

ZDRAVSTVENA NEGA v patronažnem varstvu in biopsihosocialni model javnega zdravja

Zbornik predavanj z recenzijo



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

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
V PATRONAŽNI DEJAVNOSTI

Zbornik predavanj z recenzijo

ZDRAVSTVENA NEGA
v patronažnem varstvu
in biopsihosocialni model
javnega zdravja

COMMUNITY NURSING
and the Biopsychosocial Model
of Public Health

2012

VSEBINA

Martina Horvat, <i>dipl. m. s., predsednica Sekcije MS in ZT v patronažni dejavnosti</i>	
Uvodne misli	5
Alenka Bratina, <i>dipl. m. s., ZD Nova Gorica, Patronažna služba</i>	
Predstavitev patronažnega varstva v primorsko-goriški regiji	7
Marijan Ivanuša, <i>dr. med., vodja Urada SZO v Sloveniji</i>	
mag. Tatjana Buzeti, <i>Center za zdravje in razvoj</i>	
Zdravstveni sistem in neenakosti v zdravju	8
pred. Dubravka Sancin, <i>prof. zdr. vzg., Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru</i>	
Posledice medsebojnega delovanja notranjih in zunanjih virov zdravja na posameznika, družino in lokalno skupnost	13
doc. dr. Brigita Skela Savič, <i>Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice</i>	
Vertikalna znanja v zdravstveni negi kot odziv na potrebe zdrave in bolne populacije	19
Sandra Gaber Flegar, <i>mag. zdr. neg., ZD Murska Sobota, Patronažna služba</i>	
Vloga patronažnih medicinskih sester pri skrbi za zdravje populacije	21
Marijana Kašnik Janet, <i>dipl. m. s., univ. dipl. soc., ZZV Ravne na Koroškem</i>	
Vloga javnega zdravja pri zmanjševanju neenakosti v zdravju	32
Karmen Romih, <i>mag. zdr. neg., Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice</i>	
doc. dr. Brigita Skela Savič, <i>Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice</i>	
Predstavitev projekta »Family Health Nursing in European Communities«	36
Jožica Zornik, <i>viš. med. ses., Zdravstveni dom Tolmin, Patronažna služba Bovec</i>	
Sodelovanje medicinskih sester s PGD Bovec	39
Karmen Romih, <i>mag. zdr. neg., Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice</i>	
mag. Jožica Ramšak Pajk, <i>prof. zdr. vzg., Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, ZD Ljubljana Bežigrad, Patronažna služba</i>	
Klinična praksa v patronažnem varstvu – analiza evalvacijskih mnenj	44
doc. dr. Polona Selič, <i>univ. dipl. psih., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani</i>	
Biopsihosocialne razsežnosti izgorelosti	49
Danica Sirk, <i>viš. med. ses., univ. dipl. org., IBCLC, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, OE Patronažno varstvo</i>	
Patronažna medicinska sestra v skrbi za zdravo zobovje	57

Mateja Bandur, <i>dipl. m. s., spec., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, OE Patronažno varstvo</i>	
Celostna obravnava sladkornega pacienta v patronažnem varstvu	63
Aleksandra Jančič, <i>dipl. m. s., spec., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, OE Patronažno varstvo</i>	
Celostna obravnava pulmološkega pacienta v patronažnem varstvu	68
Eva Kovačič, <i>dipl. m. s., ZD Grosuplje, Patronažna služba</i>	
Celostni pristop v patronažni zdravstveni negi – študija primera	74
Tomislava Kordiš, <i>dipl. m. s., ZD Laško, Patronažna služba</i>	
Priložnost za družino	81
mag. Jožica Ramšak Pajk, <i>prof. zdr. vzg., Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, ZD Ljubljana Bežigrad, Patronažna služba</i>	
prof. dr. Fiona Murphy, <i>Senior Lecturer, School of Human & Health Science, Swansea University</i>	
Obravnava neozdravljivo bolnih v patronažnem varstvu in teoretični modeli	86
Milena Pegan Fabjan, <i>univ. dipl. psih., ZD Sežana, Dispanzer za mentalno zdravje</i>	
Stres in obvladovanje čustev	97
Miha Kramli, <i>univ. dipl. teolog, terapevt, vodja Centra za zdravljenje odvisnosti ZD Nova Gorica</i>	
Pravice staršev	102
Miha Kramli, <i>univ. dipl. teolog, terapevt, vodja Centra za zdravljenje odvisnosti ZD Nova Gorica</i>	
Resnična zgodba – Sposobnosti svobodnega gibanja ta fant nima več	103
Miha Kramli, <i>univ. dipl. teolog, terapevt, vodja Centra za zdravljenje odvisnosti ZD Nova Gorica</i>	
Kaj je zasvojenost?	104
Alenka Slapšak, <i>dipl. m. s.; ZD Ljubljana Center, Zdravstveno vzgojni center</i>	
Skrb za svoje zdravje – patronažna medicinska sestra in telesna aktivnost	107

Uvodne misli

Martina Horvat

dipl. m. s.

predsednica Sekcije MS in ZT v patronažni dejavnosti

... in potem k ljudem, potrebni so obiski po hišah, sestra mora biti vsestranska, razumeti mora eno in drugo stran – razumeti mora prostitutko, bolne, tudi duševno bolne, iskat sredstva za njegovo zdravljenje.....vedeti brez besed kako je v duši nekaterih, slediti zvezdi v sebi, potreben je nasvet, urediti pa moraš po svoje.....takrat so nas učili, da mora sestra poznati vso panogo življenja, sestra mora iti tudi po beznicah, da spozna življenje.....mora biti kakor sončni žarek, ki povsod obsije in se sam ne umaže... (Angela Boškin)

To so besede Angele Boškin (1885–1977), ki je postavila temelje poklicu patronažnih medicinskih sester v Sloveniji. Pred 92 leti, 27. januarja 1919, je bil v Sloveniji in Jugoslaviji napisan prvi dekret o nastanitvi skrbstvene sestre, predhodnice današnjih medicinskih sester v patronažni službi in socialnih delavcev. Oddelek za socialno skrb Narodne vlade SRS v Ljubljani je takrat, v odgovoru Angeli Boškin, zapisal: *»Rešujoč Vašo prošnjo z dne 8. januarja 1919 Vam naznanjamo, da Vas sprejemamo v službo kot oskrbno sestro s sedežem na Jesenicah. Vaš delokrog bo obsegal kraje Koroška Bela, Javornik, Sava, Jesenice. Vaša naloga bo, da obiskujete matere, ki so na porodu, jih navajate, da gledajo ob času poroda na higienična določila in da jih poučujete o pravilni negi z dojenčki.«*

Zdravstveno-prosvetno delo se je širilo, prebivalci so počasi pridobivali zaupanje v ponujeno pomoč in se čez čas že sami obračali po nasvete k skrbstveni sestri, takrat in v letih, ki so sledila.

V zadnjih desetletjih se zdravstvena nega sooča s spremembami brez primere, s tistimi na področju zdravstvene nege, torej medicinskimi, kot tudi s tistimi, ki so povezane s spremembami modelov organizacije zdravstvenih služb. Tudi v Sloveniji demografske in družbene spremembe pomembno zaznamujejo delo medicinskih sester v patronažnem varstvu. Bolj kot kadarkoli prej se srečujemo z revščino, nezaposlenostjo, nasiljem, hudimi stiskami, ki se vedno najprej dotaknejo najbolj ranljivih. Vloga medicinskih sester v patronažnem varstvu je v zavezništvu z državljani neprecenljiva. Na enem od strokovnih srečanj sekcije je na podlagi osebne izkušnje vabljen predavateljica dejala: *»Patronažne medicinske sestre znajo združevati znanje in etiko skrbi, od česar je velikokrat odvisna razlika med življenjem in smrtjo, med dobrim in slabim. Njihova moč je prav zaradi tega ogromna.«*

Pomembno vlogo, predvsem na primarni ravni zdravstvenega varstva, imajo tudi pri realizaciji strategije Svetovne zdravstvene organizacije *»Zdravje za vse za 21. stoletje«* (WHO, 1999), ki govori o novem konceptu javnega zdravja, ko postopoma prehajamo iz biomedicinskega v biopsihosocialni model pojmovanja zdravja. Vloga medicinskih sester v patronažnem varstvu pri uresničevanju strategije je pomembna prav pri vsakem od enaindvajsetih ciljev. Tudi Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 *»Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«* (Ur. l. RS, 77/2008) posebej poudarja razvoj patronažnega varstva. V njej je zapisano, da pomemben del dejavnost preventive in zdravljenja na domu opravljajo medicinske sestre v patronažnem varstvu, ki so samostojne nosilke dejavnosti. Z ustrežno organizacijo dela naj bi se večji del nalog, zlasti na področju preventive, prenesel na medicinske sestre. Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) je že pred desetletjem opozarjal, da vlade ne morejo poskrbeti za zdrav narod, ne da bi najprej poskrbele za zdrave družine. Najboljši način, da to storijo, je ta, da čim bolj izkoristijo potencial medicinskih sester. To velja za vsako državo, bogato ali revno, industrializirano ali v razvoju. Družinske medicinske sestre znajo upoštevati celotno sliko skupnosti in kulturnega konteksta, v katerem živi posamezna družina. Prav tako znajo upoštevati odnose med družinskimi člani, so aktivne članice zdravstvenih programov lokalne skupnosti in tako imajo vse večjo vlogo pri uresničevanju prizadevanj družbe, da se spopade z izzivi javnega zdravstva našega časa.

Zdravstvena nega v patronažnem varstvu in biopsihosocialni model javnega zdravja

Zbornik predavanj z recenzijo

Založila in izdala:

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

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti

Urednica: Martina Horvat

Recenzentke: mag. Jožica Ramšak Pajk, Karmen Romih, Martina Horvat

Lektor: Ludvik Sočič

Lektorica za angleški jezik: Tina Levec

Programsko organizacijski odbor: Martina Horvat, Liljana Verbič, Alenka Bratina, Bojana Laščak, Dragica Jošar

Grafična priprava, razmnoževanje in tisk: **Atelje za črko** in **sliko**

Izšlo v nakladi 200 izvodov kot e-publikacija na zgoščenki in v nakladi 150 izvodov kot tiskana publikacija

Zbornik izdan ob seminarju Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti v Novi Gorici 19. in 20. april 2012

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor
614.2:616-083(082)
ZDRAVSTVENA nega v patronažnem varstvu in biopsihosocialni model javnega zdravja = Community nursing and the biopsychosocial model of public health [Elektronski vir] : zbornik predavanj z recenzijo / seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti v Novi Gorici, 19. in 20. aprila 2012 ; urednica Martina Horvat. - El. zbornik. - [Ljubljana] : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, 2012
ISBN 978-961-273-051-2 (CD-ROM)
1. Horvat, Martina, 1966-COBISS.SI-ID 69488897

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor
614.2:616-083(082)
ZDRAVSTVENA nega v patronažnem varstvu in psihosocialni model javnega zdravja = Community nursing and the biopsychosocial model of public health : zbornik predavanj z recenzijo / [seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti v Novi Gorici, 19. in 20. aprila 2012 ; urednica Martina Horvat]. - [Ljubljana] : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, 2012
ISBN 978-961-273-050-5
1. Horvat, Martina, 1966-COBISS.SI-ID 69457665

Zaradi tega smo si v strokovni sekciji, ko smo odločali o temi letošnjega seminarja, bili enotni, da bomo nadaljevali tradicijo preteklih let in še naprej poglobljali znanje, ki ga potrebujemo za preventivno delovanje in celostno obravnavo posameznika, družine in lokalne skupnosti ter krepili zavedanje o pomembnosti biopsihosocialnega modela javnega zdravja. Veseli smo, da so se z odličnimi prispevki našemu povabilu odzvali številni predavatelji s področja zdravstvene nege in drugih področij, pomembnih za celostno obravnavo pacientov. Zbrali smo jih v pričujoči publikaciji, zborniku predavanj z recenzijo, ki bo tako dragoceno gradivo zaposlenim na področju zdravstvene nege v patronažnem varstvu in drugod ter študentom. Zbornik je nastal je z namenom, da zberemo in širši javnosti predstavimo svoje bogato znanje, izkušnje in raziskave.

Uvodno predavanje strokovnega srečanja bo namenjeno neenakostim v zdravju. Ne smemo pozabiti, da smo medicinske sestre v patronažnem varstvu nepogrešljive pri skrbi za zdravje populacije in pomoč socialno ogroženim ljudem. Smo edine, ki smemo neovirano in neomejeno stopati v družine. Ljudje nas spoštujejo in nam zaupajo. Ves čas spodbujamo družinsko povezanost in pozitivno zdravje. Pomembno je naše natančno poznavanje terenskega območja ter dejavnikov tveganja za zdravje populacije v lokalni skupnosti ter iskanje možnosti za reševanje problemov in sodelovanje. Čeprav je država je zavezana sprejeti razumne ukrepe, da osebam na svojem ozemlju zagotovi človeškega dostojanstva vredno življenje, moram reči, da prizori, s katerimi se vsakodnevno srečujemo pri svojem delu, govorijo drugače. Zato moramo svojo vlogo v soustvarjanju tako lokalne kot nacionalne politike še dodatno krepiti, kar smo zapisali tudi v Strategiji razvoja zdravstvene nege in zdravstvene oskrbe Zdravstvenega varstva v republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020 in za kar si bomo v Strokovni sekciji prizadevali tudi v prihodnje.

Kako naprej? Problemi, ki niso javno predstavljeni, za javnost ne obstajajo. Naša odgovornost je izvajanje varovanja zdravja in zdravstvene nege socialno ogroženih in brezposelnih ter seznanjanje javnosti z zdravstveno ogroženostjo in številnimi problemi teh ljudi. Naj zaključim z mislijo iz publikacije Neenakosti v zdravju v Sloveniji (Buzeti et al, 2011): »Samo skupaj lahko naredimo okolje, v katerem smo se rodili, v katerem odraščamo, živimo, delamo, ustvarjamo in se staramo, prijaznejše in boljše.«

Predstavitev patronažnega varstva v primorsko-goriški regiji

Alenka Bratina

dipl. m. s.
ZD Nova Gorica, Patronažna služba

Na območju Tolmina, Nove Gorice in Ajdovščine s skupnim številom 102.500 prebivalcev trenutno izvaja patronažno varstvo 38 patronažnih medicinskih sester z višjo in visoko strokovno izobrazbo.

Začetki segajo že v daljna petdeseta leta, nosilke so bile babice, ki so izvajale zdravstveno varstvo žena in otrok. Prva višja medicinska sestra je začela v patronažni službi delati že leta 1954 na Kobariškem s patronažnimi obiski starostnikov in kroničnih bolnikov. Babiške obiske so še vedno izvajale priučene babice.

Zanimiv je podatek Regionalnega zdravstvenega centra Nova Gorica iz leta 1967. Takrat je delovalo 13 medicinskih sester in 29 terenskih babic (za območje Ajdovščine, Tolmina in Nove Gorice), ki pa z delovnimi razmerami niso bile zadovoljne, saj je njihovo delo na terenu obsegalo le 35 % delovnega časa, v preostalem času so bile razporejene v dispanzerje in ambulante. Borile so se za spremembe v korist hišnih obiskov in za zaposlovanje novih patronažnih medicinskih sester (takrat je prišla ena patronažna medicinska sestra na 7000 prebivalcev). Njihove zahteve so bile obravnavane in sprejete na občnem zboru Društva medicinskih sester Nova Gorica leta 1968.

Čas hitro beži.

Zahvaljujoč našim kolegicam, ki so orale zelo trdo ledino, smo danes tu, kjer smo; glejmo naprej, učimo se vsak dan in s svojim znanjem zagotavljamo še boljše in kakovostnejšo zdravstveno nego našim bolnikom/varovancem.



ZNANJE, IZKUŠNJE IN DRZNOST

Zdravstveni sistem in neenakosti v zdravju

HEALTH SYSTEM AND INEQUALITIES IN HEALTH

Marijan Ivanuša

dr. med.
Svetovna zdravstvena organizacija, Urad SZO v Sloveniji, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana, mai@euro.who.int

mag. Tatjana Buzeti

Center za zdravje in razvoj, Arhitekta Novaka 2b, 9000 Murska Sobota

IZVLEČEK

Neenakosti v zdravju, ki se jim lahko izognemo, so posledica okoliščin, v katerih ljudje živijo. Zdravstveni sistemi lahko neenakosti povečujejo ali zmanjšujejo. Medtem ko je enakost lahko ena od ključnih razvojnih prioritet, pa marsikje vse bolj izpostavljajo ekonomsko rast. Primarno zdravstveno varstvo predstavlja osrednji del zdravstvenega varstva v Sloveniji. Splošno zdravstveno zavarovanje, ki omogoča širok dostop do zdravstvenih storitev, je le eden od predpogojev za pravično zagotavljanje zdravstvenih storitev.

V Sloveniji ima patronažna služba dokaj dober in neposredni vpogled v socialno-ekonomске determinante posameznega bolnika. Zato lahko ob sodelovanju drugih sektorjev spodbuja obravnavo, ki krepi enakosti.

Ključne besede: socialne determinante zdravja, primarno zdravstveno varstvo, (ne)enaka dostopnost, primarno zdravstveno varstvo, patronaža

ABSTRACT

Avoidable health inequalities arise because of the circumstances in which people live and work. Health systems can increase or reduce and alleviate health inequities. Equity is one of the key developmental priorities; however, the focus on economical growth often prevails over health equality. The strong primary care is the foundation of the health care system in Slovenia. Universal health coverage through primary health care is important but not the only precondition for equitable service delivery. Community nursing in Slovenia has a relatively good insight into social determinants of health of individual patients. In collaboration with other sectors, it can thus exert an important influence on enhancing equitable provision of and access to health care services.

Key words: social determinants of health, primary health care, (un)equal access, primary care nursing

UVOD

Socialna pravičnost je vprašanje življenja in smrti. Vpliva namreč na način življenja ljudi in posledično na verjetnost zbolevanja, na tveganje za prezgodnjo smrt. Danes rojena deklica lahko v nekaterih državah pričakuje, da bo živela več kot 80 let, v drugih pa manj kot 45 let. Na področju zdravja smo priča dramatičnim razlikam, ki so tesno povezane s stopnjo socialne prikrajšanosti. Neenakosti v zdravju, ki se jim lahko izognemo, so posledica okoliščin, v katerih ljudje odraščajo, živijo, delajo in se starajo, ter sistemov, ki so namenjeni obvladovanju bolezni (WHO, 2008 a).

Razlike v obolevnosti in umrljivosti so prisotne tako med posameznimi državami kot tudi znotraj posamičnih držav.

Zdravstveni sistemi se pogosto razvijajo v smeri, ki malo prispevajo h krepitvi enakosti ali socialne pravičnosti. Zaskrbljujoči trendi, ki jih lahko opazujemo marsikje, so:

- nesorazmerno osredotočanje na specialistično kurativno oskrbo,
- posvečanje pozornosti kratkoročnim učinkom, kar lahko vodi v drobljenje sistema zdravstvenega varstva,
- razcvet komercializacije v zdravstvu kot posledica prevelike deregulacije (prirejeno po WHO, 2008b).

V Sloveniji ima večina prebivalcev dober dostop do socialne in zdravstvene oskrbe, saj obstaja vrsta politik in dejavnosti v zdravstvenem sektorju in zunaj njega, ki pomembno vplivajo na enakosti v zdravju. Družbene spremembe, globalizacija in ekonomska kriza so pripeljale do spremembe žarišča pozornosti v političnih razpravah in razvojnih strategijah. Te vse bolj izpostavljajo rast in razvoj, fleksibilno zaposlovanje in učinkovito gospodarstvo na temelju individualne odgovornosti (Rohregger in sod., 2010).

Poročilo *Neenakosti v zdravju v Sloveniji* (Buzeti et al., 2011) prikazuje neenakosti v zdravju med posameznimi skupinami prebivalcev znotraj Slovenije. Primerjave z drugimi državami kažejo, da:

- je bila v Sloveniji starostno standardizirana stopnja umrljivosti 680 na 100.000 prebivalcev (kar je nekoliko slabše od povprečja EU), pri čemer obstaja pomembna razlika med prebivalci iz skupin občin z najvišjo in najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca;
- 30-letni moški z visoko izobrazbo lahko pričakuje 7,3 leta daljše življenje kot moški z nizko izobrazbo in 4,3 leta krajše življenje kot 30-letna ženska z visoko izobrazbo;
- se Slovenija po umrljivosti dojenčkov uvršča v skupino držav v EU z najnižjo umrljivostjo, da pa je umrljivost dojenčkov pri materah z največ osnovnošolsko izobrazbo 2,6 krat večja kot pri materah z najmanj višješolsko izobrazbo;
- da se po umrljivosti zaradi poškodb Slovenija uvršča v srednjo tretjino držav EU, pri čemer v Sloveniji obstaja pomembna razlika med skupinama občin z najvišjo in najnižjo osnovo za dohodnino na prebivalca;
- otroci v revnejših družinah uživajo manj sadja in zelenjave in so manj pogosto telesno dejavni;
- je delež prekomerno hranjenih in debelih odraslih večji med prebivalci z nizkim socialno-ekonomskim položajem;
- je pri obeh spolih delež kadilcev večji v skupini prebivalcev s poklicno, z osnovno ali nižjo izobrazbo.

SOCIALNE DETERMINANTE ZDRAVJA, ENAKOST IN ZDRAVSTVENI SISTEMI

Enakost v zdravju pomeni, da lahko vsak posameznik doseže svoj zdravstveni potencial in nihče ni v neenakem položaju glede doseganja tega potenciala zaradi socialno-ekonomskega statusa ali drugih socialno-ekonomskih determinant (WHO, 2006). To so dejavniki, ki na zdravje vplivajo pozitivno ali negativno. Pri tem gre za veliko več kot le za finančno stanje posameznika (tako med drugim tudi izobrazba, kraj bivanja, zaposlitev, socialna mreža itd.). Sem prištevamo tudi spol, vendar v sociološkem in ne biološkem smislu. Ti dejavniki se med seboj tesno prepletajo in nanje lahko vplivamo s političnimi in gospodarskimi odločitvami. Socialno-ekonomske determinante zdravja so najpomembnejši dejavnik za zdravje populacije.

Zdravstveni sistemi sami po sebi predstavljajo determinanto zdravja in so tudi sami socialno determinirani. Zdravstveni sistemi z nudenimi zdravstvenimi storitvami neposredno odgovorijo na vplive socialno pogojenih neenakosti ter vplivajo na socialne determinante zunaj zdravstvenega sektorja. Kakšen bo prispevek prizadevanj zdravstvenega sistema za zmanjševanje neenakosti v zdravju in njihova ustreznost, je odvisno od širšega konteksta v državi in od (relativne in absolutne) stopnje neenakosti v državi (WHO, 2010).

Nekatere možne slabosti zdravstvenega varstva (prirejeno po WHO, 2010b):

- Največji del oskrbe prejmejo osebe z najboljšim socialnim statusom, ki najmanj potrebujejo zdravstvene storitve.
- Osebe brez ustreznega zdravstvenega in socialnega zavarovanja lahko zaradi plačila zdravstvenih storitev obubožajo (ali pa se zanje ne odločijo).
- Prekomerna specializiranost zdravstvenega sektorja z osredotočanjem na posamezne programe za nadzor bolezni vodi do velike razdrobljenosti storitev in se oddalji od potrebnega holističnega pristopa in kontinuirane oskrbe.
- Razporejanje sredstev na področje (drage) kurative in zanemarjanje primarne preventive in programov krepitve zdravja, ki lahko preprečijo do 70 % bremena bolezni.
- Pomanjkljivo obvladovanje škodljivih vplivov na zdravje, ki je posledica aktivnosti drugih sektorjev, ter nesposobnost izkoriščanja pozitivnih vplivov drugih sektorjev na zdravje.



Slika 1: Ključne točke zdravstvenega sistema za ukrepanje in obvladovanje neenakosti v zdravju (vir: Gilson et al. 2007)

Del neenakosti v zdravju lahko pripišemo različni dostopnosti do zdravstvene oskrbe. Na dostopnost vplivajo socialno-ekonomske determinante. Ta vpliv je kompleksen in je odraz različnih dejavnikov: (ne)enaka finančna in fizična dostopnost zdravstvenih storitev, (ne)enaka uporaba storitev. Pri tem so pomembne tudi kulturne in informacijske ovire (nepoznavanje poti zdravstvenega sistema) in pomanjkanje lastne pobude (prirejeno po Buzeti et al., 2011).

Zdravstveni sektor povečuje neenakosti v zdravju, če se ne ukvarja ciljano s socialnimi determinantami zdravja (Rasanathan K, 2010).

Enakost, solidarnost in socialna pravičnost so ključne vrednote pri prizadevanju za sodobno primarno zdravstvo, ki pa splošno gledano potrebuje tudi druge strukturne reforme (prirejeno po WHO, 2008b):

- splošno (univerzalno) zdravstveno in socialno varstvo,
- oblikovanje zdravstvenih storitev na temelju bolnikovih potreb,
- javno zdravje naj okrepi integracijo javnozdravstvenih aktivnosti z delovanjem primarnega zdravja ter tako zagotovi bolj zdrave skupnosti; politike različnih sektorjev naj sledijo ideji zdravja (zdravje v vseh politikah),

- sodobni zdravstveni sistemi nujno potrebujejo participativni način vodenja, saj vključenost vseh interesnih skupin izboljša upravljanje sistema v primerjavi z drugima načinoma (enostransko odločanje, prevelika deregulacija).

Različne politike pomembno vplivajo na socialne determinante zdravja, pri tem pa ima ključno vlogo zdravstveni sektor, saj najlažje začne dialog o tem, da je enakost v zdravju cilj celotne družbe. Zdravstveni sektor je tisti, ki identificira koristi ukrepanja na področju socialnih determinant zdravja za druge sektorje in ob tem upošteva njihove posebne prioritete. Le tako lahko zmanjšamo izpostavljenost in ranljivost ljudi za zdravstvene grožnje (WHO, 2011).

Visokokakovostna zdravstvena nega predstavlja pomemben del primarnega zdravstvenega varstva, saj pomembno prispeva k dobremu zdravju. Že Evropska konferenca za področje zdravstvene nege (Dunaj, 1988) je poudarila delo na področju primarnega zdravstvenega varstva s posebno pozornostjo na enakosti, na ohranjanju in krepitvi zdravja, preprečevanju bolezni in opolnomočenju skupnosti v lokalnem okolju (WHO, 2000).

