobne smernice zdravljenja bakterijskega sinusitisa
10.20–10.40 RAZPRAVA

PROGRAM ZA MEDICINSKE SESTRE

9.00–9.30 Brigita Skela Savič
Informiranje bolnika z rakom kot kazalec kakovosti dela zdravstvenega tima

9.30–10.00 Jožica Jelen Juri
Zdravstvenovzgojno delo pri bolniku z rakom, ki prejema kemoterapijo
10.00–10.30 Mira Logonder, Marjana Bernot
Vloga medicinske sestre pri obravnavi bolnika z bolečino
10.40–11.10 ODMOR

SKUPNI PROGRAM

11.10–11.30 Zvezdana Snoj
Depresija pri bolnikih z rakom
11.30–11.50 Darja Boben
Motivacija za zdravljenje odvisnosti
11.50–12.10 Martina Tomori
Pogoji za ujemanje med starši in otroki
12.10–12.30 Mojca Drnovšek
Shizofrenija – vloga zdravnika družinske medicine pri prepoznavanju in zdravljenju
12.30–12.50 RAZPRAVA
12.50–14.00 KOSILO

Petek, 27. 5. 2005, popoldne

SKUPNI PROGRAM

14.00–14.15 Matija Tomšič
Zdravljenje osteoartroze: paracetamol ali NSAR
14.15–14.30 Gorazd Požlep
Možnosti zdravljenja bolečine v protibolečinski ambulanti
14.30–14.45 Aleksander Stepanovič
Bolnik z bolečino – primeri iz ambulantne zdravnik družinske medicine
14.45–15.00 Nevenka Krčevski-Škvarč
Lokalno zdravljenje z NSAR
15.00–15.30 RAZPRAVA
15.30–16.00 ODMOR
16.00–16.20 Nena Kopčavar-Guček
Kaj bi moral zdravnik družinske medicine vedeti o reproduktivnem zdravju
16.20–16.40 Alenka Pretnar-Darovec
Izbira kontracepcije po meri ženske
16.40–17.00 Danilo Maurič
Omejitveni dejavniki pri predpisovanju antikoncipiensov
17.00–17.20 Bojana Pintar
Mladostnice in kontracepcija
17.20–17.40 Damir Franič
Hormonsko zdravljenje v menopavzi
17.40–18.00 RAZPRAVA
18.00 **SPREJEM ZA NOVE SPECIALISTE**

Sobota, 28. 5. 2005**SKUPNI PROGRAM**

- 9.00–9.15 Aleš Blinc
Smernice za odkrivanje in zdravljenje PAB
- 9.15–9.30 Marija Mulej
Kako pri bolniku s PAB preprečujemo srčno-žilne zaplete
- 9.30–9.45 Jana Govc Eržen
Meritve gleženjskega indeksa v ZD
- 9.45–10.00 RAZPRAVA
- 10.00–10.30 ODMOR
- 10.30–10.50 Bojan Tepeš
NSAR in inhibitorji protonske črpalke
- 10.50–11.10 Pavel Skok
Starostniki in refluksna bolezen
- 11.10–11.30 Borut Štabuc
Onkološki bolnik in inhibitor protonske črpalke
- 11.30–11.50 RAZPRAVA
- 12.00–14.00 Delavnice

DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE IN MEDICINSKE SESTRE**Metoda samozdravljenja bolečine v križu s samovlekom**

(Janez Svobljak)

Interpretacija EKG – 2. del

(Bogomir Žižek)

Kaj lahko pričakujemo od dnevne bolnišnice?

(Pavle Košorok)

Menjava urinskega katetra pri moških in pri ženskah, pregled prostate

(na fantomu)

Psihološki nivoji odlične komunikacije s pacienti – erektilna disfunkcija

(Martin Bartok)

DELAVNICE ZA MEDICINSKE SESTRE**Praktični prikaz merjenja perfuzijskih tlakov na spodnjih udih s pomočjo dopplerskega ultrazvočnega detektorja**

(Marjanca Čuk)

Pristop in delo z odvisniki od psihotropnih snovi

(David Vrbanc)

Osnove triaže in svetovanja po telefonu – klic v stiski

(Andrej Fink)

Polna čakalnica – stres za zdravstveno osebje in kako ga reševati

(Vladimira Tomšič)

Spirometrija v ambulantni družinski medicine – naše izkušnje

(Majda Cerar)

Kotizacija:

Kotizacija (DDV ni vključen) za udeležbo na predavanjih za zdravnike znaša 35.000 SIT, za medicinske sestre in zdravstvene tehnike 20.000 SIT. Ob udeležbi zdravnika IN medicinske sestre istega tima 10.000 SIT popusta, kotizacija za oba skupaj 45.000 SIT pri prijavi DO 30. 4. 2005 (DDV ni vključen). Prijavnica za zgodnjo prijavo bo objavljena na spletni strani Združenja zdravnikov družinske medicine: http://med.over.net/javne_datoteke/novice/datoteke/7287-PRUJAVNICAzaSmelt2005.doc. Kotizacija vključuje napitke in prigrizke med odmori, kosilo v petek in zbornik prispevkov. Študenti, sekundariji in upokojeni zdravniki so oproščeni plačila kotizacije za udeležbo na predavanjih. Na voljo je omejeno število mest, zato priporočamo zgodnjo prijavo.

Prijave:

Prijavnico pošljite na **Katedro za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana**, lahko tudi po faksu: 01/438 69 10 ali e-pošti: kdrmed@mf.uni-lj.si. Prijavnica mora vsebovati podatke o plačniku (ime, sedež, davčna številka, davčni zavezanec da/ne), na podlagi prijavnice vam bo računovodstvo Zavoda za razvoj družinske medicine poslalo račun.

Na Zdravniški zbornici Slovenije in Zbornici zdravstvene nege Slovenije sta vloženi prošnji za dodelitev ustreznega števila kreditnih točk pri podaljšanju licence. O dodeljenem številu točk boste obveščeni na spletni strani www.drmed.org v Koledarju srečanj http://med.over.net/admin1/novice_sodelavci/update_form.php?id_novica=69.

Dodatne informacije dobite pri kontaktnih osebah: asist. Nena Kopčavar-Guček, dr. med., in asist. mag. Davorina Petek, dr. med., tel. 01/43681 93.

Organizator si pridržuje pravico do dopolnitev in manjših sprememb v programu. Spremembe bodo objavljene na spletni strani www.drmed.org v Koledarju srečanj <http://www.drmed.org/novica.php?id=7287>.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V KARDIOLOGIJI IN ANGIOLOGIJI

vabi na 15. strokovno srečanje

NOVOSTI PRI ZDRAVLJENJU BOLNIKOV Z MOTNJAMI SRČNEGA RITMA,

ki bo 3. in 4. junija v Radencih

Program:

PETEK, 3. junija

- 09.00–10.00 Registracija udeležencev
- 10.00–10.30 Pozdravne besede in kulturni program
- 10.30–10.50 **Farmakološko in nefarmakološko zdravljenje aritmij**
Viljemka Nedog, dr. med.,
Interni oddelek, SB Maribor
- 10.50–11.10 **Priprava in aplikacija antiaritmikov**
T. Glavič, viš.med.ses., Interni oddelek, SB Maribor
- 11.10–11.30 **Kako napisati in objaviti strokovni članek?**
Andreja Mihelič Zajec, univ. dipl. org., VŠZ Ljubljana
- 11.30–12.00 Razprava in odmor
- 12.00–12.20 **Kateterska ablacija srčnih aritmij – novosti**
doc. dr. Matjaž Šinkovec, dr. med., KO za kardiolo., KC Lj.
- 12.20–12.40 **Tehnična predstavitev preiskovalnih metod in načinov zdravljenja motenj srčnega ritma**
Zoran Rajkovič, univ. dipl. ing. elektroteh.
- 12.40–13.00 **Pomembnost informiranja bolnika pred invazivnim posegom na srcu**
Irena Blažič, dipl.m.s., KO za kardiologijo, KC Ljubljana
- 13.00–13.20 **Posebnosti pri pripravi bolnika na elektrofiziološki poseg, skrb zanj med posegom in po njem**
Hinko Urbančič, ZT, KO za kardiologijo, KC Ljubljana
- 13.20–13.30 Razprava
- Kosilo
- 15.00–18.00 **Izlet**
- Skupna večerja

SOBOTA, 4. junija

10.00–13.00 **Delo po skupinah REANIMACIJA**

1. skupina **MOTNJE SRČNEGA RITMA:**

prim. Vojka Gorjup, dr. med.
Suzana Rozman, viš.med.ses.

2. skupina **REANIMACIJA IN REANIMACIJSKI VOZIČEK**

mag. Anja Jazbec, dr. med.
Sonja Jovanovič, viš.med.ses.

SPLOŠNE INFORMACIJE:

Udeležba na seminarju se šteje kot strokovno izpopolnjevanje.

Kotizacija za člane: za enodnevno udeležbo 22.000 SIT, za dvodnevno udeležbo 38.000 SIT.

Za nečlane: za enodnevno udeležbo znaša 30.000 SIT, za dvodnevno pa 50.000 SIT.

Nakažite jo na TR: NLB Ljubljana, ZDMSZTS št.: 02031-0016512314, sklic na št.: 0012031 s pripisom »sekcija za kardiologijo«.

Pisne prijave na prijavnici, objavljeni v vsaki številki Utripa, pošljite do 20. maja 2005 na naslov: KC Lj., KO za kardiologijo, ga. Irena Orel, Zaloška 7, 1000 Ljubljana.

Ob registraciji potrebujete člansko izkaznico in potrdilo o vplačani kotizaciji.

Rezervacija prenočišč: Zdravilišče Radenci d.o.o., Zdraviliško naselje 12, 9252 Radenci. Tel.: 02 520 27 20; faks.: 02 520 27 23; e-pošta: miha.veberic@radenska.si

Organizacijski odbor: Valerija Maguš, Martina Zmazek, Metka Pavlinjek, Lidija Marinč

Vljudno vas vabimo na strokovno srečanje in se veselimo druženja z vami!

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V NEVROLOGIJI

obvešča, da bo strokovno srečanje, prvotno predvideno v mesecu aprilu, potekalo **10. junija 2005** v Ljubljani.

Tema srečanja je

GLAVOBOL.

Program bo objavljen v majski številki Utripa. Vabimo vas k aktivnemu sodelovanju. Prispevke pošljite na elektronski naslov: helena.tusar@kclj.si. Vse informacije lahko dobite pri predsednici sekcije Heleni Tušar, tel.: 031 62 13 62.

Vljudno vabljeni!

*Predsednica strokovne sekcije
Helena Tušar*

Slovensko združenje za urgentno medicino

v sodelovanju z

Evropskim združenjem za urgentno medicino

Evropskim svetom za reanimacijo

in

Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezo društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

**SEKCIJO MED. SESTER IN ZDR. TEHNIKOV
URGENTNE MEDICINE,
SEKCIJO REŠEVALCEV V ZDRAVSTVU**

prireja

**12. MEDNARODNI SIMPOZIJ
O URGENTNI MEDICINI****15.–18. junij 2005****Portorož, Slovenija****Kongresni center St. Bernardin**

NAMEN SIMPOZIJA: Simpozij je namenjen zdravnikom vseh strok, zobozdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom ter drugim, ki se pri svojem delu srečujejo z urgentnimi primeri ali se želijo za to področje dodatno izobraziti in usposobiti oziroma želijo predstaviti svoje dosežke ali ugotovitve.

KRAJ PRIREDITVE: Kongresni center St. Bernardin, Grand Hotel Emona, Obala 2, 6320 Portorož, Slovenija. Tel. 05/ 695-0000, faks: 05/ 674-6410, E-mail: hoteli.bernardin@siol.net, <http://www.h-bernardin.si>

URADNA JEZIKA: slovenščina in angleščina.

VODSTVO SIMPOZIJA / DODATNE INFORMACIJE

Slovensko združenje za urgentno medicino, Klinični center Ljubljana, Interne klinike,

Tajništvo, Zaloška 7, 1525 Ljubljana.

Sekretarki simpozija:

gospa Irena Petrič in gospa Maja Strajnar

Informacije o prijavi: ga. Maja Strajnar, tel.: 01 549-7321, faks: 01 549-7322, e-pošta: maja.strajnar@slon.net

Ostale informacije: ga. Irena Petrič, tel.: 01 522 53 37, faks: 01 522 24 16, e-pošta: irena.petric@kclj.si

**VABILO ZA POŠILJANJE PRISPEVKOV – PROSTE
TEME IN PRIKAZI PRIMEROV**

Še vedno lahko aktivno sodelujete s prostimi temami in predstavljate primerov. Izvleček napišite v slovenščini ali angleščini na 1 stran A4 in ga pošljite po pošti na naslov vodstva simpozija. Izvleček naj bo po možnosti strukturiran kot članek (uvod, metode, rezultati ...). Označite, ali kandidirate za ustno ali postrsko predstavitev – dokončna odločitev o tem je v rokah programskega odbora. Programski odbor si pridržuje tudi pravico do odločitve, ali bo sprejeti prispevek v knjigi objavljen v celoti ali v obliki izvlečka. Na dodatnem listu navedite natančna imena avtorjev, kontaktne naslove oz.

števke ter e-naslove. Jasno označite, s katerim avtorjem naj programski odbor komunicira; ta bo prejel nadaljnja navodila za pripravo in oddajo prispevka. **Izvlečkov in prispevkov ne pošiljajte po elektronski pošti.**

Rok za pošiljanje izvlečkov: 31. maj 2005.

Rok za oddajo dokončnih prispevkov: 4. maj 2005.

**PROGRAMSKI ODBOR
ZA ZDRAVNIŠKI DEL SREČANJA**

A. Bručan (predsednik), P. Aplenc, M. Bunc, M. Cimerman, M. Gričar, M. Hribar-Habinc, M. Možina, M. Noč, R. Vajd, I. Vidmar, D. Vlahovič, S. Zver, A. Žmavc.

PROGRAMSKI ODBOR ZA SESTRSKI DEL SREČANJA

A. Fink (predsednik), V. Anderle, V. Bračko, A. Bručan, M. Bručan, M. Brvar, I. Buček Hajdarevič, M. Cotič Anderle, M. Homar, Z. Kardoš, S. Klančar, S. Košir, J. Kramar, A. Posavec, M. Petrovič, J. Prestor, D. Štromajer, D. Žnidaršič.

ORGANIZACIJSKI ODBOR:

M. Gričar (predsednik), M. Bunc, D. Grenc, T. Ploj, L. Šarc, R. Vajd, L. Žigon

PRELIMINARNI STROKOVNI PROGRAM:

- Reanimacija pri poškodbah
- Memorialno predavanje v spomin dr. Matjaža Marolta: Urgentna medicina v daljni črni Afriki (Iza Ciglencek)
- Akutno popuščanje srca
- Zmote pri urgentnih stanjih, ki se jim težko izognemo
- Nasilen bolnik in prisilna hospitalizacija – pro et contra
- Oskrba dihalne poti
- Otrok ni pomanjšan odrasli človek
- Dispečerska služba v Sloveniji – kako naprej
- Standardi in kakovost v urgentni zdravstveni negi
- Dihalna stiska
- Nesreče z nevarnimi snovmi
- Proste teme (POŠLJITE PRISPEVKE!)
- Prikazi zanimivih primerov (POŠLJITE PRISPEVKE!)
- Satelitni simpoziji
- Posterji

UČNE DELAVNICE:

- Intubacija in alternative
- Politravma
- Motnje srčnega ritma
- Toksikološki primeri
- Imobilizacija
- Varno snemanje čelade
- Reševanje iz hibridnih vozil
- Intraosalna pot pri otroku
- Simulacija množične nesreče

DRUŽABNI PROGRAM**OTVORITVENA SLOVESNOST:**

SREDA, 15. JUNIJ 2005 OB 18.00

OTVORITVENI COCKTAIL:

SREDA, 15. JUNIJ 2005 OB 20.00

SLAVNOSTNA VEČERJA S PLESOM:

ČETRTEK, 16. JUNIJ 2005, OB 20.30.

SKUPINA: **VICTORY****ZABAVA NA OBALI – BEACH PARTY:**

PETEK, 17. JUNIJ 2005, OB 20.30.

SKUPINA: **KINGSTON**.**NAVODILA ZA PRIJAVO IN PLAČILO**

1. Izpolnite prijavnico, ki jo najdete v prospektu in ima veljavnost predračuna.
2. Najkasneje do 1. junija 2005 nakažite ustrezeni znesek na poslovni račun Slovenskega združenja za urgentno medicino pri Novi Ljubljanski banki d.d., št. 02014-0019966250. Na nakazilu naj bodo razvidni plačnik ter priimek in ime udeleženca. **OPOZORILO:** Prijav po 1. juniju 2005 ne bomo sprejemali - registracija in plačilo po tem datumu bosta mogoča le na recepciji simpozija v Portorožu!
3. Prijavnico in fotokopijo potrdila o plačilu pošljite po pošti na naslov organizatorja najkasneje do 1. junija 2005.
4. Po prejemu plačila bomo plačniku izstavili in poslali avansni račun.
5. Dokončni račun bomo plačniku izstavili in poslali po zaključku simpozija.

Prijave sprejemamo do zasedbe mest na podlagi vrstnega reda vplačanih kotizacij. V primeru prostih mest bosta prijava in plačilo kotizacije mogoča tudi na recepciji simpozija. Na recepciji simpozija bomo sprejemali tudi plačila s kreditnimi karticami Eurocard/MasterCard in Visa.

KOTIZACIJA

Zdravniki	60.000 SIT (250 EUR)
Člani SZUM	55.000 SIT (230 EUR)
Zdravniki sekundariji	50.000 SIT (210 EUR)

Med. sestre, zdr. tehniki	48.000 SIT (200 EUR)
Med. sestre, zdr. tehniki – člani ZZNS	44.000 SIT (185 EUR)
Enodnevna kotizacija	24.000 SIT (100 EUR)

Učne delavnice in pogovori s strokovnjaki so vključeni v ceno kotizacije.

Vse cene vsebujejo DDV

KOTIZACIJA ZAGOTAVLJA udeležbo na predavanjih, učnih delavnicah in pogovorih s strokovnjaki, obisk razstave, zbornik predavanj, osvežitve med odmori ter udeležbo na družabnih prireditvah.

REGISTRACIJA udeležencev bo v Grand Hotelu Bernardin v predverju kongresnega centra 15. junija 2005 od 12.00 do 19.30 in nato vse dni simpozija od 7.30 dalje.

HOTELSKA NAMESTITEV:

Priporočamo Hotele Bernardin zaradi neposredne bližine kongresnega centra. Na www.ssem-society.si si oglejte cenik nočitev z zajtrkom (v SIT in v EUR) – posebna ponudba velja le do 25. maja 2005.

HOTELSKE REZERVACIJE:

Udeleženci naj sobe rezervirajo pravočasno in neposredno na tel. 05/ 695-5104, 05/ 695-5106, na faks 05/ 674-6410, ali po pošti na naslov Hoteli Bernardin d.d., Obala 2, 6320 Portorož.

E-mail: hoteli.bernardin@siol.net,

internet: <http://www.h-bernardin.si>

Priporočamo zgodnje rezervacije!

Rok za rezervacije: 25. maj 2005.

POMEMBNI ROKI:

- Rok za pošiljanje izvlečkov: 31. marec 2005
- Rok za oddajo dokončnih prispevkov: 4. maj 2005
- Rok za predčasno prijavo: 1. junij 2005 (po tem datumu prijave in plačila le še na recepciji simpozija)
- Rok za rezervacije hotelskih sob: 25. maj 2005

Obiščite našo spletno stran: **www.ssem-society.si**

PRIJAVNICA ZA STROKOVNA SREČANJA

Zavod (podjetje)

Poštna številka in kraj

Ulica in hišna številka

Zavezanec za DDV DA NE (obkrožite) - Davčna številka

Telefon Kontaktna oseba:

Prijavnica za strokovno srečanje v kraju dne

z naslovom

Organizator

Prijava udeleženk/cev:

S podpisom prijavljena/ni
soglašam, da se moje ime,
priimek in delovna organizacija
posreduje sponzorjem.

IME IN PRIIMEK

DELOVNO MESTO Št. članske izkaznice

Kotizacijo z DDV v višini tolarjev je poravnana:

☐ Na poslovni račun NLB, posl. Tavčarjeva 7, Ljubljana - ZDMSZTS št.. 02031-0016512314,

sklic na številko 00 120 + (številka stroškovnega mesta sekcije)

nakazilo izvedeno dne

☐ Z gotovino na dan seminarja ☐ S čekom na dan seminarja

Datum prijave

ŽigPodpis odgovorne osebe:

Kategorizacija v osnovnem zdravstvu, prilagoditev patronažne dejavnosti izzivom sodobnega časa in dolgotrajna oskrba

mag. Brigita Skela Savič

Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego na svoji 21. seji v mesecu februarju ni bil sklepčen, zato zapisa o delu kolegija v januarju ni bilo v tretji številki Utripa. V tokratnem Utripu podajamo poročilo za 20. in 21. sejo. Zapisnika sta bila sprejeta na seji kolegija v mesecu marcu.

Na 20. seji kolegija, 19. 1. 2005 smo obravnavali naslednji dnevni red:

- Poročilo o napredku kategorizacije zdravstvene nege na področju osnovnega zdravstva (poročila Irena Vidmar)
- Razprava o dokumentu Zdravstvena reforma - odgovori na javno razpravo, cilj 4: Razvoj sistema celovite kakovosti
- Dogovori za pripravo vsebin in gradiv za najavo delovnega srečanja pri Ministru za zdravje
- Poročilo o izvajanju ankete med odgovornimi za zdravstveno nego v zdravstveni zavodih in socialno varstvenih ustanovah

Sprejeli smo naslednje pomembne sklepe in stališča:

Stalna delovna skupine za bolnišnično zdravstveno nego (kolegij glavnih medicinskih sester slovenskih bolnišnic) pri RSKZN pripravi, na osnovni kriterijev in meril za izbor strokovnjakov - izpraševalcev in izvajalcev v sistemu pridobivanja poklicnega certifikata za poklic tehnik zdravstvene nege, predlog kandidat/ov za do sedaj predlaganih 5 področij certifikatnega izobraževanja.

RSKZN imenuje ga. Ireno Vidmar za novo koordinatrico stalne delovne skupine pri RSKZN za področje kategorizacije zdravstvene nege za osnovno zdravstvo.

RSKZN pozove direktorje in glavne medicinske sestre zdravstvenih domov, da pristopijo k projektu razvoja in uvajanja kategorizacije zdravstvene nege za osnovno zdravstvo.

Pozove se sekcije (preko KOOSS-a) in odgovorne za zdravstveno nego v bolnišnicah (preko stalne delovne skupine RSKZN), da pošljejo pripravljene standarde dela v zdravstveni negi, ki so izdelani v takšni meri (na dokazih podprta zdravstvena nega), da bi jih bilo mogoče sprejeti na nacionalnem nivoju - na RSKZN. RSKZN bo predlagal skupine za oceno-recenzijo standardov na nacionalni ravni. Na ta način bomo pričeli s postavljanjem smernic za ključna področja dela v zdravstveni negi v državi.

21. seja RSKZN je potekala 16. 2. 2005. Obravnavan je bil naslednji dnevni red:

- Predstavitev rezultatov projekta z razpravo "Prilagoditev patronažne dejavnosti izzivom sodobnega časa" (Mateja Kožuh Novak, Marija Milavec Kapun, Robertina Benkovič)

- Predstavitev definicije z razpravo "Dolgotrajna oskrba" (Andreja Peternelj)

Seja ni bila sklepčna, zato nismo sprejemali sklepov, ampak smo pripravili predloge sklepov za sprejem na seji kolegija v mesecu marcu. Pomembna mnenja v razpravi pri obeh točkah dnevnega reda so bila:

Prisotne članice RSKZN se strinjajo, da predstavljen projekt "Modernizacija patronažne službe na področju mestne občine Ljubljana" vzporedno z ostalimi projekti daje iztočnice za: uresničitev smernic razvoja patronažne zdravstvene nege, možnosti spremembe načina plačevanja patronažne zdravstvene nege, uveljavljanje večje samostojnosti službe patronažne zdravstvene nege, uvedbo notranjih strokovnih nadzorov, uveljavljanje supervizije kot nujnega dela zagotavljanja kvalitete dejavnosti, uvedbo stalnega intersektorskega in interdisciplinarnega sodelovanja.

Prisotne članice RSKZN podpirajo razvoj projekta dolgotrajna oskrba in definicijo dolgotrajne oskrbe, ki jo je pripravila delovna skupina v sestavi: Andreja Peternelj, Martina Horvat, Darja Cibic, mag. Liljana Leskovic, mag. Brigita Skela Savič in prof.dr. Jurij Šorli. Diplomirano medicinsko sestro (dipl.zn.) vidijo kot edino ustrezno strokovnjakinjo, ki lahko prevzame vlogo koordinatorice ("case mnager") dolgotrajne oskrbe. Definicijo bomo predstavili v naslednji številki Utripa.



Internetna stran sekcije operacijskih medicinskih sester Slovenije

Barbara Luštek



PERIOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA

Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije napreduje pri doseganju zastavljenih ciljev. V prejšnjih letih je bil izdelan logotip sekcije, broška in zloženska. Želele smo se predstaviti tudi na svetovnem spletu in ostalim sodelavcem v zdravstveni negi prikazati svoje delovanje.

Po nekaj začetniških zapletih s pridobitvijo domene je spletna stran v mesecu novembru 2004 zaživela. Spletna stran je bila že predstavljena na strokovnem srečanju Operacijskih medicinskih sester Slovenije maja 2004 v Termah Rogaške. Najdete nas na spletnem naslovu www.somss.com.



Poleg splošnih podatkov o sekciji, njenih ciljih, zgodovini, stikih in povezavah s sorodnimi spletnimi stranmi vam ponujamo tudi seznam aktivnosti in objavo zbornikov z naših strokovnih srečanj. S tem želimo, da imajo dostop do strokovne literature tudi kolegice, ki se srečanj niso mogle udeležiti, in seveda vse tiste, ki jih zanimajo tudi druga področja zdravstvene nege.

Veseli bomo vsakega obiska spletne strani, prav tako tudi vaših komentarjev in predlogov. Zahvaljujem se vsem, ki so pripomogli k nastanku spletne strani.

POVEZAVE



EORNA
<http://www.eorna.org>

AORN
<http://www.aorn.org>

NATN
<http://www.natn.org.uk>

VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO
<http://www.vsz.uni-lj.si>

**VISOKA ZDRAVSTVENA ŠOLA
MARIBOR**
<http://sola.vzdr.uni-mb.si>

**ZBORNICA ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIJE - ZVEZA DRUŠTEV
MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE**
<http://www.zveza-dmszts.si>

Celostna obravnava starostnika

Marjeta Berkopec

Pa starost prileze na skrivaj in te trdo objame, razbije te in vrže v kraj, iz rok ti veslo vzame. (Hamlet, Shakespeare)

V lepem in mirnem okolju najmlajšega slovenskega mesta stoji Dom starejših občanov Trebnje, ki je septembra praznoval svojo peto obletnico. V začetku marca smo se na obisk povabile dolenjske medicinske sestre in zdravstveni tehniki. Poleg direktorice DSO Trebnje gospe Majde Ivanov nam je dobrodošlico zaželela tudi županja občine Trebnje gospa Marica Škoda. Šopku čestitk ob dnevu žena so se pridružili nežni zvoki violin s klavirsko spremljavo.

Postopek in dokumentacijo pri sprejemu in nastanitvi varovanca v DSO nam je predstavila direktorica DSO Trebnje Majda Ivanov, dipl. upr. org. Zaradi daljše življenjske dobe in naraščanja kroničnih bolnikov je prošnja za sprejem v dom vedno več, kot je njegova zmogljivost. V Sloveniji že 5 % ljudi, starejših od 65 let, potrebuje domsko oskrbo. Tudi v bolnišnicah se ležalna doba skrajšuje, domači pa pogosto ne zmorejo skrbeti za svojca, ki so ga odpustili iz bolnišnice, in tak človek navadno pride v dom. Tako se dogaja, da domovi vse pogostejše postajajo negovalne bolnišnice. Direktorica je podala pobudo za regijsko sodelovanje vseh zdravstvenih in socialno-zdravstvenih zavodov in reševanje te naraščajoče problematike. Marija Petek, dr. med., spec. spl. med., je orisala možnosti zdravljenja pri poslabšanju zdravstvenega stanja oskrbovanca. Strokovni del srečanja je zaključila Hermina Smole, dipl. med. ses., s predavanjem o pogojih

in možnostih izvajanja zdravstvene nege v socialno-varstvenem zavodu. Kot vodja zdravstvene nege in oskrbe v DSO Trebnje se pogosto srečuje s kadrovskimi normativi na eni in dejanskimi potrebami na drugi strani. Kako z znanjem iskati vedno nove odgovore na vedno nova vprašanja, je lepo opisala v svojem prispevku Prehojena pot ali kako prav delati, ki je izšel v domskem glasilu Naši skupni dnevi: "Kako oblikovati sistem dela, ki bo dovolj natančen da ne bo nihče spregledan? Kako prelistati pravila ustanove in stanovalcem ponuditi dom? Kako sestopiti s položaja moči – češ, mi že vemo, kaj je dobro za vas – in slišati želje in pričakovanja naših uporabnikov? Kako prepoznati in ponuditi prave rešitve vsem tistim, ki želja ne znajo, ne morejo ali celo ne želijo na glas povedati, so pa zapisane v očeh, povedane z dotikom ali izkričane v dejanjih nemoči? In kako povezati svet vživljanja in človečnosti s svetom kadrovskih normativov, pravili oblikovanja cen, togimi zakonskimi predpisi in zraven ohraniti neokrnjenost posameznika?" S takimi in podobnimi vprašanji se medicinske sestre vsak dan srečujemo pri svojem delu.

Po ogledu resnično lepega doma je sledilo družabno srečanje ob bogato obloženi mizi. Povabiti na obisk in pogostiti več kot dvesto ljudi ni kar tako. V imenu DM-SZT Novo mesto se zahvaljujem gostiteljem za prijazen sprejem.

Redno letno srečanje enterostomalnih terapevtk Slovenije v Hotelu Mons

Renata BATAS

Kot vsako leto smo se 14. decembra 2004 sestale enterostomalne terapevte iz vse Slovenije v hotelu MONS. Delovno vzdušje se je intenzivno razvijalo, kljub pomirjajočemu vplivu sobe Zen, ki ima razgled proti zelenici ob gozdu. Seveda, letošnja zima je bila malce muhasta, takrat brez snega. Srečanje je potekalo po naslednjem dnevnem redu:

- ga. Suzana Majcen Dvoršak, viš.med.ses., et, je s predstavitvijo power-point prikazala in razložila, kako potekajo priprave na svetovni kongres enterostomalnih terapevtov, ki bo leta 2008 v Sloveniji. Nekateri člani organizacijskega odbora za svetovni kongres so bili v zvezi s tem zelo aktivni že na svetovnem kongresu v Braziliji. Podala nam je nekaj utrinkov še od tam;

- ga. Renata BATAS, dipl.m.s., se je v začetku decembra 2004 udeležila sestanka Evropskega združenja enterostomalnih terapevtov (ECET) v Newcastlu v Veliki Britaniji. Predstavila je novosti v zvezi z delovanjem združenja, njihov logotip, predstavitevno zloženko, seznanila enterostomalne terapevte v zvezi s članstvom, prijavi, članarino, pripravo spletne strani ECET in nadaljnimi načrti združenja;



- Enterostomalnim terapevtkam smo dali pobudo, da bi bilo dobro naše dosežke večkrat objavljati tudi v časopisu svetovnega združenja WCET. Posredovali smo jim navodila za pisanje člankov v WCET in zborniku ZZBNS – ZDMBZTS;

- razgovori so potekali na temo izdelave standardov za inkontinenco;

- pogovori so potekali v zvezi s predlogi in mnenji glede organizacije spomladanskega srečanja sekcije medicinskih sester v enterostomalni terapiji. Zbirali smo mnenja glede teme tega srečanja, kraja dogodka ...

Srečanje se je zaključilo uspešno, kljub deževnemu zimskemu dnevu. Veliko nas je menilo, da bi morale medicinske sestre enterostomalne terapevte več raziskovati na svojem področju dela in biti bolj aktivne, kar se tiče podajanja izkušenj, uspehov drugim kolegicam tudi v pisni obliki, to je s pisanjem člankov. Želimo si tudi, da bo ob svetovnem kongresu enterostomalnih terapevtov v Sloveniji, leta 2008, za govorniškimi odrom tudi čim več naših enterostomalnih terapevtk. Želeli bi, da tudi kolegice iz drugih dežel sveta vidijo, da enterostomalna terapija pri nas nikakor ne zaostaja za drugimi.

Učna delavnica o (ne)nasilju

Saša Horvat



Iz učne delavnice o (ne)nasilju v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec

V Sloveniji v zadnjem času nastajajo številni projekti proti nasilju vseh vrst, vse več jih je in vedno bolj pestri postajajo. Če je bilo ugotavljanje in preprečevanje nasilja v preteklosti vedno mukotrpno delo in domena zgolj nevladnih organizacij, zdaj ni več tako. Nekoč izključno prostovoljnemu delu se pridružuje vedno več usposobljenih strokovnjakov in strokovnjakinj, pri čemer nismo izvezeti zaposleni v zdravstveni negi.

Način, kako se je razvijalo predavanje v splošni bolnišnici Slovenj Gradec, 12. marca, na sobotno dopoldne, ki je sicer vedno idealna priložnost za pripravo na obisk kakšne izmed večernih prireditev, je tisti, zaradi katerega sem se odločila napisati in vsemu dogajanju ob rob dodati nekaj razmišljanj in besed.

Povabilu predsednice DMSZT Slovenj Gradec, Petre Štigl, da tudi na Koroškem organizirajo delavnico o (ne)nasilju in tako obogatijo znanje zaposlenih v ZN, so se prijazno odzvale Irena Špela Cvetežar, predsednica delovne skupine za nenasilje v ZN, Monika Ažman, predsednica DMSZT Gorenjske in članica delovne skupine za nenasilje v ZN, Dora Lešnik - Mugnaioni, vodja društva SOS telefon, Špela Veselič, strokovna sodelavka društva SOS telefon, in Barbara Jovanovič, študentka andragogike. Že njihov uvodni pozdrav je najavil pestro, delovno in konstruktivno naravnano sobotno dopoldne.

Delavnica je bila zastavljena v dveh delih, vsebino prvega bi lahko združila v en sam stavek: »Naučimo vzpodbuditi sebe in druge pogledati vase, se izprašati in poiskati skrite globine nezavednega, zato da bi znali raziskati in zaznati pojave, ki povzročijo problem uporabe moči nad šibkejšim in naučimo se poiskati najboljšo možno rešitev za svoje in skupno dobro, ko se tak pojav zgodi.«

Monika Ažman in Irena Špela Cvetežar sta bili že v uvodnem delu prepričljivi s svojo filozofijo, da zaposleni v ZN zmoremo biti razumni, socialno prilagojeni in srečno razviti znotraj meja svojih potencialov, da je treba socialno neprilagodljivost, neobičajne in škodljive odnose, čudaštvo in grobost preprečevati in se proti njim boriti.

Zamislila sem se ob dejstvu, da smo pri uveljavljanju svojih vrednostnih sistemov, še posebej, kadar jih uveljavljamo pri drugih, nehote in žal tudi zaradi nevednosti premalo previdni. Premalokrat se zavedamo, da so cilj individualnih in kolektivnih prizadevanj različni ljudje v različnih časih. In da smo med te vpleteni tudi sami. Da je naša poklicna dejavnost tako ali drugače namenjena zdravju in blaginji človeštva in da so naša prizadevanja, pomagati bolnim, nesrečnim, osamljenim, tistim, ki se ne znajdejo, ki so nekako skrenili s poti, specifično usmerjena, vemo. Na to so nas v drugem delu spomnile Dora



Medicinska sestra v pogovoru z bolnico – žrtvijo nasilja (igra vlog)

Lešnik - Mugnaioni, Špela Veselič in Barbara Jovanovič, ki so hkrati pojasnile, da se v duši mnogih, ki se aktivno vključujemo, »da bi pomagali človeštvu«, poleg pripravljenosti in dolžnosti »pomagati« pojavlja tudi sla po moči in zadovoljstvu nad onemogočanjem šibkejših, ranljivih...

Problem »sence moči« je namreč pri našem delu menda še posebej pomemben takrat, ko skušamo uveljaviti željo, delovati proti nezdravim družinskim razmeram, se prilagajati neprilagojenim, uveljavljati na vsakem koraku in vsak dan znova tisto, kar naj bi bilo za ljudi »pravilno in zdravo«. Pri tem pa velikokrat to počnemo takrat, ko posamezniki tega sploh ne želijo. Ob odkritem pogovoru in zelo zanimivih igrah vlog so se nam porajala vprašanja o tem, kolikokrat se nam zgodi, da na svoj način pogostokrat vsiljujemo naš pogled na življenje, najsi se bolniki s tem strinjajo ali ne, in o tem, ali kdaj, če sploh, odkrijemo nezavedno težnjo po moči, ki dobi prosto pot, kadar se pojavi pod krinko objektivne in moralne pravilnosti?

Beremo lahko, da se medicinske sestre in zdravstveni tehniki pri svojem delu že zelo dolgo srečujemo z žrtvami nasilja in s storilci nasilnih dejanj, celo sami med seboj smo prevečkrat povzročitelji horizontalnega nasilja. Toda, koliko se nasilja sploh zavedamo? Imamo dovolj znanja, da bi se znali poglobiti v probleme tega specifičnega področja in poiskati možne rešitve? Ali res vemo dovolj?

Izkušnje pri delu kažejo, da o nasilju na splošno vemo premalo, zato se v svojem strokovnem okolju soočamo s pomanjkljivim znanjem in usposobljenostjo, zaradi česar težave spregledamo, jih zato nehotе preskočimo, se jim izognemo...ali pa jih celo napačno razumemo. Toda če vemo, da nasilje ni več vprašanje samo ene poklicne skupine, in zaslutimo, da je prišel čas, ko moramo nehati govoriti o krivdi in se predvsem začeti spraševati, kaj

lahko naredimo sami in skupaj, se zazdi, da lahko damo našemu medsebojnemu komuniciranju na vseh ravneh, ne samo pri delu, priložnost za spravo. Ob kvalitetnejšem razumevanju sočloveka bo tako lahko tudi nasilja manj.

Omenjeno predavanje in učna delavnica sta dala vpogled v bistvena vprašanja pri obravnavi nasilja vseh vrst. Na eni strani posameznice, povezane z nasiljem – in o tem, kaj nasilje nad ženskami sploh je, kako se pojavlja, kakšne oblike pomoči so v Sloveniji na voljo, na kaj moramo biti pri obravnavi morebitne žrtve in morebitnega nasilneža pozorni, kako se znebiti stereotipov, da je nasilje nad ženskami in otroki do neke mere družbeno sprejemljivo, in tega, da nasilje nad ženskami ni zasebna zadeva.

Strinjali smo se z ugotovitvijo, da bi se vsi ukrepi in strategije celostne obravnave bolnice v smislu odpravljanja nasilja morali izvajati glede na potrebe prizadete ženske, naš cilj pa bi za njeno splošno dobro moral biti eliminacija nasilja nasploh. V redu in prav. Toda, ali to znamo?