V Sloveniji ima v zdravstvenem sektorju patronažna služba neposreden vpogled v okoliščine, v katerih ljudje odraščajo, živijo, delajo in se starajo, ter hkrati pozna sisteme, ki so namenjeni obvladovanju bolezni. Zaradi vpogleda v socialno-ekonomske determinate, ki določajo zdravje posameznika, ima patronažna služba veliko priložnost, da na tej osnovi stori potrebne korake, ki pomagajo do boljšega zdravja tako posameznika kot tudi lokalne in širše skupnosti.

ZAKLJUČEK

Neenakosti v zdravju so svojevrstni pokazatelj delovanja družbe. Čeprav na socialne determinante zdravja pomembno vplivajo drugi sektorji, pa ima ključno vlogo zdravstveni sektor. V širšem družbenem okolju ima zdravstveni sektor vlogo zagovornika in pojasnjevalca, ki smiselno pojasni, kako delo na področju socialnih determinant zdravja koristi različnim sektorjem in celotni družbi. Na ta način zagotovi sodelovanje različnih sektorjev pri načrtovanju in izvajanju nalog, ki krepijo socialne determinante zdravja. Prav tako pa spremlja neenakosti v zdravju in vplive različnih politik na socialne determinante zdravja.

Zdravstveni sektor tudi s svojimi storitvami neposredno vpliva na zdravje populacije. Enakost naj postane ključni element upravljanja zdravstvenih sistemov, katerih osrednji del naj bo javno primarno zdravstveno varstvo.

Zdravstvene storitve in javnozdravstveni programi naj bodo oblikovani tako, da bodo zmanjševali neenakosti.

Za krepitev enakosti v zdravju je potrebno okrepiti kapacitete za delo na področju socialnih determinant zdravja znotraj zdravstvenega sektorja pa tudi spodbuditi sodelovanje z drugimi sektorji.

LITERATURA

- Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič Blenkuš M, Ivanuša M, Jeriček Klanšček H, Kelšin N et al. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011.
- Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V. Challenging inequity through health systems. Final Report of the Knowledge Network on Health Systems, WHO Commission on Social Determinants of Health. Johannesburg, Equinet, CHP, LSHTM, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf, accessed 6 February 2012).
- Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *J Epidemiol Community Health* 2011; 65: 656-660.
- Rohregger B et al. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Izsledki misije Svetovne zdravstvene organizacije za hitro oceno socialnih determinant zdravja in neenakosti v zdravju. Povzetek. Ljubljana, WHO, 2010.
- WHO (2000). Nurses and midwives for health. A WHO European strategy for nursing and midwifery education. WHO, Copenhagen, 2000.
- WHO (2008a). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. Executive summary. World Health Organization, 2008. (http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_slv.pdf, accessed 6 February 2012).
- WHO (2008b). The World Health Report 2008. Primary Health Care. Now more than ever. WHO, Geneva, 2008. (<http://www.who.int/whr/2008/en/>, accessed 6 February 2012).
- WHO (2010). Putting our own house in order: examples of health-system action on socially determined health inequalities. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/127318/e94476.pdf, accessed 6 February 2012).
- WHO (2011). Closing the gap: Policy into practice on social determinants of health: Discussion paper. World Health Organization, 2011. (<http://www.who.int/sdhconference/Discussion-Paper-EN.pdf>, accessed 6 February 2012).

Posledice medsebojnega delovanja notranjih in zunanjih virov zdravja na posameznika, družino in lokalno skupnost

THE IMPACT OF INTERNAL AND EXTERNAL SOURCES OF HEALTH ON INDIVIDUALS, FAMILIES AND COMMUNITIES

pred. Dubravka Sancin

prof. zdr. vzg.
Fakulteta za zdravstvene vede Univerza v Mariboru
dubravka.sancin@uni-mb.si

IZVLEČEK

Obdobje pojmovanja novega javnega zdravja se uradno začne z letom 1978, ko je bila na 30. skupščini SZO v Alma Ati sprejeta globalna strategija, usmerjena v zdravje. Ob teh spremembah javno zdravje ni več le domena medicine, pač pa so vanj vključene številne discipline – tudi zdravstvena nega.

Javno zdravje v bistvu povezuje dva modela: biomedicinski model, čigar center opazovanja je bolezen z dejavniki tveganja, in biopsihosocialni model, ki postavi v središče determinante zdravja. Viri zdravja po biopsihosocialnem modelu so notranji in zunanji in v obeh segmentih modela zaznajo patronažne medicinske sestre zdravstveno stanje posameznika, družine in lokalne skupnosti. Zdravstveno stanje/kontinuum zdravja je dinamičen proces in je posledica medsebojnega delovanja notranjih in zunanjih virov zdravja. Med zunanje vire uvrščamo družbeno in naravno okolje. Med notranje vire pa sodijo telesni in duševni viri. Zunanji psihosocialni viri zdravja (družbeno okolje) so: spodbudna družinska klima (toplina in varnost), medsebojna podpora družinskih članov, spodbudni pogoji na delovnem mestu (zdrava, pozitivna klima), dobri odnosi s sosedi, dostopen in učinkovit sistem zdravstvenega varstva, socialna varnost, dostopen izobraževalni sistem, demokratična, pravna država. Zunanji fizični viri zdravja (naravno okolje) so: zdravo okolje, primerno stanovanje, ponudba zdravih živil, ponudba ustreznih zdravil, fizična zaščita pred škodljivostmi na delovnem mestu. Notranji telesni viri zdravja (fizični) je telesna dispozicija (genotip, fenotip), ki daje večje ali manjše tveganje za obolevnost za določenimi boleznimi. Notranji duševni viri zdravja (psihični) so: občutek smisla lastnega življenja, možnost samouresničitve, dovolj samospoštovanja, primerno visok občutek lastne vrednosti, priljubljenost v skupini ljudi ipd. Ukrep pri naravnem poteku bolezni so: krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, pravočasno odkrivanje, popolno zdravljenje/preprečevanje nesposobnosti ter rehabilitacija.

Patronažne medicinske sestre se vključujejo v določene ravni ukrepov v svojih lokalnih skupnostih, ko se pokažejo potrebe pri posameznikih in njihovih družinah.

Ključne besede: patronažna medicinska sestra, javno zdravje, determinante zdravja, biopsihosocialni model

ABSTRACT

The concept of the new public health was officially declared at the Alma Ata International Conference on Primary Health Care in 1977 when a health-oriented global strategy was adopted at the 30th WHO Assembly in Almaty.

It is an integrative approach to protecting and promoting the health status and well-being of both individual and society. As such, the new public health requires effective balanced services of different health care and social care providers.

Public health is based on two models: the biomedical model, which focuses on a disease and the risk factors, and the biopsychosocial model which focuses on diverse determinants of health and the complexity of links between psychological, social and biological processes

with respect to their implications for health. According to biopsychosocial model, sources of health are internal and external. The community nursing is also based on the fundamental notion that health condition/health continuum is a dynamic process and a result of interaction of internal and external sources affecting health. The social and natural environments form parts of the external sources, while physical and mental sources are part of internal sources. The external psychosocial sources of health (the social environment) include a supportive family environment (warmth and safety), support by family members; stimulating workplace conditions (a healthy and positive environment); good relations with neighbours; an accessible and efficient health care system, social security, an accessible education system; a democratic country governed by the rule of law. The external physical sources of health (the natural environment) include a healthy environment, appropriate housing, availability of healthy food, provision of suitable medicinal products and physical protection against workplace hazards. The internal physical sources of health include physical disposition (genotype, phenotype) resulting in higher or lower risks for specific diseases. The internal psychological sources of health represent the meaning of life; possibility for self-realisation; sufficient self-esteem, feeling of self-worth, acceptance and popularity within a particular group, etc. The measures taken during the stages of health and normal disease development are as follows: enhancement of health, disease prevention, early detection, full recovery/prevention of disabilities and rehabilitation. Community nurses are involved in the implementation of measures at individual stages in their local communities to meet the needs of individuals and their families.

Key words: community nurse, public health, determinants of health, biopsychosocial model

1 UVOD

Pojem zdravje za vse (angleško: health for all) govori o novem konceptu javnega zdravja, ko smo postopoma prešli iz biomedicinskega modela v biopsihosocialni model pojmovanja zdravja (Zaletel-Kragelj, Eržen, Premik, 2007). Kot ugotavljamo, je najpomembnejši pojem v javnem zdravju pojem zdravje. SZO ga je opredelila leta 1948 kot: »Zdravje je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega ugodja in ne zgolj stanje odsotnosti bolezni ali nemoči.«

V omenjeni definiciji so prepoznane vse tri komponente zdravja: telesna, duševna in družbena. Komponente zdravja so vrednotene kot enakovredne, iz česar izhaja obveza skupnosti, da preskrbi ne samo zdravstveno službo, temveč tudi predpogoje za družbeno in duševno ugodje članov skupnosti (Zaletel-Kragelj, Eržen, Premik, 2007). Zdravje postaja sestavni del vseh politik, predvsem finančne, delovne in prometne politike, politike varovanja okolja, kmetijstva in pridelave hrane, izobraževanja, športa in sociale, da tako naredimo kar največ na vseh področjih in ohranjamo zdravje kot največjo vrednoto (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva RS, 2008).

Na primarnem nivoju zdravstvenega varstva RS deluje osnovna zdravstvena dejavnost. Po Mintzbergu, kanadskem izvedencu za organizacijo in management, se prikazuje Zdravstveni dom kot organizacijska struktura, sestavljena iz petih elementov: strateški vrh, srednja linija, efektivno (operativno) jedro, tehno struktura in štab za podporo. Patronažna dejavnost je ena izmed organizacijskih enot operativnega jedra, ki omogoča organizaciji življenje – operativno jedro je srce organizacije (Sancin, 1996). Organizacijska enota Patronažno varstvo je z okoljem v stalnih interakcijah, zato govorimo o odprtem sistemu, obdanem z okoljem, iz katerega patronažne medicinske sestre sprejemajo resurse. Rezultat transformacijskega procesa so storitve oziroma postop-

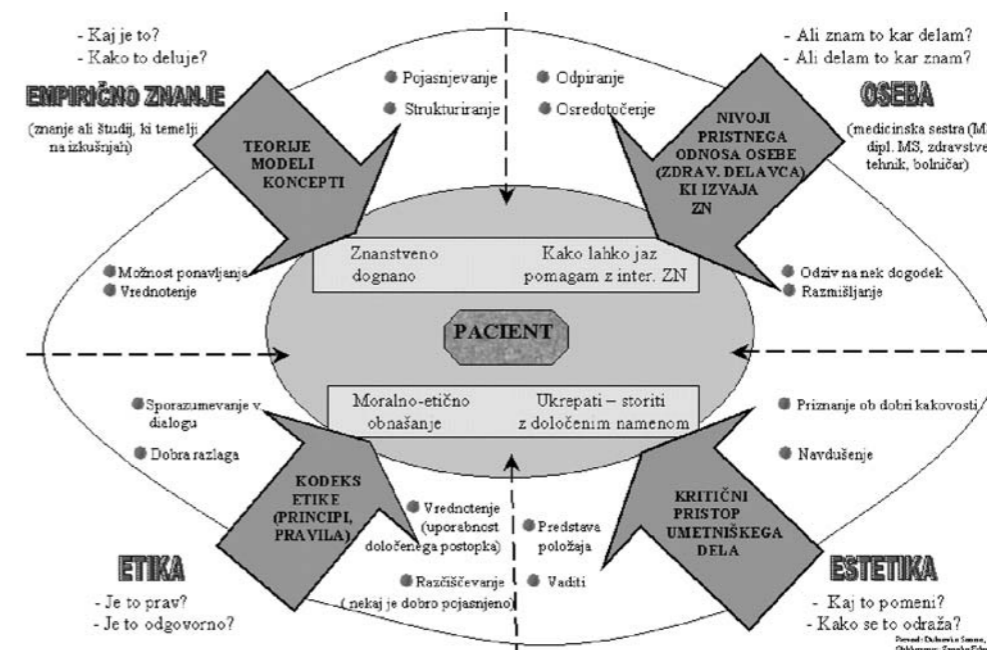
ki in posegi v patronažni zdravstveni negi. Ugotavljamo, da je socialni odnos osnova delovanja patronažne medicinske sestre, ki je sposobna akceptiranja, empatije in kongruence (Sancin, 1996).

2 METODE

Uporabili smo deskriptivno metodo dela in iskali želene informacije v domači in tuji literaturi. Pripravili smo teoretično analizo dogajanja v preteklosti. Ovrednotili smo spoznanja določene strokovnega področja.

3 PROCESI RAZVIJANJA ZNANJA O ZDRAVSTVENI NEGI

Za razvijanje znanja o zdravstveni negi je potrebno prepoznati procese, ki ta razvoj pogojujejo. Avtorici Chinn in Kramer (1999) navajata (slika 1) štiri osnovne vidike vedenja: empirija-izkušstvo, personalni-osebni vidik, 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.



Slika 1: Procesni za razvijanje znanja o zdravstveni negi (Chinn, Kramer 1999)

Pri procesih razvijanja znanja o zdravstveni negi smo torej ugotovili, da potekajo kreativni procesi med subjekti, da si zdravstveni delavci postavljamo kritična vprašanja in da so v tej zvezi zelo pomembna temeljna etična načela. Torej smo v komunikacijo vključeni vsi, dogaja se vedno in povsod. Komunikacija je skupek večšin. Z mnogimi se rodimo, večino spretnosti pa se moramo v življenju naučiti (Sancin, 2006).

Avtorici McFarland in McFarlane (1993) opredelita, da v prvem kontaktu s posameznikom, družino ali lokalno skupnostjo določimo karakteristike negovalnih postopkov, izražene s pojmi, kot so: fenomen/pojav/predmet zaznavanja, aplikacija teorije, delovanje zdravstvene nege in dosežen namen. Prav tako nazorno predstavita stopnje razvijanja procesne metode dela, ki so iden-

tične našim štirim fazam dela: MS zbira podatke o B/V zdravju, MS analizira podatke, pridobljene v ocenjevanju, in določa negovalne diagnoze, MS identificira rezultate individualiziranega B/V, MS razvije načrt ZN, ki predpisuje intervencije, da bi dosegli pričakovane rezultate, MS izvaja intervencije, ki so identificirane v načrtu zdravstvene nege, MS ocenjuje napredek v primeru doseganja rezultatov.

3.1 JAVNO ZDRAVJE IN PRIMARNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

Pojmovanja novega javnega zdravja se uradno začne z letom 1978, ko je bila na 30. skupščini SZO v Alma Ati sprejeta globalna strategija, usmerjena v zdravje. Pojem zdravje za vse (angleško: health for all) govori o novem konceptu javnega zdravja, ko smo postopoma prešli iz biomedicinskega modela v biopsihosocialni model pojmovanja zdravja. (Zaletel-Kragelj, Eržen, Premik, 2007). Ob teh spremembah pa javno zdravje ni več le domena medicine, pač pa so vanj vključene številne discipline – tudi zdravstvena nega.

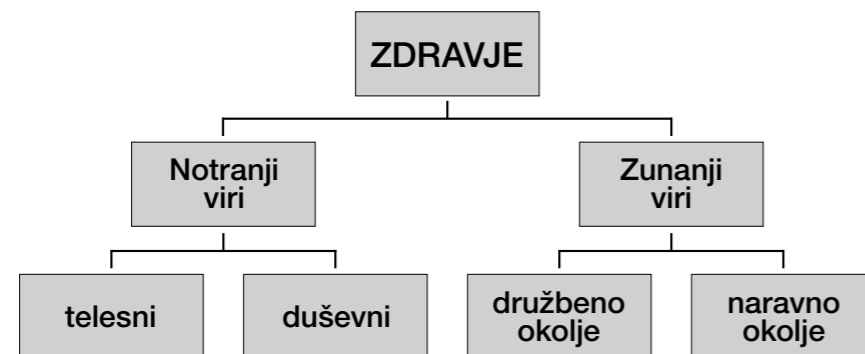
Kot ugotavljamo, je najpomembnejši pojem v javnem zdravju pojem zdravje. SZO je opredelila pojem leta 1948 in ta pravi: »Zdravje je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega ugodja in ne zgolj stanje odsotnosti bolezni ali nemoči.«

Primarno zdravstveno varstvo se izvaja v lokalni skupnosti, kjer ljudje živijo in delajo.

Pri odločanju o vsebini, obsegu in delu je potrebna udeležba javnosti. Vključenost politike je nujna, ker je primarno zdravstveno varstvo politični problem in je za krepitev in ohranitev zdravja potrebno postaviti socialne in politične cilje. Primarno zdravstveno varstvo vključuje skrb za ustrezno prehrano, pitno vodo, bivalne razmere, varstvo okolja, zdravstveno samozaščito, varstvo matere in otroka, načrtovanje družine, oskrbo urgentnih stanj ter preskrbo z zdravili (Zaletel-Kragelj, Eržen, Premik 2007).

3.2 BIOPSIHOSOCIALNI MODEL

Viri zdravja po biopsihosocialnem modelu so notranji in zunanji in v obeh segmentih modela zaznajo patronažne medicinske sestre zdravstveno stanje posameznika, družine in lokalne skupnosti. Zdravstveno stanje/kontinuum zdravja je dinamični proces in je posledica medsebojnega delovanja notranjih in zunanjih virov zdravja. Slika 2 prikazuje biopsihosocialni model zdravja.

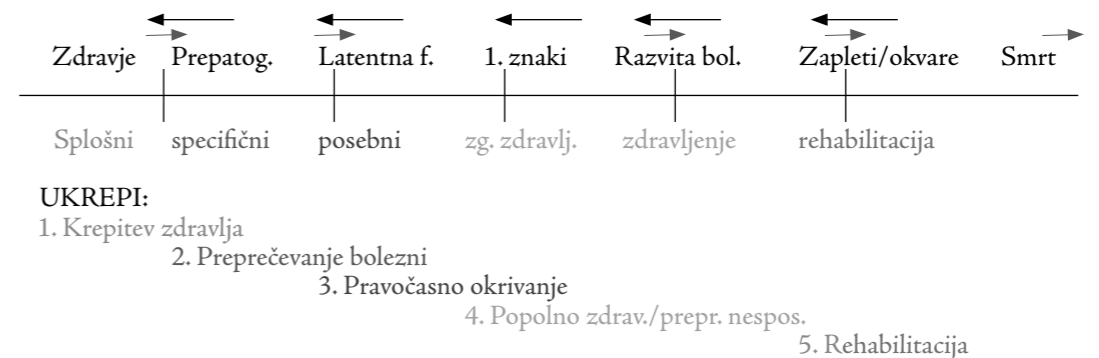


Slika 2: Viri zdravja – biopsihosocialni model (Zaletel, Eržen, Premik, 2007)

Med zunanje vire uvrščamo družbeno in naravno okolje, med notranje vire pa sodijo telesni in duševni viri. Zunanji psihosocialni viri zdravja (družbeno okolje) so: spodbudna družinska klima (toplina in varnost), medsebojna podpora družinskih članov, spodbudni pogoji na delovnem mestu (zdrava, pozitivna klima), dobri odnosi s sosedi, dostopen in učinkovit sistem zdravstvenega varstva, socialna varnost, dostopen izobraževalni sistem, demokratična, pravna država. Zunanji fizični viri zdravja (naravno okolje) so: zdravo okolje, primerno stanovanje, ponudba zdravil

živil, ponudba ustreznih zdravil, fizična zaščita pred škodljivostmi na delovnem mestu. Notranji telesni viri zdravja (fizični) je telesna dispozicija (genotip, fenotip), ki daje večje ali manjše tveganje za obolevnost za določenimi boleznimi. Notranji duševni viri zdravja (psihični) pa so: občutek smisla lastnega življenja, možnost samouresničitve, dovolj samospoštovanja, primerno visok občutek lastne vrednosti, priljubljenost v skupini ljudi ipd.

Ukrepi pri naravnem poteku bolezni (slika 3) so: krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, pravočasno odkrivanje, popolno zdravljenje/preprečevanje nesposobnosti, rehabilitacija.



Slika 3: Naravni potek bolezni in ravni ukrepov (Zaletel-Kragelj, Eržen, Premik, 2007)

4 PREGLED UGOTOVITEV

V omenjeni definiciji pojma zdravje prepoznamo vse tri komponente zdravja: telesna, duševna in družbena. Komponente zdravja so vrednotene enakovredno, iz česar izhaja obveza skupnosti, da preskrbi ne samo zdravstveno službo, temveč tudi predpogoje za družbeno in duševno ugodje članov skupnosti (Zaletel-Kragelj, Eržen, Premik, 2007).

Zdravje postaja sestavni del vseh politik, predvsem finančne, delovne in prometne politike, politike varovanja okolja, kmetijstva in pridelave hrane, izobraževanja, športa in sociale, da tako naredimo kar največ na vseh področjih in ohranjamo zdravje kot največjo vrednoto. (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva RS, 2008).

Javno zdravje v bistvu povezuje dva modela: biomedicinski model, čigar center opazovanja je bolezen z dejavniki tveganja, in biopsihosocialni model, ki postavi v središče determinante zdravja (Sancin, 2009).

Ugotovili smo, da je zdravstveno stanje dinamičen proces, ki ga opisujemo z izrazom kontinuum zdravja. Zdravstveno stanje posameznika je posledica medsebojnega delovanja notranjih in zunanjih virov zdravja. Koncept fleksibilnega pristopa k zdravju obravnava izraelski sociolog ameriškega rodu Antonovsky na način, da prikaže na premici gibanje človeka od popolnega zdravja do popolnega ne-zdravja. Kje bo človek, je odvisno od vzajemnega delovanja številnih okoliščin v njegovem notranjem in zunanjem okolju (Zaletel-Kragelj, Eržen, Premik, 2008). V biopsihosocialnem modelu zdravja pravimo okoliščinam, ne glede na vir determinante oziroma določilnice zdravja. Ena najpomembnejših determinant zdravja ljudi je odnos države do zdravja svojih prebivalcev. Želimo, da se zdravstvena politika, ki jo izvaja zdravstvena dejavnost, usmeri v politiko zdravja. Le-ta vključuje skrb za lastno zdravje (promocijo zdravja), socialno skrb in zdravo naravno okolje.

5 SKLEP

Primarno zdravstveno varstvo ima sposobnost, da izboljšuje zdravje ljudi na podlagi učinkovitega zdravstvenega sistema, spodbujanja sodelovanja skupnosti in mobilizacijo družbenih virov

znotraj politike zdravja. Posodobitev zdravstvenih storitev zahteva nove vloge in nove načine dela zdravstvenega osebja (Hennessy, Gladin, 2006).

Politični okvir dokumenta »Zdravje za vse v 21. stoletju« poudarja dejavnosti javnega zdravja in potrebo po večjem strokovnem sodelovanju v okoljih primarnega zdravstvenega varstva. V središču mreže primarnega zdravstvenega varstva sta družinski zdravnik in družinska medicinska sestra. Family Health Nurse model zagotavlja celovit pristop do zdravstvene nege v primarnem zdravstvenem varstvu (WHO, 2000).

Poudariti moramo potrebo po raziskovanju v patronažni dejavnosti in razvijati empirično znanje (Kališnik, 2008). S patronažno zdravstveno nego, podprto z dokazi, bomo bolje spoznali razmere v okolju, kjer delujemo. Skozi raziskave bomo ugotavljali dejstva in prepoznali ovire za spremembe naših vlog in nalog v sistemu primarnega zdravstvenega varstva. Pomembno je, da v empiričnem delu raziskovalni pristop podkrepimo z določenimi segmenti biopsihosocialnega modela in uskladimo z znanji o konceptih, modelih in teorijah zdravstvene nege. Dobili bomo relevantne podatke o posledicah medsebojnega delovanja notranjih in zunanjih virov zdravja in imeli natančen vpogled v zdravstveno stanje posameznika, družine in lokalne skupnosti.

LITERATURA

- Chinn PL, Kramer MK. Theory and nursing integrated knowledge development. St Louis: Mosby; 1999.
- Hennessy D, Gladin L. Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health Nurse Pilot Study 2006. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications2/2006/report-on-the-evaluation-of-the-who-multicountry-family-health-nurse-pilot-study> (14.03.2012)
- Kališnik M. Uvod v znanstvenoraziskovalno metodologijo na področju biomedicine. Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 2000.
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013. Uradni list RS 72/2008: (17.07.2008).
- Sancin D. Krepitev zdravja pri patronažnih medicinskih sestrah Zdravstvenega doma Maribor [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani 1996.
- Sancin D. Obvladovanje veččin komuniciranja vpliva na boljšo oceno pacientovih potreb. V: Filej, B. (ur.), Kaučič, B. M. (ur.), Lahe, M. (ur.), Pajnikihar, M. (ur.). Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege : zbornik predavanj in posterjev. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006, str. 73-77.
- Sancin D. Patronažna medicinska sestra in biopsihosocialni model javnega zdravja. V: Majcen-Dvoršak, S. (ur.), Kvas, A. (ur.), Kaučič, B. M. (ur.), Železnik, D. (ur.), Klemenc, D. (ur.). Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2009, str. 122-126.
- World Health Organization/Regional office for Europe 2000 Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications2/2000/the-family-health-nurse-context,-conceptual-framework-and-curriculum> (06.03.2012)
- Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Medicinska Fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2007.

Vertikala znanja v zdravstveni negi kot odziv na potrebe zdrave in bolne populacije

KNOWLEDGE BUILDING (VERTICALITY) IN NURSING AS A RESPONSE TO THE CHANGING NEEDS OF HEALTHY AND DISEASED POPULATION

doc. dr. Brigita Skela Savič

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

IZVLEČEK

Lokalni nivo potreb prebivalstva po zdravstveni obravnavi se umešča v globalni kontekst, kar medicinskim sestram ponuja priložnost, da pomembno prispevajo k modernizaciji zdravstvenega sistema in s tem postanejo tudi politično potrebne in prepoznavne. Zdravstvena nega se danes sooča s potrebami in z zahtevami zdrave in bolne populacije, ki so posledica demografskih trendov, razvoja tehnologij, vedno večjega zavedanja pravic in izraženih pričakovanj uporabnikov storitev idr. Slovenske medicinske sestre imajo priložnost, da pomembno prispevajo k modernizaciji zdravstvenega sistema. To lahko dosežejo z učenjem in spoznavanjem izkušenj v tujih državah in z raziskovanjem ter prepoznavanjem dejavnikov, ki so potrebni za pridobitev statusa profesije.