Da bi razumeli pomembnost medsebojnih odnosov, smo z igro vlog preučili akcijo in reakcijo med tremi subjekti. Eden je zastopal bolezen, drugi zdravljenje, tretji – nevtralen, je položaj reševal. Preizkušnja je pokazala na nekakšen orientalski potentat posameznika – bolnika v odnosu z medicinsko sestro in njeno majhnostjo, nemočjo, neizkušenostjo, ter reševanjem konflikta, kot ga obravnava izkušena tretja oseba, ko je ta že nastal, pa tudi na dobre igralske sposobnosti udeležencev. Napisano na rob, podrobno smo preučili nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu ter način obravnave, ko ta postane žrtev nasilja. Igra vlog je pokazala, da se med ljudmi dogaja veliko več, kot povedo besede in dejanja.

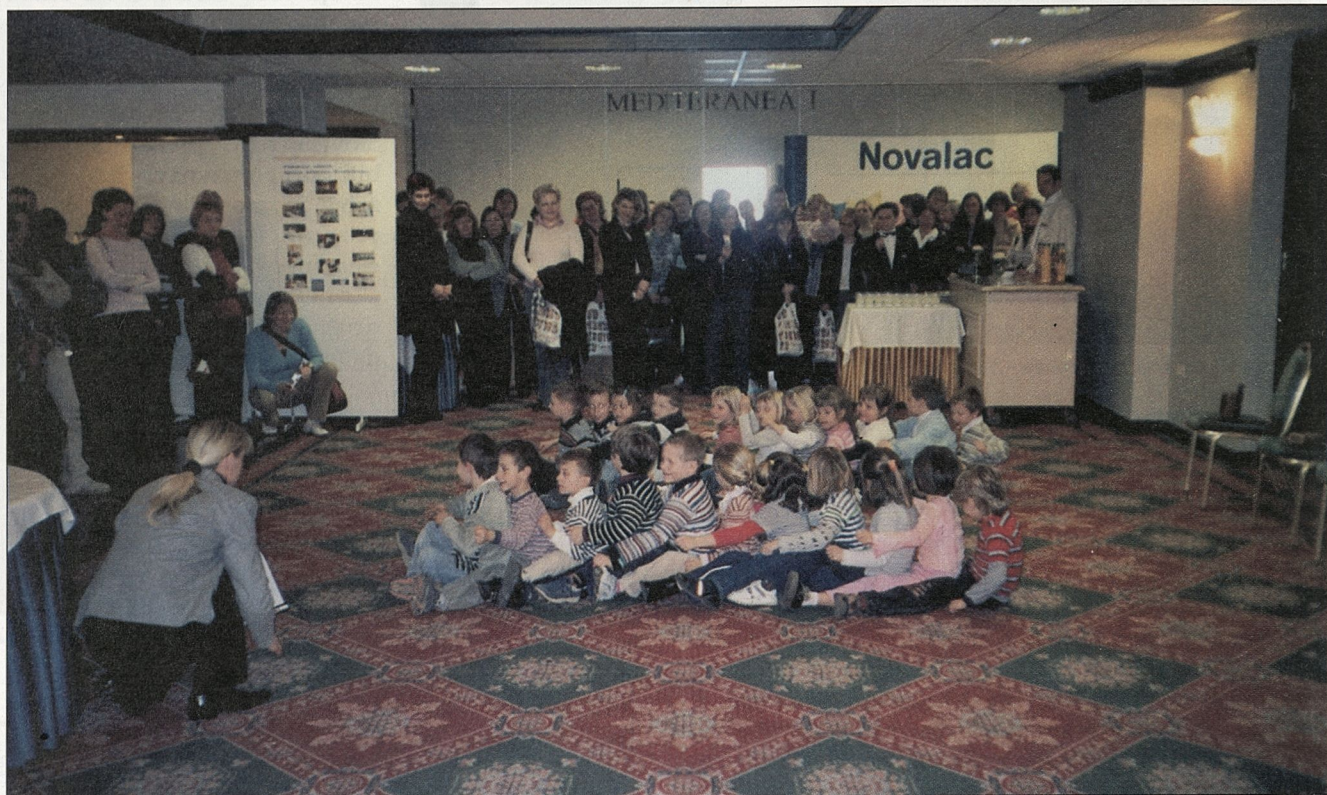
Definicij nasilja je neskončno veliko ... Toda najsi bo kakršnokoli, pomembno je upoštevati individualni vidik posameznika do tega pojava. In ne glede na obliko nasilja je za njihovo odpravljanje zelo pomembno razumevanje nasilja kot družbenega pojava. Menim, da smo na sobotnem srečanju naredili v tej smeri korak naprej.

Lahko dodam samo še to, da smo se naučili in da vemo več. Kako nam je to uspelo? Z učno in poučno delavnico tisto sobotno dopoldne, ki je sicer vedno idealna priložnost za pripravo na obisk kakšne izmed večernih prireditev. Priložnost za kvalitetnejše razumevanje sočloveka in bolj kakovostno ravnanje takrat, ko se zgodi nasilje, je bila ponujena. Tisti, ki smo jo izkoristili, smo zadovoljni. Predvsem zato, ker jo bomo lahko koristno uporabili za bolj kakovostno delo, sami s seboj in z drugimi.

Vizija pediatrične zdravstvene nege in novosti na področju besežiranja

Anica Vogel

Portorož, 10. in 11. marec 2005



Nastop otrok iz VVZ Mornarček iz Pirana.

S pomladansko srečanje sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji se je odvijalo v Portorožu. Na začetku so nas pozdravili in se nam predstavili otroci VVZ Mornarček iz Pirana. Pozdravili so nas: direktor in odgovorna medicinska sestra Zdravstvenega doma Koper g. Metod Mezek in ga. Boja Pahor, v imenu Splošne bolnišnice Izola pa ga. Metka Žugelj, in nam zaželeli uspešno delo.

Vizijo medicinskih sester v pediatrični zdravstveni negi (PZN) je najprej predstavila **Minja Petrovič**, prof. zdr. vzg. MS se v PZN uveljavlja kot uspešna in ugledna oseba. Subspecialnosti za MS v PZN narekuje različne stopnje izobrazbe, spretnosti in sposobnosti. Vodenje zdravstvenega tima je usmerjeno v doseganje kvalitete dela vseh članov, delo temelji na strokovnih standardih, obstaja tekmovalnost. Delo s starši odlikuje naše delo in je za MS zahtevno. Za razumevanje čustvovanja in vedenje staršev ni pomembna samo empatija, ampak tudi znanje, ki ga pridobimo z izobraževanjem. Družinski člani lažje premagajo stres in žalost, če jih zna MS ustrezno spremljati. Odgovornost prve razpoznavne vedno,

ko se stanje pri otroku spremeni ali poslabša, hitro in pravilno ukrepanje do prihoda zdravnika. Delo v EIT je stresno, pomembna je krepitev prostega časa. Moralna etična drža in strokovna rast – ne gre brez spoštovanja etičnih prvin in moralnih odlik. Partnerstvo pri zdravljenju bolnih otrok – otrok, starši, MS, zdravnik, interes posameznika je, da otrok čimprej ozdravi. Partnerstvo dosežemo z enakopravnim odnosom, vsak po svojih zmogljivostih pripomore k ozdravitvi otroka.

Definicijo medicinske sestre v pediatrični zdravstveni negi z vidika evropskega združenja pediatričnih medicinskih sester je predstavila **Beisa Žabkar**, dipl.m.s., univ. dipl. org. Potreba po ZN je univerzalna. Pediatrična MS – mi je nimamo, nimamo študijskih programov (znanje iz ZN dojenčka, otroka in mladostnika). Naloge Evropskega združenja PMS so, da se povežemo zaradi izmenjave standardov, izobraževalnih programov, da se **iz pasivnosti spremenimo v aktivno vlogo** (zaščita otrokovih pravic, podpora ZN otroka, prepoznavanje in ugotavljanje otrokovih in družinskih potreb, skrb za otroke vseh starosti, specifična in individualna obravnava). Uvajanje

direktiv v EU: – povečano število ur ZN v času študija neposredno z bolnikom, – večje upokojevanje MS v prihodnjih 10–15 letih, – soočili se bomo s pomanjkanjem MS, – PZN mora **stremeti k odličnosti**, – potrebno je posodabljanje pediatrično ZN.

Celostni pristop v zdravstveni negi pri obravnavi otrok s kronično boleznijo je predstavila **Majda Oštir**, viš.med.ses. Poudarila je pomen timskega dela; je profesionalno, zahteva vrhunsko strokovno znanje vseh članov tima. Medicinska sestra se aktivno vključuje v proces zdravljenja s kontinuirano zdravstveno nego. Glede na potrebe izdelava učni načrt, upošteva načelo življenjskosti (postopke prilagaja domačemu okolju), učenje pa izvaja tako dolgo, da starši in otrok aktivnosti izvajajo pravilno in samostojno. Ob odhodu dobijo napisana individualna navodila z načrtom zdravljenja, prepoznavanjem znakov poslabšanja, ukrepanje in telefonske številke. Kot primer nam je praktično predstavila pacientko s cistično fibrozo.

Program vzgoje in izobraževanja otrok in mladostnikov v šolskem dispanzerju je predstavila **Vlasta Femc**, viš.med.ses. Namen sistematičnih pregledov šolskih otrok in mladostnikov je spremljanje rasti in razvoja, ugotavljanje telesnega in duševnega zdravja zaradi zgodnjega odkrivanja bolezni. V ta okvir sodi tudi zdravstvenovzgojno delo, s podatki, katere vsebine so prilagojene starosti otrok oz. mladostniku in aktualnim vprašanjem in težavam. Cilj ZV je spodbujati ljudi k doseganju in ohranjanju zdravja, naučiti preprečevati bolezni, izvajati samopomoč. Predstavila nam je delo šolskega dispanzerja v zdravstvenem domu Novo Mesto.

Pomen standardov za izboljšanje kakovosti v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Celje je predstavila **Darja Plank**, prof. zdr. vzg. Prikazala nam je postopek pisanja standardov (od pobude do sprejetja na kolegiju). Negovalni standard je kriterij, s katerim vrednotimo učinkovitost ZN.

Standardi v primarni zdravstveni negi – zakaj jih ni? sta pripravili **Tamara Lubi**, dipl.m.s., univ. dipl. org., in **Ivanka Limonšek**, dipl.m.s., univ. dipl. org.. Ugotavljata, da je največ standardov v ZN narejenih na področju sekundarne in terciarne ZN in da jih v primarni ZN še ni. Ugotavljata vzroke, kot so preobremenjenost pri delu, nizki kadrovske normativi, ni organizacijskih teles za koordinacijo in vodenje, ni motivacije ne finančne podpore in ni podpore managementa. Spoznavata, da je pisanje standardov ZN zelo kompleksno delo, ki ga ni moč opraviti ob rednem delu in brez organiziranega pristopa.

Oblikovanje standardov pediatrične ZN, kaj je minimum in kdaj odličnost, je predstavila **Matja Koren**, dipl.m.s. Pri oblikovanju standardov morajo sodelovati ljudje s praktičnimi izkušnjami in ustrezno strokovno usposobljenostjo. V ZN poznamo tristopenjski sistem zagotavljanja kakovosti: minimalni – vsi pacienti oskrbovani po rutinski shemi; optimalni – ZN načrtovana, pacient in svojci niso vključeni v načrtovanje in vrednotenje; odlična ZN, ki ji ustrezajo maksimalni standardi – ZN je načrtovana in vrednotena skupaj z bolnikom in svojci. **Samo dobro in ustrezno oblikovani standardi, ki slonijo na sodobni ZN in rezultatih najnovejših raziskav ob ustrezno usposobljenih kadrih, vodijo k doseganju odličnosti.**



V penzionih in gostinstvu, so »Majhni velikani Miele« odlična rešitev za nego perila. Z zmogljivostjo 5 ali 6 kg suhega perila se odlikujejo po profesionalni opremi in sicer, z visoko močjo gretja, vzdržljivejšimi amortizerji, kratkem času delovanja, ter pralnim sistemom »Hydromatic« za manjšo porabo vode.

Zastopa in prodaja:
Miele d.o.o., Brodišče 15, 1236 Trzin
gsm: 041 66 88 69
e-pošta: misa.mojcen@miele.si

Miele
vse drugo je kompromis

Oblikovanje pediatričnih standardov za zagotovitev kakovostne ZN je predstavila **Gordana Rožman**, dipl.m.s. Prikazala je standard odvzema seča pri dojenčku in malem otroku z zbiralnikom seča za zadnji curek.

Sledile so **učne delavnice** in sicer:

Higiena rok – Darja Ratajc, dipl.m.s.

Uporaba zaščitnih sredstev in čiščenje delovnih površin – Olivera Rakovič Bošnjak, viš.med.ses., in Metka Žugelj, viš.med.ses.

Intramuskularna aplikacija zdravila – Darja Plank, prof. zdr. vzg.

Ukrepi ob izolaciji – Katja Dovjak, dipl.m.s. in Andreja Černoga, ZT.

Tuberkulozo pri otroku je predstavila **Andreja Borinc Beden**, dr. med. Otroci z aktivno TBC niso kužni, potrebno je iskati odrasle bolnike iz otrokove okolice. Če otrok zboli, ga mora pregledati pediater, ki opravi tuberkulinski test (Mtx) in rtg. pc. Ločimo tri stopnje bolezni:

TBC kontakt – otrok v stiku in ima Mtx neg., ponovimo ga čez 3 mesece. Latentna TBC okužba – otrok v stiku, ki ima Mtx pozitiven in normalen rtg. pc. Aktivna TBC – otrok ima klinične ali rtg. znake bolezni. Klinična slika se kaže s povišano temperaturo, neješčnostjo, hujšanjem, utrujenostjo, potenjem in kašljem. Zdravljenje latentne TBC je antibiotično – dvotirno 3 mesece. Otroci, stari manj kot 6 let, ki so bili v stiku, Mtx imajo neg., prejema-jo kemoprofilakso. Mtx ponovimo po 3 mesecih od zadnjega stika in, če je ta neg., zdravljenje prekinemo. Če gre za spremembe na rtg. pc., uvedemo 6-mesečno zdravljenje (prva 2 meseca trotirno, 4 mesece pa dvotirno antibiotično zdravljenje). Pogoji za ukinitev BCG – letna incidenca manj kot 5 (Slo 4,5 na 100 000 preb.), tveganje za TBC je majhno.

V Sloveniji bomo sedaj cepili otroke, katerih družine v zadnjih 5 letih prihajajo iz držav, kjer je incidenca TBC visoka, in otroke, rojene materam z aktivno TBC.

Primarno zdravstveno nego družine bolnika s TBC je predstavila **Nada Pogačar**, viš.med.ses.. Predstavila nam je simptome in odkrivanje bolezni, postavitev diagnoze in zdravljenje. ZV je individualno delo, pridobiti si moramo zaupanje, poznati znanje bolnika, odnos do bolezni in okolja ter vključiti družinske člane. Predstavila je tudi izvedbo tuberkulinskega testiranja.

Skrb patronažne medicinske sestre za otroka in družino ob pojavu TBC nam je predstavila **Magda Brložnik**, viš.med.ses. Predstavila je preventivno in kurativno dejavnost patronaže, ZV delo v lokalni skupnosti in v družini z aktivno TBC. Življenjske aktivnosti pri bolnikih načrtujejo in izvajajo po V. Henderson (dihanje, prehranjevanje, izločanje in odvajanje, ...). Prav tako je povedala, da imajo patronažne medicinske sestre izdelano zelo dobro dokumentacijo zdravstvene nege in posredujejo informacije o izvajanju svojega dela z listom kontinuirane zdravstvene nege. S tem zagotavljajo zelo visoko kvaliteto dela in izmenjavo informacij ter nas vodi k odličnosti. Poudarila je pomen sodelovanja med sekcijskimi in z vsemi ostalimi ustanovami.

Spretnosti in izzivi zaposlenih pri delu s starši bolnih otrok in mladostnikov je predstavila mag. **Jožica Peterka Novak**, viš.med.ses., prof. soc. ped.. Smisel in vsebina dela zaposlenih v ZN je poleg zahtev stroke tudi izpolnjevanje pričakovanj uporabnikov (bolnih otrok, njihovih staršev in svojcev). Predstavila je dinamiko medsebojnih odnosov v stiku s starši, motivacijske postopke, pravila vedenja, psihosocialno klimo v bolnišnici, prisotnost staršev in prepotrebna dodatna znanja. Bolezen prizadene osebnostni razvoj otroka. Delo s starši v ZN predstavlja višjo stopnjo zahtev sodobne zdravstvene nege. Delo z bolnim otrokom v prisotnosti staršev vnaša v ZN veliko odgovornosti, izzivov, stisk, zapletov in optimizma. Naša dolžnost je, da zdravljenje in bivanje organiziramo na najbolj prijeten, kratkotrajen in kakovosten način.

Sledile so **predstavitve posterjev** in sicer:

Zdravstvena vzgoja v šolskem obdobju – Kopraska občina – Tatjana Bočaj, viš.med.ses.

Izobraževanje zdravstvenih tehnikov za boljši jutri naših otrok, Zdenka Vogrič, dipl.m.s. Sobivanje – Karla Bogožalec, viš.med.ses.

Vizija zdravstvenovzgojnega dela s starši otrok z atopijskim dermatitisom – Mateja Hren, viš.med.ses., univ. dipl. org., in Tadeja Hafner Piskač, dipl.m.s.

Pediatrični oddelek Splošne bolnišnice Slovenj Gradec – Anica Vogel, dipl.m.s.

Standardi ZN – kje smo? – Jožica Trstenjak, dipl.m.s.

In še nekaj pomembnih sklepov srečanja, ki jih je podala predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji ga. Beisa Žabkar:

1. VIZIJA

- Sodelovati in izboljšati medregijsko sodelovanje;
- Oblikovati negovalno poročilo;
- Enotni programi vzgoje in izobraževanja.

2. STANDARDI

- Bolnišnični standardi se lahko prilagodijo primarni ravni;
- Standard predstavlja kritje in prihodnost v zdravstveni negi;
- Ustanoviti skupino za standarde na primarni ravni;
- Premakniti izvajanje zdravstvene nege od optimalnosti k odličnosti.

3. TUBERKULOZA

- Besežiranje se bo ukinilo;
- Družino lahko napotimo brez napotnice v Dispanzer za pljučne bolezni;
- Zelo nam je dobrodošel list kontinuirane zdravstvene nege, ki ga vodijo patronažne medicinske sestre.

4. IZZIVI PRI DELU S STARŠI

- Zdravstvena vzgoja staršev in otrok je zahtevna naloga;
- Znanje, izkušnje, pogovor so najpomembnejši dejavniki v poklicu medicinske sestre;
- Potrebujemo supervizijo.

Biti ženska - prednost ali ovira?

Petra Kersnič

Po nekaterih virih segajo prva praznovanja 8. marca – mednarodnega dneva žensk, v leto 1911 v Avstriji, Nemčiji, Danski, Švici in pri nas. Takratne razmere so v ospredje postavljale zahteve pravice voliti in biti izvoljene, pravico do dela in zaposlitve, do poklicnega izobraževanja in ukinitve diskriminacije žensk na delovnem mestu. Uresničevanje teh zahtev je bilo dolgotruden boj. Med prvimi državami, kjer so ženske dobile volilno pravico, je bila Finska z letom 1906, Norveška v letu 1913, Danska 1915, Rusija 1917, Nemčija 1918, ZDA 1920, Velika Britanija 1928, Francija 1944 in Švica 1971. Globalizacija je zagotovo posegla tudi v svet žensk – zdaj končno priznано vprašanje nasilja, še posebej nad ženskami, ni več tabu in s tem, ko se vprašanje priznava, se hkrati tudi iščejo poti reševanja.