Ključnega pomena za profesionalizacijo je ustrezen pristop do izobraževanja za poklic. Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi so opisane kot doseganje visokega nivoja kliničnih veščin in kompetenc, avtonomno klinično odločanje, vrednotenje dela in izvedenih aktivnosti, raziskovalno delo in vodenje, za kar je potrebna vhodna izobrazba na magistrskem nivoju. Potrebno je vzpostaviti povezovanje med prakso zdravstvene nege in izobraževanjem v zdravstveni negi. Le sodelovanje med medicinskimi sestrami v izobraževanju in medicinskimi sestrami vodi bo prineslo razvoj zdravstvene nege. Zdravstveni zavodi, ki so se lotili izvajanja zdravstvene nege na osnovi dokazov, uporabljajo lastno in drugo dostopno raziskovalno delo kot osnovo za odločanje ter kot pogajalska izhodišča za ugotavljanje in zagotavljanje virov, bodo lahko sledili ciljem profesionalizacije in razvili tudi profile za zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi. Če bo management zdravstvene nege razumel pomen raziskovalnega in razvojnega dela za profesionalizacijo, bo karierno razvijal medicinske sestre na magistrski in doktorski ravni. Le s spremljanjem že izvedenih raziskav in z lastnim raziskovalnim delom je mogoče pravočasno in ustrezno reagirati na vse potrebe, ki izhajajo iz demografske slike, zagovarjati pomen števila in izobraženosti medicinskih sester za varnost pacientov in razviti ustrezne oblike znanj in pristopov v zdravstveni negi, ki bodo odgovor na vedno bolj zahtevno zdravstveno obravnavo.

Na osnovi raziskave Skela Savič in Kydd (2011) je bil razvit pojasnjevalni model, ki je dobra osnova za refleksijo današnjega stanja v zdravstveni negi in o tem, kakšna naj bo vloga zdravstvene nege v prihodnosti z vidika potreb zdrave in bolne populacije. Prepoznani elementi pojasnjevalnega modela so:

- Javna podoba medicinskih sester in pomena znanja
- Zavedanje na nivoju osebe in na nivoju strokovnjaka
- Znanje in število kadrov v zdravstvu prilagoditi potrebam v prihodnosti
- Potrebne nove dimenzije znanja v zdravstveni negi in prenos kompetenc
- Raziskovanje kot vir novega znanja in razvoja

- ♦ Prevzemanje odgovornosti za izvajanje na dokazih podprte zdravstvene nege
- ♦ Usmerjenost v sodelovanje in komuniciranje

Model predstavlja priporočila za medicinske sestre, managerje v zdravstveni negi, dekane visokošolskih zavodih, predstavnike združenj idr. Rezultati pregleda literature so zlasti relevantni za države, kjer je zdravstvena nega slabo razvita znanstvena disciplina in kjer bo potrebno narediti hitre premike za razvoj znanja v zdravstveni negi in oblikovanje vloge medicinskih ester v družbi.

Ključne besede: znanje, zdravstvena nega, raziskovanje, dokazi, profesionalni razvoj

LITERATURA

Skela Savič B, Kydd, A. Nursing knowledge as a response to societal needs : a framework for promoting nursing as a profession = Znanje medicinskih sester kot odziv na potrebe družbe : izhodišča za prepoznavanje zdravstvene nege kot profesije. *Zdravstveno varstvo*. [Tiskana izd.], 2011, no. 4, vol. 50, str. 286-296. <http://versita.metapress.com/content/c874g79142740274/?a=36&k=36>, doi: 10.2478/v10152-011-0007-3. [COBISS.SI-ID 67862785]

Skela Savič B. Notranji dejavniki razvoja profesije: enote za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi = Internal factors of nursing development: practice development units. V: Skela Savič, Brigita (ur.). *Posvet Moja kariera - quo vadis z mednarodno udeležbo, 5. Izobraževanje in znanje v zdravstveni negi na vseh treh bolonjskih stopnjah : diferenciacija kompetenc ter sposobnosti : differentiation of competences and skills*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2012, str. 83-91. [COBISS.SI-ID 69312257]

Vloga patronažne medicinske sestre pri skrbi za zdravje populacije

COMMUNITY NURSES' ROLE IN HEALTH PROMOTION

Sandra Gaber Flegar

mag. zdr. neg.
Zdravstveni dom Murska Sobota, Patronažna služba
gflegars@gmail.com; patronaza.rogasovci@zd-ms.si

IZVLEČEK

Izhodišča: Patronažna medicinska sestra pri svojem delu stopa v posameznikovo domače okolje in spoznava njegov vpliv na zdravje posameznika, družine in skupnosti. Vse, kar pri neposrednem stiku z domačim okoljem spozna, lahko koristno uporabi pri načrtovanju vzgoje za zdravje. V prispevku so predstavljene ugotovitve raziskave o vlogi patronažne medicinske sestre v smislu izvajanja vzgojne funkcije in posebnosti pri obravnavi posameznikov v kulturno in socialno različnih okoljih – pri osnovni in romski populaciji.

Metode: Uporabljeni sta bili dve metodi raziskovanja, in sicer: kvantitativno deskriptivna in kavzalno neeksperimentalna. Instrument zbiranja podatkov je bil anketni vprašalnik. Sodelovalo je 24 patronažnih medicinskih sester iz Zdravstvenega doma Murska Sobota, 50 posameznikov iz osnovne in 50 posameznikov iz romske populacije.

Rezultati: Zbrani podatki nakazujejo, da osnovna populacija v skrbi za zdravje ni bolj osveščena od romske. Oboji posamezniki bi se v večini udeleževali predavanj s tematiko o ukrepih za izboljšanje zdravja in skrbi zanj – obenem so oboji pozitivno ocenili znanje patronažnih medicinskih sester kot izvajalk tovrstnih predavanj.

Diskusija in zaključki: Potrebni in zaželeni sta vključenost patronažne medicinske sestre v skrb za zdravje posameznika in vzgojna funkcija pri povečanju tovrstne skrbi. Posamezniki obeh skupin so bili enotnega mnenja, da zase in za svoje zdravje ne skrbijo dovolj dobro in da potrebujejo nasvete. Patronažne medicinske sestre so ocenile potrebo po različnih pristopih v delovnih okoljih. Romskih posameznikov niso ocenile kot odklonilnih do sprejemanja nasvetov. Učinkovito bi bilo izpeljati obsežnejšo raziskavo – z vključitvijo udeležencev podobnih skupin po preostalih regijah.

Ključne besede: patronažna medicinska sestra, vzgojna funkcija, skrb za zdravje, kulturna in socialna različnost okolij, romska populacija

ABSTRACT

Introduction: During home visits, community nurses can identify the impact of their clients' home environment on the health of individuals, families, and communities. On such occasions the data on social, economic and environmental determinants on the clients' health are collected and analysed. The relevant findings are taken into consideration in planning health education to meet the clients' needs and enhance their health. The article presents research findings on the role of community nurses as educators along with the specifics of the nursing care of individuals from different cultural and social environments.

Methods: The study was based on a quantitative descriptive and a causal non-experimental research methods. The data were collected through a survey questionnaire, adapted to three research samples. Included in the study were 24 community nurses from the Health Centre Murska Sobota, 50 individuals from the general population and 50 individuals from the Roma population.

Results: Results of the study show that the general population is not more cognisant of health issues than the Roma population. The majority of the respondents from both groups would be willing to attend lectures on health promotion. They also positively appraise the professional knowledge of community nurses as health educators.

Discussion and conclusion: Community nurses work in diverse community settings. The role of community nurses is to perform activities in primary health care, prevention and also health education. According to the research results, the general and the Roma populations do not have sufficient knowledge on health issues and therefore the role of community nurses as educators is pronounced. The majority of the respondents would willingly attend the lectures related to health promotion and healthy lifestyles. The educational methods and approaches would have to be tailored according to the clients' needs. An extensive research should be conducted also in other Slovenian regions which would yield information on the necessary health education.

Key words: community nurse, educational function, health care, diverse cultural and social backgrounds, the Roma population

UVOD

Skrb za svoje zdravje je lahko vrednota ali ideal, saj kot navaja Zaletel-Kragelj s sodelavci (2007), človek običajno postavlja med svoje najvišje vrednote prav zdravje. Vsak posameznik je tudi dolžan skrbeti za svoje zdravje, kar jasno opredeljuje tudi Zakon o pacientovih pravicah, ki navaja, da je za doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe posameznik dolžan dejavno sodelovati pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja (ZPacP, 54. člen). Zdravstveno varstvo na domu in programirano zdravstveno vzgojno delo v širši skupnosti, ki ga izvaja patronažna medicinska sestra po Navodilu za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS, št. 19/1998), nedvomno temelji na vzgojni funkciji. Ta je opredeljena kot (Hoyer, 2005): **informiranje** (zajema pretežno enosmerno komunikacijo ob dajanju različnih navodil posameznikom); **učenje** (interaktivni proces, ki temelji na vzajemni komunikaciji, usmerjeni k spremenjanju posameznikovega razmišljanja, pridobivanju znanja, spretnosti in veščin); **vzgojanje** (duhovno in značajsko oblikovanje človeka; načrtno razvijanje določenih sposobnosti posameznika za opravljanje določenega dela, dejavnosti in tudi vzgoje za skrb za lastno zdravje). Radzimirski (2007) navaja, da ima zdravstvena nega ključno vlogo pri izboljšanju zdravja populacije in dostopnosti zdravstvenega sistema glede upravičenosti pričakovani populacije. Sodelovanje v odnosu medicinska sestra in pacient postavlja medicinske sestre v edinstven položaj, kljub temu da tovrstno sodelovanje zahteva opolnomočenje in zavzetost do obstoječe prakse v promociji zdravja na organizacijski, profesionalni in osebni ravni (Carlson in Warne, 2007).

Neučinkovite socialne in ekonomske razmere lahko dodatno obremenjujejo družbene vrednote in tudi prepričanja prikrajsanih skupin prebivalcev, kot jih poimenuje Zaletel-Kragelj s sodelavci (2007). Avtorji navajajo, da v naši sredini prav Romi sodijo med t. i. prikrajsane skupine prebivalcev, saj je njihov način življenja tesno povezan z njihovimi socialnimi in ekonomskimi razmerami, posledično pa je s tem povezano tudi njihovo zdravstveno stanje (Zaletel-Kragelj et al., 2007). Le malo je znanega o zdravstvenem statusu svetovne romske populacije, navaja Sepkowitz (2006). Avtor vidi uspeh plemenitih ciljev izboljšanja zdravja 10-milijonske romske populacije po svetu v preskrbi z več viri in spodbujevalci ter v manj sovražnem odnosu ljudi do te ranljive skupine. Pri tem pa lahko samo dodamo, da je vloga vzgojne funkcije več kot zaželeno in jo je potrebno širše razvijati z zavestjo, da vzgajamo lahko samo s komunikacijo, ki pa je vedno dvosmerna, simetrična, če je le ustrezna seveda, kot to opredeljujeta Pšunder in Dečman Dobrnjič (2010).

Pripadnost romski populaciji pa venomer ne predstavlja zavračanja vključevanja patronažne medicinske sestre v skrb za njeno zdravje in vpliv na spremembe življenjskega sloga. Lastna opažanja govorijo v prid ravno romski populaciji na Goričkem v Prekmurju, kjer se pogosto izkaže večja dojemljivost in pripravljenost na spremembe v primerjavi s preostalo populacijo. Na podlagi teh opažanj je bila zasnovana tudi namera za oblikovanje raziskovalnega problema in izpeljavo raziskave (Gaber Flegar, 2011).

METODE

V raziskavi smo uporabili kvantitativno deskriptivno in kavzalno neeksperimentalno metodo raziskovanja. Z deskriptivno metodo smo izvedli preučevanje na nivoju opisovanja stanja in iskanja odgovorov na zastavljena vprašanja, s kavzalno neeksperimentalno metodo pa smo izvedli preučevanje na nivoju vzročnega razlaganja in iskanja odgovorov na vprašanja, zakaj.

V raziskovalni namen smo zastavili tri delovne hipoteze (Gaber Flegar, 2011):

- H 1: Vzorec iz osnovne populacije je bolj osveščen o skrbi za lastno zdravje kot vzorec romske populacije.
- H 2: Vzorec iz osnovne populacije in vzorec iz romske populacije izkazujeta različna pričakovanja v zvezi z delovnimi nalogami patronažne medicinske sestre.
- H 3: Vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester izkazuje različne delovne pristope v vzgojni funkciji skrbi za zdravje posameznika glede na osnovno in romsko populacijo.

Instrument zbiranja podatkov v kvantitativnem delu raziskovanja je bil anketni vprašalnik. Vsebinsko je bil prilagojen trem raziskovalnim vzorcem. Prvi del ankete vprašalnika je bil sestavljen iz vprašanj o osnovnih podatkih, v drugem delu je bil naveden niz desetih trditev s petstopenjsko Likertovo lestvico (»sploh se ne strinjam« – »zelo se strinjam«).

Raziskavo smo opravili na treh vzorcih, ki smo jih delovno poimenovali: vzorec PMS (vzorec patronažnih medicinskih sester), vzorec OP (vzorec posameznikov osnovne populacije) in vzorec RP (vzorec posameznikov romske populacije). K izbiri vzorcev za raziskavo smo pristopili sistematično. Raziskava je potekala na širšem geografskem območju Upravne enote Murska Sobota, kjer je različna kulturna in socialna struktura prebivalstva, s katerim se srečujejo patronažne medicinske sestre, zaposlene v Zdravstvenem domu Murska Sobota. Ankiranje je potekalo od julija do septembra 2010 – pri vzorcu PMS na sedežu patronažne službe Zdravstvenega doma Murska Sobota, pri vzorcu OP in RP pa v domačem okolju posameznikov tako osnovne kot romske populacije, ki predstavljata delovno okolje vzorca PMS. Pred pričetkom izpeljave raziskave smo pridobili soglasje vodstva zavoda. Vsem sodelujočim v raziskavi sta bili zagotovljeni zaupnost in anonimnost. Prav tako so bili informirani o namenu in vsebini raziskovanja ter predhodno obveščeni o možnosti zavrnitve sodelovanja v raziskavi.

REZULTATI Z RAZPRAVO

Rezultati predstavljajo prvo oceno stanja o pomenu vključenosti patronažne medicinske sestre v skrb za zdravje posameznika in o njeni vzgojni funkciji v različnih kulturnih in socialnih okoljih z vidika patronažne medicinske sestre in z vidika posameznikov osnovne in romske populacije.

Razlaga kratic:

PMS – vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester

OP – vzorec iz osnovne populacije

RP – vzorec iz romske populacije

Tabela 1: Prikaz rezultatov vzorca PMS – družinska medicinska sestra in zaupanje

Na terenskem območju, ki ga najpogosteje obravnavam, veljam za družinsko medicinsko sestro in ljudje mi zaupajo.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	0	0 %
NE STRINJAM SE	0	0 %
NEOPREDELJENO	1	4,16 %
SE STRINJAM	13	54,17 %
ZELO SE STRINJAM	10	41,67 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

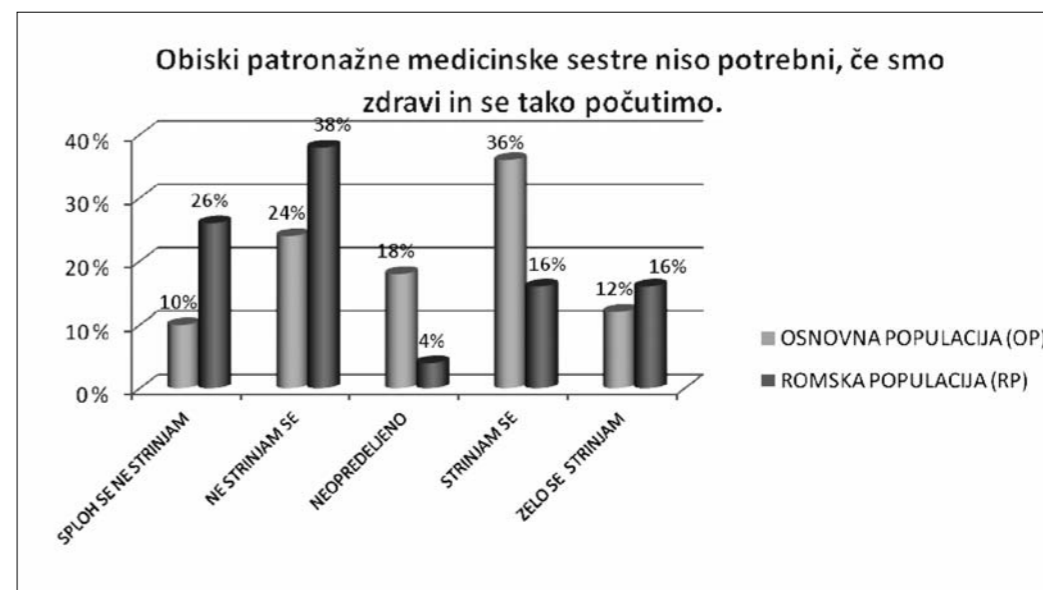


Slika 1: Rezultati vzorca OP in RP – družinska medicinska sestra in zaupanje

Pri vseh udeležencih raziskave je v velikem odstotku prevladovalo mnenje, da so patronažne medicinske sestre na terenskem območju, ki ga najpogosteje obravnavajo, t. i. družinske medicinske sestre in da jim ljudje zaupajo – tako se vidijo same (Tabela 1) in tako jih zaznavajo drugi (Slika 1) (ne glede na vključenost v skrb za zdravje v okolja osnovne ali romske populacije).

Tabela 2: Prikaz rezultatov vzorca PMS – potreba po obiskih

V času dobrega počutja in zdravja posamezniki naših obiskov nimajo za potrebne.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	2	8,33 %
NE STRINJAM SE	11	45,83 %
NEOPREDELJENO	4	16,67 %
SE STRINJAM	6	25 %
ZELO SE STRINJAM	1	4,17 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

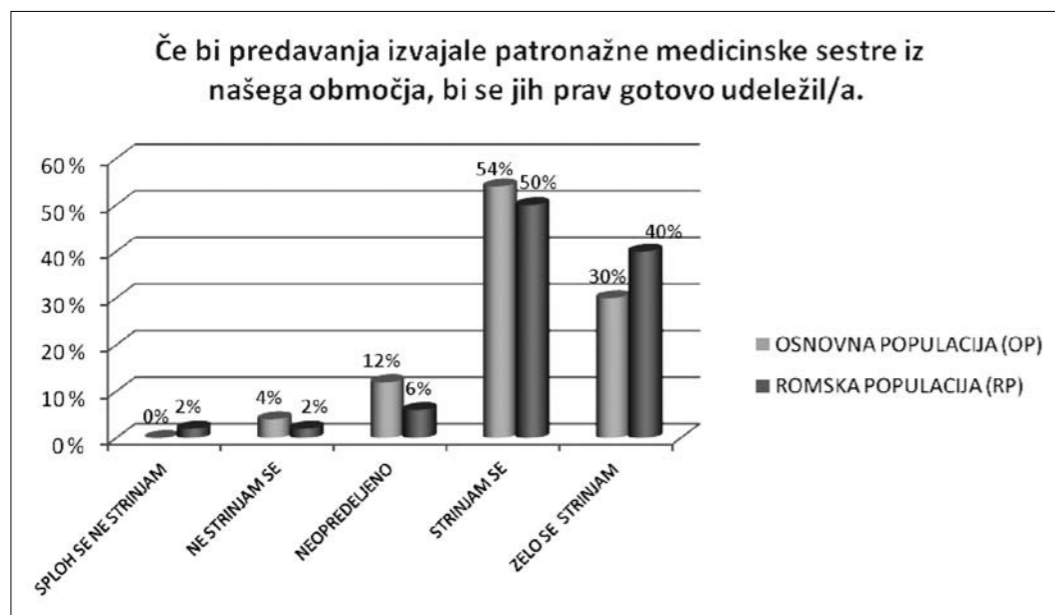


Slika 2: Rezultati vzorca OP in RP – potreba po obiskih

V večini se patronažne medicinske sestre niso strinjale, da njihovih obiskov posamezniki v času dobrega počutja in zdravja ne bi ocenili kot potrebne (Tabela 2). Pri posameznikih obeh skupin pa je opaziti različnost mnenj: osnovna populacija je izstopajoče potrdila trditev, romska pa se s tem ni strinjala (Slika 2). Iz tega bi lahko predvidevali, da prisotnost patronažnih medicinskih sester romski posamezniki ocenjujejo pozitivno. Morebiti je to eden od pokazateljev sprememb v miselnosti te populacije za razliko od osnovne populacije, ki izkazuje potrebo po prisotnosti patronažne medicinske sestre le v času bolezni.

Tabela 3: Prikaz rezultatov vzorca PMS – udeležba na predavanjih

Če bi posamezniki imeli možnost, da se predavanj v lokalni skupnosti na temo o ukrepih za izboljšanje zdravja udeležijo, se jih velika večina niti ne bi želela.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	0	0 %
NE STRINJAM SE	11	45,83 %
NEOPREDELJENO	1	4,17 %
SE STRINJAM	12	50 %
ZELO SE STRINJAM	0	0 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

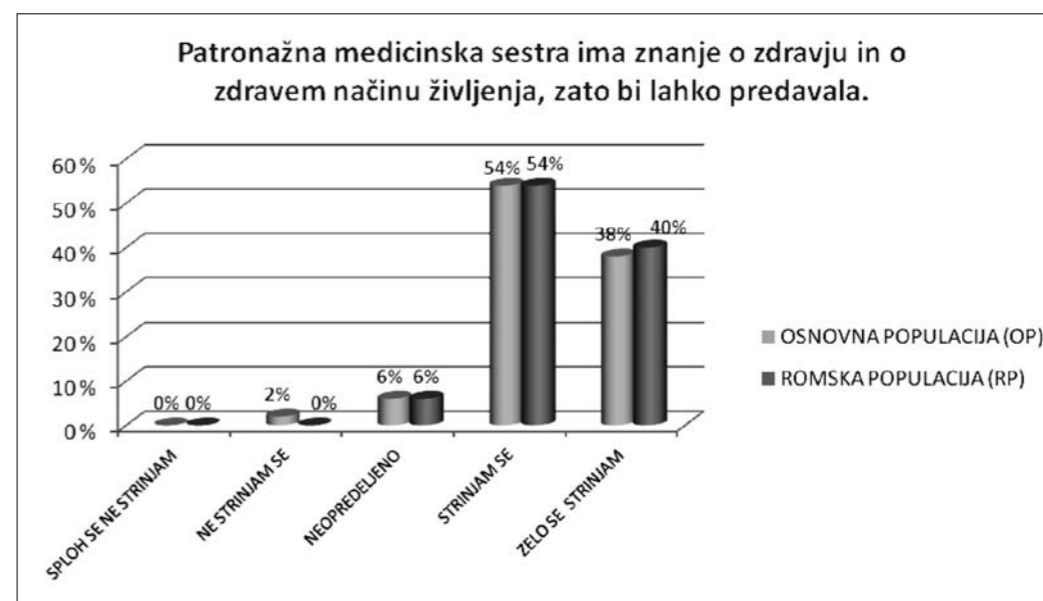


Slika 3: Rezultati vzorca OP in RP – udeležba na predavanjih

Mnenja patronažnih medicinskih sester o tem, da se posamezniki v večini predavanj niti ne bi udeležili, tudi če bi možnosti za to obstajale, so bila deljena (Tabela 3). Nasprotno so bili posamezniki tako osnovne kot tudi romske populacije mnenja, da bi se predavanj udeležili (Slika 3).

Tabela 4: Prikaz rezultatov vzorca PMS – ocena znanja

Moje znanje ni dovolj obsežno, da bi lahko sama izvajala predavanja, namenjena skupnosti z vsebino o izboljšanju zdravja in skrbi zase.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	4	16,67 %
NE STRINJAM SE	9	37,50 %
NEOPREDELJENO	9	37,50 %
SE STRINJAM	2	8,33 %
ZELO SE STRINJAM	0	0 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

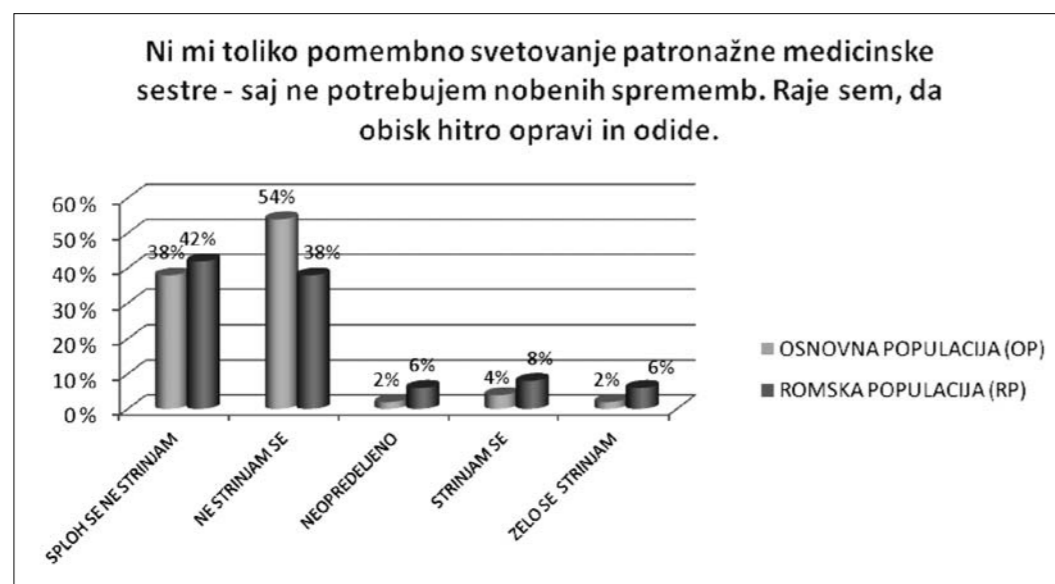


Slika 4: Rezultati vzorca OP in RP – ocena znanja

Pri patronažnih medicinskih sestrah, med katerimi se sicer več kot polovica ni strinjala, da njihovo znanje ne bi bilo dovolj obsežno za samostojno izvajanje predavanj, namenjenih lokalni skupnosti (z vsebino o izboljšanju zdravja in skrbi zase), nas je presenetil odstotek neopredeljenih (37,50 %) (Tabela 4). Prav nasprotno – skoraj v celoti – pa so posamezniki tako osnovne kot tudi romske populacije pozitivno ocenili znanje patronažnih medicinskih sester za zadovoljitev potreb po večjem znanju o zdravju, le manjši odstotek (skupno 6 %) je bil pri tej trditvi neopredeljen (Slika 4). Tu lahko razpravljamo o tem, kakšna je lastna samopodoba, kako se patronažne medicinske sestre vidijo in kako jih vidijo drugi. V tem primeru se je podoba patronažnih medicinskih sester kot izvajalk predavanj v očeh drugih izkazala kot odlična.

Tabela 5: Prikaz rezultatov vzorca PMS – zavračanje poučevanja, nepripravljenost na spremembe

Posamezniki (obeh skupin populacije) si ne želijo poučevanja – so odklonilni do sprememb, nanje niso dovolj pripravljeni.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	0	0 %
NE STRINJAM SE	11	45,83 %
NEOPREDELJENO	3	12,50 %
SE STRINJAM	10	41,67 %
ZELO SE STRINJAM	0	0 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

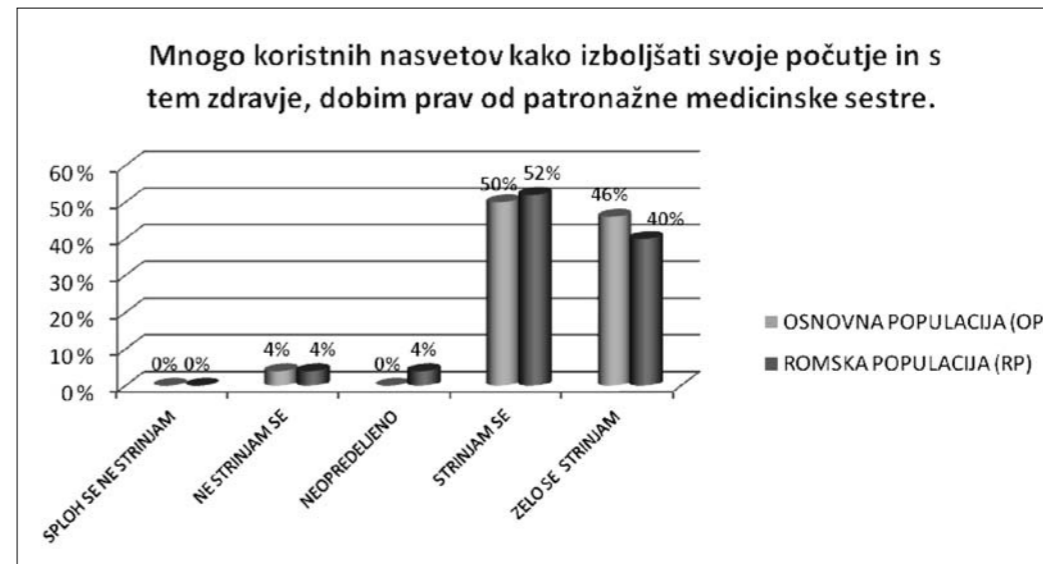


Slika 5: Rezultati vzorca OP in RP – zavračanje poučevanja, nepripravljenost na spremembe

Približno polovica anketiranih patronažnih medicinskih sester je bila mnenja, da si oboji posamezniki ne želijo poučevanja, izkazujejo odklonilen odnos do sprememb in da nanje niso pripravljeni. Preostala polovica je menila, da to ne drži in da si posamezniki predavanj in sprememb le želijo (Tabela 5). Posamezniki osnovne in romske populacije so tu v veliki večini izkazali nestrinjanje s trditvijo (Slika 5). To si lahko razlagamo kot zavračanje ideje, da spremembe zanje niso potrebne.

Tabela 6: Prikaz rezultatov vzorca PMS – koristnost nasvetov

Ob vsakem obisku posameznika poskušam z nasveti o primernejšem načinu življenjskega sloga, vplivati na spremembe kjer je to potrebno.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	0	0 %
NE STRINJAM SE	0	0 %
NEOPREDELJENO	0	0 %
SE STRINJAM	17	70,83 %
ZELO SE STRINJAM	7	29,17 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

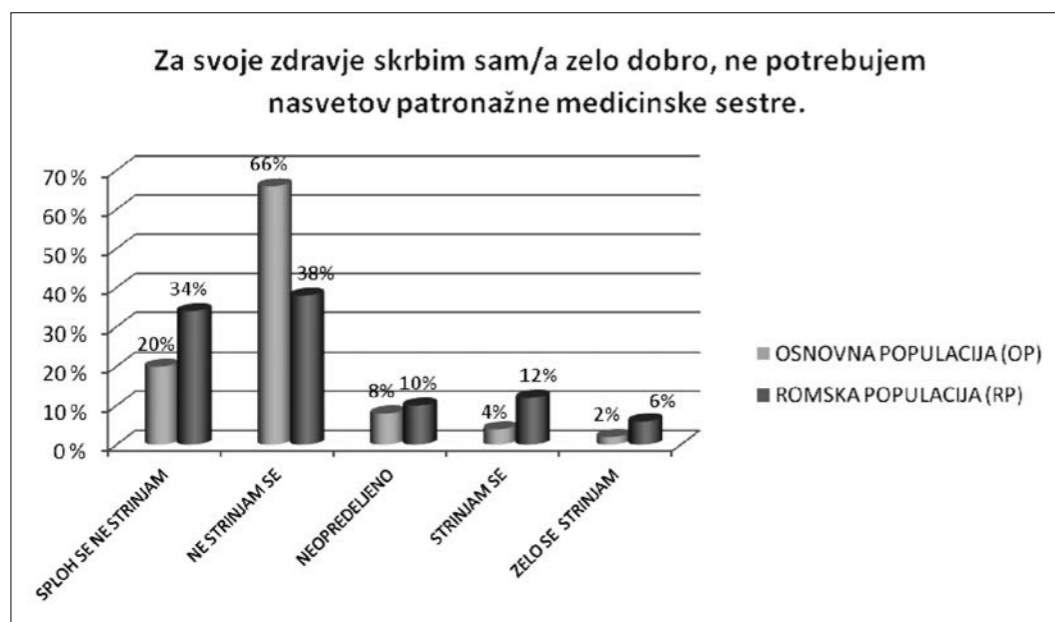


Slika 6: Rezultati vzorca OP in RP – koristnost nasvetov

Popolnoma vse patronažne medicinske sestre so potrdile, da ob vsakem obisku posameznika poskušajo vplivati na spremembe z nasveti o primernejšem življenjskem slogu, če ocenijo, da je to potrebno (Tabela 6). Trditve so potrdili tudi posamezniki obeh skupin v veliki večini (Slika 6).

Tabela 7: Prikaz rezultatov vzorca PMS – raznolikost v sprejemanju nasvetov

Posamezniki romske populacije so bolj odklonili do sprejemanja nasvetov za povečano skrb za lastno zdravje v primerjavi z osnovno populacijo.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	0	0 %
NE STRINJAM SE	11	45,83 %
NEOPREDELJENO	6	25 %
SE STRINJAM	6	25 %
ZELO SE STRINJAM	1	4,17 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		



Slika 7: Rezultati vzorca OP in RP – raznolikost sprejemanja nasvetov

Pri oceni odklonilnega odnosa do sprejemanja nasvetov za povečano skrb za lastno zdravje pri posameznikih romske populacije v primerjavi z osnovno patronažne medicinske sestre v večjem odstotku tega niso potrdile. Le manjši odstotek se jih je strinjal in kar precej je ostalo neopredeljenih (Tabela 7). Med posamezniki osnovne in romske populacije je prevladovalo mnenje, da sami ne skrbijo dobro za svoje zdravje in so jim nasveti patronažne medicinske sestre koristni (Slika 7). Dobljeni rezultati razkrivajo tudi manjši odstotek tistih, ki so mnenja, da sami za svoje zdravje skrbijo dovolj dobro, tu so skrb zase kot dobro ocenili posamezniki romske populacije v večjem odstotku (OP = skupaj 6 %; RP = skupaj 18 %), sicer pa prevladuje mnenje, da ne skrbijo za svoje zdravje dovolj dobro (Slika 7), zato se izpostavi koristnost vzgojne funkcije patronažne medicinske sestre.

SKLEP

Z vključevanjem patronažnih medicinskih sester v skrb za zdravje posameznikov in z zadovoljevanjem njihovih potreb po zdravstveni negi se ponujajo tudi možnosti za vpeljavo izboljšav na tem področju. Vključenost v skrb in s tem vzgojna funkcija patronažne medicinske sestre pri

povečanju skrbi za lastno zdravje posameznika (osnovne ali romske populacije) sta potrebni in zaželeni tako pri osnovni kot pri romski populaciji. Posamezniki obeh sodelujočih skupin so bili enotnega mnenja, da zase in za svoje zdravje ne skrbijo dovolj dobro in potrebujejo nasvete, ki pa jih od patronažnih medicinskih sester tudi dobijo. Želijo si predavanj na temo zdravja ter odlično ocenjujejo sposobnosti patronažnih medicinskih sester za njihovo izvedbo. Patronažne medicinske sestre niso ocenile, da bi posamezniki romske populacije odklanjali sprejemanje nasvetov v primerjavi z osnovno.

S pomočjo rezultatov smo hipoteze lahko ovrednotili takole:

- ♦ **H 1 – se ne potrdi** (posamezniki osnovne populacije niso bolj osveščeni od romske).
- ♦ **H 2 – se delno potrdi** (raznolikost pričakovanj v zvezi z delovnimi nalogami PMS: osnovna populacija v večini ocenjuje potrebo po prisotnosti PMS le v času bolezni).
- ♦ **H 3 – se potrdi** (patronažne medicinske sestre morajo delovne naloge prilagoditi glede na različnost okolij, v katera vstopajo).

Z rezultati smo torej dobili oceno o pomembnosti vloge patronažne medicinske sestre pri skrbi za zdravje skozi njeno vzgojno funkcijo pri osnovni in romski populaciji, ki predstavlja informiranje posameznikov in izvajanje aktivnosti za povečevanje skrbi za zdravje v okolju, kjer ti živijo, kot tudi o želji po večji prisotnosti v družinah v času »zdravja«. Z izpeljavo obsežnejše raziskave na izbrani problem še po drugih regijah bi zagotovo dobili drugačne rezultate. Na njihovi podlagi bi lažje zasnovali poenoten (vendar upoštevač regijske, kulturne in socialne raznolikosti) model izvajanja aktivnosti in ukrepov v patronažni zdravstveni negi z osrednjim ciljem izboljševanja odnosa do lastnega zdravja tako pri osnovni kot pri romski populaciji.

Poklicno poslanstvo patronažnih medicinskih sester naj temelji na pridobivanju novih znanj, ki jih podpirajo rezultati raziskav, ukrepi in aktivnosti za izboljšave naj so podprti z dokazi, predvsem pa naj podpirajo izbiro v korist zdravja posameznika. Le tako bomo posamezniku v pomoč pri spreminjanju življenjskih navad, ki mnogokrat neugodno vplivajo na njegovo zdravje. In če uspemo s svojim delovanjem pri posamezniku obuditi zavest za povečanje skrbi za zdravje, bo to zagotovo pozitivno vplivalo tudi na delovanje njegove družine – kar je lahko samo koristno tudi za skupnost.

Zahvala

Ob tej izjemni priložnosti se ponovno zahvaljujem cenjeni mentorici red. prof. dr. Majdi Pšunder, ki me je spremljala na vsej poti ustvarjanja magistrskega dela in še danes močno podpira idejo, da se z raziskovalnim delom predstavim v okolju strokovnjakov. Zahvala gre tudi spoštovani vodji patronažne službe Zdravstvenega doma Murska Sobota, gospe Martini Horvat, dipl. m. s., za povabilo k sodelovanju na tako pomembnem srečanju in vso podporo pri tem. In končno zahvala še vsem sodelujočim v raziskavi – brez njih ne bi bilo temeljev magistrskega dela.

LITERATURA

1. Carlson GD, Warne T. Do healthier nurses make better health promoters? A review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2007;27(5):506-13.
2. Gaber Flegar S. Primerjava vzgojne funkcije patronažne medicinske sestre v skrbi za zdravje posameznika v različnih kulturnih in socialnih okoljih [magistrsko delo]. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2011.
3. Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2005.
4. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije, št. 19/1998, 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007.
5. Pšunder M, Dečman Dobrnjič O. Alternativni vzgojni ukrepi med teorijo, zakonodajo in prakso. 1. izd. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, 2010.
6. Radzimirski S. The Concept of Population Health Within the Nursing Profession. *J Prof Nurs*. 2007;23(1):37-46.
7. Sepkowitz KA. Health of the world's Roma population. *Lancet*. 2006;367(9524):1707-1708.
8. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list Republike Slovenije, št. 15/2008.
9. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2007.

Vloga javnega zdravja pri zmanjševanju neenakosti v zdravju

THE ROLE OF PUBLIC HEALTH IN REDUCING HEALTH INEQUALITIES

Marijana Kašnik Janet

dipl. med. ses., univ. dipl. soc.
Zavod za zdravstveno varstvo Ravne
marijana.janet@zzv-ravne.si

IZVLEČEK

Zmanjševanje neenakosti v zdravju in razumevanje vloge javnega zdravja je zelo kompleksno vprašanje, prepleteno z različnimi predstavami. Odziv javnega zdravja do vedno večjega problema neenakosti v zdravju je ključnega pomena, vendar je brez ukrepov in vzajemnega delovanja na vseh področjih in nivojih družbe manj uspešen. V prispevku so podani nekateri pristopi, s katerimi lahko strokovnjaki javnega zdravja in drugi zdravstveni delavci vplivamo na zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Ključne besede: krepitev zdravja, večšine, regijske strategije

ABSTRACT

Reducing health inequalities and understanding the role of public health is a very complex issue associated with different assumptions. Public health response to the growing problem of inequalities in health is crucial, but without action and interaction of all interested parties within a larger social context it will not be successfully resolved. The paper presents some approaches that may be used by public health professionals and other health providers to influence the reduction of health inequalities.

Key words: strengthening health, skills, regional strategies

UVOD

Javno zdravje bi lahko širše definirali kot »znanost in umetnost preprečevanja bolezni, podaljševanja življenja in izboljševanje zdravja z organiziranimi naporji družbe« (Premik, 2007). Znanost zato, ker temelji na teorijah in znanstvenih spoznanjih. Umetnost, ker temelji na intuiciji in poslušanju. V zadnjem času se pogosto izpostavlja vprašanje, kakšen je oz. bi moral biti odziv javnega zdravja do vedno večjega problema – obstoja neenakosti v zdravju. Odločilni vpliv na neenakosti imajo številne determinante, kot so: splošni družbeno-ekonomski, življenjski, družinski, delovni, kulturni in okoljski pogoji, vključenost v družbo in vedenjski slog. Zmanjševanje neenakosti zato zahteva ukrepe, ki vplivajo na širok spekter dejavnikov in njihovih interakcij. Pomembna je integrirana osredotočenost in gradnja kritične mase znanja ne le zdravstva, temveč tudi drugih sektorjev. Že dolgo namreč vemo, da morajo politike in programi poleg zdravstvenega sektorja vključevati tudi druge ključne sektorje družbe. Za neenakosti v zdravju bi lahko rekli, da so simptom, rezultat neenakosti v moči, denarju in sredstvih (CHSD 2008; Solar, Irwin 2001 cit. po Friedli, 2012).

Cilj javnega zdravja je tako osredotočen na širok spekter intervencij, usmerjenih k celotnemu prebivalstvu in posamezniku, njegovemu širšemu in ožjemu okolju, vključno z vplivanjem na strukturne spremembe in družbene norme ter prepričanja. Naloga strokovnjakov za javno zdravje je poudarjanje zaznanih problemov ter predlaganje in uresničevanje ukrepov za njihovo

učinkovito obvladovanje. Prizadevanja so osredotočena na ukrepe, da se vsem prebivalcem zagotovi enak dostop do zdravstvenega varstva, s spodbujanjem družbenega delovanja in z različnimi aktivnostmi pa v vzdrževanje in izboljševanje zdravja prebivalstva.

Ključno je usmerjeno in načrtovano delovanje, ki zagotavlja enakost, celovitost in ustrezno umeščenost aktivnosti na vseh ravneh in strukturah družbe (Premik, 2007). Če programi in storitve ne vključujejo osredotočanja na potrebe prikrajšanih posameznikov, prebivalstva in skupnosti, obstaja nevarnost povečanja namesto zmanjšanja neenakosti v zdravju.

V nadaljevanju bomo izpostavili nekaj pristopov, ki vplivajo na zmanjševanje neenakosti v zdravju.

REGIJSKE STRATEGIJE ZA ZMANJŠEVANJE NEENAKOSTI V ZDRAVJU

Za izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva se izkazujejo kot zelo učinkovite javnozdravstvene aktivnosti na lokalni ravni. Poznavanje problematike v lokalnem okolju in aktivno odzivanje nanje omogočata razvoj ciljnih javnozdravstvenih programov in aktivnosti. Seveda je za učinkovito ukrepanje pomembna jasna strategija, da se zagotovijo ustrezni viri in ustvarijo pogoji za uspešno izvajanje nalog. S tem ciljem je Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota vodil razvoj in pripravo regijskih strategij za vso Slovenijo. Vsak območni zavod je za svojo regijo pripravil strategijo, ki predstavlja krovno usmeritev za zmanjševanje neenakosti v zdravju prebivalcev posamezne regije. Cilj regijskih strategij je okrepiti strukture za spodbujanje zdravja, dosegati življenjski slog, ki bo pomagal preprečiti kronične in nalezljive bolezni, razviti kakovostne delovne in življenjske razmere, okrepiti osnovne socialne in zdravstvene storitve, oblikovati nove načine za spodbujanje zdravja ter, ne nazadnje, okrepiti aktivnosti, vezi in vloge vladnih in nevladnih organizacij, zlasti v smislu spodbujanja sodelovanja in občutka za skupnost in odgovornost. Regijska strategija je pomembna tudi zaradi določanja prioritete delovanja. Če se aktivnosti in sredstva za izvajanje preventive določajo na podlagi posameznih zahtev, lahko hitro pride do neuravnoteženih, včasih tudi strokovno spornih prioritete.

Strateški cilji regijskih strategij so usmerjeni na šest osnovnih področij izvajanja ukrepov, ki se nanašajo na temeljne prednostne namene, in sicer:

- postaviti neenakosti v zdravju v središče pozornosti skupnosti in posameznika,
- povečati zmožnosti lokalnih skupnosti in regije,
- zmanjšati medregijske neenakosti v zdravju s pomočjo aktivnosti krepitev zdravja,
- zmanjšati znotrajregijske neenakosti v zdravju s podpiranjem ranljivih skupin,
- spodbujati in podpirati čisto ter zdravo naravno okolje,
- podpirati in razvijati sistem za rutinsko spremljanje in vrednotenje neenakosti v zdravju.

DEGRADIRANO OKOLJE IN ZDRAVJE

Negativni učinki čezmernega obremenjevanja in onesnaževanja okolja imajo pomemben vpliv na zdravje in kvaliteto življenja ljudi v takšnem okolju. Eno najbolj znanih degradiranih območij v Sloveniji je Zgornja Mežiška dolina. Posledica večstoletne industrije svinca v tej dolini je močna onesnaženost okolja s svincom in z drugimi toksičnimi kovinami.

Svinec spada med strupene kovine, poznani so akutni in kronični toksični učinki svinca na zdravje. Zaradi specifičnih razlogov (večja občutljivost razvijajočih se možganov in živčnega sistema na učinke svinca, večja absorpcija svinca iz prebavnega trakta, večji vnos hrane na enoto telesne teže, slabše izločanje svinca iz telesa, nerazvit občutek za higieno, ingestija nenaravne hrane idr.) so otroci, izpostavljeni svinču, najbolj ogrožena skupina prebivalstva. Ameriški Center za nadzor in preprečevanje bolezni je leta 1991 določil 100 µg/l kot mejno vrednost svinca v krvi, pri kateri je potrebno izvajati aktivne ukrepe za zmanjšanje izpostavljenosti otrok.

Raziskave v obdobju 1972–1976 so pri predšolskih otrocih, katerih očetje niso bili poklicno izpostavljeni svincu, pokazale vrednost mediane svinca v krvi okoli 400 µg/l, pri skupini s poklicno izpostavljenimi starši pa je bila vrednost še višja. Zato je Zavod za zdravstveno varstvo Ravne v letu 2007 pripravil strateški akcijski načrt za eliminacijo kroničnih zastrupitev ljudi s svincem do leta 2022 s predlogi ukrepov na okoljskem in zdravstvenem področju. Tako se je odstotek tri-letnih otrok s povišanimi vrednostmi v krvi leta 2004 v letih 2010 in 2011 znižal, in sicer s 85 % otrok s povišanimi vrednostmi svinca v krvi na 10 % otrok (Ivartnik, Horvat, 2011).

Poleg okoljskih ukrepov (zamenjava onesnažene zemlje in sejanje trave, preplastitev javnih površin, mokro čiščenje javnih površin, ureditev golih površin z rastlinskimi prevlekami, ureditev lokacij za varno vrtnarjenje, čiščenje fasad in ostrešij, monitoring zraka in tal ter bivalnega okolja) so se pokazali kot učinkoviti tudi ukrepi zdravstvenega sistema in javnega zdravja, ki so vključevali intenzivno obveščanje ter ozaveščanje izpostavljenega prebivalstva o možnih virih strupenih kovin in načinih zmanjšanja njihovega vnosa v telo ter zagotovitev dopolnilne varovalne prehrane v vrtcih in šolah. Zelo učinkoviti ukrepi, na katere lahko vplivamo sami, so npr. umivanje rok, pravilna prehrana in mokro čiščenje bivalnih površin.

PREVENTIVA V ZGODNJEM OTROŠTVU

Usmerjeno razvijanje in krepitev socialno-čustvenih, vedenjskih in kognitivnih veščin v zgodnjem starostnem obdobju otrok vpliva na uspešneje spoprijemajo z izzivi prehoda iz razvojne stopnje otroka v zgodnjo in pozno adolescenco ter kasneje v odraslost. Organizacija Združenih narodov za izobraževanje, znanost in kulturo (UNESCO) poudarja razvijanje in krepitev kompetenc na štirih področjih: na znanju in sposobnosti kritičnega mišljenja (učenje vedeti), praktičnih znanjih (učenje storiti), osebnih veščinah (učenje biti) in socialnih veščinah (učiti se živeti skupaj).

Teh kompetenc ne pridobimo avtomatično, zato jih je potrebno ciljno vzgajati in krepiti, še posebej pri otrocih, ki so izpostavljeni dejavnikom tveganja, kot so revščina, zasvojeni starši, težave s komunikacijo, izpostavljenost zlorabam, brezbriznosti ali nasilnim razmeram v družini ipd.

Izpostavili bomo preventivni program *Da sije sonce* – Didaktične igre za razvoj otrokovih kompetenc na področju preprečevanja zasvojenosti, ki je namenjen predšolskim otrokom. Program zaznamuje sinhrono prepletanje zdravstvenega in vzgojno-izobraževalnega dela. Osredotoča se na dejavnost, ki je najbolj razširjena in tudi najbolj priljubljena pri otrocih, to je igra. Program izhaja iz predpostavke, da z izborom primernih didaktičnih iger lahko razvijemo tiste kompetence otrok, ki bodo vplivale na razvoj zdravega čustvenega odzivanja, razvoj vrednot za zdravo življenje in takšnega odločanja ter vedenja, ki bo odvrčalo od pasti zasvojenosti.

Rezultati evalvacije programa so pokazali, da so imele igre pozitivne učinke na otroke. Pokazalo se je, da sta bili sama pojavnost in intenziteta vseh pozitivnih aspektov življenjskih kompetenc v večini iger glede na posamezne sklope dobro izraženi. Tako so igre pri otrocih spodbujale socialne interakcije, kreativnost, potrpljenje, ekspresivnost potreb in občutkov, naučili so se prilagodljivosti vlog, zmožnosti reševanja konfliktnih situacij, izkazovali so empatijo, samozaupanje in frustracijsko toleranco (Kašnik Janet et al., 2009). Program je bil vključen v nacionalni katalog izobraževanj za strokovne delavce v šolstvu.

ZAKLJUČEK

Prikazani programi so le del širšega prizadevanja zdravstvenega sektorja v sodelovanju z drugimi sektorji. Glavni cilj programov in javnega zdravja je izboljšanje zdravja prebivalstva in zmanjševanje neenakosti v zdravju. Vsi ukrepi za spodbujanje zdravja morajo nastajati v okviru družbenega konteksta. Aktivnosti za obravnavanje determinant zdravja je treba neprestano prilagajati, da se zagotovi njihova socialna in kulturna ustreznost ter da je njihov učinek povečanje zdravja in ne le zmanjševanje neenakost v zdravju.

LITERATURA

Friedli L. Spregovoriti na glas: politični vidik javnega zdravja. *Zdrav Var* 2012; 51 (1):8-10.

Ivartnik M, Horvat M. Interni dokumenti Zavoda za zdravstveno varstvo Ravne. Ravne na Koroškem: ZZZV Ravne; 2011.

Kašnik Janet M et. al. *Da sije sonce* : didaktične igre za razvoj otrokovih kompetenc na področju preprečevanja zasvojenosti. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2009.

Premik M. Javno zdravje – Od zamisli do izvedbe. In Zvonka Zupančič Slavec. *Javno zdravje 20. Stoletja*. Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2007.

UNESCO. General skills-based health education tools. Dostopno na: http://portal.unesco.org/education/admin/ev.php?URL_ID=35168&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201 (20.10. 2011).

Predstavitev projekta »Family Health Nursing in European Communities«

PRESENTATION OF THE PROJECT 'FAMILY HEALTH NURSING IN EUROPEAN COMMUNITIES'

Karmen Romih

mag. zdr. neg.,
Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, kromih@vszn-je.si

doc. dr. Brigita Skela Savič

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice
bskelasavic@vszn-je.si

IZVLEČEK

Med državami obstajajo razlike v poimenovanju izvajalcev zdravstvene nege na pacientovem domu ter v lokalni skupnosti. Izobraževanja za poklic medicinske sestre potekajo v državah Evrope na različnih nivojih, prav tako so različno opredeljene praktične kompetence.

Namen projekta Family Health Nursing in European Communities je razvoj skupnih akademskih in praktičnih programov za izobraževanje in usposabljanje družinske medicinske sestre v Evropi. Programi bodo temeljili na enotnem pojmovanju družinske medicinske sestre, vključno z obsegom dela, osnovnimi znanji in spretnostmi ter praktičnimi kompetencami.

Ključne besede: projekt Family Health Nursing in European Communities, družinska medicinska sestra, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

ABSTRACT

Different terms are used in different countries to describe the job of home or community nursing care providers. Significant differences can be observed also in their educational levels and acquired competences among European countries. The concept of the family health nurse emerged from the WHO's initiative to develop a practitioner who has the family as the organizing focus of their practice (WHO, 2000)

The aim of the Family Health Nursing in European Communities project is to develop common academic educational and training programme of the family nurse in Europe with a competency-based and research-based curriculum.

The family health nurse programme will be based on the accepted concept of a family nurse, their scope of work, the required basic knowledge, skills and competences/learning outcomes to address the needs of the family within the context of the community.

Key words: Family Health Nursing in European Communities Project, Family Health Nurse, College of Nursing in Jesenice.

1 UVOD

Med posameznimi državami Evrope obstajajo razlike v poimenovanju izvajalcev zdravstvene nege na bolnikovem domu ter v lokalni skupnosti. Izobraževanja za poklic medicinske sestre in t. i. družinske medicinske sestre potekajo v različnih državah na različnih nivojih.