Minili so časi, ko bi samo enkrat na leto govorili o ženskah. A ni na nas samih, da si 8. marec naredimo vsak dan s tem, ko svojo enakopravnost izkazujemo na delovnem mestu, doma v družbi. Včasih razmišljam, da smo prevečkrat čakale na ta dan in takrat povedale, kaj vse bi želele drugače. Ustvarjanja položaja žensk v družbi ni mogoče v celoti pričakovati od zakonskih določil, navodil, pravil, z ženskimi kvotami in še s čim – enakovrednost je potrebno živeti, ustvarjati, se izobraževati in nemalokrat iti na pot izzivom naproti. Tisto, kar ima v rokah država, so pogoji in skrb za ustrezne socialne transferje – varstvo, zdravstvo, razmere življenja za družine in še bi lahko naštevale – veliko je v naših rokah. Obstajajo le vprašanja, ali svojo žensko vlogo jemljemo kot prednost ali nas ovira, ali imamo pogum in sposobnost iti v boj in kdaj tudi izgubiti, ali si priznamo, da so mnoge stvari vsaj na začetku odvisne od nas, ali smo se pripravljene učiti, poučiti, posvetovati, deliti – na vse to si moramo najprej odgovoriti same.

In kot piše v knjigi Velike ženske v zgodovini, je od časov Adama in Eve polovica ljudi žensk. Zgodovina je pisana in narisana tudi z žensko roko – za ustvarjanje umetnosti in literature, za vloge monarhinj in vladaric, znanstvenic in političark so jim bile v oporo sreča, modrost, pogosto pa tudi denar.

Na spletnih straneh Statističnega urada R Slovenije, WWW.stat.si, so ob Dnevu žena pripravili kratko predstavitev podatkov o ženskah v Sloveniji in kronologijo pridobivanja pravic in drugih pomembnih dogodkov v zgodovini žensk na Slovenskem. Da bi vedeli kaj ali več o teh podatkih, sem jih nekaj povzela.

Konec septembra 2004 je v Sloveniji živelo 1 020 432 žensk, to je dobrih 51 % celotnega prebivalstva. Ob Popisu 2002 je bila dobra polovica žensk, starih 15 let ali več, poročenih, ena tretjina je bilo samskih, vsaka 8. je bila vdova in vsaka 20. je bila razvezana. 42 092 žensk je živelo v zunajzakonskih zvezah – med njimi 73,4 % samskih, 14,8 % razvezanih, 7,1 % ovdovelih in 4,7 % sicer še

uradno poročenih. Med ženskami v tej starostni skupini je bilo 89 683 samohranilk.

Konec leta 2003 je bilo v Sloveniji 13 205 tujk, to je 1,3 % vseh prebivalk Slovenije; med njimi je bilo največ državljanek Bosne in Hercegovine (5166) in državljanek Hrvaške (2312). V istem letu se je k nam priselilo 3050 žensk (32,9 % vseh priseljenih), med njimi 574 državljanek Slovenije in 2476 tujk. Med priseljenimi tujkami je bilo največ državljanek Bosne in Hercegovine (19,8 %) in Makedonije (18,5 %). Priseljenka je bila v povprečju stara 32,9 let.

Leta 2003 je bilo med novorojenčki v Sloveniji 8391 živorojenih deklic; v istem letu pa je v Sloveniji umrlo 9376 žensk. Umrle so bile stare v povprečju 77,2 leta, vsaka 4. je umrla zaradi boleznih srca (2301), vsaka 25. pa zaradi raka na dojki (372). Samomor je bil vzrok smrti za 122 prebivalk. Po izračunih bodo deklice, rojene v obdobju 2000–2002, živele 80,7 leta.



Še pred tridesetimi leti je ženska v Sloveniji prvega otroka rodila v povprečni starosti 22,8 leta in imela v povprečju v rodni dobi 2,1 otroka, leta 2003 pa je bila ženska, ko je povila prvega otroka, stara v povprečju 27,3 leta in je imela v rodni dobi le 1,2 otroka. Leta 1974 se je v povprečju prvič poročila pri 22,7 letih. Trideset let pozneje pa je bila ob prvi poroki v povprečju za 4,8 leta starejša.

Po podatkih iz Popisa 2002 je bilo med ženskami, starimi 15 let ali več, 47,9 % žensk s srednjo izobrazbo in 13,3 % z višjo in visoko izobrazbo. V isti starostni skupini je bila polovica žensk aktivnih, od tega 85,2 % delovno aktivnih in 14,8 % brezposelnih.

V šolskem letu 2003/2004 je bilo na dodiplomski in podiplomski študij vpisanih 59 367 žensk ali 56,9 % vseh vpisanih študentov in vsaka druga se je vpisala na študij družbenih, poslovnih ved oz. prava. Leta 2003 je diplomiralo 8494 žensk, to je 61 % vseh diplomantov, in dobili smo 152 doktoric znanosti, kar je bilo 41,4 % vseh, ki so leta 2003 doktorirali.

Med srednješolskimi učitelji je bilo leta 2002 64,4 % žensk, med višješolskimi in visokošolskimi predavatelji pa je bila le vsaka 3. ženska.

V letu 2002 je bila njena mesečno bruto plača (223.921 SIT) za 12.042 SIT nižja od povprečne mesečne bruto plače v Sloveniji.

V gospodinjstvu (družini) se je v le enem pogovornem jeziku sporazumevalo 93,6 % žensk in od tega 98,5 % v slovenskem jeziku, 0,3 % v bosanskem in po 0,2 % v srbsko-hrvaškem ali srbskem. Le 4,2 % žensk v gospodinjstvu (družini) je uporabljalo dva pogovorna jezika. Po veroizpovedi se je v Popisu 2002 opredelilo 66,3 % žensk, od tega 92,2 % za katoliško, 3,2 % za pravoslavno in 3 % za islamsko veroizpoved. 15,2 % jih na vprašanje o veroizpovedi ni želelo odgovoriti.

59,9 % žensk v Sloveniji je ob Popisu 2002 stanovalo v samostojno stoječi hiši, ena tretjina pa v večstanovanjskih stavbah. Povprečna površina stanovanja, v katerem je živela ženska s člani družine ali gospodinjstva, je znašala 82 m²: v mestnih naseljih je ta površina znašala 75 m², v nemestnih naseljih pa 89,5 m². Skoraj 4 % stanovanj, v katerih so prebivale ženske, ni imelo kopalnice in stranišča na izpiranje. Manj kot odstotek žensk je stanovalo v stanovanju brez kuhinje.

Kronologija pomembnejših dogodkov v zgodovini žensk na Slovenskem

Kronologija pridobivanja pravic žensk oziroma pomembnejši dogodki v zgodovini žensk na Slovenskem

Leto	Pravica oziroma dogodek
1848	Fany Hausman objavi svoje pesmi v Celskih novinah in v prvem slovenskem političnem listu Slovenija.
1871	Ministrstvo za znanost z odlokom ustanovi državno žensko učiteljišče v Ljubljani.

Leto	Pravica oziroma dogodek
1872	V službo sprejeta prva poštna uradnica.
1896	Ustanovljena višja dekliška šola.
1897	Začne izhajati prvi ženski časopis Slovenka.
1898	Ustanovljeno prvo žensko društvo.
1905	Prva ženska sprejeta v službo na ljubljanskem magistratu.
1906	Marija Urbas kot prva Slovenka doktorira (iz filozofije) na Univerzi v Gradcu.
1920	Ana Mayer Kansky kot prva Slovenka obrani prvi doktorat na Univerzi v Ljubljani.
1942	Uzakonjena splošna volilna pravica (pravno-formalno leta 1945).
1942	Izvoljena v parlament prva članica. 1945 Izvoljena prva ministrica.
1973	Ob dnevu varnosti sprejmejo v slovensko milico prve miličnice (šest).
1974	V ustavi SFRJ sprejeto določilo o svobodnem odločanju o rojstvu otrok.
1977	Uzakonjena pravica do umetne prekinitve nosečnosti.
1977	Opravljen prva umetna oploditev.
1986	Porodniški dopust traja eno leto.
1989	V Ljubljani začne delovati prvi telefon SOS za ženske in otroke – žrtve nasilja.
1992	Pri Vladi RS začne delovati Urad za žensko politiko.
1997/98	V 1. letnik srednje policijske šole se lahko prvič vpišejo tudi dekleta.
2001	Vlada RS ustanovi Urad za enake možnosti, ki prevzema naloge Urada za žensko politiko.

Zbrala: Apolonija Oblak Flander

Viri: Urad za žensko politiko, Koledar 1996; Šatej Barbara, Slovenska ženska 1900–1918, Kronika, 1999; Cigale Marija, Ženske prihajajo: kako so si Slovenke pridobile volilno pravico, Delo, 1999; MNZ; knjiga Družine: različne-enakopravne, 1995.

Kako obvladati stres, da ne bo stres obvladal nas

Lili Jerčič

V današnjem času je stres naš vsakdanji spremljevalec. Živimo hitro in prav na vseh življenjskih področjih se od nas zahteva maksimalna zmogljivost. Znanost in medicina sta si že dolgo edini, da sta telesno in duševno funkcioniranje človeka tesno povezani. Stresne okoliščine nas vedno spravljajo iz psihičnega in fizičnega ravnovesja. Posledice stresa so zdravstvene in psihosomatske motnje ter bolezni. Na mentalnem področju se stres izraža na različne načine. Največkrat je to utrujenost, tesnoba, brezvolja, razdražljivost, čustvena napetost. Dejavniki ki omogočajo zdravje, so: dednost, zadovoljitev osebnih potreb, zdravo okolje, življenjski stil, zdrav način življenja. Nerazumevanje povzroča spore in stres. Prav tako zane-marjanje potreb ljudi lahko povzroča konflikte in stresne okoliščine, vse to pa zanesljivo hromi uspešno delo. Za doseganje vrhunskih rezultatov je potrebna motivacija. Stresu se ne moremo izogniti, lahko pa se z njim uspešno spopademo.

Največja zmaga ni, da nikoli ne pademo, ampak v tem, da se po vsakem padcu poberemo.

Konfucij

Ne prosite za lažje življenje. Prosite, da boste postali močnejši.

Goeser

KAJ JE STRES ?

Stres je odziv telesa na morebitne škodljive dražljaje iz okolja. Ti dražljaji (stresorji) so lahko različni: blisk, ropot, bolezen, žalost. Telo se nanje vedno odziva na enak način s tako imenovano alarmno reakcijo ali reakcijo "boj ali beg". Pospeši se delovanje srca in dihanja, poveča se krvni tlak in mišična prekrvitev, budnost, previdnost, pozornost. Zmanjšata se občutek za bolečino in apetit. Te spremembe omogočajo, da se človek bolj pripravi na obrambo (boj) ali beg pred nevarnostjo. Kronični stres lahko vodi v nastanek bolezni, kot so: depresija, bolezni srca in ožilja, ulkusna bolezen, alkoholizem, motnje hranjenja. Kronični stres je zelo škodljiv. Lahko pa ga obvladujemo s tem, da spoznavamo sebe in naše reakcije na določene zunanje in notranje dražljaje.

OPOZORILNI ZNAKI STRESA

Tu so navedeni nekateri najpogostejši znaki oziroma simptomi zaradi stresa porušenega ravnovesja. Morda lahko katere od njih v zadnjem času zasledite tudi pri sebi. Več jih imate, bolj je ogroženo vaše telesno in duševno zdravje.

Telesni simptomi: nespečnost ali prevelika potreba po spanju, zmanjšan ali povečan apetit, slabost, prebavne motnje, bolečine v mišicah, v prsih ali okoli srca, pogosti

glavoboli, vrtoglavice, kronična utrujenost, nizka stopnja energije ali izbruh energije, ki ji sledi depresija, pogosti prehladi ali alergije, pretirano uživanje nikotina, kofeina, pomirjeval, alkohola.

Simptomi na področju dela: občutek preobremenjenosti, majhna produktivnost, izguba perspektive, pomanjkanje interesa za dejavnosti, ki so vas nekoč veselile, pomanjkanje novih idej, neodločnost, nedokončanje nalog, lotevanje vedno novih se nalog, težave z zbranostjo, pozornostjo, pozabljivost, odpor do dela.

Duševni simptomi: tesnoba, nemir, napetost, zaskrbljenost, nezadovoljstvo, slaba volja, razdražljivost, potr-tost, občutek nemoči, obup, depresija, pretirana občutljivost, zmedenost, nagle spremembe razpoloženja, nočne more, jokanje, vzponi in padci samospoštovanja, občutki manjvrednosti.

Simptomi na področju medosebnih odnosov: želja po samoti, težave s komunikacijo, opuščanje stikov s prijatelji, nezaupanje, nestrpnost, motnje v spolnosti.

Sami se odločite, ali boste stres obvladovali, ali bo stres obvladoval vas.

Oblike pomoči: pogovor s psihologom, avtogeni trening, partnersko svetovanje,

skupine za pomoč in samopomoč.

KOMUNIKACIJA

Komunikacija je nedvomno eden od virov uspeha, večkrat pa je tudi vzrok za neuspeh. Uspešna notranja komunikacija povzroči homogenost – kar pomeni, da bodo zaposleni nastopali složno tudi v najtežjih trenutkih. Uspešna zunanja komunikacija omogoči poslovne uspehe organizacije. Velikokrat je preveč pehanja za napačnimi vrednotami ali cilji, vloga družine je šibkejša, tempo življenja je prehiter, vse več je nerazumevanja za način delovanja človeške družbe. Rešitev je malo (razne šole retorike, pozitivnega mišljenja, šole za osebni razvoj). Komunikacija je orodje – način sporazumevanja. Prekinitev komunikacijskega toka privede do nerazumevanja. Nerazumevanje pa povzroča spore. Zakaj ne zna vsak dobro komunicirati? Vzrokov je več: vzgoja, slabe komunikacijske navade (premalo, preveč, neustrezna komunikacija), nerazumevanje, nepripravljenost poslušati človeka. Okoli 80 % uspešne komunikacije med ljudmi predstavlja poslušanje drugega – ne samo sebe. Trajna nesposobnost komunikacije pomeni trajno odločitev posameznika za vlogo "igranja žrtve". Najuspešnejša komunikacija pa se odvija na stopnji empatije, tega pa se večina ljudi lahko nauči.

TIMSKO DELO

Uspešno timsko delo je posledica uspešnega prepletanja sposobnosti vseh članov tima. Uspešno delo timov

temelji na uspešnem poverjanju nalog in na visoki stopnji zavesti članov tima (samokontroli). Vodja tima, v sodelovanju s člani tima, mora oblikovati jasen pogled naprej – vizija razvoja in delovanje tima. Zato so potrebna znanja (razni seminarji in delavnice).

MOTIVACIJA

Psihologi pravijo, da je to še ne dovolj raziskan fenomen človeškega uma. Zdravniki trdijo, da je motivacija tisti pravi osebni zdravnik, ki pozdravi preko 99 % bolnikov. Dokazano je, da pravilna motivacija pripomore k izboljšanju zdravstvenega stanja tudi hujših oblik bolezni. Zelo motivirani ljudje dosegajo rezultate, za katere vsi trdijo, da niso mogoči oz. jih ni moč doseči. Trajno ali pogosto pomanjkanje motivacije deluje izrazito razdiralno na človeško psiho in telo. Tak človek dobesečno privablja nase vse, kar je hudega. Motivacija je lahko usmerjena (nekdo drug nas motivira), kar povzroča zgolj kratkotrajne učinke. Lahko pa se kaže v obliki samomotivacije, kar zagotavlja trajnejše učinke. Običajno je to posledica ehoeffekta, po nekem motivacijskem seminarju. Da smo motivirani, potrebujemo: samoodločitev, vztrajnost, samozavest, vizijo, pogum. Biti moramo pošteni do sebe in drugih.

Hiter tempo

Velikokrat se sprašujemo, kako nekateri zmorejo tako naporen življenjski tempo. Delavniki se pogosto raztegnejo tudi na deset ali več ur, potem pa nam ostane samo še čas za spanje in počitek. Ste se kdaj vprašali, kako bi se v kratkem času sprostiti tako, da bi bili na delovnem mestu bolj učinkoviti? Da bi vam po službi ostalo še kaj energije za prijatelje ali kakršne koli druge aktivnosti? Ne glede na kraj, čas, družbo, obliko in način preživljanja prostega časa se umaknite v svet brez napetosti in stresa. Smeh je pol zdravja, zato recite slabi volji adijo. Poskusimo pričeti dan s smehom in dobro voljo. To pripomore k sprostitvi telesa in duha. Smeh daje energijo in voljo do življenja. Če se stvari lotite z veseljem in radostjo, jo boste lažje in hitreje dokončali. Kadar se znajdete v neprijetnem položaju, se nasmehnite. Smejte se tudi na svoj račun. Ne pozabite, da za dežjem vedno posije sonce. Sprosti vas tudi npr. masaža vratnih mišic, ki so pogosto najbolj obremenjene, predvsem pri pisarniškem delu. Kadar imate sredi poletnega vrveža čas za sprostitev, se lahko odločite za sprostilno masažo, poslušanje glasbe, ples ob najljubši glasbi, plavanje, meditacijo ... Vzemite si čas zase in se sprostite, lenarite, sanjarite, zidajte gradove v oblakih, opazujte življenje okrog sebe. Pomembno je, da uživate, počivate in se veselite življenja.

Zdravo spanje

Dobra telesna sprostitev in počitek sta pogoj za duševno sproščenost. Kdor se bo znal aktivno razbremeniti duševne napetosti, bo energijo usmeril v ustvarjalno dejavnost. Nekaterim za dobro spanje zadostuje že primerno ležišče, morda tudi vodna postelja. Drugim morda zadostuje poslušanje glasbe, branje knjige, pitje toplega mleka, vroča kopel. Vsaka rešitev, ki jo najdemo za boljše spanje, zagotavlja telesno in duševno sprostitev.

Pomagamo si lahko z zdravilnimi rastlinami

Za pomirjanje: baldrijan, hmelj, poprova meta, melisa.

Za krepitev imunskega sistema: škrlatna ehinacea

Za koncentracijo in spomin: ginko biloba

Za življenjsko moč: *Panax ginseng*

Tradicionalna tajska masaža

Budov zdravnik Dživaka Kumar Bakča naj bi v Indiji razvil tajsko masažo že pred več kot 2500 leti. Izvirne ajurvedske tehnike so domnevno prenesli na Tajsko iz Indije budistični svečeniki v 3. stoletju pred našim štetjem. Nekaj jih je upodobljenih v kamnu templja FRA ČEPTUFON v Bankoku. Ko so pozneje kitajski naseljenci dodali še akupresurne tehnike, je nastala svojevrstna mešanica indijskega in kitajskega načina masaže. Terpevti z rokami, stopali in komolci masirajo telesne kanale in točke na telesu, skozi katere naj bi se pretekala prana – življenjska sila. Masaža obsega veliko nežnega raztezanja, upogibanja in vlečenja, s čimer naj bi se izboljšal pretok prane.

Uporablja se: za lajšanje bolečin, lajšanje težav – napetosti mišic in sklepov, težav s hrbtenico in ostalim gibalnim aparatom, težave, povezane s stresom in nespečnostjo, krvnim obtokom, krepitevijo zdravja in odpornost telesa.

Izvajalec tečaja: ga. Jana Prezeli, prof. ped. psih.
(tel./faks: 014317117).

Viri:

http://www.belosana-anicor.si/tajska_masaza.html

http://www.zdravo-spanje.com/Zakaj_vodna_postelja/index.php

http://komunike.tripod.com/products/motivacija_motiviranje.htm

http://www.med.over.net/za_bolnike/bolezni_clanki/stres_glavna.htm

<http://www.ona-on.net/clanek.php?parentid=3&subid=14&articleid=713>

<http://www.ezdravje.com/si/zivcevje/stres/>

<http://www.asc-zd.si/index.html>

<http://www.ezdravje.com/si/zeli/zivljenjska/>



Klamidijske spolno prenosljive infekcije

Nastja Belcer Premrl

Spolno prenosljive bolezni so nalezljive bolezni, ki se skoraj praviloma prenašajo s spolnim stikom. Zaradi spremenjenega načina življenja, zgodnejšega pričetka spolnega življenja, pogosto večjega števila spolnih partnerjev in intenzivnejšega povezovanja razvitega in nerazvitega sveta postajajo te bolezni vedno bolj pomembne. Po podatkih Mednarodnega združenja za nalezljive bolezni predstavljajo spolno prenosljive bolezni v evropskih deželah med nalezljivimi boleznimi drugi najpogostejši vzrok zbolewnosti prebivalstva (za okužbami dihalnih poti). Spolno prenosljive bolezni se najpogosteje pojavljajo v starostnem obdobju med 15. in 45. letom, torej v obdobju največje spolne aktivnosti. Večje tveganje nosijo najstnice (šibka pregrada še nezrela epitelija materničnega vratu). Večjo težo patologije tudi sicer nosijo ženske, saj obstaja večja verjetnost, da se okuži zdrava ženska od okuženega moškega, kot obratno. Zaradi pogostejših asimptomatskih okužb ženske kasneje iščejo zdravniško pomoč, odkrivanje bolezni pri njih je težje, kronične oblike in zapleti bolezni so pogostejši. Med najpogostejše spolno prenosljive bolezni uvrščamo klamidijske infekcije, ki so s 97 milijoni novih primerov letno na prvem mestu, mehki čankar, sifilis, genitalni herpes, bolezni, ki jih povzročajo papilomavirusi, gonorejo, trihomoniozo.

Povzročitelj klamidijske infekcije je zelo majhna bakterija, imenovana *Chlamydia trachomatis*. Spada v rod *Chlamydia*, ki se deli na štiri vrste: *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci* in *Chlamydia pecorum*. Klamidije so zelo majhne bakterije, ki se delijo s cepitvijo na dvoje, so metabolično aktivne in občutljive na različne antibiotike. Imajo tudi nekatere lastnosti virusov, saj morajo živeti v celici, da se lahko razmnožujejo.

Človek je edini gostitelj bakterije *Chlamydia trachomatis*. Razširjena je po vsem svetu. Prenaša se s spolnimi odnosi, okužena mati pa lahko inficira porajajočega se otroka. Infekcija se lahko pri ženskah kaže kot vaginalni izcedek, rektalna bolečina in izcedek, krvavitev po spolnem odnosu, bolečina pri uriniranju. Pri moških se lahko pojavi bolečina v mošnji, rektalna bolečina in izcedek, izcedek iz penisa. V mnogih primerih lahko bolezen poteka asimptomatsko, zato ostane nezdravljena. Kasneje se lahko pojavijo zapleti (pri ženskah salpingitis, endometritis in druge, pri moških prostatitis, uretritis ...). Posledice se pri ženskah kažejo kot zunajmaternična nosečnost, sterilnost, pri moških kot neplodnost.

Preprečevanje klamidijskih infekcij

Navodila za preprečitev klamidijske infekcije so enaka kot za preprečitev ostalih spolno prenosljivih bolezni. Veliko tvegajo tisti, ki imajo več kot enega spolnega partnerja ali če ima njihov partner tudi druge spolne partnerje. Tveganju se izognemo, če se izogibamo spolnega

občevanja s partnerjem, ki kaže simptome. Priporoča se uporaba kondomov, vendar tudi ti niso popolna zaščita.

Potrebni so ukrepi za preprečevanje spolno prenosljivih bolezni; vzgoja v šoli in medijih za varno spolnost, poznejši začetek spolnega življenja ...

Oralni kontraceptivi olajšajo okužbo s klamidijo, lokalno spermicidno sredstvo nonoksinol-9 pa preprečuje klamidijsko in gonokokno okužbo.

Zdravstvenovzgojna vloga medicinskih sester

Vzgojna vloga medicinske sestre pri preprečevanju klamidijskih infekcij je predvsem na primarni in sekundarni ravni. Medicinska sestra se pri svojem delu srečuje s posamezniki vseh starostnih skupin (v dispanzerjih, bolnišnicah, šolah ...). S tem, da je sama dobro poučena, lahko naredi zelo veliko na področju vzgoje in prosvetljevanja posameznikov. Vzgoja za zdrav način življenja in varno spolnost je prvi korak k zmanjševanju števila spolno prenosljivih bolezni.

Glede na to, da so klamidijske infekcije na prvem mestu med spolno prenosljivimi boleznimi v svetu in pri nas, bi bilo potrebno več narediti na področju preventive. Sem v prvi vrsti spada zdravstvena vzgoja populacije in presajanje (screening) rizičnih skupin prebivalstva.



Dobrodošli – tudi naslednje leto!

KARDIO MOBIL na poti

LOKACIJE, KJER BO KARDIO MOBIL POTOVAL:

9.00 - 12.00	15.00 - 18.00
23. APRIL OPLOTNICA	23. APRIL ZGORNJA POLSKAVA
30. APRIL GORNJI SUHOR	30. APRIL GRADAC
7. MAJ RAVNE NAD ŠENTRUPERTOM	7. MAJ DOBRNIČ
14. MAJ ODRANCI	14. MAJ DOLENCI
21. MAJ NOVA VAS	21. MAJ ŠKOFIJE
28. MAJ DREŽNICA	28. MAJ VOLČE
4. JUNIJ POLHOV GRADEC	4. JUNIJ ROVTE
11. JUNIJ KOPRIVNIK pri BOHINJU	11. JUNIJ SPODNJA SORICA
18. JUNIJ SOČKA	18. JUNIJ PERNOVO

Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije in Zveza Diabetikov Slovenije sta s pomočjo farmacevtske družbe Pfizer lani organizirala novo preventivno akcijo z imenom kardiomobil. Navdušenje nad prvo potujočo preventivno dejavnostjo – kardiomobilom je presleglo številna pričakovanja. Kardiomobil je krenil na pot z brezplačnimi predavanji, razstavo o dejavnikih tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni in izobraževalnimi gradivi. Predvsem pa je prebivalcem omogočil pregled krvnega tlaka, maščob in sladkorja v krvi ter brezplačen posvet z zdravnikom skoraj pred hišnim pragom. V novembru je strokovna ekipa obiskala deset različnih lokacij ter opravila več kot tisoč meritev. Izkazalo se je, da kardiomobil kot dopolnila dejavnost k obstoječim preventivnim dejavnostim, ki potekajo z Zdravstvenimi domovi in ambulantami, predstavlja pomemben prispevek. O novih načrtih kardiomobila ter pogledu na opravljeno delo smo spregovorili s predsednico Društva za zdravje srca in ožilja Slovenije asist. mag. Danico Rotar Pavlič, dr. med.

Kako ocenjujete pot kardiomobila v preteklem letu?

Kardiomobil – avtodom, ki je prirejen za opravljanje preventivne dejavnosti – predstavlja prijetno novost in svežino v delu našega društva. Namen te mobilne preventivne enote je predvsem obiskovanje manjših krajev in zaselkov ter osveščanje lokalnega prebivalstva o dejavnikih tveganja za bolezni srca in ožilja, ki so še vedno vodilni vzrok smrti v Sloveniji in Evropi. Drugi cilj preventivnih dni in obiskov strokovnjakov v lokalnih okoljih je spodbuditi ljudi k razmišljanju, da je potrebno poskrbeti za zdravje in izboljšati kakovost življenja. Le preoblikovanje stališč, da je na primer potrebno zamenjati mastno, slano in zelo sladko prehrano z večjim deležem sadja in zelenjave ter z manj kaloričnimi obroki, lahko vodijo k spremenjenemu in bolj zdravemu načinu življenja. S potjo smo začeli pred Magistratom prestolnice, nadaljevali pa s srečanji s krajani v Mojstrani, Blanci pri Sevnici, Dolenji vasi pri Ribnici, Lipovcih, Slivnici, Kotljah, Renčah in Marezigah.

Ob vsakem postanku kardiomobila smo merili krvni tlak, holesterol in krvni sladkor (skupno okoli tri tisoč meritev). Predvsem pri prebivalcih odročnejših zaselkov smo se neredko srečevali z zvišanimi vrednostmi krvnega tlaka, včasih tako visokimi, da smo obiskovalcu svetovali čimprejšnji obisk pri zdravniku. Na stojnicah z izobraževalnimi gradivi so udeleženci dobili zloženke o zdravi prehrani, o pomenu gibanja, ki preprečuje razvoj srčno-žilnih bolezni, nasvete o omejevanju vnosa maščob in izvode revije Za srce. Največkrat je gradivo pošlo še pred načrtovanim odhodom kardiomobila, zato smo se odločili, da bomo v letu 2005 udeležencem zagotovili še več tiskanih informacij.

Srečanje s prebivalci zaselkov so obogatila tudi predavanja, ki smo jih pripravili skupaj z Zvezo društev diabetikov Slovenije. Vemo namreč, da morajo biti dejavniki tveganja za razvoj srčno-žilnih bolezni še bolj nadzorovani pri ljudeh s sladkorno boleznijo. Če je bilo le mogoče, smo k sodelovanju povabili tudi zdravnika z območja, ki smo ga obiskali. Ocenjujemo namreč, da moramo vsi stremeti k cilju, da imajo prebivalci različnih področij Slovenije zagotovljene enake možnosti za krepitev zdravja, kot tisti, ki živijo v prestolnici. Čeprav smo največkrat priča, da je potrebno za urejanje našega vsakdana »hiteti« v urade večjih mest, je kardiomobil ubral drugačno pot – iz prestolnice se je podal v bližino ljudi, ki živijo v manjših krajih in zaselkih.

Kakšen je bil po vašem mnenju odziv tako s strani naključnih obiskovalcev kot tudi članov društva?

O odzivu lahko največ povedo besede, ki smo jih poslušali ob srečanjih z ljudmi: »Kdaj imate spet namen priti?«, »Dobrodošli še naslednje leto!«, »Večkrat bi se moralo zgoditi, da pridejo strokovnjaki iz Ljubljane in ne obratno – da se vedno mi odpravljamo v mesto!« Že po prvih vožnjah kardiomobila smo na sedežu društva prejeli telefonske klice s povabilom, da se v letu 2005 odpeljemo še v druge kraje. Medtem ko so člani društva predvsem preverjali svoje trenutne vrednosti holesterola, krvnega sladkorja in krvnega tlaka, so naključni obiskovalci izrazili potrebo, da bi bili v prihodnje še bolj seznanjeni s podobnimi preventivnimi aktivnostmi. Med naključnimi udeleženci je bilo ugotovljenih tudi več odstopanj od normalnih vrednosti tlaka, holesterola in sladkorja.

Prijetno dopolnitev je predstavljalo tudi srečanje s predstavniki, delegati in poslanci lokalnih skupnosti. Ambasadorji zdravja so tako postali Alenka Godec, Franci Kek, Janez Drobnič, Boris Popovič, Tiji Tokuhisa, Martina Čufar, Vid Kavtičnik in Tilen Skubic saj so z lastnim zgledom podkrepili naša prizadevanja za zdrav življenjski slog. Druženje v okolici kardiomobila je bilo včasih povezano še z zabavnim programom. Tako so zadnji obisk v Marezigah dopolnjevale melodije Faraonov.

Kako ocenjujete skupno sodelovanje tako z Zvezo društev diabetikov kot tudi farmacevtskim podjetjem Pfizer?

Že star latinski pregovor trdi »viribus unitis« ali »skupaj smo močnejši«. Ocenjujemo, da bi moralo biti

naše sodelovanje vzgled ne le civilni družbi, ampak tudi drugim organizacijam. Neredko smo pri uresničevanju ciljev premalo učinkoviti prav zaradi dejstva, da se zelo težko povezujemo. Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije doživlja uspehe prav zaradi svojega stremljenja k povezovanju. Zagotovo lahko tudi trdimo, da akcije kardiomobil v letih 2004 in 2005 ne bi mogli izpeljati brez izdatne podpore podjetja Pfizer. Verjamemo, da nas bo prav odziv prebivalcev v odročnejših zaselkih in krajih vabil k nadaljnjemu sodelovanju.

Kako ocenjujete vlogo kardiomobila kot nove preventivne dejavnosti?

V okviru izvajanja preventivnih programov se neredko sprašujemo, zakaj še nismo dosegli takšnih rezultatov kot na primer na severu Evrope – v Skandinaviji. Sprašujemo se, zakaj nismo še bolj uspešni pri preprečevanju nenadnih srčnih smrti. Kako lahko še podaljšamo pričakovano trajanje življenja in živimo kvalitetno življenje tja v visoko starost? Del odgovora lahko najdemo tudi v dejstvu, da se določen del prebivalstva težko odloči za obisk zdravstvenih ustanov. Nekateri se ob srečanju z »belimi haljami« odzovejo s strahom, ki sem mu, če se le da, izognejo. V kardiobilu se strokovnjaki približajo obiskovalcem na način, ki se razlikuje od obiska ordinacije. Zato smo opazili, da smo se na naši poti srečevali z ljudmi, ki morda že dolgo niso bili pri zdravniku, pa jih je za obisk kardiomobila navdušil sosed in sta se skupaj odpravila na preventivni dan. Prav približevanje lokalni skupnosti in srečevanje sicer »redkimi obiskovalci ambulant« je ena od pomembnih dodanih vrednosti kardiomobila. Druga pa je, da z našimi obiski zaselkov skušamo omogočiti načela enakosti in pravičnosti na področju zagotavljanja krepitve zdravja.



Oskrba ran in dekubitsov z LIGASANO materialom - 1. del

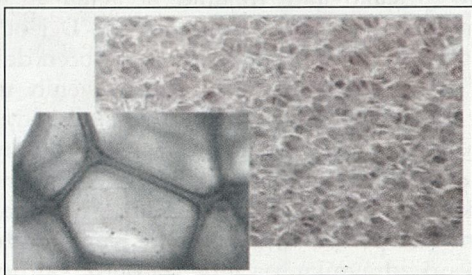
Simona Videnšek

Kaj je LIGASANO?

LIGASANO (bel) je terapevtsko učinkovita poliuretanska pena s širokim spektrom uporabe za preprečevanje in oskrbo ran. Sestoji se iz 98 % zraka in 2 % materiala. Nastaja pri temperaturi 150 stopinj pri toplotni reakciji, zato je že ob nastanku sterilen. Material je antialergijski, ker ne vsebuje kemičnih sestavin (je brez lepila). Je okolju prijazen material; ob sežigu izpari v zrak le 1 % CO₂. Ločimo dva tipa LIGASANO materiala :

- sterilen
- čist, brez klic (se lahko sterilizira).

LIGASANO je mogoče sterilizirati. Sterilizira se z vodno paro pri 121 stopinjah Celzija/15 minut ali 134 stopinjah Celzija/3 minute.



Material LIGASANO.

LIGASANO material je univerzalen material za vse vrste, za vse tipe ter za vse stadije ran. Uporaba mora vedno potekati pod nadzorom zdravnika ali medicinskega osebja.

Lastnosti LIGASANO materiala

- Terapevtska uporaba LIGASANO materiala temelji na treh fizikalnih osnovah :
- zmanjša pritisk na rano in telo
- mehanski dražljaj pospeši lokalno prekrvavitev (izboljša se oskrba rane s kisikom in hranilnimi snovmi)
- ciljano absorbira izločen sekret.

Material ima posebno mikrostrukturo (slika). Sestavljen je iz mikromehurčkov. V prečnem prerezu nastane dve vrsti lamel, katerega površina je groba. Le ta povzroča mikro masažo, s čimer se pospeši lokalna prekrvavitev tkiva in zmanjša pritisk na ožilje. S tem se pospeši celjenje ran. Ta mehanski dražljaj materiala LIGASANO (bel) pospeši, v stiku s kožo, periferno prekrvavitev. Posledica tega je povečana sekrecija rane. LIGASANO material izločen eksudat in gnoj absorbira, zagotovi normalno vlažnost kože in prepreči maceracijo okolice rane.

Pri oskrbi ran in dekubitsov z LIGASANO (bel) materialom **ran in dekubitsov ne izpiramo in ne čistimo**. Ob potrebni zamenjavi materiala umazan material odstranimo iz rane oz. dekubitusa in rano pokrijemo s sterilnim, čistim materialom.

Material ima tudi veliko sposobnost absorpcije. Posrka lahko veliko sekreta, klice se obdržijo v materialu in jih zavržemo skupaj z materialom.

Največja prednost materiala LIGASANO je, da se ob pravilni aplikaciji ne zlepi z rano (material mora priti v popoln stik z rano). Material ima veliko sposobnost prilagajanja različnim oblikam ran in dekubitsov, zato ga lahko maksimalno zatlačimo tudi v žepkaste rane. Na rani ga lahko pustimo do 3 dni (indikator zamenjave je premočena povrhnja plast materiala), v času močne sekrecije pa je potrebno rane previjati tudi 2-3 krat dnevno.

Indikacije za uporabo LIGASANO materiala :

- rane in dekubitusi (površinske in globoke rane, rane z žepki, globoke rane z ozkim vstopom-fistule)
- ulkus cruris, arterielni ulkus cruris
- venozni ulkus cruris – t.i. **kronične rane**
- sakralni dekubitus pri hkratni inkontinenci
- **postoperativna oskrba ran in dekubitsov**
- **opekline**, odrgnine, malo secernirajoče rane
- **preventiva**: dekubitus profilaksa s podlaganjem bolnika
- preventiva : arterielnih prekrvavitvenih motenj nog
- preventiva pred glivičnimi infekcijami in /ali vnetji kože/kožnih kontaktov (tipična mesta : med prsti, pod trebušno gubo, pod prsmi, pod pazduho, pri kontrakturah).

Kontraindikacij za LIGASANO ni.

Stranski učinki

Ob pravilni uporabi materiala, LIGASANO bel in LIGASANO zelen, niso znani nobeni nezaželeni stranski učinki, nezdružljivost ali medsebojno učinkovanje z zdravili.

Tipične in zaželjene pa so kontaktne kožne pordečitve, začetno srbenje, ojačana reakcija kože, povrnitev občutka (pri rana eventuelno tudi pojav bolečine) kot posledica pospeševanja prekrvavitve. Poveča se tudi sekrecija rane, kar je zaželeno, saj je le-ta predstopnja zdravljenja rane. Posledica je samodejno čiščenje rane.

Normalna reakcija, na začetku sanacije ran z LIGASANO-m, je tudi povečanje obsega same rane.

Maščobe – več kakovosti namesto količine

Maščobe so pravzaprav neke vrste kalorična bomba, saj vsebujejo dvakrat več kalorij kot beljakovine in ogljikovi hidrati. Prehrana bogata z maščobami daje veliko kalorij in dolgoročno povzroča prekomerno telesno težo. Maščobe v prehrani imajo odločilen vpliv tudi na krvne maščobe. Živalske maščobe vsebujejo veliko **nasičenih maščobnih kislin** in **holesterola**, ki ob čezmernem uživanju povišajo vrednosti krvnih maščob. Nasprotno, pa v rastlinskih oljih prevladujejo **enkrat in večkrat nenasičene** maščobne kisline brez **holesterola**. Ne povišajo vrednosti krvnih maščob, povišane vrednosti le teh zmorejo celo znižati. Večkrat nenasičene maščobne, ki so v ribjem olju, lahko znižajo povišane trigliceride v krvi.