Leta 2006 je v Berlinu potekalo srečanje, ki ga je organiziral Regionalni urad Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za Evropo – Program za zdravstveno nego in babištvo ob podpori Kolaborativnega centra SZO v Nemčiji in Nemskega združenja medicinskih sester. Srečanja, na

katerem so pregledali šestletno obdobje, v katerem so potekali pilotni projekti uvajanja koncepta družinske medicinske sestre (v nadaljevanju FHN), so se udeležili tudi predstavniki Republike Slovenije. Oblikovana je bila resolucija in posredovana ministrstvom za zdravje držav udeleženk. V njej je poudarjeno, da rezultati mednarodne študije potrjujejo, da je koncept FHN izvedljiv in ga podpira veliko vlad evropskih držav. FHN je pomembna komponenta javnega zdravja, vključuje preventivo in promocijo zdravja ter zagotavljanje zdravstvene nege in oskrbe širom po Evropi. Navedena so bila področja delovanja, ki bodo okrepila položaj FHN tudi v prihodnje: vključevanje medicinskih sester, zaposlenih na ministrstvih za zdravje, v omenjeni projekt; primerjava izobraževalnih programov ter kompetenc, ki jih imajo FHN v posameznih državah; definiranje kazalcev kakovosti, ki bodo podprli nadaljnji razvoj modela; podpora sedanjim oblikam in razvoj novih oblik sodelovanja med državami. Oblikovan je bil triletni akcijski načrt, ki predvideva oblikovanje treh skupin, zadolženih za posamezna področja delovanja, ter nadzorne skupine, katere naloga bo koordinacija dela in mentorstvo. Besedilo se končuje s prošnjo, naj posamezna ministrstva za zdravje podprejo države članice pri spoštovanju resolucije.

2 POTEK PROJEKTA

Po petih letih od zadnjega sestanka v Berlinu se na pobudo University of the West of Scotland ponovno poskuša realizirati projekt FamNursE. Partnerji, vključeni v projekt, so: Research Institute of the Red Cross (Avstrija), University of Economics and Innovation in Lublin (Poljska), Escola Superior de Enfermagem do Porto (Portugalska), Lucian Blaga University in University of Craiova (Romunija), University Witten (Germany) in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice (Slovenija).

2.1 NAMEN PROJEKTA

Države, vključene v projekt FamNursE, imamo različna poimenovanja za FHN. V poklic stopamo z različnimi stopnjami izobrazbe, prav tako se po posameznih državah razlikujejo kompetence FHN.

Projekt zajema analizo stanja v vseh vključenih državah, na njeni podlagi bo podan predlog izobraževanja za poklic FHN, oblikovana bo definicija FHN in opredeljene kompetence.

Kasneje bi se na osnovi analize stanja v posameznih državah oblikoval model učinkovitega zdravstvenega varstva na tem področju, ki bi bistveno prispeval k reševanju globalnih zdravstvenih problemov, povezanih s staranjem populacije, kroničnimi boleznimi in drugim.

2.2 MEDNARODNE DELAVNICE

Izvedbo in spremljanje projekta omogočajo mednarodne delavnice udeleženih partnerjev; realizirane so bile tri, četrta bo v mesecu juniju 2012.

Prva mednarodna delavnica v Berlinu februarja 2011 je bila namenjena spoznavanju udeleženih partnerjev ter oblikovanju osnovnih smernic.

V mesecu septembru 2011 smo se udeležili druge mednarodne delavnice, ki je potekala na Škotskem. Medtem so bila za izvedbo projekta FamNursE pridobljena finančna sredstva (prek Erasmus aplikacije). Na drugi mednarodni delavnici je bila predstavljena izvedba projekta: razdeljen je na posamezne sklope, ki jih vodijo partnerji udeleženih držav. Vsak sklop, imenovan Work package (WP), ima tudi določene podporne partnerje, ki so zadolženi za aktivno podporo nosilnemu WP. Udeleženci projekta smo na delavnici imeli možnost interaktivnega sodelovanja, osnovni namen pa je bil seznanitev z WP in razumevanje le-teh.

Tretja mednarodna delavnica projekta FamNursE je ravno tako potekala na Škotskem v mesecu januarju 2012. Na njej smo ugotovili, da smo uspešno naredili prvi korak – projekt je zaživel. Vsi partnerji v projektu so odgovorno pristopili k vnaprej določenim nalogam, opredeljenim v po-

sameznih sklopih (WP). Na delavnici je bil predstavljen tudi pomen objavljanja ter seznanjenja drugih s projektom FamNursE.

Četrta mednarodna delavnica projekta FamNursE bo potekala v mesecu juliju 2012 v Lublinu na Poljskem. Takrat bodo vidni že prvi rezultati izvedbe posameznih sklopov (WP).

Zaradi obsežnosti projekta in raznolikosti posameznih vključenih držav se poraja veliko vprašanj, potrebno je veliko medsebojnega razumevanja in usklajevanja, ki ga take delavnice zahtevajo in je nujno potrebno za doseganje skupnih ciljev.

2.3 SPREMLJANJE PROJEKTA FAMNURSE

V obdobju med posameznimi delavnicami partnerji komunicirajo prek objav v posameznem sklopu na basecampu, dosegljivemu na spletnem naslovu: https://universityofthewestofscotland2.basecamp.com/projects/8443470-a_hello-and-welcome/log. Omogočen je vpogled v posamezne sklope (WP), poudarek pa je tudi na dogovorjenih terminih.

Poleg uporabe spletnih strani se poslužujemo še drugih orodij za interaktivno sodelovanje, kot so na primer videokonference.

2.4 VLOGA VISOKE ŠOLE ZA ZDRAVSTVENO NEGO V PROJEKTU

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice (VŠZNJ) je nosilka sklopa WP 6, ki obsega pregled obstoječih izobraževanj za FamNrsE v vključenih državah.

Oblikovan je bil anketni vprašalnik, ki ga je obravnavala 3. mednarodna delavnica, in bo posredovan sodelujočim državam.

Kot podporni partner se VŠZNJ vključuje v:

- sklop WP 1: Oblikovanje definicije FHN
- sklop WP 5: Opredelitev kompetenc FHN
- sklop WP 7: Analiza razlik in podobnosti med identifikacijo trenutnih programov in usposabljanj, ki bi jih posodobili z namenom zagotavljanja potreb v prihodnosti
- sklop WP 10: Razvoj evalvacijskega okvira projekta, sodelovanje na on-line srečanjih, realizacija dogovorjenega skladno s termini, razprava, zbiranje podatkov, izvedba študije primera idr.
- sklop WP11: Posredovanje ugotovitev projekta širši javnosti
- sklop WP 12: Doprinos in razširitev projekta

3 ZAKLJUČEK

Namen projekta FamNrsE je razvoj skupnih akademskih in praktičnih programov za izobraževanje in usposabljanje FHN v Evropi. Programi bodo temeljili na enotnem pojmovanju družinske medicinske sestre, vključno z njihovim obsegom dela, osnovnimi znanji in spretnostmi ter praktičnimi kompetencami.

Za doseg cilja projekta je potrebna aktivna in ažurna realizacija nalog vsake partnerske države na projektu. Ključnega pomena je tudi povezovanje šolstva, profesije in ministrstva za zdravje.

VIRI

Horvat M. Who family health nurse multinational study« (družinska medicinska sestra mednarodna študija svetovne zdravstvene organizacije) – 5. sestanek. Berlin, Nemčija; 22. – 23. februar, 2006. Arhiv sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti.

University of the West of Scotland. Nursing in Families project. Demographic Profiles and Current/Proposed Course Curriculum, 2011.

University of the West of Scotland. Family Health Nursing in European Communities. Detailed description of the project, 2011.

Sodelovanje medicinskih sester s PGD Bovec

Jožica Zornik

viš. med. ses.

Zdravstveni dom Tolmin, Patronažna služba Bovec

OPERATIVNA DEJAVNOST PGD BOVEC

- Gašenje vseh vrst požarov
- Tehnično reševanje na prometnih nesrečah
- Posredovanja pri nesrečah z nevarno snovjo
- Gašenje požarov v visokogorju
- Reševanje iz vode
- Pomoč pri zdravstvenih intervencijah



ZAČETKI ZDRAVSTVENIH INTERVENCIJ

- 2001 – srčni zastoj domačinke
 - zametki razmišljanja
- 2003 – usklajevanja z ZD in ministrstvi
- 2005 – podpis protokola med ZD Tolmin in PGD Bovec
 - nabava opreme
 - včlanitev medicinskih sester
 - prva resna intervencija



AKTIVIRANJE

Z Zdravstvenim domom Tolmin, ki je nosilec Nujne medicinske pomoči Tolmin, smo podpisali protokol o sodelovanju. Za pomoč gasilcev PGD Bovec zaprosi dežurni zdravnik NMP Tolmin, ki prevzame intervencijo.

Primer:

- občan pokliče 112
- 112 preveže klic zdravniku v NMP Tolmin
- zdravnik presodi, da lahko gasilci pomagajo, in operaterju 112 naroči, naj aktivira PGD Bovec
- center 112 pokliče poveljnika in sproži medicinsko intervencijo

KADER

- 3 medicinske sestre
- 6 gasilcev – jedro za zdravstveno pomoč
- 20 gasilcev – letni tečaj za uporabo vse razpoložljive opreme za zdravstveno pomoč



OPREMA

- Defibrilator
- Kisik (18l)
- Ambu, airwayi
- Vakumske opornice
- Zajemalna nosila
- Koritasta nosila
- Pulznioksimeter
- Glukometer
- Merilec krvnega tlaka
- Fiziološka raztopina
- Glukoza
- Watergel

NAČRTI ZA PRIHODNJOST

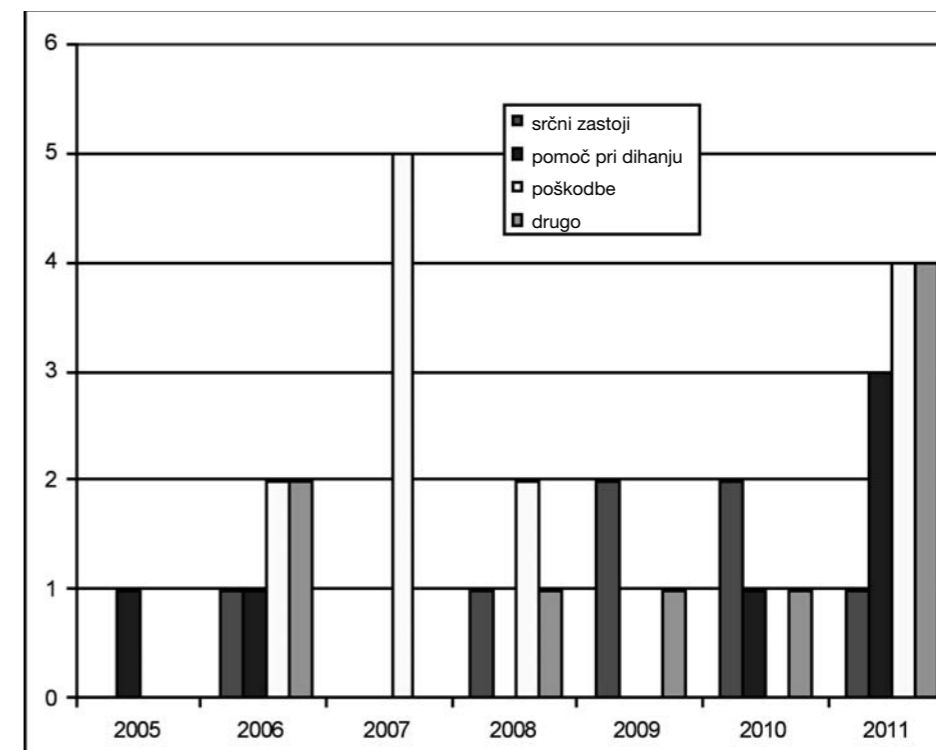
Torbe z osnovno opremo na domu (jesen 2011 – v pripravi)

Razširitev dejavnosti po vaseh (2012)

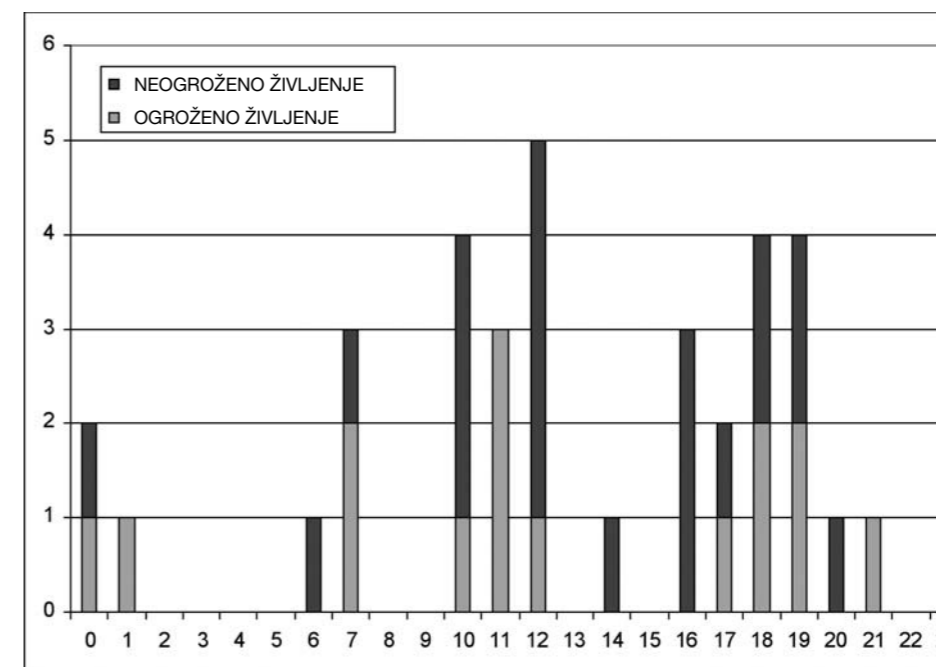
Zahtevnejši tečaj (jesen 2012)

Vozilo, kjer poškodovani lahko počaka NMP v primeru slabega vremena

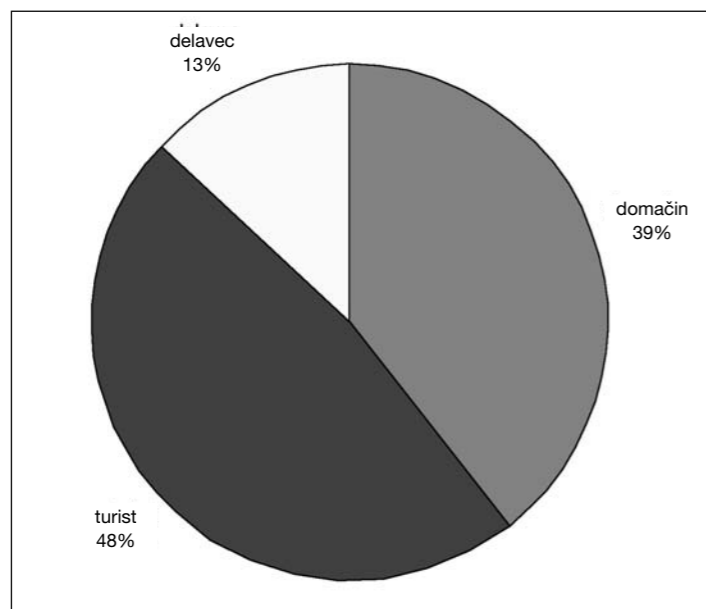
Pregled intervencij od 2005 do 2011



Vrsta intervencij glede na nudeno pomoč



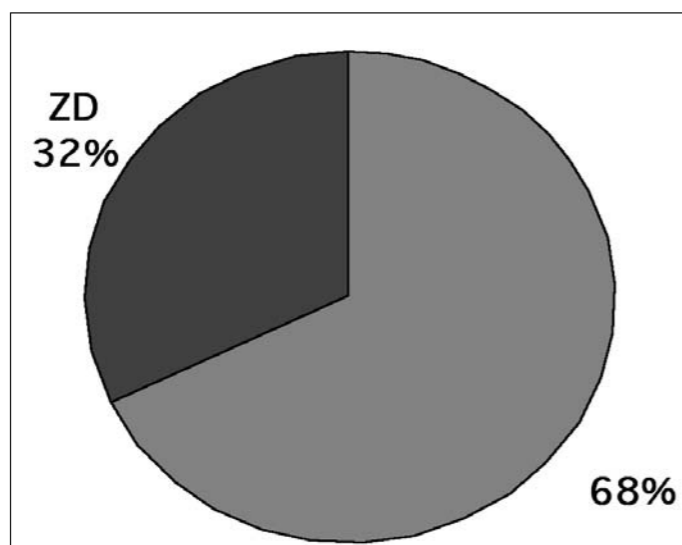
Ure posredovanja



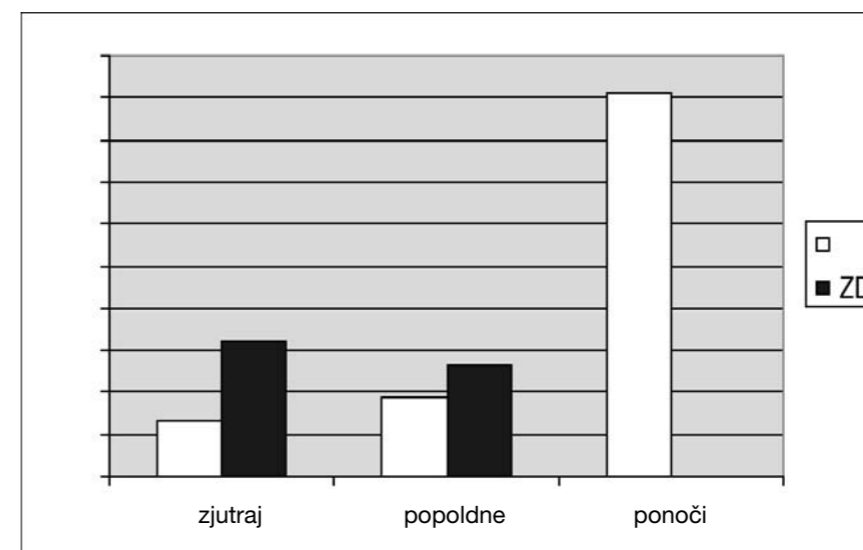
Posredovanje glede na obolelo ali poškodovano osebo

POKRIVANJE ČASA

V času obratovanja ZD Bovec za medicinske intervencije ne aktiviramo gasilcev, saj je v Bovcu prisotno zdravstveno osebje s primerno opremo, ki se lahko odziva na nujne primere v občini Bovec. Zunaj obratovalnega časa pa lahko gasilci PGD Bovec pomagajo obolelemu ali poškodovanemu pred prihodom reševalnega vozila NMP Tolmin, ki traja minimalno 30 minut.



Prikaz, koliko časa na leto je prisotno zdravstveno osebje v ZD Bovec



Prikaz letne povprečne prisotnosti zdravstvenega osebja v ZD Bovec

Grafi so narejeni na predpostavki, da se na vse nujne medicinske zaplete v času obratovanja ZD Bovec odzove osebje ZD Bovec. Zunaj tega časa so na voljo gasilci PGD Bovec.

Vsi podatki so narejeni na predpostavki, da ZD Bovec obratuje:

- + vse delovnike od 7.00 do 19.00
- + ob sobotah in nedeljah ne obratuje
- + ob glavnih praznikih ne obratuje
- + v poletnih mesecih (julij, avgust) obratuje samo zjutraj
- + ponoči ne obratuje

INTERVENCIJE S SRČNIMI ZASTOJI, KJER SMO POSREDOVALI

datum in dan	ura	lokacija	oboleli	
31.07.2006, ponedeljek	21:07	Slap Boka	turist	NMP
18.07.2008, petek	01:44	Bovec	domačin	NMP
09.08.2009, nedelja	11:33	Vršič, Poštarski dom	turist	NMP
20.12.2009, nedelja	11:11	Koritnica	domačin	NMP
15.09.2010, sredo	00:33	Vodenca	turist	NMP
26.12.2010, nedelja	19:43	Bovec	domačin	NMP
21.06.2011, torek	12:40	Izvir Soče	turist	ZD

ODZIVNI ČASI

Za naselje Bovec

Vozilo PV-1 (Škoda) z vso zdravstveno opremo

- 2 minuti aktiviranje
- 2 minuti pot do gasilnega doma
- 2 minuti pot do kraja intervencije
- Skupaj:** 6 minut od dogodka do kraja

Osebje

- 2 minuti aktiviranje
- 2 minuti pot do kraja intervencije
- Skupaj:** 4 minute od dogodka do kraja

Za posredovanje zunaj Bovca se čas primerno poveča glede na pot do kraja intervencije.

Klinična praksa v patronažnem varstvu – analiza evalvacijskih mnenj

CLINICAL TRAINING IN COMMUNITY NURSING – ANALYSIS OF THE STUDENTS' EVALUATION

Karmen Romih

mag. zdr. neg., Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice
kromih@vszn-je.si

mag. Jožica Ramšak Pajk

prof. zdr. vzg., ZD Bežigrad Patronažo varstvo in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Značilnost izobraževanja za poklic diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik je klinično usposabljanje, ki predstavlja polovico vsega izobraževanja, predpisanega z direktivo Evropske unije, in poteka v učnih bazah na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

Metoda: Kvalitativna raziskava je bila izvedena na namenskem vzorcu študentov Visoke šole za zdravstveno nego, ki so v študijskem letu 2011/2012 opravljali klinično prakso na področju patronažnega varstva. Študenti po opravljeni klinični praksi posameznega področja izrazijo evalvacijsko mnenje o klinični praksi. Zanimalo nas je, kaj študenti izražajo v evalvacijskih mnenjih po končani klinični praksi na področju Zdravstvena nega v patronažnem varstvu. Zbrano gradivo smo kvalitativno vsebinsko analizirali ob uporabi induktivnega pristopa kodiranja. Kode smo umestili v kategorije ter jih ponovno povezali z besedilom in skušali ugotoviti posledice, vzroke in vzorce interakcij.

Rezultati: Študenti klinično prakso v patronažnem varstvu pozitivno doživljajo, opisujejo jo kot strokovno vodeno in profesionalno.

Razprava: V raziskavi je bila prepoznana osebna in profesionalna vloga mentorja, ki je ključnega pomena pri pridobivanju novih znanj in izkušenj. Spremljanje in analiza evalvacijskih mnenj študentov je eden izmed dejavnikov vrednotenja in osnova za izboljševanje klinične prakse.

Ključne besede: klinična praksa, mentorstvo, patronažno varstvo

ABSTRACT

Background: The clinical training of nurses represents at least one half of the minimum duration of the training. The clinical training is in accordance with the European Union directives. It takes place in the institutions providing primary, secondary and/or tertiary levels of health care.

Methods: The qualitative research was conducted in the academic year 2011/2012. It was based on a purposive sample of students of the College of Nursing in Jesenice that performed the clinical training in community nursing. Upon completion of the training the students were requested to evaluate the clinical practice. The inductive approach for qualitative data analysis was used in coding and categorising the students' evaluations and opinions. The final aim in view was to establish clear links between the results, causes and interaction patterns.

Results: The students' evaluation of the clinical training was positive. They found the training to be on appropriate professional level and well monitored.

Discussion: The study recognizes and emphasizes the role of a teacher as information provider, role model, facilitator and mentor. Students' evaluation is a useful tool to determine the effec-

tiveness of training and the achievement of goals. The data gathered through evaluation can be an excellent resource to identify problems, strengths and weaknesses in the training and to make necessary adjustments in the training content or methods.

Key words: clinical practice, mentorship, community nursing

1 UVOD

Klinična praksa študentov dodiplomskega programa zdravstvene nege poteka na primarnem, sekundarnem ter na terciarnem nivoju. Študentom nudi priložnost za poglobljeno spoznavanje zdravstvenega sistema, razvijanje poklicne identitete in poklicnih vrednot. Betony (2011) navaja, da je dodiplomski študij zdravstvene nege še vedno močno osredotočen na sekundarni nivo, torej na izvajanje klinične prakse v bolnišnicah. Smernice na področju klinične prakse narekujejo večje vključevanje študentov na primarni nivo (Drennan s sod., 2006).

Klinična praksa v patronažnem varstvu kot delu primarnega zdravstvenega varstva je specifična, poteka na specialnem področju zdravstvene nege, ki se ukvarja s posameznikom, družino in lokalno skupnostjo v vseh oblikah zdravja in bolezni. Mentorji študentom so diplomirane medicinske sestre z najmanj tremi leti delovnih izkušenj.

Mentorstvo študentom v širšem obsegu opisujejo besede, kot so: vodenje, podpora, prijateljstvo in svetovanje (Casey, Clark, 2011).

Avtorice Myall, Levett-Jones, Lathlean (2008) opredeljujejo, da je temelj učinkovitega mentorstva narava in kakovost odnosa med kliničnim mentorjem in študentom. Pri tem imajo ključno vlogo osebne značilnosti mentorja in njegova strokovnost.

Sesen in sod. (2006 cit. po Vettorazzi, 2011) so dokazali korelacijo med slabimi izkušnjami na praksi ter odločitvijo za opustitev študija, kar nakazuje veliko potrebo po tem, da poglobimo svoje znanje o študentovih interakcijah z osebjem. V nekaterih raziskavah opisujejo celo, da študentje navajajo agresivno obnašanje osebja ter poniževanje študentov.

2 METODE

2.1 OPIS PROBLEMA

Študenti Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice (VŠZNJ) opravljajo klinično prakso na področju Zdravstvena nega v patronažnem varstvu v Zdravstvenih domovih Gorenjske, ki imajo status učne baze in so pripravljene sodelovati z VŠZNJ. V evalvacijskem poročilu o kakovosti pedagoškega in upravnega dela na VŠZNJ za študijsko leto 2011/2012 (evalvacijsko poročilo) je navedeno, da so bili študenti VŠZNJ najbolj zadovoljni v učnih bazah Osnovnega zdravstva Gorenjske (Zdravstveni domovi). Imenovane bi v 95–100 % priporočili drugim študentom (Skela Savič in sod.).

Zanimalo nas je mnenje študentov o klinični praksi na področju Zdravstvene nege v patronažnem varstvu, ki ga študenti izrazijo v evalvacijskem mnenju po končani klinični praksi na področju Zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Na podlagi mnenj smo s kvalitativno analizo teksta poskušali pojasniti izražena mnenja in zadovoljstvo.

2.2 VZOREC

Namenski vzorec je zajemal 33 študentov izrednega študija, ki so v študijskem letu 2011/2012 opravljali klinično prakso na področju Zdravstvene nege v patronažnem varstvu.