Po priporočilih WHO naj maščobe prispevajo pod 30% dnevnega vnosa kalorij. To pomeni približno 60-80 g zaužitih maščob dnevno. Povprečno uživanje maščob je danes znatno večje (100-140g), od tega sta dve tretjini živalskega izvora! Zato je nujno omejiti skupno količino maščob, predvsem živalskih. Ni dovolj, če zmanjšamo vnos vidnih maščob, pomembneje je paziti na »skrite« maščobe v mlečnih izdelkih, mesninah, klobasah, pecivu Priporočeno je, da največ polovica dnevnih maščob naj bo živalskega izvora, kar predstavlja 25-35 gramov, več kot polovica pa naj bo rastlinskega izvora. Sem sodijo zlasti kvalitetna rastlinska olja in **srcu prijazne margarine**. Srcu prijazne margarine so bogate z enkrat nenasičenimi maščobnimi kislinami, kot tudi z omega-3 in omega-6 večkrat nenasičenimi maščobnimi kislinami ter vsebujejo manj kot 1 % trans maščobnih kislin. Istočasno vsebujejo več vitamina E in so obogatene z vitamini B₆, B₁₂ in folno kislino. Količinsko to pomeni 2 žlici rastlinskega olja in 1-2 žlici kvalitetne margarine, kar pa je že dobrih 30g od celokupne vrednosti. Več je naj ne bi bilo, ker veliko rastlinskih živil dovaja skrite maščobe (polnozrnatih izdelki, orehi, jedrca, semena, avokado ...), kar je tudi treba upoštevati. Kadar pri pripravi solat in drugih jedi uporabljate, osatno, sojino, sončnično ali koruzno olje za namaze/premaze pa iz teh olj izdelane margarine, je vnos **večkrat nenasičenih maščobnih kislin** (linolne) zagotovljen.

Posebno dober vir **enkrat nenasičenih** (oleinska) maščobnih kislin je olivno olje.

Preveč maščobe škoduje

Uživanje preveč maščobe ima številne škodljive posledice, ki se razlikujejo glede na vrsto maščobe, telesno zgradbo in življenjski slog. Preveč zaužitih maščob hitro vodi k odvečnim kilogramom, povečuje tveganje za bolezni, presežek nasičenih maščob pa pomeni veliko tveganje za razvoj srčno žilnih bolezni in kap.

Zdravo ravnanje s maščob

1. Pogosto jejte živila bogata z omega-3 večkrat nenasičenimi maščobnimi kislinami (mastne ribe – losos, skuša, slanik, pšenične kalčke, orehe, sojo ...)
2. Jejte v majhnih količinah živila bogata z omega-6 večkrat nenasičenimi kislinami (sončnično seme in olje ...)
3. Jejte manj živil bogatih z nasičenimi in trans maščobnimi kislinami kot so vse strjene in mlečne maščobe.

Za prakso:

- prednost dajte mlečnim izdelkom z malo maščobe
- namesto s klobasami, obložite kruh z rastlinskimi namazi, s skuto in sirom z malo maščobe
- ne jejte vsak dan mesa, najbolje le nekajkrat na teden. Prednost naj imajo manj mastne vrste mesa.
- izogibajte se velikemu številu rumenjakov, nadomestite jih z beljaki
- 1-2 krat tedensko jejte morske ribe
- za kuhanje in solate uporabljajte zmerne količine kakovostnih olj
- za namaze uporabljajte kakovostne rastlinske margarine
- hrano pripravljajte s takimi termičnimi postopki obdelave, ki ne zahtevajo veliko maščob
- pri nakupu vseh vrst maščob dobro pogledajte deklaracije.



Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Celje in turistična agencija RELAX vas vabita na

strokovno potovanje na Finsko

slikovito deželo jezer, in v St. Peterburg – rusko carsko mesto

Bilo bi preveč enostavno, če bi Finsko opisali kot deželo, kjer se srečata vpliva sosednjih držav Švedske in Rusije. Jezikovne in druge kulturne posebnosti so namreč povzročile, da so bili Finci vedno nekoliko drugačni, samosvoji. V svetu je Finska dolgo časa veljala za prispodobo zaostalosti. Še v začetku 20. stoletja so jo ogrožale lakote, potem pa sta iznajdljivost in podjetnost Fincev omogočili njen hiter gospodarski razvoj. Pri tem je imelo pomembno vlogo tudi izobraževanje, čemur Finska še vedno namenja mnogo sredstev.

Posebne klimatske razmere in velike razdalje so v preteklosti omejevale stike ter omogočile ohranitev lokalnih posebnosti. Obenem pa so skupaj s slikovitimi pejzaži budili pesnike, skladatelje in glasbenike v dušah sicer nekoliko zaprtih Fincev. Rusi, ki jih bomo videli tudi na Finskem, se od njih precej razlikujejo. Slednje je narava obdarila s slovansko dušo, ki se pregovorno zelo rada predaja močnim čustvom, kar deluje zelo kontrastno. Na naši poti bomo obiskali tudi rusko mesto St. Peterburg, kjer bomo lahko začutili nekdanji carski blišč in silovitost oktobrske revolucije.

CELJE – DUNAJ – HELSINKI

Sobota, 10. 09. 2005 Celje – Dunaj – Helsinki

Odhod avtobusa v zgodnjih jutranjih urah iz Glazije v Celju. Sledi vožnja do dunajskega letališča. Polet letala do Helsinkov. Po pristanku sledi krožni ogled mesta z avtobusom. Namestitev, večerja in nočitev v hotelu v središču mesta.

Nedelja, 11. 09. 2005 Helsinki – Porvoo – St. Peterburg

Po zgodnjem zajtrku se bomo z avtobusom odpeljali do mesta Porvoo, drugega najstarejšega mesta na Finskem. Ogledali si ga bomo z lokalnim vodnikom in potem nadaljevali vožnjo do St. Peterburga. Po prihodu bo krajši krožni ogled mesta. Namestitev v hotelu, večerja in nočitev. Proti doplačilu zvečer organiziramo ogled gledališke predstave.

Ponedeljek, 12. 09. 2005 St. Peterburg – Imatra

Po zajtrku bo ogled mesta z lokalnim vodnikom (Nevski prospekt, Izakova stolna cerkev in Petropavlovska trdnjava, Eremitaž v Zimskem dvorcu, palača Jusupov). V zgodnjih popoldanskih urah pa se bomo odpeljali nazaj na Finsko in nadaljevali vožnjo do Imatre. Namestitev v hotelu, večerja in nočitev.

Torek, 13. 09. 2005 Imatra – Savonlinna – Heinävesi – Mikkeli – Lahti

Po zajtrku se bomo z avtobusom odpeljali do gradu Olavinlinna, prizorišča znamenitega opernega festivala (Savonlinna). Po ogledu se bomo odpeljali do pravoslavne samostana Valamo v kraju Heinävesi in si privoščili tradicionalni čaj. Slikovito vožnjo bomo nadaljevali ob jezerih skozi Mikkeli do Lahtija, znanega športnega središča. Namestitev v hotelu. Večerja in nočitev.

Sreda, 14. 09. 2005 Lahti – Hämeenlinna – Tampere – Turku

Po zgodnjem zajtrku se bomo ob jezerih odpeljali do kraja Hämeenlinna, s srednjeveško trdnjavo, Tampereja, drugega največjega finskega mesta, ki leži med dvema jezeroma. Po ogledu (središče mesta, katedrala) bomo nadaljevali vožnjo do Turkuja, najstarejšega finskega mesta (ogled starega dela mesta, gradu in katedrale). Namestitev v hotelu. Večerja v tradicionalni ruski restavraciji. Nočitev.

Četrtek, 15. 09. 2005 Turku – Helsinki

Po zajtrku bomo obiskali bolnišnico (strokovni ogled) v mestu Turku. Po ogledu se bomo odpeljali do Helsinkov. Po prihodu bo sledilo nadaljevanje ogledov. Namestitev v hotelu. Večerja v tradicionalni ruski restavraciji. Nočitev.

Petek, 16. 09. 2005 Helsinki – Ainola – Dunaj – Celje

Po zajtrku bomo nadaljevali z ogledom Helsinkov. Sledila bo vožnja do Ainole (ogled hiše, kjer je živel znameniti finski skladatelj Sibelius) in potem do letališča. Polet letala proti dunajskemu letališču in vožnja z avtobusom do Celja. Prihod v poznih večernih urah.

CENA NA OSEBO 297.900,00 SIT, možnost plačila na obroke

- V ceni je vključeno**
- 6 x polpenzion
 - letalski prevozi
 - avtobusni prevozi s turističnim avtobusom po programu
 - ogledi po programu (za morebitne notranje ogledne znamenitosti je potrebno doplačati vstopnino)
 - spremstvo vodnika
 - avtobusni prevoz

Doplačilo za enoposteljno sobo : 58.000,00 SIT za vse dni

- Način plačila:**
- S čeki ali s plačilom preko položnic direktno na sedežu agencije Relax (glede števila čekov ali položnic se dogovarjate z gospo Nevenko Švener (041 725 130)
 - Preko izplačil osebnega dohodka z 11 odtegljaji po 27.100, 00 SIT, če je prvo plačilo pri izplačilu OD 10. 05. 2005

TRR DMSZT Celje 06000 - 0007356391, pripis »Ime in priimek – Potovanje Finska«

Prijava: Do 31. 04. 2005, oz. do zasedbe mest (44) pri Marjani Vengušt – tel. 03 543 45 00 med 7. in 7.30 in med 14. in 15. uro, ali pri Magdi Brložnik – tel. 03 543 43 01 ali na GSM 041 430 899

Dodatna obvestila bodo udeleženci prejeli po pošti pred odhodom.

DMSZT CELJE
Marjana Vengušt

RELAX TURIZEM D.O.O.
Nevenka Švener

Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana
Sekcija upokojenih medicinskih sester

Vabilo

Vabimo Vas, da se udeležite pomladanskega enodnevnega izleta
v četrtek, 5. maja 2005 v Prekmurje

Tam, kjer so gorice in trta najprej obsijane od sonca; tam, kjer v prekmurski ravnici gnezdiijo štorke; tam, kjer je doma nepozabna kuhinja in dobri ljudje, tam ležijo v senci vinogradov kraji Dobrovnik, Strehovci in Žitkovci, združeni v občini Dobrovnik.

Odhod avtobusa bo točno ob sedmi uri s Kongresnega trga v Ljubljani.

Prijave sprejema Kompas d.d., Pražakova 4, tel. 2006381 – gospa Irena Brunček 21. in 22. aprila med 9. in 14. uro.

Doplačilo člana 4.600 sit.

Prihod v Ljubljano je načrtovan med 19. in 20. uro.

Vljudno vabljeni !

Predsednica sekcije
Cilka Potokar

Društvo medicinskih sester in ydravstvenih tehnikov Ljubljana vabi na

Strokovno ekskurzijo v Berlin

DATUM POTOVANJA: 10.–12. 06. 2005

ČAS POTOVANJA: 3 DNI

MINIMALNO ŠTEVILO POTNIKOV: PO TABELI



1. dan, 10 junij: LJUBLJANA – CELOVEC – BERLIN

Zbor udeležencev potovanja na določenem mestu (obvestilo naknadno) ter vožnja do letališča v Celovcu, od koder bo ob 11.30 polet proti Berlinu. Pristanek ob 12.50 ter začetek informativnega panoramskega ogleda. Zapeljali se bomo mimo palače Charlottenburg, ki je bila priljubljeno zatočišče kraljice Sophie-Charlotte. Sledi vožnja po dolgi aveniji mimo Stolpa zmage, Reichstaga, kjer je sedež parlamenta, mimo ostankov zidu, trga Potsdamer, kjer je bil Hitlerjev bunker, mimo Potsdamskega trga in Check point Charlie do Aleksandrovega trga. Nato se bomo odpeljali do televizijskega stolpa in se z dvigalom povzpeli na višino 365 metrov. Vožnja po aveniji Unter den Linden skozi Brandenburška vrata nazaj v bivši zahodni Berlin. Nastanitev v hotelu Artim www.hotel-artim.de v centru mesta. Večerni sprehod po K-dammu okoli Spominske cerkve. Nočitev.

2. dan, 11 junij: BERLIN – STROKOVNI OGLED

Zajtrk. Po zajtrku se bomo zapeljali do Muzejskega otočka, kjer si bomo ogledali Muzej Pergamom, Stari Muzej ter po želji tudi Narodno galerijo. **Sledil bo strokovni ogled bolnišnice Charite in pogovor z odgovornimi o organizaciji in delovanju v zdravstveni negi.** Sprehod mimo Katedrale do avenije Unter den Linden. Nočitev v hotelu.

3. dan, 12. junij: BERLIN – POTSDAM – BENETKE (CELOVEC) – LJUBLJANA

Zajtrk. Zjutraj vožnja do bližnjega mesta Potsdam, sprehod po starem mestnem jedru ter med vrtovi palače Sans Soussi. Sledi odhod na letališče, ki bo v zgodnjih popoldanskih urah. Polet z letališča proti Benetkam je ob 15.30 uri. Pristanek je ob 16.55 uri, prevoz do Ljubljane, kamor bomo prispeli v večernih urah.

CENA POTOVANJA:

45–49 prijavljenih 69.900.- SIT (291,-EUR)

Plačilo na pet obrokov, obrok 13.980 SIT, peti obrok plača članicam DMSZT Ljubljana

CENA VSEBUJE:

- Letalsko karto za polet Celovec (Ljubljana) – Berlin – Benetke (Celovec)
- Letališke pristojbine
- 2 nočitvi z zajtrkom v hotelu Artim 3* v centru mesta ali hotelu podobne turistične kategorije v Berlinu
- Strokovni ogled bolnišnice Charite
- Vstopnine v Pergamom muzej, Stari Muzej in Narodno galerijo ter TV stolp

Ob prijavi navedite rojstne podatke, naslov, številko osebne izkaznice ali potnega lista in telefon

DOPLAČILA: Enoposteljna soba – 15.000.- SIT, 2 x običajni večerji v restavraciji (pivnica) – 8.000.- SIT

PRIJAVE: **CONDOR TRAVEL** TEL.: 03 492 46 40, FAKS: 03 428 45 52, e-naslov: info@condor-travel.com

»Amor«

Za vaš nasmeh in kaj več se trudi Petra Kersnič

ŽELJA

Mirko je ujel zlato ribico in ponudila mu je, da mu izpolni tri želje.

Mirko hiti naštevati: »Moja prva želja je, da me Fani ne bi varala. Če bi pa me že, da ne bi vedel – je druga želja. In tretja – če bi me varala, pa bi vedel, da se ne bi preveč sekiral.«

NA SODIŠČU

»Gospod Koren, ali ste, ko ste se vrnili domov z dela, pri soprogi večkrat naleteli na neznanega moškega?«

»Da, gospod sodnik, to se ponavlja že kar nekaj mesecev. In vsakič je v omari, da ne morem obesiti plašča ter nataknjene ima moje copate.«

DARILO

»Fani, sploh ne vem, kaj naj kupim mojemu Tinčku za 20. rojstni dan?« sprašuje Gita sosedo Fani.

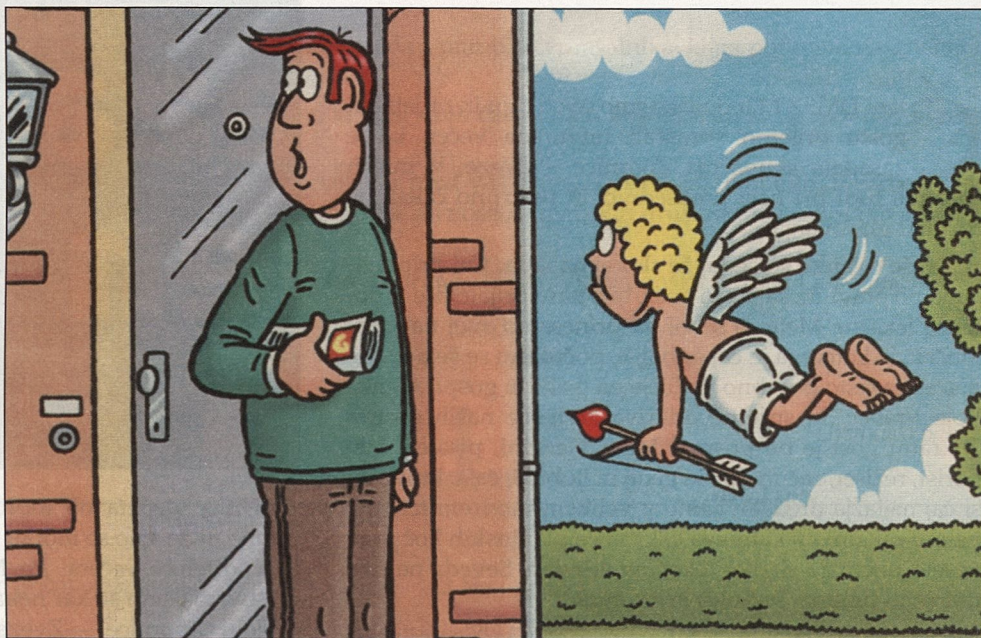
»Po moje bi bilo najboljšo kupiti 20-letno dekle. To bo darilo za nekaj let,« se odreže Fani.

KLIC V SILI

»Gospod doktor, moj mož me je sredi noči zelo užalil,« se po telefonu pritožuje Marica doktorju Korenu sredi noči.

»Ja, gospa Marica, in zato me kličete sredi noči?«

»Seveda, saj ga boste morali zašiti!« mu pojasni svojo užaljenost Marica.



»Lidija, a je v naši hiši še dovolj ljubezni, če ne, naj gre Amor kar naprej h Korenovim!«

KDO SEM

»Zakaj jokaš, Janezek?« tolaži babica svojega vnučka.

»Zato, ker je mamica rekla očitu slon, on ji je rekel, da je krava, jaz pa ne morem ugotoviti, kaj sem potem jaz in kaj si ti, babica!«

TEK

»Kako ste, gospod Koren, je počutje kaj boljše?« sprašuje zdravnik.

»Slabo, slabo, še tiste jedi, ki ste mi jih prepovedali, mi ne teknejo več.«

ORGANI

»Jure, ne glej me tako, saj veš da je moje srce že oddano Marjanu!«

»Vem, dobro vem, ampak, saj imaš še kaj drugih organov, ki so mi lahko všeč,« se odreže Jure.

HOJA

»Draga Fani, a si pred menoj že s kom hodila?«

»Ne, Jože, vsi moji fantje do sedaj so imeli avtomobile!«

REKLI SO – DA BI SPREMINJALI SVET IN LJUDI!

Kakšna škoda, da se z življenjskim problemi ne srečamo pri sedemnajstih, ko mislimo, da smo najbolj pametni!

Za to življenje človek ni dovolj zvit.

Bertold Brecht

Zgodovina je najboljša učiteljica z najbolj nepozornimi učenci.

Indira Gandhi

Umu in želodcu lahko naložimo samo stvari, ki sta jih sposobna prebaviti.

Winston Churchill

Nekatere stvari je treba storiti, nekaterih ne. Življenjska modrost je izključevati nebstveno.

Lin Yu-Tang

Starost ne ščiti pred ljubeznijo, zato pa ljubezen ščiti pred starostjo.

Coco Chanel

Nobene druge pametne vzgoje ni, kot biti vzgled.

Albert Einstein



Ob skodelici čaja

Jožica Trstenjak

Člani DMSZT Gorenjske smo se ob čaju in prijetnem gostu prijetno sproščali ravno na večer, ko je zasedala skupščina Zbornice – Zveze. V mislih smo bili tudi pri naši predsednici in nestrpno čakali na rezultat glasovanja.

Naše čajanke so sedaj že skoraj navada. Čaj pripravljamo po pravilih, saj za to poskrbijo naše prijateljice iz domače lekarne Meta. S seboj pa prinesemo svoj najljubši lonček, iz katerega je čaj še boljši, počutimo se še bolj domače. Za čisto posebno vzdušje pa poskrbi gospa Alenka Bole Vrabec, ki spretno odkriva življenje naših gostov. Tokratni gost je bil gospod Miha Mazzini, pisatelj, scenarist, režiser, računalniški genij in ljubitelj čaja. Pravi, da si čaj najlažje predstavljamo v velikem modrem loncu z belimi pikami, iz katerega oskrbnice planinskih koč prav veselo zajemajo sladko tekočino ves dan. Seveda ne sme manjkati limona, še boljši je z rumom.

Nekdaj tako velik »računalničar« se o računalnikih ni hotel pogovarjati, veliko več mu pomeni leposlovno ustvarjanje. Priznan postaja tudi zunaj domovine. Nedavno tega se je mudil v Ameriki s predstavitvijo nove knjige, ki je bila izdana pri njih. Meni se je v spomin najbolj vtisnil njegov roman Drobstinice, ki opisuje življenje na Jesenicah. Knjiga je dobila nagrado Slovenski roman leta in Zlato ptico za izjemne umetniške dosežke. Po romanu je bil posnet film z naslovom Operacija Cartier, ki je dobil nagrado Circom za najboljši evropski TV film leta. Za svoja dela je prejel številne nagrade, ki pričajo o tem, kako slavnega gosta smo imeli. Več o njem in njegovem delu lahko preberete na spletni strani: www.mihamazzi-ni.com.



Urica klepeta ob toplih skodelicah čaja je prehitro minila in že smo se morali posloviti od zanimivega gosta in voditeljice večera. Po Monikinem sporočilu o izidu glasovanja smo še kar nekaj časa posedeli in razpravljali o delu Zbornice – Zveze in o delu našega društva. Nekatere udeleženske so svoje vtise tudi zapisale:

- Bilo je lepo, se priporočamo še za naprej!
- Računam na nadaljevanje tovrstnega ali podobnega druženja.
- Čas je kot velika smetanova torta! Danes smo si vzeli čas in dobili en lep okrasek s torte.
- Že v naprej se veselim naslednjega srečanja. Danes je bilo zelo pristrčno spoznati literarnega umetnika na tako sproščen in duhovit način.

V jesenskem času, ko bodo večeri spet dolgi in pusti, bomo ponovno poskrbeli za zanimivega gosta in odlične čaje. Torej, dragi prijatelji čaja, še se bomo srečevali.

ISKRENE ČESTITKE

NEVENKI PLOT

ZA USPEŠNO OPRAVLJENO DIPLOMO

NA VISOKI ŠOLI ZA ZDRAVSTVO V LJUBLJANI

DNE 25.02.2005

IN USPEŠNO NADALJNJO POKLICNO POT.

**Naj prijateljstvo z leti postaja vse boljše – kot staro vino.
Da bi vedno imeli staro vino, stare prijatelje in mlade skrbi!**

Andreja, Bernarda in Nada



Spoštovane bralke in bralci Utripa!

Uredništvo informativnega biltena Utrip si je zadalo nalogo, da s pomočjo vprašalnika, ki ga ponovno naslavljamo na Vas, pridemo do odgovorov na zastavljena vprašanja.

Do 25.3.2005 smo prejeli 50 odgovorov, za kar se vsem, ki so si vzeli čas in nam posredovali svoje mnenje, iskreno zahvaljujemo.

Ne skrivamo, da si prizadevamo z našim mesečnim glasilom pred vas prinesiti vse najaktualnejše dogodke, ki se odvijajo v organih Zbornice – Zveze, v drugih sredinah strokovne javnosti, v regijskih društvih, v strokovnih sekcijah in tudi drugod.

Prosimo Vas, da Izpolnjen vprašalnik 25. 4. 2005 na naslov Zbornica-Zveza, Vidovdanska 9, 1000 Ljubljana.

Zahvaljujemo se Vam za vaše mnenje!

Ljubljana, 25. 3. 2005

Uredniški odbor

1. Ali z veseljem in zanimanjem pričakujete glasilo Utrip? ☐ Da ☐ Ne

2. Prosimo Vas, da označite tiste rubrike, ki jih prebirate. Vsako rubriko ocenite na lestvici od 1 do 5, kjer 1 pomeni najslabšo oceno, 5 pa odlično ocenite.

	Prebiram	Ne prebiram	1	2	3	4	5
Uvodnik							
Delo Zbornice - Zveze							
ICN, PCN, WHO							
Tema meseca							
Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego							
Predstavljamo vam							
Poročila strokovna srečanja							
Izobraževanja – zelene strani							
Mednarodna srečanja							
Zanimivo							
Udeležili smo se							
Izleti - strokovne ekskurzije							
S humorjem je lažje in lepše							
Praznovali smo							
Novo na knjižnih policah							
Mi med seboj							
Medicinske sestre v prostem času							
Predlagajte povejte							
Obvestila							

3. Navedite vsaj tri rubrike, ki jih najraje prebirate?

4. Predlagajte rubrike, za katere menite, da jih je potrebno vsebinsko izboljšati?

5. Z oceno 1 – najslabše do 5 – odlično oceno oblikovno podobo Utripa, ki je nastala z decembrom 2004?

	1	2	3	4	5
Izbor naslovnice					
Rubrike					
Fotografije					
Vsebine prispevkov					
Oblikovna postavitve					
Izobraževanje					
Reklamiranje in trženje oglasov					
Obsežnost glasila po straneh					

6. Ocenite z 1 – najslabše do 5 – odlično vpogled v pomembne dogodke skozi Utrip:

	1	2	3	4	5
Delovanje krovne organizacije Zbornice-Zveze					
Strokovne novosti na področju zdravstvene nege					
Družabna srečanja					
Delovanje mednarodnih organizacij ICN, ICM, WHO, PCN					
Aktivnosti društev					
Aktivnosti sekcij					

7. Ali menite, da bi v Utripu objavljali tudi strokovne prispevke, ki niso pisani na nivoju člankov za Obzornik zdravstvene nege?

☐ Da ☐ Ne

8. Ali Vam Utrip koristi pri profesionalnem delu?

☐ Da ☐ Ne

9. Kako bi ocenili glasilo Utrip skozi njegovih 12 let izdajanja?

- a) Glasilo se nenehno izboljšuje
- b) Glasilo mi je všeč
- c) Glasilo se ne spreminja
- d) Glasilo se je poslabšalo
- e) Ne želim oceniti

Prosim Vas, da nam posredujete svoje predloge, pripombe, sugestije in mnenja:

Hvala, ker ste si vzeli čas in sodelovali z nami!
Naš naslov: Zbornica – Zveza, Vidovdanska 9, 1000 Ljubljana

Raziskovanje v zdravstveni negi

Sanja Vrbovšek

»Zdaj je za raziskovanje v zdravstveni negi odličen čas. Medicinske sestre – raziskovalke se vključujejo v interdisciplinarne time in razvijajo raziskovalne programe na raznolikih področjih, kot so na primer zdravje žensk, kakovost življenja in obvladovanje bolečine. S svojim delom prispevajo k izpopolnjevanju klinične prakse in izboljševanju izobraževanja v zdravstveni negi ter informirajo službe, ki načrtujejo politiko zdravstvenega varstva.« (Holzemer WL. (ur.) *Practical Guide for Nursing Research*. Geneva: International Council of Nurses (ICN), 1998)

Za profesionalce je značilno, da znajo in zmorejo reflektirati lastno prakso. Znanstveno (raziskovalno) utemeljena praksa (*evidence-based oz. research-based practice*) zato je in mora biti temeljna gonilna sila sodobne zdravstvene nege. Za kontinuiran razvoj poklica zdravstvene nege je raziskovanje bistvenega pomena. Rezultati raziskovanja namreč izpopolnjujejo in usmerjajo klinično prakso, medicinskim sestram omogočajo, da ovrednotijo svojo prakso ter ugotavljajo učinkovitost in relevantnost postopkov, ustvarjajo spremembe, postavljajo nova raziskovalna vprašanja, pripomorejo k stroškovni učinkovitosti in racionalni uporabi virov ter k ustreznemu in učinkovitemu načrtovanju nadaljnjih aktivnosti ... Koncept raziskovanja pa v zdravstveni negi ni nekaj novega; pionirka raziskovanja v zdravstveni negi, Florence Nightingale, je že v 19. stoletju, ko je skrbela za

ranjence v krimski vojni, sistematično opazovala, dokumentirala in analizirala učinke zdravstvene nege in tako postavila temelje znanstvenega pristopa k praksi zdravstvene nege.

V procesu raziskovanja pa se prej ali slej znajdemo na točki, ko naše raziskovalno znanje postane pomanjkljivo. Zato v Društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana menimo, da bi k dvigu (vsebinske) kakovosti Utripa gotovo pripomogla tudi stalna rubrika 'Raziskovanje v zdravstveni negi', v kateri bi s pomočjo temeljnih dokumentov, povezanih z raziskovanjem v zdravstveni negi, relevantne literature in lastnega znanja odgovarjali na pomembna vprašanja, kot so na primer: Kaj je raziskovanje? Kako se izvaja? Katere so temeljne metode znanstvenega raziskovanja? ipd. Lahko bi tudi poročali, kaj vse se na področju raziskovanja dogaja v slovenski zdravstveni negi (katere raziskave se izvajajo, kje ...).

Z znanstvenim raziskovanjem generiramo nova znanja, zvišujemo ugled in povečujemo prepoznavnost zdravstvene nege v družbi ter, kar je najpomembnejše – pripomoremo k zviševanju kakovosti zdravstvene nege bolnikov. Z rednim obravnavanjem tem s področja raziskovanja v zdravstveni negi bi pripomogli k motiviranju medicinskih sester za raziskovalno delo in k spodbujanju kulture raziskovanja v slovenski zdravstveni negi.

TEBI MEDICINSKA SESTRA

Darja Thaler

Življenje trpljenje je in bolečina,
strah, obup – celo praznina!

Velikokrat potreben spodbude si in pomoči,
prijaznega pogleda, nasmeha – ne laži!

Ko razočaran si, potr in ves preplašen,
ko bolečina te razjeda in si mračen.

Želiš si le, da vse to bi že minilo,
da bil bi srečen spet, da upanje bi se vrnilo.

S temi dvomi, upi in strahovi,
se sestra srečaš vsak dan med bolnišničnimi zidovi.

Ko delaš z bolnimi in tudi ti trpiš,
včasih zaželiš si, da od tam zbežiš.

Delo večkrat te na tla podere,
pomagaš bolnim in rešuješ hkrati sebe.

Nikogar ni, ki stal ti bi ob strani,
sama si in prav nihče tebe ne brani.

Kako počutiš se, veš edino ti,
a pri drugih za to posluha ni.

Sit lačnemu pač ne verjame,
zato ne trudi se, to lahko preveč te stane!

Ne glej nazaj, obrni se naprej,
življenje nobeno ni brez pregrad in mej!

To velja tudi za tvoje delo,
kljub vsemu lahko lepo, čudovito je in prav veselo.

In to je tisto, kar velja iskati,
med bolnimi v postelji ali pred vrati.

Življenje takšno je, kot sam ga hočeš,
v njem veseliš se ali pa le jočeš.

Bolnik je tisti, ki odloča sam,
čeprav ti včasih je povsem predan.

Zdravje ali bolezen njegova je izbira in ne le tvoja
nepremagljiva ovira!

23rd QUADRENNIAL CONGRES TAIWAN 2005

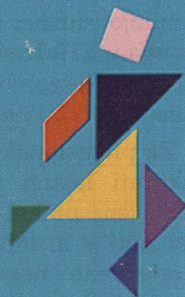


13 dni

23rd Quadrennial Congress 2005

21-27 May 2005 Taipei, Taiwan

**Nursing on the Move:
knowledge, innovation and vitality**



ODHOD: 16./17. 05.–29./30. 05. 2005 -

za udeležence, ki se bodo udeležili **KONFERENCE O GLOBALIZACIJI IN ETIKI V ZDRAVSTVENI NEGI**

16/17. 05.: LJUBLJANA – DUNAJ – TAIPEI

Zbor potnikov v Ljubljani na dogovorjenem mestu ter prevoz na letališče na Dunaju, od koder bo polet letala EVA AIR proti Taipeiu ob 13.10. Vmesni postanek. Pristanek naslednji dan v Taipeiu predvidoma ob 11.20. Prevoz do hotela 3/4*, nastanitev in nočitev.

18.–27. 05.: TAIPEI – KONGRESNE AKTIVNOSTI

Zajtrk v hotelu in kongresne aktivnosti. Po želji se lahko v času kongresa organizirajo celodnevni, poldnevni izleti po otoku ali pa aktivnosti ob večerih, npr. ogled Pekinške opere, Puppet show, predstavitev priprave čaja, ogled predstave Aboriginov, masaža nog v tradicionalnem kitajskem stilu z ogledom značilnega nočnega trga v Taipeiu, vzpon na najvišjo stavbo v Taipeiu in razgled na prestolnico, kopanje v toplih vrelih po japonski tradiciji in podobno. Nočitev.

28. 05.: TAIPEI

Po zajtrku prosto za samostojne ogleds ali pa za doplačilo organiziran izlet. Nočitev.

29. 05.: TAIPEI – DUNAJ – LJUBLJANA

Po zajtrku čas za odkrivanje mesta ali po želji še za doplačilo poldnevni izlet. Proti večeru prevoz na letališče, od koder bomo odleteli nazaj v Evropo. Polet bo ob 19.15. Vmesni postanek. Pristanek na Dunaju ob 05.30 naslednjega dne. Sledi še prevoz v Ljubljano.

INFORMATIVNA CENA POTOVANJA: Pri udeležbi 15 potnikov 424.000,- SIT (1766,- EUR)

Če bi želeli, se lahko dogovorimo za odplačevanje na obroke.

CENA POTOVANJA VKLJUČUJE:

- letalski polet na relaciji Ljubljana – Taipei – Ljubljana,
- prevoz na Dunaj,
- prevoz letališče – hotel – letališče v Taipeiu,
- 12 nastanitev v dvoposteljnih sobah v hotelu **SUN WANT 4***, nočitev z zajtrkom v Taipeiu,
- TAJVANSKI VIZUM,
- organizacijo potovanja.

OBVEZNA DOPLAČILA:

- letališke pristojbine in varnostne pristojbine cca. 15.000,- SIT)

DOPLAČILO ZA ENOPOSTELJNO SOBO: 130.000,- SIT

NAJMANJŠE ŠTEVILO POTNIKOV: 15



23rd QUADRENNIAL CONGRES TAIWAN 2005



10 dni

ODHOD: 19./20. 05.–29./30. 05. 2005

19/20. 05.: LJUBLJANA – DUNAJ – TAIPEI

Zbor potnikov v Ljubljani na dogovorjenem mestu ter prevoz na letališče na Dunaju, od koder bo polet letala EVA AIR proti Taipeiu ob 13.10. Vmesni postanek. Pristanek naslednji dan v Taipeiu predvidoma ob 11.20. Prevoz do hotela 4*, nastanitev in nočitev.

21.–27. 05.: TAIPEI – KONGRESNE AKTIVNOSTI

Zajtrk v hotelu in kongresne aktivnosti. Po želji se lahko v času kongresa organizirajo celodnevni, poldnevni izleti po otoku ali pa aktivnosti ob večerih, npr. ogled Pekinške opere, Puppet show, predstavitev priprave čaja, ogled predstave Aboriginov, masaža nog v tradicionalnem kitajskem stilu z ogledom značilnega nočnega trga v Taipeiu, vzpon na najvišjo stavbo v Taipeiu in razgled na prestolnico, kopanje v toplih vrelih po japonski tradiciji in podobno. Nočitev.

28. 05.: TAIPEI

Po zajtrku prosto za samostojne ogleds ali pa za doplačilo organiziran izlet. Nočitev.

29. 05.: TAIPEI – DUNAJ – LJUBLJANA

Po zajtrku čas za odkrivanje mesta ali po želji še za doplačilo poldnevni izlet. Proti večeru prevoz na letališče, od koder bomo odleteli nazaj v Evropo. Polet bo ob 19.15. Vmesni postanek. Pristanek na Dunaju ob 05.30 naslednjega dne. Sledi še prevoz v Ljubljano.

INFORMATIVNA CENA POTOVANJA:

Pri udeležbi 15 potnikov 379.000,- SIT (1580,- EUR)

Če bi želeli, se lahko dogovorimo za odplačevanje na obroke.

CENA POTOVANJA VKLJUČUJE:

- letalski polet na relaciji Dunaj – Taipei – Dunaj,
- prevoz na letališče na Dunaju,
- prevoz letališče – hotel – letališče v Taipeiu,
- 9 nastanitev v dvoposteljnih sobah v hotelu Sun Want 4 *, nočitve z zajtrkom v Taipeiu,
- tajvanski vizum,
- organizacijo potovanja.

OBVEZNA DOPLAČILA:

- letališke pristojbine cca. 15.000,- SIT

DOPLAČILO ZA ENOPOSTELJNO SOBO: 98.000,- SIT

NAJMANJŠE ŠTEVILO POTNIKOV: 15

Skladno z 900. členom Obligacijskega zakonika si pridržujemo pravico do zvišanja cene (če pride do sprememb v menjalnih valutnih tečajih ali do sprememb v cenikih prevoznikov) in skladno z 902. členom istega zakona pravico do odpovedi potovanja (če se za potovanje ne prijavi vsaj najmanjše število potnikov, potrebnih za izvedbo potovanja). Cena potovanja je izračunana dne 21. 02. 2005 pri udeležbi 15 oseb. Splošni pogoji so sestavni del tega programa. **Pridržujemo si tudi pravico do spremembe odhoda in vrnitve, če nam letalski prevoznik ne potrdi zahtevanega prevoza.** Po predpisih, ki veljajo v mednarodnem potniškem prometu, je za prtljago odgovorna letalska družba. Vse prijave o izgubljeni ali poškodovani prtljagi naslovite na letalskega prevoznika.

CONDOR TRAVEL

Ljubljanska 14, 3000 Celje

tel.: 03 492 46 40, faks: 03 428 552

E-naslov: condor.travel@siol.net

Klinični center Ljubljana - Ob 12. maju – mednarodnem dnevu medicinskih sester
vas vabimo na tretji

Dan odprtih vrat Kliničnega centra Ljubljana,

ki bo v četrtek, 5. maja 2005 v osrednji avli KC Ljubljana od 9.00 do 19.00 ure z naslovom

P R A V I C E P A C I E N T O V

Vrata našega zavoda odpiramo prebivalcem ljubljanske regije in drugim, ki jih zanima, kako je s pravicami in dolžnostmi pacientov v KC Ljubljana. Lepo povabljeni tudi zdravstveni delavci in sodelavci ter predstavniki medijev.

DOGAJANJE V OSREDNJI AVLI KC

9.00 UVODNA SLOVESNOST

- 9.00 do 9.30
- nagovori: generalnega direktorja, strokovnega direktorja, glavne medicinske sestre in vodje projektne skupine
 - nagovor ministra za zdravje Andreja Bručana
 - kulturna točka
 - odprtje razstave likovnih del Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana

10.30 tiskovna konferenca

- zagotavljanje čistega in varnega pacientovega okolja
- varno spremstvo bolnikov
- zagotavljanje varnosti v bolnišničnem okolju
- razjede zaradi pritiska
- spremljanje zadovoljstva bolnikov kot element kakovosti
- pritožne poti v KC Ljubljana
- pravica do lajšanja bolečin
- pravice umirajočih

TEMATSKI SKLOPI

A / Pravica do obveščenosti

- pravice pacientov, navodila in priporočila obiskovalcem, predstavitev prenovljene knjižice za paciente, hospitalizirane v KC
- posredovanje informacij od sprejema do odpusta - pristojnosti zdravstvenih delavcev pri posredovanju informacij pacientom

B / Pravica do avtonomnega odločanja/soodločanja pacienta – partnerski odnos

- informiran pristanek
- posredovanje informacij s področja zdravstvene nege

C / Pravica do kakovostne zdravstvene obravnave;

- pravica do varnega okolja in preprečevanje dejavnikov tveganja

D / Pravica do zasebnosti in zaupnosti

- varovanje osebnih in drugih podatkov, izjava ob sprejemu
- zasebnost, dostojanstvo in zaupnost

E / Pravica do osebne varnosti

- zagotavljanje varnosti bolnikov, zaposlenih in obiskovalcev

F / Prostovoljstvo – predstavitev nove dejavnosti v našem zavodu

G / Pravice otrok, staršev in skrbnikov

H / Dolžnosti bolnikov

DOGAJANJE V PRVI KLETI KC

- Predstavitev različnih zdravstveno vzgojno izobraževalnih vsebin (posterji, zloženke, demonstracije,...)
- Pravica do svobodnega izražanja vere

Z veseljem vas pričakujemo.