Na osnovi izraženih evalvacijskih mnenj študentov po opravljeni klinični praksi so bile prepoznane in oblikovane kode, ki smo jih združili v podkategorije in kasneje v kategorije.

3 REZULTATI

Tabela 1: Analiza evalvacijskih mnenj študentov in oblikovane kategorije

KODE=31	Podkategorije	Kategorije
Drugačnost, raznolikost, zanimivost, obsežnost dela, naporno delo, vedno kaj novega, vsak dan drugače	Polivalentnost, terensko delo	Delo medicinske sestre v patronažnem varstvu
Možnost nadaljnje zaposlitve, koristna izkušnja	Profesionalni razvoj	
Vključevanje svojcev, upoštevanje želja svojcev, spoštljiv medosebni odnos, dober odnos z varovanci	Medosebni odnos medicinska sestra-pacient/svojci/družina	
Sprejetost, pozitivnost, dobrodošlost, spoštljivost, zaupanje, dober odnos do študentov, dober sprejem	Osebnostne značilnosti mentorja	Mentorstvo in mentorski odnos
Veliko znanja, poučevanje, samoodločanje, samostojnost, delo s svojci	Profesionalnost mentorja	
Pohvala mentorjem, najboljša praksa, čudovita mentorica, koristna izkušnja, zanimiva izkušnja, dobra organizacija	Pozitivno doživljanje klinične prakse	

V tabeli 1 je prikazana kvalitativna analiza evalvacijskih mnenj. Iz identificiranih 31 kod smo oblikovali 6 podkategorij ter jim dodelili 2 glavni kategoriji, in sicer: *Delo medicinske sestre v patronažnem varstvu* ter *Mentorstvo in mentorski odnos*.

Podkategorijo *Polivalentnost in terensko delo* lahko opredelimo z mnenji študentov »... KP v patronažnem varstvu je zelo zanimiva, razgibana, vedno se je dogajalo kaj novega...«.

V podkategoriji *Medosebni odnos medicinska sestra-pacient/svojci/družina* so študenti navajali »...medicinske sestre v patronaži upoštevajo želje pacientov in svojcev, vseč mi je dober odnos, ki ga imajo z varovanci, ki je spoštljiv, družine jih zelo cenijo...«.

V okviru podkategorije *Osebnostne značilnosti kliničnega mentorja* študenti navajajo lepo sprejetost s strani kliničnega mentorja z izjavami, kot je »...moja mentorica me je vsako jutro sprejela z nasmehom in videlo se je, da ji nič ni odveč, da sem poleg nje...«.

Poleg osebnih lastnosti mentorja so študenti v evalvacijskih mnenjih navedli tudi značilnosti mentorja kot strokovnjaka, ki je prepoznana v podkategoriji *Profesionalnost mentorja* z navedbami, kot so »...veliko znanja imajo zdravstveni delavci, pri takih pacientih je potrebno več kot le preveza rane...«.

Študenti prav tako navajajo dobro organizacijo klinične prakse ter splošno zadovoljstvo s klinično prakso v podkategoriji *Pozitivno doživljanje klinične prakse*. Slednje opisujejo tudi naslednji stavki: »...ta praksa je najboljša praksa v mojih treh letih študija...« in »...že dolgo časa mi praksa ni bila tako vseč kot na patronaži...«.

Študenti so poleg zadovoljstva s klinično prakso izrazili tudi željo po zaposlitvi na področju Zdravstvene nege v patronažnem varstvu v podkategoriji *Profesionalni razvoj*, kar opisujejo kot »...moram priznati, da sem s prakso zadovoljna in bi tudi sama z veseljem opravljala tako delo...« ter »...v patronaži vidim možnost nadaljnje zaposlitve...«.

Navedeno povezujejo z razgibanostjo terena, odnosom z varovanci, samostojnostjo medicinske sestre, pozitivnim odnosom do študentov in do varovancev.

4 RAZPRAVA

Naša raziskava je pokazala, da se študenti na klinični praksi v patronažnem varstvu počutijo dobrodošli in sprejeti, klinični mentorji pa imajo do njih spoštljiv odnos. Avtorja Timmins in Kaliszer (2002 cit. po Baglin, Rugg, 2010) ugotavljata, da je klinično usposabljanje eden glavnih stresorjev za študente zdravstvene nege. Glavni dejavnik pri tem stresu je vzpostavljanje odnosa z osebjem.

Klinično prakso v patronažnem varstvu imajo študenti VŠZNJ v tretjem letniku študija, kar pomeni, da imajo že določene izkušnje z mentorstvom ter kliničnimi okolji. V evalvacijskih mnenjih študenti navajajo klinično prakso v patronažnem varstvu kot dobro klinično prakso. Dobra praksa študentov v tretjem letniku je odvisna tudi od predhodnih izkušenj na praksi, predvsem če je študentom uspelo vzpostaviti prijateljsko oz. sodelovalno vzdušje na praksi (Thrysoeetal, 2010; cit. po Vettorazzi, 2011).

Na dober sprejem študentov lahko vpliva tudi pripravljenost mentorja. Koordinator klinične prakse VŠZNJ pred pričetkom klinične prakse izvede prvi koordinacijski sestanek, kjer kliničnim mentorjem predstavi dokumentacijo, novosti, kompetence, ki naj bi jih študent pridobil med klinično prakso in drugo. Študent se z navedenim seznanja prek Študijskega informacijskega sistema. Baglin in Rugg (2010) v svoji raziskavi prideta do zaključkov, da je zelo pomembno, da si študentje predstavljajo, kako bo potekala praksa na primarnem nivoju, ker pogosto prihajajo s svojimi napačnimi predstavami. VŠZNJ prek koordinatorskega posameznih zdravstvenih domov spremlja študente na klinični praksi v patronažnem varstvu. Koordinacijski sestanki, ki jih VŠZNJ načrtuje in vodi v posameznih učnih bazah, so eden izmed načinov spremljanja študenta. Andersow s sod. (2006) opisuje, da ima management oddelka veliko vlogo pri pridobivanju pozitivnih izkušenj na praksi. Hkrati pa poudarja pomembnost tesnega sodelovanja univerze z zdravstvenimi ustanovami.

Klinično prakso v patronažnem varstvu so študenti opisali kot raznoliko, razgibano. Značilnost patronažnega varstva v Republiki Sloveniji je polivalentnost in širok spekter delovanja. Medicinska sestra v patronažnem varstvu je nosilka patronažne zdravstvene nege pacienta, družine in skupnosti v stanju zdravja in blagostanja ter v stanju bolezni, poškodb, nezmožnosti, prizadetosti in nezaželenih stanj ter koordinira delo, zato načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego (Rajkovič, Šušteršič, 2000). Medicinska sestra v patronažnem varstvu, deluje na vseh ravneh zdravstvene vzgoje: primarni, sekundarni in terciarni ter promovira zdravje pri posamezniku, družini in celotni populaciji. Vključuje se v vsa področja promocije zdravja: preventivno, delo v lokalni skupnosti, organizacijsko, okoljevarstveno, javno zdravstveno politiko, ekonomsko-pravno in izobraževalno ter spodbuja ljudi, da bi postavili zdravje na najvišje mesto na lestvici človekovih vrednot, aktivno skrbeli zanj in imeli večji vpliv na ekonomske in socialne vplive na zdravje (Šušteršič et al., 2006).

Študenti opisujejo značilnosti mentorja na nivoju strokovnjaka s poudarkom na znanju, samostojnosti, samoodločanju. Za razliko od medicinskih sester, zaposlenih v bolnišnicah, medicinske sestre v patronažnem varstvu skrbijo za paciente na njihovih domovih, velikokrat same, brez podpore sodelavcev ali drugih strokovnjakov. Tudi odločitve sprejemajo same in brez podpore (Horvat, 2011).

Študenti navajajo spoštljiv odnos med patronažnimi medicinskimi sestrami in varovanci. Tudi številni avtorji opisujejo, da ljudje spoštujejo patronažne medicinske sestre in imajo do njih zaupen odnos (Wrixon, 2010; Burke, O'Neill, 2010).

5 SKLEP

Raziskava na sicer majhnem vzorcu in s svobodno izraženimi mnenji študentov je pokazala pozitivno doživljanje, strokovno vodeno in profesionalno klinično prakso, ki je temelj pri pridobivanju novih znanj in izkušenj. Prepoznana je tako osebna kot profesionalna vloga mentorja. Študenti

so dobri opazovalci in kritiki. Značilnost dela v patronažnem varstvu je obravnava posameznika/družine in skupnosti od rojstva do smrti v obliki obiskov na domu, kar so študenti prepoznali in tudi poudarili.

Zavedamo se omejitve raziskave, zato bi bilo v prihodnje smiselno ponoviti podoben pristop vključujoč poglobljene individualne intervjuje tako s študenti kot z njihovimi mentorji.

Vsekakor pa spremljanje in analiza evalvacijskih mnenj študentov omogočata vpogled v klinično prakso na posameznem področju ali v posamezni učni bazi in je lahko osnova za izboljševanje.

LITERATURA

1. Anderson EE. Learning pathways in contemporary primary care settings – Student nurses's views. *Nurse Educ Today*. 2009;29:835–9.
2. Baglin MR, Rugg S. Student nurses' experiences of community – based practice placement learning: A qualitative exploration. *Nurse Educ Pract*. 2010;10(3):144–52.
3. Betony K. Clinical practice placements in the community: A survey to determine if they reflect the shift in healthcare delivery from secondary to primary care setting. *Nurse Educ Today*. 2011;32(1):21–6.
4. Burke T, O'Neill C. Community nurses worked in piloted primary care teams: Irish Republic. *Br J Community Nurs*. 2010;15(8):398–404.
5. Casey DC, Clark L. Roles and responsibilities of the student nurse mentor: an update. *Br J Nurs*. 2011;20(15):933–7.
6. Drennan V, Andrews S, Sidhu R, Peacock R. Attracting and retaining nurses in primary care. *Br J Community Nurs*. 2006;11(6):242–6.
7. Horvat M. Vloga patronažnih medicinskih sester na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. In: Bobnar A, ur. Dan Stane Kavalič: Vloga medicinske sestre na primarni ravni zdravstvene dejavnosti – izziv za prihodnost. Zbornik predavanj, Ljubljana, 2. december 2011. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 2011:58–76.
8. Myall M, Levett-Jones T, Lathlean J. Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing students and practice mentors. *J Clin Nurs*. 2008; 17(14): 1834–42.
9. O'Neill M, Cowman S. Partners in care: investigating community nurses' understanding of an interdisciplinary team-based approach to primary care. *J Clin Nurs*. 2008;17(22): 3004–11.
10. Ralph E, Walker K, Wimmer R. Practicum and clinical experiences: postpracticum student's views. *J Nurs Educ*. 2009; 48 (8): 434 – 40.
11. Rajkovič V, Šušteršič O. Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege. Kranj: Moderna organizacija; 2000.
12. Skela Savič B, Habe Sintič B, Zurc J, Hvalič Touzery S, Romih K, Mežik Veber M, et al. Evalvacijsko poročilo o kakovosti pedagoškega in upravnega dela na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice za študijsko leto 2009/2010 in poslovno leto 2010. Dostopno na: http://www.vszn-je.si/uploads/file/Evalvacijsko%20porocilo%20o%20kakovosti%20pedag%20in%20upr%20dela%20na%20VSZNJ%202009_2010.pdf (20.2.2012).
13. Skela Savič B. Znanje v zdravstveni negi kot odziv na potrebe zdrave in bolne populacije – perspektive razvitega sveta. In: Skela Savič B, Kavčič BM, Zurc J, eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo – 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in v zdravstvu; 2010 Sept 16–17; Ljubljana; Slovenija, Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2010:63.
14. Šušteršič O, Horvat M, Cibic D, Peternejl A, Brložnik M. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzor Zdr N*. 2006;40(4): 247–52.
15. Vettorazzi R. Klinično usposabljanje študentov v osnovni zdravstveni dejavnosti – izziv za prihodnost. In: Bobnar A, ur. Dan Stane Kavalič: Vloga medicinske sestre na primarni ravni zdravstvene dejavnosti – izziv za prihodnost. Zbornik predavanj, Ljubljana, 2. december 2011. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 2011:88–96.
16. Wrixon S. Self-care in the community: moving away from a culture of dependency. *Br J Community Nurs*. 2010;15(1):13–6.

Biopsihosocialne razsežnosti izgorelosti

BIOPSYCHOSOCIAL DIMENSIONS OF BURNOUT

doc. dr. Polona Selič

univ. dipl. psih.
Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani

IZVLEČEK

Biopsihosocialni model zdravja razlaga človekovo blagostanje na telesni, duševni in medosebni ravni z vidika procesov rasti, razvoja in zorenja. Stres kot doživetje psihosocialne narave, ki ima za posledico psihično trpljenje in neprijetne, za organizem ogrožajoče fiziološke procese, deluje na celotno biopsihosocialno naravo človeka. Sindrom izgorelosti je možna posledica dolgotrajnega doživljanja stresa na delovnem mestu.

Predstavljeni so dejavniki, povezani s tveganjem za izgorelost: značilnosti dela in organizacije ter značilnosti posameznika. Izgorelost je povezana z večjo obolevnostjo, psihosomatskimi težavami, z večjo dovzetnostjo za bolezni srca in krvožilja, s tveganjem za depresijo, tesnobnost in zlorabo alkohola.

Ključne besede: stres, spoprijemanje s stresom, delovno okolje, delovne obremenitve, dejavniki tveganja, značilnosti posameznika

ABSTRACT

The biopsychosocial model of health explains how a patient's biology, psychology, and their social situation predispose, precipitate, perpetuate, and protect an individual in the context of illness and health. Stress, described as a psychosocial experience, associated with psychological strain and mostly unpleasant and harmful physiological changes, affects all three dimensions of a person's well-being. Burnout is a condition that may evolve slowly over a period of prolonged work-related stress.

Factors related to burnout are examined in relation to the nature of the work, the workplace and individual's personal characteristics. Burnout was shown to be associated with higher morbidity rates, increased vulnerability to psychosomatic and cardiovascular disorders, depression, anxiety and alcohol abuse.

Keywords: stress, coping, workplace, employee work load, risk factors, individual differences

1 BIOPSIHOSOCIALNI MODEL ZDRAVJA

Celostno razumevanje človeka zajema kompleksne razlage vzrokov njegovega vedenja ter se pri tem naslanja na sistemske koncepte (Sarafino, 1990). Človek kot biopsihosocialna entiteta se razvija v prepletu procesov razvoja, rasti in zorenja. Vse predhodne stopnje vplivajo na sedanje, te pa na prihodnje. Tudi vloga in pomen zdravja, bolezni in različnih biopsihosocialnih sistemov se v življenju osebe spreminjata. Zato je potrebno razumeti in razlagati pojave, kot sta zdravje in/ali bolezen z vidika dinamike in procesov. Osebnostne značilnosti si je smiselno ogledati v kontekstu prejšnjega razvoja, dosežene stopnje zrelosti in integriranosti ter možnosti prihodnjega razvoja. Tudi bolezni v različnih starostnih obdobjih se med seboj razlikujejo. Otroci le redko obolijo za kroničnimi boleznimi, pogosto pa jih mučijo prehladi in gripe (kratkotrajne infekcijske bolezni), medtem ko trpijo odrasli in starejši zaradi bolezni srca, raka in kapi (Selič, 1999).

Biološki sistemi se v procesu staranja spreminjajo na več načinov – v otroštvu se domala vsem organskim sistemom povečajo velikost, moč in učinkovitost, kar vse upade v starosti. Pomembne so spremembe psiholoških (npr. kognitivni razvoj) in socialnih sistemov oziroma odnosov v teh sistemih. Zelo jasen primer so spremembe vlog – npr. vloga otroka, starša, starega starša (transgeneracijske spremembe), v poklicni karieri spremembe vlog zaradi napredovanja in podobno. Nekatere spremembe v socialnih odnosih so povezane z zdravjem in boleznijo. Zdravje otrok je odgovornost odraslih. V procesu staranja prevzema oseba sama odgovornost za lastno zdravje. Sodobna biopsihosocialna perspektiva je opredelila vlogo bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov s posebnim poudarkom na razumevanju stresa in spoprijemanja s stresnimi obremenitvami (Selič, 2007).

Za sistematični pregled znanstvene literature kot metodo znanstveno raziskovalnega dela na temo biopsihosocialnega modela zdravja so bile uporabljene bibliografske baze Medline, Psycinfo in Cobiss ter dela, ki so ustrezala vključitvenemu kriteriju, da obravnavajo zdravje, spoprijemanje s stresom in/ali izgorelost ter s tem povezane dejavnike.

2 STRES

Vse večje zanimanje za stres – tako v smislu »kroničnih« (stalnih) stresnih življenjskih okoliščin kakor tudi v smeri stresnih dogodkov (situacij) – je nadaljevanje človekovih večnih poskusov razumeti, kako se »zunanje« dogajanje preobrazi v »notranje« ter se neredko konča kot bolezen. Stres je zelo pogosto uporabljan pojem – ne samo v vsakdanjem govoru, ampak tudi v relevantni strokovni literaturi (Selič, 1999). Gre za univerzalni fenomen, ki ga opredeljuje množica definicij, v vseh pa je mogoče najti dva temeljna poudarka (Selič, 2007):

- stres v večini primerov povzroča nekdo/nekaj zunaj človekovega organizma,
- posledice stresa so notranje, psihološke in fiziološke narave, običajno so opisane kot napetost, napor (strain).

Stresa ni mogoče meriti, ne da bi merili napetost (strain), zato je potrebno interakcijsko razumevanje tega pojava oziroma procesa. Gre za doživetje psihosocialne narave, ki ima za posledico psihično trpljenje, in neprijetne, za organizem ogrožajoče fiziološke procese. Tako opredeljeni stres deluje na celotno biopsihosocialno naravo človeka (Selič, 1999). Po interakcijskem modelu stresa oseba stresor opazi in oceni, oceni tudi lastne vire za spoprijemanje, temu sledi t.i. kratkotrajni odziv na stres, v nadaljevanju pa privede do končnega izida, ki je bodisi evstres (pozitivni učinki), distress (negativni učinki) ali nevtralni učinek (Sheridan, Radmacher, 1992).

2.1 SPOPRIJEMANJE S STRESOM

Spoprijemanje s stresom so vsi kognitivni procesi in vedenjski postopki posameznika ob soočanju z zunanjimi in/ali notranjimi zahtevami, posledicami stresnega dogodka/dogajanja, za katere oceni, da bi lahko izčrpali njegove vire (Folkman, 1984; Lazarus, 1993). Strategije spoprijemanja s stresom delimo v dve skupini: problemsko usmerjene in strategije, usmerjene k emocijam.

Problemsko usmerjene strategije ljudje uporabljajo, ko verjamejo, da so bodisi zahteve situacije bodisi njihovi lastni viri spremenljivi. Strategije te vrste navadno izbirajo osebe z višjimi dohodki in izobrazbo, zelo redko pa v situacijah smrti v družini (Lazarus, 1993). Problemsko usmerjene strategije so (Selič, 2007):

- *socialne veščine* asertivnost, intimnost, samorazkrivanje – aktivirajo socialno podporo, komunikacijo in/ali pogajanja;
- *strukturiranje* – zbiranje informacij o stresorju, premislek o razpoložljivih virih, načrtovanje njihove izrabe;
- *zavedanje vzrokov in posledic stresnega dogajanja* (stress monitoring).

Uspešnost naštetih strategij je povezana z optimalnim vključevanjem kognitivnih komponent (racionalnosti, fleksibilnosti in vizije prihodnosti).

Strategije, usmerjene k emocijam, so navadno povezane s ponovno oceno situacije. Kadar se ta zdi nespremenljiva, neredko nastopi izogibanje ali zanikanje. Pri slednjem gre za ignoriranje obstoja stresorja, izogibanje pa pomeni fizični odmik. Nekateri svoje emocionalne odzive »kontrolirajo« z različnimi vedenjskimi postopki – s pretiranim uživanjem alkohola in/ali drog, z zatekanjem k nadomestnim zadovoljitvam in zaposlitvam, kot so gledanje televizije, intenzivni in številčnejši socialni stiki, pretiravanje s telesno aktivnostjo namesto zdrave rekreacije ipd. Takšno vedenje usmerja pozornost stran od problema, ki ga je oseba predhodno ocenila kot nerešljivega oziroma nespremenljivega (Selič, 2007).

Mogoča (in pogosta) je uporaba obeh vrst strategij hkrati. Razvoj oziroma spremembe strategij obvladovanja stresa pod vplivom rasti, razvoja, zorenja in učenja, še niso podrobno opisane in preučene. Nekatere zakonitosti pa so jasne: dojenčki in malčki obvladovanja stresa niso večji; z razvojem mišljenja in govora se pojavljajo strategije, ki omogočajo otrokom premagovati strahove. Tudi kasneje se razširita krog in uporaba kognitivnih strategij, emocije pa otroci skušajo regulirati z razvitimi intrapsihičnimi procesi, kot je npr. kognitivna redefinicija (problema). V zrelih letih so moški in ženske pri obvladovanju stresa problemsko usmerjeni (konfrontacija), medtem ko v starosti prevladujejo (pasivne) strategije, usmerjene k emocijam (Sarafino, 1990). Do razlike najbrž pride zaradi spremembe stresnih obremenitev – v srednjih letih je stres povezan z delom, denarjem, družino in prijatelji, v starosti pa z zdravstvenimi tegobami in domačimi razmerami. Spremembam v procesu staranja niso podvrženi le stresorji, ampak tudi kognitivni procesi. Starejši ljudje v pomembno večji meri ocenjujejo probleme kot manj/ne-spremenljive, kar lahko razloži usmerjenost strategij k emocijam (Lazarus, 1993).

Strategije spoprijemanja s stresom posredujejo med učinki stresnih obremenitev in posameznikovim biopsihosocialnim blagostanjem (Williams, Wiebe, Smith, 1992). Prevladujoča uporaba strategij, usmerjenih k emocijam, se povezuje s slabšanjem le-tega (Jex et al, 2001).

2.2 STRES PRI DELU

Stres pri delu označujejo in določajo zahteve, ovire, izzivi in priložnosti (stresorji), povezane z delom in delovnimi pogoji. Stres pri delu je posledica razkoraka med zahtevami delovnega mesta oziroma delovnih procesov in zmožnostmi osebe (izkušnjami, spretnostmi, znanji, veščinami), da naloge zadovoljivo in pravočasno opravi (Selič, 1999). Stres pri delu vpliva na zdravje in produktivnost zaposlenih, izostanke z dela ter fluktuacijo (Steinmetz, Schmidt, 2010).

3 IZGORELOST

Sodobno razumevanje izgorelosti izhaja iz izčrpanosti človekovih duševnih in telesnih virov ob zmanjšani zmožnosti prilagajanja, ki je posledica ponavljajočega se stresa pri delu (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001). Začetno povezovanje izgorelosti s poklici, za katere je značilno delo z ljudmi, kot so poklici v šolstvu, zdravstveni negi, socialnem varstvu ipd., je preseženo, saj so številne študije potrdile izgorelost med vojaki, policisti, menedžerji, v državni administraciji in pri vrhunskem športu; očitno je središčnega pomena razkorak med pričakovanji in dosežki skozi daljši čas (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

Izgorelost je možna, ne pa neizogibna posledica dolgotrajne izpostavljenosti stresnim obremenitvam, povezanim z delom (Pines, Keinan, 2005). Maslach (1982) je opisala tri razsežnosti sindroma izgorelosti: čustveno izčrpanost, depersonalizacijo in osebno izpolnitev.

- *Čustvena izčrpanost* je ključna za nastanek izgorelosti. Gre za pomanjkanje energije in občutek iztrošenosti čustvenih virov, kar spremljajo občutki frustriranosti in napetosti.
- *Depersonalizacija* (razosebljenost) nekateri imenujejo tudi cinizem oziroma umik. Najpogosteje sledi čustveni izčrpanosti. Za razosebljenost je značilno obravnavanje strank in sodelavcev, kot da bi bili predmeti (raz-osebljeni), kar običajno spremlja odtujen, brezčuten ali ciničen odnos do dela, delovne organizacije, neredko pa tudi do lastne učinkovitosti (Maslach, Pines, 1977).

- *Osebnostna izpolnitev kot antipod pomanjkanja občutka delovne učinkovitosti* je vezana na doživljanje lastne vrednosti, kompetentnosti in izpolnjenosti v zvezi z delom. Osebe, ki ne doživljajo osebne izpolnitve, so nagnjene k negativnemu samo-vrednotenju v zvezi s profesionalno vlogo ter občutijo pomanjkanje lastnega profesionalnega napredka (Maslach, Pines, 1977). Čustvena izčrpanost sproži razosebljenost in tudi pomanjkanje občutka delovne učinkovitosti, zato bi bilo potrebno proces izgorevanja zaustaviti že v tej fazi (Schaufeli, Greenglass, 2001). K izgorevanju so bolj nagnjeni za delo visoko motivirani, k uspehu usmerjeni posamezniki. Če se jim pričakovanja ne uresničijo, pa jih ne korigirajo, lahko začnejo doživljati svoje delo kot nepomembno, nekoristno ali celo povsem odvečno (Pines, Keinan, 2005).

3.1 RAZLAGE NASTANKA IZGORELOSTI

Sprva so izgorelost razlagali s t. i. **modelom ohranjanja virov**, ki je temeljil na predpostavki, da je temeljno gibalno človekovih prizadevanj ohranjanje virov (Hobfoll, Freedy, 1993; Hobfoll, 1998).

- *Objektivni viri* imajo »fizično« naravo in pojavno obliko ter nemalokrat pomenijo statusne simbole (npr. hiša je dom, hkrati pa odraža lastnikovo materialno blagostanje in socialni status). Avtorji jih le redko omenjajo v povezavi s stresom in izgorelostjo, čeravno so nekateri potrdili močno zvezo med socio-ekonomskim statusom in odzivi na stresno dogajanje. Nekateri govorijo o materialnih virih (denar in vse potrošne dobrine – hrana, obleka, stanovanje), s pomočjo katerih je mogoče izpolnjevati najrazličnejše zahteve okolja in družbe ter zadovoljevati svoje potrebe (Selič, 2007).
- *Pogoji bivanja* so stanja, oblike in načini bivanja, ki imajo za posameznika veliko vrednost, saj navadno zahtevajo (in predstavljajo) precejšnje investicije časa, energije in drugih sredstev. Gre za partnerstvo, starševstvo, državljanstvo ipd.; partnerski odnos se na primer lahko izrodi v »neuspešno investicijo« in ima za posledico velike stresne obremenitve (Selič, 2007).
- *Osebnostne značilnosti* predstavljajo človekove lastnosti, veščine in spretnosti, kot so dopadljiv videz, ugodno samovrednotenje, delovne navade, občutek obvladovanja situacije ipd., nesporno ogromno prispevajo k odpornosti na stres. Njihovo delovanje pa je zmeraj povezano z značilnostmi in zahtevami konkretne situacije (Selič, 2007).

Med osebne značilnosti lahko uvrstimo *fizične* (telesne) attribute (vire) in *intrapersonalne* (»notranje«) vire.

Fizični viri so telesne značilnosti osebe, kot so telesna moč, zdravje in privlačnost, ki lahko olajšajo poravnavanje s stresom. Zunanji videz je dobrodošel pri vzpostavljanju socialne (potencialno podporne) mreže; kriminalci prijetnega videza na primer navadno ne dobijo skrajnih kazni na porotnih sodiščih ipd. Hogan (1989) je opisal telesno počutje kot večdimenzionalni konstrukt, ki zajema vzdržljivost, mišično moč in kvaliteto gibanja. Osebnostni korelati dobrega počutja so optimizem, energičnost, tekmovalnost in neredko tudi perfekcionizem in skupaj tvorijo osebnostni sindrom dobrega telesnega počutja. Za osebnostni sindrom slabega telesnega počutja so značilne depresivnost, tesnoba in sovražnost.

Intrapersonalni viri (»notranje sile« posameznika) so neredko ključni v poravnavanju s stresom. Med njimi izstopajo samopodoba, samovrednotenje, občutek lastne vrednosti, ki je tesno naslonjen na ego-integriteto in osebnostno zrelost, na stabilno in hkrati dinamično-fleksibilno zavedanje samega sebe in realistično samovrednotenje, povezano z ustrežno stopnjo neodvisnosti na eni strani in vključenosti v socialno in kulturno realiteto na drugi strani (Sheridan, Radmacher, 1992). Čeprav se ljudje glede splošne sprejemljivosti in občutljivosti za stres že biološko razlikujejo, se značilni osebni odziv sešteje s pomenom, ki ga ima stresor (ki se potem dotakne občutka lastne vrednosti), in nekaterimi značajskimi potezami ter izkušnjami. Brown in McGill (1989) sta ugotovila, da pozitivni (zaželeni) dogodki negativno vplivajo na telesno zdravje oseb z nizko samooceno, kar se ujema z Brownovo teorijo stresa, da akumulacija dogodkov, ki odstopajo od človekove samoocene, vodi v bolezen. Avtorja menita, da so osebe z visoko samooceno vanjo tudi bolj prepričane in jih neprijetni dogodki

manj prizadenejo. Samopodoba namreč določa sedanje in prihodnje ravnanje, zlasti pa obdelavo informacij. Neskladne informacije ogrozijo doživljanje samega sebe, njihova obdelava zato zahteva posebno pozornost, v tem času pa odpornost pade.

- *Energije* obsegajo vire, kot so čas, denar in znanje. Ti nimajo posebne intrinzične vrednosti, sodelujejo pa pri pridobivanju (in ohranjanju) drugih vrst virov (Selič, 2007).
- *Informacijski in izobrazbeni viri* – stres pomaga obvladovati tako splošno znanje kot tudi specifične informacije. Marsikateri bolezn, ki je posledica dolgotrajne izpostavljenosti delovanju stresorjev, se je mogoče izogniti z upoštevanjem priporočil o zdravi prehrani, telesni aktivnosti, dejavnih tveganja ipd. Izobrazbena struktura naj bi prispevala k nižji stopnji obolevnosti in smrtnosti višjih socio-ekonomskih slojev, pomembna pa je (oziroma naj bi bila) tudi pri pridobivanju materialnih dobrin (Selič, 2007).
- *Kulturni viri* so viri konteksta in referenčnih skupin, kamor se uvršča ali bi se želel uvrstiti posameznik. Kultura s svojimi tradicijami, običaji in rituali predstavlja okvir in daje ljudem občutek skladnosti, povezanosti in zavest o smiselnosti življenja, kar vse pozitivno vpliva na obvladovanje vsakdanjih napetosti in obremenitev (Sheridan, Radmacher, 1992). Doživljanje stabilnosti in varnosti sveta se krepi s številnimi (predvidljivimi) rituali, kot so poroke, krsti, mature, pogrebi ipd.

Model ohranjanja virov pojasni izgorelost kot posledico ogroženosti osebe zaradi prevelikih delovnih zahtev, izgube z delom povezanih virov (npr. izguba zaposlitve) ali nezadostnega povračila virov ob vložnem trudu (npr. neplačane nadure). Prvotna grožnja je stresor, dolgotrajna ogroženost človekovih virov pa vodi v izgorelost (Hobfoll, 1998).

Model delovnih zahtev in virov je modifikacija in nadgradnja starejšega modela virov (Demerouti et al, 2001). Vključuje delovne zahteve na eni in vire na drugi strani. Delovne zahteve so komponente dela, ki terjajo trud, medtem ko delovni viri osebi pomagajo pri doseganju ciljev, zmanjšujejo učinek delovnih zahtev in lahko vodijo k osebni rasti. Po tem modelu so zahteve in viri neodvisni v odnosu do izgorevanja. Zahteve naj bi vplivale predvsem na razvoj čustvene izčrpanosti, neustrezni ali pomanjkljivi viri pa na razosebljenost. Študije neodvisnosti virov in zahtev niso potrdile (Bakker, Demerouti, Verbeke, 2004; Schaufeli, Bakker, 2004).

Mediacijski model izgorelosti je najsodobnejši koncept razlage nastanka izgorelosti, po katerem ima notranje izkustvo stresa posredniško vlogo med vplivi zunanjih zahtev (stresorjev) in z delom povezanimi izidi, kot so npr. okvare (Leiter, Maslach, 2005). Mediacijski model opredeljuje izgorelost kot intervenirajočo spremenljivko in ne kot izid kronificiranega stresa pri delu. Izgorelost se je pokazala kot posrednik med stresom na delovnem mestu in telesno boleznijo (Rothmann, Essenکو, 2007). Mediacijski model ima večjo pojasnjevalno vrednost kot model virov oziroma model zahtev in virov, saj opredeljuje izgorelost kot eno začetnih posledic stresa pri delu, iz katere potem lahko sledijo nadaljnji neugodni izidi.

3.2. DEJAVNIKI TVEGANJA ZA IZGORELOST

Dejavniki tveganja za izgorelost se vežejo na organizacijo in delovne procese, značilnosti posameznika in odnos med obema.

- Dejavniki tveganja pri posamezniku

Demografske značilnosti: moški naj bi bili bolj nagnjeni k depersonalizaciji, ženske pa k čustveni izčrpanosti (Bilge, 2006; Garrosa et al, 2008; Purvanova, Muros, 2010); mlajši, samski in brez otrok naj bi bili bolj ranljivi (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001), čeprav odnos med izgorelostjo, starostjo in stanom ni doživel doslednih potrditev (Yildirim, 2008).

Strategije spoprijemanja s stresom: strategije, usmerjene k problemu, so povezane z manjšo, strategije, usmerjene k emocijam, pa z večjo izgorelostjo (Schaufeli, Enzmann, 1998; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001; Boyd, Lewin, Sager, 2009).

- Dejavniki, vezani na odnos med osebo in organizacijo

Konstrukt profesionalne vloge: stres, povezan s profesionalno vlogo, konfliktnost vlog oziroma nezdržljivost pričakovani zaposlenega s pričakovanji nadrejenih, podrejenih, sodelavcev ali strank (Schwab, Iwanicki, 1982), nejasnost profesionalne vloge, povezana s potrebo po varnosti in predvidljivosti lastnih ciljev in njihovega doseganja (Schwab, Iwanicki, 1982) ter konflikt med delom in družino (Schwab, Iwanicki, 1982).

- Dejavniki tveganja, povezani z delom

Značilnosti dela: pomanjkanje nadzora in avtonomije (Leiter, Maslach, 1999; Maslach, Leiter, 2008), preobremenjenost (Cordes, Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001; Leiter, Harvie, 1998), neposredni, pogosti in intenzivni stiki z ljudmi v čustveno nasičenih okoliščinah, v poklicih v zdravstveni negi, socialnem varstvu in šolstvu (Maslach, 1982), izmensko delo (Henkens, 2010) in težko fizično delo (Henkens, 2010).

Značilnosti organizacije: neustrezni stili vodenja, nepravičen in nespoštljiv odnos do zaposlenih (Maslach, Leiter, 2008; Howard, Cordes, 2010), nepovezanost ljudi znotraj organizacije (Selič, 1999), pomanjkanje socialne podpore (Selič, 1999), neskladnost med pričakovanim in dejanskim plačilom oziroma priznanjem (denarnim, družbenim in/ali notranjim) (Maslach, Leiter, 2008) ter pomanjkanje izzivov in možnosti napredovanja (Henkens, 2010)

4 POSLEDICE IZGORELOSTI

Izgorelost pogosto spremljajo depresija, izguba pripravljenosti za medosebno sodelovanje, pomanjkanje empatije, ravnodušnost, negativna naravnost, čustvene težave in izčrpanost. Izgorelost in depresija sta si na videz podobni, skupni so jim utrujenost, izogibanje socialnim stikom, umik in občutki neuspešnosti. Pomanjkanje čustvene energije, značilno za čustveno izčrpanost, je podobno občutkom žalosti in izčrpanosti pri depresiji, medtem ko spominja depersonalizacija na socialni umik pri depresiji. Občutki neučinkovitosti in/ali naučene nemoči pri depresiji se ujemajo z odsotnostjo osebne izpolnitve pri izgorelosti. Sindroma nista identična, kar so ugotovili. Izgorelost je izvorno socialni konstrukt, povezan z delovnim okoljem, sindrom depresije se povezuje tudi s tesnobo in odvisnostjo od alkohola (Ahola, 2007).

Raziskave o povezanosti sindroma izgorelosti in telesnih bolezni so sicer maloštevilne, vse pa kažejo na močno povezanost med izgorelostjo in zdravjem. Izgorelost je povezana z višjimi stopnjami obolevnosti v splošnem, sam proces izgorevanja pa spremljajo tudi telesni simptomi, kot so motnje spanja in apetita, zmanjšana odpornost in psihosomatske težave. Izgoreli posamezniki značilno pogosteje obolevajo za boleznimi srca in krvožilja, mišično-kostnimi obolenji, različnimi infekcijami in diabetesom tipa 2 (Melamed et al, 2006; Ahola, 2007; Mohren et al, 2003; Melamed, Shirom, Froom, 2003).

5 ZAKLJUČEK

Nekateri ljudje ohranijo psihično in fizično zdravje tudi v izjemno stresnih situacijah. Disfunkcije pri drugih niso neposredno posledica stresa, ampak neuspeha pri spoprijemanju s stresom, saj se učinki stresorjev prelomijo skozi strategije spoprijemanja. Usmerjenost na problem navadno povzroči izboljšanje stanja po neugodnem dogodku, izogibalne strategije in zanikanje pa ga poslabšajo.

Stil spoprijemanja s stresom sooblikujejo sociodemografski vplivi, osebne dispozicije, stresni dogodki in socialna podpora. Stres vzpodbudi aktivno in/ali izogibalno delovanje, socialna podpora, demografske značilnosti in osebni dejavniki pa določajo, kateri odzivi bodo izbrani. Sindrom izgorelosti je posrednik med stresom pri delu ter pojavom in napredovanjem depresije ter slabšim telesnim zdravjem.

Odnos med osebnostjo, izgorelostjo in zdravjem še ni do konca raziskan. Osebnostne značilnosti najverjetneje prek mediacijskega delovanja izgorelosti vplivajo na koncept telesnega počutja

in oceno lastnega zdravja. Izgorelost učinkuje na biološko, psihično in medosebno raven človekovega delovanja: čustvena izčrpanost lahko privede do okvar telesnega zdravja, depersonalizacija zadira v polje medosebnih odnosov, odsotnost osebne izpolnitve pa poslabša človekovo samopodobo in samospoštovanje. Razumevanje teh odnosov je nujno za načrtovanje ukrepov za zmanjšanje izgorelosti.

LITERATURA

- Ahola K. Occupational burnout and health. Helsinki: University of Helsinki; 2007
- Bakker AB, Demerouti E, Verbeke W. Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Hum Resour Manage.* 2004;43:83–104.
- Barnett RC, Brennan RT, Gareis KC. A closer look at the measurement of burnout. *J Appl Biobehav Res.* 1999;4(2):65-78.
- Bilge F. Examining the burnout of academics in relation to job satisfaction and other factors. *J Soc Behav Pers.* 2006;34:1151-60.
- Boyd NG, Lewin JE, Sager JK. A model of stress and coping and their influence on individual and organizational outcomes. *J Vocat Behav.* 2009;75(2):197-211.
- Brenninkmeyer V, Van Yperen NW, Buunk BP. Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Pers Individ Dif.* 2001;30(5):873-80.
- Brown JD, McGill KL. The cost of fortune: When positive life events produce negative health consequences. *J Pers Soc Psychol.* 1989;57:1103-1110.
- Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev.* 1993;18(4):621-56.
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol.* 2001;86:499–512.
- Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol.* 1984;46:839–52.
- Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Liang Y, González JL. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(3):418-27.
- Henkens KL. Burnout and older workers' intentions to retire. *Int J Manpow.* 2010;31:306-21.
- Hobfoll SE, Freedy J. Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, eds. *Professional burnout: Recent developments in theory and research.* Washington, DC: Taylor & Francis; 1993.
- Hobfoll SE. *Stress, culture, and community.* New York: Plenum; 1998.
- Hogan J. Personality correlates and physical fitness. *J Pers Soc Psychol.* 1989;56:284-288.
- Howard L, Cordes C. Flight from Unfairness: Effects of Perceived Injustice on Emotional Exhaustion and Employee Withdrawal. *J Bus Psychol.* 2010;25(3):409-28.
- Jex SM, Bliese PD, Buzzell S, Primeau J. The impact of self-efficacy on stressor-strain relations: Coping style as an explanatory mechanism. *J Appl Psychol.* 2001;86(3):401-9.
- Keel P. Psychological stress caused by work: burnout syndrome. *Soz Praventivmed.* 1993;38(2):131–2.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping.* New York: Springer; 1984.
- Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosom Med.* 1993;55(3):234-47.
- Leiter MP, Durup J. The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety Stress Coping.* 1994;7(4):357-73.
- Leiter MP, Harvie P. Conditions for staff acceptance of organizational change: Burnout as a mediating construct. *Anxiety Stress Coping.* 1998;11(1):1-25.
- Leiter MP, Maslach C. Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. *J Health Hum Serv Adm.* 1999;21:427–89.
- Leiter MP, Maslach C. A mediation model of job burnout. In: Antoniou AG, Cooper CL, eds. *Research companion to organizational health psychology.* Northampton: Edward Elgar Publishing; 2005. p. 544-64.
- Maslach C, Pines A. The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Q.* 1977;6(2):100-13.
- Maslach C. *Burnout: The cost of caring.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1982.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
- Maslach C, Leiter MP. Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *J Appl Psychol.* 2008;93(3):498-512.
- Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and Risk of Cardiovascular Disease: Evidence, Possible Causal Paths, and Promising Research Directions. *Psychol Bull.* 2006;132(3):327-53.

Mohren DCL, Swaen GMH, Kant I, van Amelsvoort LGPM, Borm PJA, Galama JMD. Common infections and the role of burnout in a Dutch working population. *J Psychosom Res.* 2003;55(3):201-8.

Melamed S, Shirom, A., Froom, P. Burnout and risk of type 2 diabetes mellitus (DM) in Israeli workers Work, Stress & Health Conference; Toronto, Ontario 2003.

Neveu JP. Jailed resources: conservation of resources theory as applied to burnout among prison guards. *J Organ Behav.* 2007;28(1):21-42.

Pines AM, Keinan G. Stress and burnout: The significant difference. *Pers Individ Dif.* 2005;39(3):625-35.

Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: A meta-analysis. *J Vocat Behav.* 2010;77(2):168-85.

Rothmann S, Essenko N. Job characteristics, optimism, burnout, and ill health of support staff in a higher education institution in South Africa. *S Afr J Psychol.* 2007;37(1):135-52.

Sarafino EP. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions.* New York-Chichester-Brisbane-Toronto-Singapore: John Wiley & Sons; 1990.

Schaufeli WB, Enzmann D. *The burnout companion to study and practice: A critical analysis.* London: Taylor and Francis; 1998.

Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health.* 2001;16(5):501-10.

Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *J Organ Behav.* 2004; 25:293-315.

Schwab RL, Iwanicki EF. Who are our burned out teachers? *Educ Res.* 1982;7(2):5-16.

Selič P. Psihologija bolezn našega časa. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče; 1999.

Selič P. Stres – sodobne biopsihosocialne perspektive. In: Turk H, Stepanović A, eds. *Zbornik predavanj, (Družinska medicina, Suppl.* 2007;5,3). Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2007;77-94.

Sheridan CL, Radmacher SA. *Health psychology. Challenging the biomedical model.* New York: John Wiley & Sons; 1992.

Steinmetz H, Schmidt P. Subjective health and its relationship with working time variables and job stressors: Sequence or general factor model? *Work Stress.* 2010;24(2): 159 – 78.

Williams PG, Wiebe DJ, Smith TW. Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health. *Int J Behav Med.* 1992;15(3): 237-55.

Yildirim I. Relationships between burnout, sources of social support and sociodemographic variables. *Soc Behav Pers.* 2008;36(5): 603-16.

Patronažna medicinska sestra v skrbi za zdravo zobovje

THE ROLE OF COMMUNITY NURSES IN CARING FOR HEALTHY TEETH

Danica Sirk

viš. med. ses., univ. dipl. org., IBCLC
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, OE Patronažno varstvo
e-mail.: danica.sirk@zd-mb.si

IZVLEČEK

Ustno zdravje je integralni del splošnega zdravja otroka. Bolezni ustne votline – v obdobju dojenčka in malega otroka predvsem karies – predstavljajo pomemben javnozdravstveni problem. Vsi strokovnjaki, ki prihajajo v stik z bodočimi starši, starši in otroki, si morajo prizadevati in delovati zdravstveno vzgojno za čim boljše ustno zdravje.

Patronažne medicinske sestre so tiste, ki vsakodnevno prihajajo k bodočim staršem, novorojenčkom, dojenčkom in malim otrokom in imajo pomembno vlogo pri ohranjanju in izboljševanju ustnega zdravja.

Ključne besede: ustno zdravje, ustna higiena, dojenje, prehrana, otroci

ABSTRACT

Oral health is an important component of a child's general health and well-being. Oral diseases, especially early childhood caries, present an important public health problem. Along with other health care providers, community nurses have an important role in prevention, maintenance and promotion of oral health. They can educate people about dental health issues, improve oral health and safety, and increase access to care.

Key words: oral health, oral hygiene, breast-feeding, nutrition, children

1 UVOD

Družina je najpomembnejša celica naše družbe. Tega dejstva se vse bolj zavedamo in njen pomen spet pridobiva veljavo. Otroku daje osnovo za razvoj njegovih vrednot, stališč, navad, vedenja. Otrok opazuje starše in jih posnema. Posnema njihove dobre in slabe navade. Ko želimo otroku privzgojiti skrb za ustno zdravje, je družina okolje, kjer jo je moč najlažje in najučinkoviteje izpeljati. Vzgoja in skrb za ustno zdravje v družini ne potekata po vzorcih in programih, ampak sta vpeti v vsakdanje aktivnosti. Vendar v današnjem prehitrem načinu življenja mnogo pomembnih stvari spregledamo. Žal je to pogosto ravno skrb za zdrav način življenja. Starši so otroku največji vzor, otrok pa ogledalo staršev.

Patronažna medicinska sestra (PMS) prihaja v družino, spremlja prizadevanja staršev, jih opozarja na nepravilnosti, svetuje, usmerja na pravo pot v skrbi za ustno higieno.

2 VLOGA PMS V SKRBI ZA ZDRAVO ZOBOVJE

PMS se na podlagi Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) vključuje že v zadnjem tromesečju nosečnosti, nato pri otročnici in novorojenčku in kasneje v obdobju dojenčka in malega otroka.

2.1 ZDRAVSTVENA VZGOJA NOSEČNICE

PMS se vključuje v obravnavo nosečnice v zadnjem tromesečju nosečnosti. Nosečnica ima na podlagi Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni pravico do enega obiska PMS (1998).

Obdobje nosečnosti je čas, ko je žena zelo dovzetna za nasvete, zbira informacije in se izobražuje. Pomembno je, da ga izkoristimo za zdravstveno vzgojo. Zato ob patronažnem obisku poleg splošnih in specifičnih nalog svetujemo o skrbi za ustno higieno nosečnice in še nerojenega otroka.

V času nosečnosti je potrebno zobem posvetiti posebno nego in skrb. S tem ko nosečnica dobro skrbi za ustno higieno, zagotavlja tudi kasnejše ugodno mikrokoolje v otrokovih ustih. Vse več je dokazov, da se bakterije prenašajo iz ust staršev na otroka (Šorl, 2011). Dlesni so zaradi močnejše prekrvavitve in tudi zaradi delovanja hormonov občutljivejše, bolj napete, otečene in rade hitro zakrvavijo. Hkrati pa je to čas, ko se otroku že od zgodnjih tednov nosečnosti razvijajo zobje. Sam razvoj otrokovih zob se prične že v 6. tednu nosečnosti – brsti za mlečne zobe se pojavijo med sedmim in desetim tednom – in se nadaljuje ves čas nosečnosti. Pomembno za razvoj otrokovih zob je, da se zametki dobro oblikujejo in da se kalcij in fosfor vgrajujeta v zobne zemetke neprekinjeno in v zadostni količini. Zato je priporočljivo uživati čim več zdrave hrane, ki seveda koristi obema – mamici in otroku. Otroku omogoča pravilen razvoj, dobro zakostevanje zobnih zmetkov in s tem odpornost zobovja že na začetku njegovega razvoja.

Vloga PMS je v motivaciji žene za dojenje in seznanitvi s prednostmi dojenja.

Dojenje je v začetku življenja najbolj naraven način hranjenja otroka. Materino mleko je idealna hrana zanj, saj vsebuje vse pomembne prehranske sestavine za njegovo življenje. Svetovna zdravstvena organizacija priporoča izključno dojenje do zaključenega 6. meseca starosti in nato ob ustreznih dopolnilnih prehrani do dveh let starosti ter po želji matere ali otroka še dlje (WHO, 1998).

Prednosti izključnega dojenja (Sedmak et al., 2010)

Za otroke:

- Materino mleko vsebuje številne obrambne snovi, zaradi katerih dojeni otroci manj obolevajo za okužbami (infekcijami).
- Materino mleko je za otroka lahko prebavljiva hrana, zato se pri dojenih otrocih redkeje pojavljajo alergijska obolenja.
- Dojenje je pomembno za otrokov duševni in intelektualni razvoj, še posebej ugodno pa vpliva sestava materinega mleka na otrokovo rast možganov in ostrino vida.
- Materino mleko vsebuje mlečni sladkor ali laktozo, ki je najmanj kariogen med enostavnimi sladkorji, in druge sestavine, kot so minerali in beljakovine, ki delujejo zaščitno.
- Pri dojenih otrocih se manj pogosto pojavljajo sladkorna bolezen, ortodontske anomalije, debelost, povišan holesterol, kronično vnetne črevesne bolezni, nekatere oblike raka ...

Za matere:

- Po porodu si hitreje opomorejo, manj pogosto se pojavljajo poporodne depresije.
- Imajo hitrejšo krčenje maternice po porodu in se jim podaljša obdobje neplodnosti.
- Zmanjša se jim možnost raka na dojkah in jajčnikih.
- Lažje hranijo otroka ponoči in na potovanju, ostane jim več časa za družino.
- Hrano imajo vedno pri roki, primerno toplo, sterilno in skoraj zastoj.
- Hitreje izgubijo odvečne kilograme.

Za družbo:

- Ekološko je tak način hranjenja sprejemljivejši.
- Bolj zdravi otroci potrebujejo manj denarja za zdravstveno oskrbo.

2.2 ZDRAVSTVENA VZGOJA NOVOROJENČKA

PMS obišče otročnico in novorojenčka v času štiriindvajset ur po odpustu iz porodnišnice, tudi ob nedeljah in praznikih, ter s tem zagotovi neprekinjeno zdravstveno nego.

Po Navodilu za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni lahko PMS opravi šest obiskov pri novorojenčku oziroma dojenčku do prvega leta starosti ter dva obiska pri otročnici (1998).

V poporodnem obdobju poleg splošnih in specifičnih nalog PMS staršem svetuje za zobe koristne prehrabene in higienske navade. Posebno pozornost namenimo svetovanju v zvezi s prehrano novorojenčka.

Ponovno predstavimo prednosti dojenja.

- Materino mleko oz. izključno dojenje predstavimo kot najprimernejšo prehrano za novorojenčka.
- Sestava materinega mleka – materino mleko vsebuje minerale (kalcij, fosfor) in zaščitne snovi (prিতেles IgA, IgG in laktoferin), ki zavirajo rast bakterij in delujejo kot zaščita pred kariesom, vsebuje tudi laktozo oz. mlečni sladkor. Laktoza spada med najmanj kariogene enostavne sladkorje.
- Dojenje predstavlja za otroka bistveno večji in drugačen napor kot hranjenje po steklenički in s tem prispeva k pravilni rasti in razvoju ustno-obraznega predela. Med dojenjem otrok s pomočjo gibanja spodnje čeljusti, ustnic in jezika mleko molze oz. iztiska. Otrokova usta morajo biti dovolj široko odprta, da ustnice zaobjamejo bradavico in njen kolobar, jezik pa s peristaltičnim gibanjem potiska bradavico proti nebu in izsesava mleko.
- Mišična aktivnost pri dojenju se pomembno razlikuje od mišične aktivnosti pri sesanju cuclja na steklenički. Hranjenje po steklenički je sesanje, kjer jezik kot bat pritiska cucelj proti nebu. Raziskave potrjujejo, da imajo otroci, ki niso bili dolgo dojeni in so bili hranjeni po steklenički, bistveno večjo verjetnost za nepravilno požiranje, dihanje skozi usta, nepravilno razvite čeljustne mišice, nepravilno čeljustno gibanje, nepravilen ugriz, nepravilnosti položaja zob (Kosem, 2005a).
- Fizično pomagamo pri dojenju (položaj matere in otroka, pravilno pristavljanje).
- Odsvetujemo dodajanje kakršnekoli tekočine.
- Posebej odsvetujemo dodajanje sladkega čaja.
- Mater seznanimo z morebitno sesalno zmedo, zato odsvetujemo uporabo dude in stekleničke vsaj prvih šest tednov.