Projektna skupina: Darinka Klemenc, mag. Maja Klančnik Gruden, Zdenka Mrak, Majda Kosin, Tatjana Nendl

Glavna medicinska sestra KC: Jelka Mlakar

v.d. generalnega direktorja KC: mag. Franc Hočevnar

Sekcija medicinskih sester in babic**Povabilo**

Spoštovane kolegice in kolegi,

Ob izdaji prevoda Mednarodnega kodeksa za babice in ob 5. maju – mednarodnem dnevu babic – Vas vabimo na

svečanost,

ki bo **5. maja 2005 ob 12. uri v predavalnici Ginekološke klinike v Ljubljani na Šlajmerjevi ulici 3.**

Ob tej priložnosti se bomo spregovorili o naših dosežkih in prehojeni poti ter se dotaknili naših načrtov. Da smo vse to dosegli in popeljali babištvo na visoko raven, se bomo s priznanji zahvalili našim sodelavcem, ki so zato zaslužni.

Vabimo Vas, da se proslave udeležite. Prosimo Vas, da zaradi omejenih možnosti svojo prisotnost prijavite predsednici sekcije na telefon 01 522 60 48 do 3. 5. 2005.

*Predsednica sekcije medicinskih sester in babic
Gordana Njenjič*

Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Celje**Povabilo**

Ob 12. maju - Mednarodnem dnevu medicinskih sester vabimo vse člane in članice na

***svečano
prireditve,***

**ki bo v četrtek, 05.05.2005
ob 18. uri
v Narodnem domu v Celju**

*Predsednica DMSZT Celje
Marjana Vengušt*

Službo dobi**SI PRAVA
SESTRA?**

Specialistična internistična ambulanta **Cardial d.o.o.** z dolgoletno tradicijo diagnosticiranja srčnih in drugih bolezni vabi v prijeten in urejen kolektiv **medicinsko sestro** s prijaznim in korektnim odnosom do strank, veliko samoiniciativnosti, V. stopnjo izobrazbe zdravstvene smeri in najmanj 5 let delovnih izkušenj s področja dela.

Več informacij najdete na naših spletnih straneh.

Vaše prijave in CV pričakujemo v osmih dneh na naš naslov:

Kadrovski inženiring, Zaloška 69, Ljubljana, Tel.: 01/ 542 32 84

<http://www.ki-maher.com>, info@ki-maher.com



KADROVSKI INŽENIRING

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije



Kratka zgodovina delovanja in združevanja medicinskih sester v Sloveniji

27. novembra 1927 je bila v Ljubljani ustanovljena prva stanovska organizacija medicinskih sester, ki se je imenovala "Organizacija absolventk šole za sestre v Ljubljani".

V letu 1951 se je stanovsko združenje medicinskih sester preimenovalo v Društvo medicinskih sester, ki je v letu 1963 dobilo naziv Zveza društev medicinskih sester Slovenije ter se povezovalo v Zvezo društev medicinskih sester Jugoslavije. Člani in članice Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije so se na podlagi 87. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS št.9/92) odločili in 15. 12. 1992 ustanovili Zbornico zdravstvene nege Slovenije.

Nalogam, ki so do takrat že bile zapisane v Statutu Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, je z ustanovitvijo Zbornice zdravstvene nege Slovenije bilo dodano še nekaj nalog, ki so značilne za zbornično organiziranost določene poklicne skupine.

Članstvo v organizaciji

Vsak, ki želi postati član, mora izpolniti pristopno izjavo, s katero se včlani v eno izmed 11 regijskih društev. Regijska društva so s pogodbo povezana v Zvezo društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Z izpolnitvijo pristopne izjave vsak član izrazi voljo po članstvu in načinu plačevanja članarine. Na podlagi pristopne izjave prejme vsak član člansko izkaznico, s katero se lahko izkaže na vseh strokovnih srečanjih.

Članstvo je prostovoljno - je čast in obveza za vse medicinske sestre in zdravstvene tehnike iz vrst aktivnih delavcev v zdravstveni negi, upokojenih medicinskih sester, dijakov in študentov zdravstvene nege.

Organizacijo sestavlja 11 regijskih društev: Ljubljana, Maribor, Celje, Pomurje, Ptuj – Ormož, Nova Gorica, Koper, Slovenj Gradec, Novo mesto, Velenje in društvo Gorenjske.

V organizaciji deluje 30 strokovnih sekcij, ki s svojimi izobraževalnimi programi skrbijo za strokovno izpopolnjevanje svojih članov in vseh, ki delajo na področju zdravstva.

Strokovne sekcije so organizirane za naslednja področja zdravstvene nege:

- vzgojo in izobraževanje, medicino dela, prometa in športa, ginekologijo in porodništvo, psihiatrijo in nevrologijo, za področje pulmologije, za področje pediatrije, za patronažno zdravstveno varstvo, anesteziologijo, intenzivno nego in terapijo in transfuziologijo, splošno medicino, oftalmologijo, za področje kirurgije, zdraviliško dejavnost, onkologijo, za področje zdravstvene nege stom, endokrinologijo, za področje nefrologije, dialize in transplantacije, endoskopijo, za področje reševalnih služb, stomatologijo, sterilizacijo, hematologijo, urgentno medicino, za področje interne medicine in infektologije, dermatovenerologijo, sekcijo operacijskih medicinskih sester, sekcijo študentov zdravstvene nege, sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, sekcijo na internističnem in infektološkem področju, za področje kardiologije in angiologije, za področje managementa in za področje nevrologije.

Namen organizacije

Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je edina profesionalna organizacija medicinskih sester, ki predstavljajo najštevilčnejšo poklicno skupino med zdravstvenimi delavci. Njen glavni namen je:

- združevati medicinske sestre in zdravstvene tehnike iz vse Slovenije in zastopati njihove profesionalne, socialne in ekonomske interese;
- razvijati in promovirati sodobno zdravstveno nego in
- vsem ljudem zagotavljati kakovostno zdravstveno nego.



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Podoba medicinske sestre

Medicinska sestra je oseba, ki je zaključila najmanj dvanajstletno splošno in/ali strokovno izobraževanje in končala visoko strokovno izobraževanje s področja zdravstvene nege ter ji je ustrezeni organ podelil pravico za samostojno delo v zdravstveni dejavnosti. V okviru svojih kompetenc je usposobljena za zadovoljevanje potreb po zdravstveni negi in oskrbi, za zdravstveno vzgojo in izobraževanje, za organizacijo dela in razvojno raziskovalno dejavnost.

Dejavnost zdravstvene nege v skladu s svojo strokovno usposobljenostjo samostojno opravljajo naslednji poklici: srednja medicinska sestra, zdravstvena tehnika/zdravstveni tehnik, tehnik/ica zdravstvene nege, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik (tudi specialist/ka), diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, tudi specialist/ka), profesor/ica zdravstvene vzgoje, (diplomirani/a) babica/babičar in druge medicinske sestre s fakultetno izobrazbo.

Področje dela medicinske sestre je zdravstvena nega, ki je pomemben del zdravstvenega sistema v vsaki družbi. Medicinska sestra je nosilka in izvajalka zdravstvene nege, ki jo je definirala Mednarodni svet medicinskih sester – International Council of Nurses – ICN in se glasi:

»Zdravstvena nega obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih ter v vseh okoljih. Vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanja ter vzgoje.«

Medicinska sestra je usposobljena strokovnjakinja za celostno (holistično) obravnavo posameznikov in skupin, ki avtonomno prevzema naloge in odgovornosti v sistemu zdravstvenega varstva, socialnega varstva in področja šolstva. Je samostojna strokovnjakinja v negovalnem timu in članica zdravstvenega tima, v katerem si z drugimi strokovnjaki deli vloge v zdravstveni obravi pacienta. Išče učinkovite poti za spoštljive, strpne, razumevajoče in dobre medsebojne odnose na delovnem mestu, ki so temelj kakovostnega, uspešnega in učinkovitega dela in so bistvene za zadovoljstvo posameznika, skupine in institucije.

Človek, zdrav ali bolan (pacient, bolnik, varovanec, uporabnik, klient,...) je osrednji namen njenega delovanja, enkrat in neponovljiv v času in prostoru in zato najvišja vrednota vrednostnega sistema medicinske sestre. Skozi njeno delovanje je zaznati celostno skrb za posameznika, ki je pred njenim lastnim interesom. Sposobnost doživljanja in razumevanja človeka kot celote telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega bitja usklajuje s svojimi znanji, izkušnjami in sposobnostmi ob nenehnem prilagajanju in spreminjanju svojega pozitivnega odnosa do sebe, do drugih in do okolice.

Vrednota zdravstvene nege je tudi znanje, zato medicinska sestra nenehno vzpodbuja strokovno okolje za nadaljnje pridobivanja znanja in spretnosti, za strokovni razvoj in izgradnjo osebne in strokovne rasti. Medicinska sestra izvaja in vzpodbuja raziskovalno dejavnost ter sodeluje v raziskovalnih projektih.

Podobo medicinske sestre oblikujeta dva enako pomembna dela: osebnostna podoba in posebne poklicne lastnosti.

- Osnovni pogoj za osebnostno podobo medicinske sestre je telesna, duševna, duhovna in socialna zrelost; pomembna je sposobnost sožitja z ljudmi, humanost, sposobnost empatije. Osebnostno podobo sestavljajo njene temeljne človeške lastnosti, kot so človekoljubnost, dobrohotnost, optimizem, spoštljivost, strpnost in druge.

Na osnovnem človeškem liku slonijo tudi posebne poklicne poteze medicinske sestre.

- Strokovna usposobljenost, pripadnost poklicni skupini, samostojnost, prijaznost, razumevanje, sprejemanje drugačnosti, doslednost, strpnost, umirjenost, zaupljivost in drugo so posebne poklicne lastnosti, ki izstopajo pri njenem delu s pacientom.

Medicinska sestra spoštuje temeljne človekove vrednote, kar ji omogoča, da svoje poklicno poslanstvo uspešno opravlja. Sledi naj moralnemu nauku, da ne stori drugemu tega, kar ne želi, da bi drugi storili njej.

Posebno pomembno vrednoto predstavlja zdravje; skrb za zdravje je dolžnost in odgovornost do nje same in do drugih, je njena notranja vrednostna vedenjska namera.

Medicinska sestra predstavlja svojo poklicno skupino najprej s samopodobo (identiteto), katere del je strokovna podoba. Primeren videz, obnašanje in vedenje so temelji njene suverenosti, znak samozavedanja in predstavljajo odnos do poklica, do drugih ljudi, do položaja in do institucije. Medicinska sestra se mora zavedati, da vsako njeno neustrezno, lahkomišno, nečastno in ponižujoče dejanje prizadene ne samo paciente, temveč tudi druge pripadnike poklicne skupine.

Meja med zasebnim in poklicnim življenjem medicinske sestre je zaradi pričakovanja družbe težko določljiva. Družba pričakuje, da medicinska sestra tudi zunaj delovnega okolja pomaga človeku.

Za svojo osebno rast in razvoj, za razvoj stroke, pa tudi za boljšo lastno osveščenost in obveščenost se medicinska sestra prostovoljno vključuje v organizacije (regijsko društvo, stanovski sindikat, strokovne sekcije, nevladne, politične, humanitarne in druge organizacije in združenja) z namenom krepitev stanovskega združevanja, solidarnosti in vpliva na aktualna dogajanja doma in v svetu.

Medicinsko sestro zavezuje Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Navodila za objavo obvestil in prispevkov v Utripu

Utrip je informativni bilten Zbornice – Zveze in ga prejemajo vsi člani. Izhaja praviloma enkrat mesečno med 12. in 15. dnem. Z Utripom želi organizacija seznanjati člane in druge z delovanjem Zbornice – Zveze in njenih organov, o aktualnih strokovnih in družbenih dogajanjih, informirati o strokovnih izpopolnjevanjih, ki jih organizirajo organi in delovna telesa Zbornice – Zveze, društva in strokovne sekcije, seznanjati z mednarodnimi aktivnostmi s področja zdravstvene nege in strokovnimi dogajanja v tujini in objavlja prispevke članov in drugih v skladu s programom dela Uredniškega odbora.

1. Prispevki in obvestila, ki jih želijo pisci oziroma avtorji objaviti v Utripu v naslednjem mesecu, morajo prispeti v uredništvo – na sedež Zbornice – Zveze, Vidovdanska 9, do 25. v tekočem mesecu. Prispevki, ki bodo prispeli po tem roku, bodo objavljeni v naslednji številki Utripa. Poslane prispevke se lektorira. Prispevkov ne honoriramo.
2. Pisci naj svoje prispevke pošljejo na disketi v programu Word for Windows s priloženo kopijo printa, ki naj bo pisan na papirju A4, z enojnim presledkom med vrsticami in obojestransko poravnavo z robovi 2,5 cm. Priporočena pisava je Times New Roman 12 točk. Na eni strani naj bo 30 vrstic s po 60 znaki v eni vrsti. Pri vsakem besedilu bomo objavili največ po dve fotografiji, ki morata biti kakovostni in primerni za objavo. Pod fotografijo morajo biti zapisani dogodek in imena oseb na fotografiji. Izjemoma so prispevki lahko natipkani oziroma v rokopisu. Besedil, fotografij in disket ne vračamo.
3. Ker je obseg Utripa omejen, naj prispevki oziroma članki skupaj s priloženimi fotografijami ne presegajo 3 strani formata A4.
4. Za vse trditve v prispevku odgovarjajo avtorji sami, zato objavljamo le prispevke s podpisanim polnim imenom in priimkom. K objavi naj bo priložen tudi naslov, tel./faks ali e-mail avtorja prispevka, obvestila oziroma oglasa za morebitne razgovore glede objave.

Uredništvo

Obvestila članicam/lom



Spremembe podatkov v registru članstva

Spremembe delodajalca, statusa (študent, zaposleni, upokojenec), naslova bivanja, izobrazbe in strokovnih ter akademskih naslovov javite pisno – dopisnica ali po e-pošti – narocnina@zveza-dmszts.si

Porodniški dopust

Prosimo Vas, da nam pisno ali po e-pošti javite začetek porodniškega dopusta in način, kako boste v tem času plačevali članarino, kar bomo označili na vašem stroškovnem mestu.

Znesek mesečne članarine bomo objavili vsake tri mesece v Utripu, in bo plačljiv na TR NLB 02031-0016512314 – v sklicu pod 00 navedite številko članske izkaznice. Več informacij lahko dobite na telefon 01 43 44 903.

Pristopna izjava

Ko prejmemo vašo pristopno izjavo, ki jo dobite na spletni strani www.zveza-dmszts.si ali vam jo na vašo željo pošljemo po špošti, člana/ico vpišemo v register članov in o tem obvestimo regijsko društvo. Na izjavi je rubrika, na kateri se član/ica izreče o načinu plačila članarine – mesečno z odtegljajem od osebnega dohodka pri delodajalcu ali po položnici – mesečno, polletno ali letno. Zbornica-Zveza pošilja položnice za letno plačilo v mesecu juniju.

Če želi član/ica takojšen vpis in izdajo potrdila o članstvu, mora ob vpisu poravnati poravnati znesek 3000 sit.

Mesečna članarina za redne člane/ice znaša 0,5 % od bruto plače, letna članarina pa 5.200 za upokojenke/ce in 4.400 za študente/ke.

Izstopna izjava

Za izstop je potrebna pisna izjava in velja z naslednjim mesecem od prejema izjave (izstop ni možen za nazaj). Izjavi je potrebno priložiti člansko izkaznico. Zbornica – Zveza na podlagi pisne izjave o izstopu obvesti delodajalca in regijsko društvo.

Če je član/ica izstopila in v tekočem letu želi ponovno vstopiti, mora za ponovni vpis v register članov Zbornice – Zveze, za izdajo potrdila in članske izkaznice plačati pavšalno članarino od izstopa dalje.

Če je član/ica prekinila članstvo v preteklem letu ali letih nazaj, mora za ponoven vpis poravnati pavšalno članarino za preteklih šest mesecev.

Zahvaljujemo se vam za upoštevanje obvestil! V primeru nejasnosti ali želje po pojasnilih nas pokličite - s pogovorom bomo poskusili rešiti probleme v obojestransko korist.

Strokovne službe Zbornice – Zveze
Petra Kersnič, generalna sekretarka

Vaša vest pravi - ne.
Telo pa pravi - **da.**



izogibate mazanju margarine Becel na kruh,
menite, da je pusta hrana bolj zdrava?

No, mogoče se ne bi smeli.

stvena margarina Becel ima ugodno
tavo maščobnih kislin in je bogata z
nasičenimi maščobnimi kislinami, ki
pomemben del zdrave prehrane.

N naše telo ni sposobno samo proizvajati

omega 3 in omega 6 večkrat nenasičenih
maščobnih kislin, zato jih moramo pridobiti s
hrano.

Zdaj vas vest ne bo več pekla!

Lahko sledite okusu in uživajte v margarini
Becel.

**Margarina Becel. Zdaj obogatena tudi s
folno kislino.**



**ZA VSE, KI SE ZAVEDATE
NEVARNOSTI HOLESTEROLA**

MED SLOVENSKIMI ZDRAVNIKI PREIZKUŠENO ZDRAVILO

LETIZEN®

tablete
peroralna raztopina

cetirizin

Naj bo pomlad spet najlepši letni čas

Indikacije. Zdravilo je namenjeno za preprečevanje in zdravljenje sezonskega in celoletnega alergijskega rinitisa, kronične urtikarije, atopijskega dermatitisa in drugih alergijskih bolezni.
Odmerjanje in uporaba. *Tablete.* Odrasli in otroci, starejši od 12 let: 1 tableta na dan. Otroci od 6 do 12 let z več kot 30 kg: dvakrat po ½ tablete; z manj kot 30 kg: ½ tablete na dan. *Peroralna raztopina.* Odrasli in otroci, starejši od 12 let: 2 brizgi (10 ml) enkrat na dan. Otroci od 6 do 12 let z več kot 30 kg: dvakrat po 1 brizgo (5 ml); z manj kot 30 kg: 1 brizgo na dan. Otroci od 2 do 6 let: enkrat 1 brizgo ali dvakrat pol brizge (2,5 ml) na dan. **Kontraindikacije.** Preobčutljivost za sestavine zdravila in za hidroksizin. **Previdnostni ukrepi in opozorila.** Zdravilo dajemo previdno in v zmanjšanem dnevnem odmerku bolnikom z okvarjenim ledvičnim delovanjem, bolnikom ne hemodializi in bolnikom z okvarjenim jetrnim delovanjem. **Nosečnost in dojenje.** Zdravila ne dajemo v prvih treh mesecih nosečnosti. V poznejših mesecih nosečnosti ga predpišemo le, če je to nujno potrebno. Zdravilo se izloča v materino mleko, zato med zdravljenjem odsvetujemo dojenje. **Interakcije.** Med sočasnim jemanjem cetirizina in teofilina (zlasti odmerkov, večjih od

400 mg) lahko zaradi zmanjšanja očistka pride do povečanja serumske koncentracije in relativnega preodmerjanja cetirizina. **Stranski učinki.** V kliničnih preizkusih nadzorovanih s placebom, je bila pogostost prekinitev zdravljenja s cetirizinom zaradi stranskih učinkov podobna kot pri zdravljenju s placebom. Najpogostejši stranski učinki zdravila so zaspanost, utrujenost, omotica, suha usta in glavobol. Redkeje se pojavijo šibkost, slabost, bruhanje, bolečine v trebuhu, driska, zaprtje in povečan tek. **Oprema.** Zloženska z 20 filmsko obloženimi tabletami po 10 mg cetirizina, 120 ml peroralne raztopine (1 mg/1 ml), samo na zdravniški recept. 10 filmsko obloženih tablet Letizen S po 10 mg, brez recepta. **Datum priprave besedila:** februar 2005.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Krka, d. d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, www.krka.si

Že 50 let.

 KRKA