Če mati ne želi dojiti, njeno odločitev spoštujemo in svetujemo prehrano novorojenčka z nadomestnim mlekom. Prav tako tistim mamam, ki iz kakršnegakoli razloga ne more dojiti ali ne morejo izključno dojiti, svetujemo nadomestno mleko ali mlečno formulo. Pri novorojenčku, ki je hranjen z nadomestnim mlekom, svetujemo dodatno tekočino – vodo ali nesladkan čaj.

PMS svetujemo v zvezi s sesalnimi navadami – razvadami (duda, palec), ki nimajo samo neposrednega slabega vpliva, ampak se manifestirajo tudi kasneje v stalnem zobovju in pri razvoju govora.

2.3 ZDRAVSTVENA VZGOJA DOJENČKA

PMS opravi po Navodilu za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni patronažni obisk pri dojenčku v starosti 4-5 mes., 7-8 mes., 10-11 mes. (1998). Poleg splošnih in specifičnih nalog PMS staršem svetuje za zobe koristne prehrabene in higienske navade, in sicer (Kosem, 2005a; Kosem, 2005b):

- Dojenje kot edini način prehranjevanja dojenčka do 6. meseca in naprej, če tako želita mati in otrok, ob ustreznih dopolnilnih prehrani.
- Uvajanje goste mešane in uravnovežene prehrane po žlički, brez dodanega sladkorja.
- Starši naj ne žvečijo otroku prvih koščkov hrane.
- Starši in otroci si naj ne delijo istega jedilnega pribora.

- Uvajanje svežega pretlačenega sadja in zelenjave kot glavnega dodatka ob dojenju.
- Izogibanje hranjenju in pitju sladkih pijač po steklenički, še posebej ponoči (sladki sokovi, vključno z naravnimi sadnimi sokovi).
- Uživanje hrane in pijač, ki vsebujejo proste sladkorje (vključno z naravnimi sadnimi sokovi), omejimo na obroke (v času med posameznimi obroki naj otrok ne uživa sladke hrane ali pijače).
- Sadni sok naj se uporablja kot hranilo – obrok.
- Zmanjšanje pogostosti in količine sladke hrane in pijače, otroka ne navadimo na sladko hrano in pijače.
- Od starosti 6 mesecev naprej navajanje na pitje iz lončka ali skodelice.
- Pitje vode za žejo po žlički ali lončku.
- Uporaba pripravkov na podlagi soje samo v primeru, ko je to medicinsko utemeljeno, saj je potencialno kariogena.
- Skrben pričetek ščetkanja že ob izraščanju prvega zobka. Zobe začnemo čistiti otroku takoj, ko izrastejo. Čiščenje zobkov lahko izkoristimo tudi za blago masažo dlesni, saj masaža pospeši krvni obtok, ki je zelo pomemben za zdrave in čvrste dlesni ter kasneje tudi za zdrave stalne zobe.
- Redno izvajanje ustne higijene. Skrb in odgovornost za ustno higieno dojenčkov in malih otrok je v domeni staršev. Ščetkanje zob je potrebno izvajati zjutraj in zvečer; idealno bi bilo po vsakem obroku. Seveda je treba otroku dovoliti, da poskusi tudi sam, vendar umivanje zob naj vedno zaključijo starši. Umivanje zob mora postati prijetno opravilo, nekaj, kar sodi k osebni higieni.
- Uporabo otrokovi starosti primerne zobne ščetke, ki naj bo majhna, primerna otrokovi starosti in velikosti njegovih ust, ščetka naj ima mehke in zaobljene ščetine, ki ne dražijo dlesni.
- Uporabo otrokovi starosti primerne količine zobne paste. Evropske smernice za uporabo flouridov EAPD pri otrocih priporočajo dvakrat dnevno uporabo zobne paste s 500 ppm fluoridov od šestega meseca do drugega leta starosti otroka, in sicer količino, ki je primerljiva z velikostjo graha (2009).
- Uporaba zobne paste pri otrocih mora biti skrbno nadzorovana, starše pa je potrebno o pravilni uporabi ustrezno poučiti. Kot najboljša tehnika nanašanja pravilne količine zobne paste se je izkazala transverzalna tehnika, kjer se zobna pasta nanaša prečno na zobno ščetko. Priporočila o nanašanju zobne paste v velikosti grahovega zrna ali otroškega nohta je manj natančna (Burnik et al., 2010). Za antikariozni učinek zobne paste je pomemben tudi način izplakovanja po ščetkanju. Raziskave so pokazale, da uporaba večjih količin vode za izplakovanje negativno vpliva na antikariozni učinek zobne paste (Elwood et al., 2008). Smernice za uporabo flouridov – EAPD pri otrocih priporočajo spodbujati otroka, da izpljune višek zobne paste po koncu ščetkanja; izogibati se izplakovanju z vodo (2009).
- Redne preventivne preglede pri zobozdravniku.
- Starše poučimo, da imajo pravico obiskati zobozdravnika zaradi preventive že med šestim in dvanajstim mesecem starosti. Ne nazadnje je tudi odnos otroka do zobozdravnika v nadaljnjem življenju močno odvisen od pridobljenih izkušenj. Te pa so prav gotovo prijetnejše, če je otrok zobozdravnika obiskoval zaradi preventive, kot če je moral k njemu zaradi npr. močno karioznih zob.

2.4 ZDRAVSTVENA VZGOJA MALEGA OTROKA

PMS opravi patronažni obisk pri malem otroku v starosti 1-2 let in 2-3 let. Poleg splošnih in specifičnih nalog posebno pozornost nameni zdravju zob in ustne votline.

Ponovimo in obnovimo za zobe koristne navade, ki smo jih svetovali že v obdobju dojenčka.

Če je mali otrok še dojen, svetujemo v zvezi z nočnim dojenjem in odstavljanjem, če mati tako želi.

Posebno pozornost namenimo primerni prehrani, uživanju sladkarij in redni negi zob.

Svetujemo uživanje zdrave raznovrstne hrane primerne konzistence. Sadje in zelenjava vsebujeja poleg pomembnih sestavin še vlaknine. Zaradi čvrstosti je potrebno učinkovito žvečenje, kar ima za posledico večje izločanje slin, ki je bazična in je neugodna za razvoj bakterij ter deluje zaščitno pred kariesom. Sokove, naravne sokove in umetno slajene pijače naj zamenja najprimernejša pijača – voda.

Svetujemo v zvezi z omejitvijo količine in predvsem pogostosti uživanja sladkorjev. Uživanje sladkorjev je priporočljivo ob glavnem obroku. Bonboni, lizanje lizik, pogosti sladki prigrizki, pitje sladkih pijač so dejstva, ki pripomorejo k nastanku kariesa. Izmed sladkarij je zobem najbolj prijazna čokolada z visoko vsebnostjo kakava. Sladkarije naj ne bodo način nagrajevanja. Vse bolj se uveljavlja priporočilo, ki je nastalo v skandinavskih državah, da naj se izbere sladek dan v tednu (Kosem, 2005b).

Otrok si lahko sam začne umivati zobe šele po petem letu starosti ali celo kasneje, vendar naj umivanje zob vedno zaključijo starši.

3 SPECIFIČNE NEGOVALNE DIAGNOZE

- Rast zobovja (stanje, v katerem sta rast in razvoj zobovja in čeljusti primerna otrokovi starosti).
- Spremenjena rast zobovja (stanje, v katerem otrok odstopa v rasti in razvoju zobovja ter čeljusti od svoje starostne skupine).
- Okvarjeno zobovje (stanje, ko ima otrok vidne okvare na zobeh in obzobnih tkivih).

4 NASPROTUJOČA SI DEJSTVA – MNENJA O VPLIVU DOJENJA NA RAZVOJ KARIESA

Znanstvene primerjave vplivov prilagojenega mleka in človeškega mleka so prinesle naslednje ugotovitve:

- Človeško mleko ne znižuje vrednosti PH v ustih, večina znamk prilagojenega mleka ga močno zniža.
- Bakterija, ki največ prispeva h kariesu (S. Mutants), najlepše uspeva v nizkem PH.
- Prilagojeno mleko vsebuje dodane sladkorje, ki močno raztapljajo zobno sklenino, medtem ko človeško mleko prav nasprotno odlaga v zobe dodaten kalcij in fosfor, ki močno prispevata k postopku remineralizacije.
- Po mnenju antropologov je povezovanje med nastankom zobne gnilobe in škodljivim delovanjem materinega mleka neutemeljeno (evolucijsko samouničenje).
- Materino mleko vsebuje zaščitne imunomehanizme IgA in IgM, ki upočasnijo rast bakterije, hkrati vsebuje tudi laktoferin, ki deluje zaščitno.
- Mlečni sladkor – laktoza je najmanj kariogen sladkor.
- Dojenje štiti pred zgodnjo kontaminacijo s streptokokom Mutants, ki je glavni povzročitelj zobne gnilobe (Kosem, 2005a).

Kako do zdravih zob ob dojenju?

- Nočno hranjenje naj poteka v posameznih ločenih obrokih.
- Otrok naj se ne doji nepretrgoma celo noč.
- Skrbna ustna higiena in natančno ter redno umivanje zob.
- Brez dodajanja drugih virov ogljikovih hidratov.

5 ZAKLJUČEK

Družina kot najpomembnejša celica naše družbe daje otroku osnovo za razvoj njegovih stališč, vrednot, navad in vedenja ter ima glavno vlogo tudi pri oblikovanju skrbi za ustno zdravje. Otrok

opazuje starše in jih posnema; posnema dobre in slabe navade. Navade, ki jih otrok pridobi v zgodnjem obdobju svojega življenja, se pogosto ohranijo in pomembno vplivajo na njegove navade v odrasli dobi.

Patronažne medicinske sestre vsakodnevno stopamo v družine. Zobozdravstvena vzgoja je sestavni del vsakega preventivnega patronažnega obiska. Svetujemo, izobražujemo in motiviramo posameznika in družino ter s tem delno, a pomembno pripomoremo k zdravju zob in ustne votline.

LITERATURA

- Burnik Š, Košorok M, Tomažević T, Kosem R. Vpliv različnih dejavnikov na količino zobne paste, ki jo name-ravajo uporabljati bodoči starši za ustno nego majhnega otroka. In: Kosem R. Zbornik predavanj 9. slovenski pedontološki dnevi, Ljubljana, 24.-25. september 2010. Ljubljana: Sekcija pedontologov Slovenskega pedonto-loškega zdravniškega društva; 2010:28.
- Elwood R, Fejerskov O, Cury JA, Clarkson B. Clinical use of flouride. In: Fjerskov O, Kidd E.A.M., eds. Dental Caries: The disease and its clinical management. Copenhagen: Blackwell Munksgaard; 2008: 287-327. Guidelines on the use of flouride in children; an EAPD policy document. European Archives of Pediatric Den-tistry. 2009;10:129-35.
- Kosem R. Dojenje in zdravje ustne votline. Vita. 2005a; 49.
- Kosem R. Pomembna sta ustna higiena in zdrava prehrana. Vita. 2005b; 46.
- Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije št.19/1998.
- Sedmak M, Homan M, Breclj J, Orel R, Kržišnik C, Battelino T, Bratanič B, Avčin T, Vesel T, Fidler Mis N, Širca – Čampa A, Mičetič – Turk D, Bigec M, Plevnik – Vodušek V. Smernice za prehrano dojenčkov v Slove-niji. Univerzitetni klinični center Ljubljana; Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljana; 2010:1-12.
- Šorl M. Preventiva pred kariesom je potrebna že pred rojstvom. Medicina danes. 2011; september:16-17.
- WHO (World Health Organisation). Evidance for the ten steps to successful breastfeeding. World Health Organisation, Geneva;1998.

Celostna obravnava sladkornega pacienta v patronažnem varstvu

COMMUNITY NURSING OF DIABETES PATIENTS – HOLISTIC APPROACH

Mateja Bandur

dipl. m. s., spec.
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, OE Patronažno varstvo
mateja.bandur@gmail.com

IZVLEČEK

Sorazmerno z naraščanjem števila starejših ljudi v svetu narašča število sladkornih pacientov. V patronažnem varstvu so obravnavani v okviru preventivne in kurativne dejavnosti na vseh treh področjih dela. Zdravstveni problemi se pogosto prepletajo s socialnimi, zato patronažna medi-cinska sestra koordinira zdravstveno in socialno obravnavo. Cilj patronažne zdravstvene nege na preventivnih obiskih je z zdravstveno vzgojo, s primerno komunikacijo in z vključevanjem svojcev doseči čim večjo samostojnost sladkornih pacientov pri obvladovanju bolezni. Z vključevanjem različnih oblik pomoči na domu se jim omogoča čim daljše in čim bolj kakovostno bivanje v domačem okolju. Preventivna dejavnost je prisotna tudi na kurativnih obiskih. Najpogostejše negovalne intervencije so vezane na aplikacijo terapije, kontrolo krvnega sladkorja in poučevanje. Obravnava sladkornega pacienta mora biti celostna in vključuje tudi sodelovanje z drugimi zdra-vstvenimi sodelavci.

Ključne besede: patronažna zdravstvena nega, sladkorna bolezen, preventiva, kurativa, zdra-vstvena vzgoja

ABSTRACT

According to recent research, the number of diabetics has doubled world-wide in the last thirty years. About 70% of the increase is attributed to extended longevity of population.

In home care settings, the diabetes patients are provided preventive and curative health care in all three sectors of community health care. As management of this growing group may pose unique challenges also in terms of social care needs, community nurses can act as key coordina-tors in the provision of integrated health and social care. Preventive home visits of diabetes pa-tients by community nurses aim at better monitoring and managing the disease through health education, appropriate communication and the involvement of family members. Nurses inform the patients about home health care and other organizations by the support of which the patients might live more independent, non-institutionalized and quality lives.

Most common nursing interventions include diabetes drug application, blood sugar control and education. It is the nurses' responsibility to be pro-active also in the field of prevention Ho-listic care and the combined support of different health care practitioners can enhance diabetes management and health status of patients.

Key words: community nursing, diabetes, preventive care, curative care, health education

1. UVOD

V sodobnem svetu izredno narašča število starejših ljudi in hkrati tudi pojavnost kroničnih bo-lezni, med katerimi je zelo pogosta sladkorna bolezen. Po ocenah Svetovne zdravstvene organi-

zacije je v svetu približno 150 milijonov ljudi, ki imajo sladkorno bolezen oziroma diabetes. Po projekcijah te organizacije se bo številka do leta 2025 podvojila. Starostniki s sladkorno boleznijo imajo specifične potrebe na področju zdravstvenega varstva in socialne varnosti ter pri ohranjanju oziroma vzdrževanju ustrezne kakovosti življenja v domačem okolju.

2. CELOSTNA OBRAVNAVA

Sladkorni pacienti so v patronažnem varstvu obravnavani v okviru preventivne in kurativne dejavnosti na vseh treh področjih dela. V obravnavo so vključeni pacienti s sladkorno boleznijo tip 1, nosečnice z nosečnostno sladkorno boleznijo, pacienti z drugimi tipi sladkorne bolezni, predvsem in v največji meri pa pacienti s sladkorno boleznijo tip 2 – v večini starostniki.

Zelo pomembna je dobra povezava med patronažnim varstvom in drugimi zdravstvenimi in socialnimi institucijami, ki obravnavajo sladkornega pacienta, saj so poznavanje socialnega stanja, življenjskih pogojev, možne podpore svojcev, predvsem pa bolnikovega življenjskega sloga in značajskih posebnosti ključnega pomena pri vodenju sladkornega pacienta (Andrenšek, 2003).

2.1. PREVENTIVNI PATRONAŽNI OBISKI PRI SLADKORNEM PACIENTU – STAROSTNIKU

Zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti se kot preventivna dejavnost patronažnega varstva načrtuje na osnovi Navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ta pravila med drugim določajo dva obiska letno pri kroničnih bolnikih in dva obiska letno pri starostnikih nad 65 let, ki so osameli in socialno ogroženi (Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998).

Patronažna medicinska sestra lahko torej sladkornega pacienta – starostnika obišče dvakrat v letu.

Preventiva sladkorne bolezni zajema primarno preventivo – preprečevanje nastanka bolezni, sekundarno preventivo – zgodnje odkrivanje in takojšnje zdravljenje in tercialno preventivo – preprečevanje kroničnih zapletov sladkorne bolezni in rehabilitacija v smislu zmanjšanja invalidnosti.

Sladkorna bolezen zahteva velike spremembe življenjskega sloga in osebnih navad, vendar je nestvarno pričakovati, da bo pacient korenito spremenil svoje življenje, ne da bi v celoti razumel, zakaj je to potrebno. Cilj zdravstvene vzgoje je pomagati pacientu, da bo razumel svoje stanje, in mu omogočiti, da bo dosegel in vzdrževal dobro urejenost sladkorne bolezni. Vzgoja sladkornega bolnika vodi k boljše urejeni presnovi, manjšim potrebam po bolnišničnem zdravljenju, manjšemu številu akutnih in kroničnih zapletov in zadovoljivi kakovosti življenja v domačem okolju (Bohnec, 2005).

Z zdravstveno vzgojo skuša patronažna medicinska sestra vplivati na spremembo življenjskega sloga – na ukinitvev nezdravih navad. Paciente motivira za upoštevanje terapevtskih navodil in jih pouči o pravilnem in rednem jemanju zdravil, o pravilni prehrani in pomenu telesne aktivnosti, preveri, ali imajo zadostno znanje o obvladovanju bolezni in o samovodenju. Nudi jim dodatna pojasnila, jih poučuje in motivira. Seznanji jih s pravicami iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, z možnostjo vključitve v društvo diabetikov. Če je potrebno, se povezuje in posvetuje z osebnim zdravnikom, diabetologom, šolo za diabetike in drugimi zdravstvenimi sodelavci. Paciente poučuje o možnih zapletih sladkorne bolezni in o njihovem preprečevanju. Če je do zapletov že prišlo, jih pouči o lažšanju težav in o pripomočkih, do katerih so upravičeni. K poučevanju vedno pritegne tudi svojce, če živijo s pacientom, pa tudi sicer skuša z njimi vzpostaviti stik in povezavo.

Pri informiranju, učenju in vzgoji pacientov je izjemnega pomena, da so postopki standardizirani in dorečeni znotraj timov, kjer so sicer naloge in vsebinska področja natančno razdeljena, je pa pomembno, da vsi vedo drug za drugega, kaj pacientom svetujejo, kakšne informacije jim posredujejo in da se zdravstveni delavci medsebojno podpirajo. To je pomembno zaradi večjega zaupanja pacientov do celotnega tima (Hoyer, 2003).

Komunikacija s starostnikom zahteva posebno znanje, spretnost in senzibilnost patronažne medicinske sestre. Z dobro komunikacijo se izboljšuje bolnikova izobrazba in tako lažje obvladuje bolezen in ima manj komplikacij.

V starosti se pojavijo številne spremembe, ki lahko vplivajo na samozavest, samospoštovanje, zadovoljstvo in zmožnost komuniciranja. Pogosto se pojavi poslabšanje vida in sluha. Kognitivne spremembe so pri zdravem starostniku minimalne – ne zmanjša se mu inteligenca, potrebuje pa več časa, da se česa spomni. Poleg tega se bo starostnik miselno težje odzival, če je čas omejen in je pod pritiskom. Pri bolezenskih kognitivnih spremembah, ki so povezane z Alzheimerjevo boleznijo in demenco, pa prihaja do pozabljivosti, osebnih sprememb in poslabšanja inteligentnih funkcij. Tudi psihosocialne spremembe in spremembe okolja vplivajo na komunikacijo. S starostjo človek izgublja stike z ljudmi, opušta aktivnosti in delo, ki je bilo za njega zelo pomembno. Pomembna izguba za starostnika je tudi smrt svojca, prijatelja, partnerja. Veliko jih ostane samih, saj se otroci po navadi odselijo (Železnik, 2006).

Način komunikacije moramo prilagoditi tem spremembam.

Patronažna medicinska sestra je odgovorna za vzpostavitev medsebojnega partnerskega odnosa s pacientom, z empatičnim in intelektualnim odzivanjem na njegova prepričanja, potrebe in težave. To vzpodbuja spoštovanje, zaupanje in dostojanstvo ter pomaga pacientu povrniti samostojnost in integriteto misli, duha in telesa (Pajnkihar in Lahe, 2006).

V okviru preventivnih obiskov patronažna medicinska sestra tudi pomaga organizirati in koordinira pomoč in oskrbo na domu pri pacientih, ki zaradi bolezni ali starostne oslabelosti niso več samostojni. Povezuje se s svojci, sosedi, prijatelji, s Centrom za socialno delo, s Centrom za pomoč na domu, socialnimi servisi, dostavljavci hrane na dom in z nevladnimi organizacijami. Patronažna medicinska sestra koordinira zdravstveno-socialno obravnavo pacienta na domu (Bandur, 2010), kar prikazuje slika 1.



Slika 1: Shema celostne obravnave sladkornega pacienta – starostnika na domu (Bandur, 2010)

2.2. KURATIVNI PATRONAŽNI OBISKI PRI SLADKORNEM PACIENTU – STAROSTNIKU

Zdravstvena nega bolnika na domu je kurativna dejavnost in je ožje področje zdravstvene nege, ki je namenjeno bolnim, poškodovanim, prizadetim in onemoglim pacientom. Izvaja se na osnovi delovnega naloga osebnega ali pooblaščenega zdravnika. Frekvenca kurativnih obiskov in trajanje zdravstvene nege sta odvisni predvsem od zdravstvenega stanja pacienta.

Zdravstvena nega pacienta na domu je sicer kurativna dejavnost, ki pa preventive ne izključuje. Zlasti na prvem obisku mora patronažna medicinska sestra opraviti podrobno negovalno anamnezo pacienta in družine, da si lahko zastavi cilje zdravstvene nege in načrtuje in izvaja zdravstveno nego ter jo na koncu seveda tudi vrednoti in dokumentira. Ne osredotoči se torej le na tehnično izvedbo naročene negovalne intervencije, ampak pacienta obravnava celostno, v skladu z njegovim stanjem, zmožnostmi, pogoji in potrebami. Na vseh ponovnih obiskih opazuje morebitne spremembe in o odstopanjih oziroma poslabšanjih obvesti osebnega zdravnika.

Pomembna je kontinuiteta zdravstvene nege, zlasti pri bolnikih, ki se vrnejo domov po zaključenem bolnišničnem zdravljenju. **Kontinuirana zdravstvena nega** je neprekinjena zdravstvena nega pacienta ne glede na mesto obravnave. Pogoj za izvedbo je popolno komuniciranje vseh služb zdravstvene nege (Horvat, 2007).

Sladkorna bolezen tipa 2, ki je pogosta pri starostnikih, je velikokrat odkrita pozno, ko so že prisotni zapleti. Sladkorni boleznici so pogosto pridružene še druge, ki nastajajo sočasno ali pa posledično. Zato je spekter negovalnih intervencij, ki se opravljajo v patronažnem varstvu, pri sladkornih bolnikih zelo širok in zajema v bistvu vse negovalne intervencije.

Najpogostejše in specifične negovalne intervencije, ki se izvajajo v zdravstveni negi sladkornega pacienta – starostnika na domu, pa so: aplikacija insulina in poučevanje aplikacije insulina, kontrola krvnega sladkorja in poučevanje samokontrole krvnega sladkorja, nadzor nad jemanjem zdravil (per os), prevez kronične rane, prevez amputata, aplikacija in poučevanje aplikacije anti-koagulantne terapije in aplikacija protibolečinske terapije.

3. SKLEP

Patronažna medicinska sestra obravnava posameznika in družino v njihovem domačem okolju. Pogosto se zdravstveni problemi prepletajo s socialnimi. Pri obisku sladkornega pacienta posveča zelo veliko pozornost zdravstveni vzgoji, poučevanju, motivaciji. Cilj, ki ga vsi želimo doseči, je samostojnost bolnika pri obvladovanju bolezni. Vendar pa zaradi številnih bolezenskih, starostnih in socialnih dejavnikov velikokrat to ni možno. Pacienti ostajajo odvisni od tuje pomoči.

Zato mora patronažna medicinska sestra pri svojem delu sodelovati s številnimi drugimi institucijami in posamezniki.

Delovati mora kot član negovalnega tima, zdravstvenega tima, tudi multidisciplinarno. Pogosto ima vlogo koordinatorja različnih vrst pomoči s ciljem zagotoviti pacientom čim daljše in kakovostno bivanje v domačem okolju. Je torej pomemben člen v organizaciji celostne skrbi za starostnike s sladkorno boleznijo.

LITERATURA

- Andrenšek B. Vloga patronažne medicinske sestre pri vodenju bolnika s sladkorno boleznijo na domu. In: Kesnik J. Kronična bolečina, sladkorna bolezen, depresija in preventivni program: zbornik predavanj /III Fajdigovi dnevi, Kranjska Gora, 11.-12.10.2002. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2003: 28-31.
- Bandur M. Organizacija celostne skrbi za starostnike s sladkorno boleznijo. Specialistično delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.
- Bohnec M. Zdravstvena vzgoja v ambulanti za sladkorne bolnike. In: Dolenc P, eds. XIV. strokovni sestanek Sekcije za arterijsko hipertenzijo, Portorož, 24.-26. november 2005. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo; 2005: 95-107.
- Hoyer S. Učenje in vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi. Obzor Zdr N. 2003; 37: 267-72.
- Horvat M. Vloga patronažne službe v kontinuirani zdravstveni negi pacienta – ustreza in pravočasna informacija, podlaga za varno in kakovostno obravnavo. Zdravstveni dom Murska Sobota: 2007. Dosegljivo na: http://drustvo-mszt-pomurja.si/wp-content/uploads/2011/09/15032007_martina_horvat.pdf (24.03.2012).
- Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije št. 19/1998 str. 1276.
- Pajnkihar M, Lahe M. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. In: Filej B., Lahe M., Pajnkihar M, eds. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege. Zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006: 31-34.
- Železnik D. Pomen komunikacije in etike v zdravstveni negi. In: Filej B., Lahe M., Pajnkihar M, eds. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege. Zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006: 35-42.

Celostna obravnava pulmološkega pacienta v patronažnem varstvu

COMMUNITY NURSING OF PULMONARY PATIENTS – HOLISTIC APPROACH

Aleksandra Jančič

dipl. m .s., spec.
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, OE Patronažno varstvo

IZVLEČEK

Patronažna medicinska sestra obišče pulmološkega pacienta v skladu z Navodili za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni do dvakrat v letu ali na podlagi delovnega naloga zdravnika specialista ali izbranega osebnega zdravnika.

Patronažna medicinska sestra obravnava pulmološkega pacienta v njegovem družinskem okolju in izvaja splošne, specifične in individualne naloge, s katerimi pomembno vpliva na kakovost življenja pacienta in drugih, njemu pomembnih ljudi.

V prispevku so predstavljeni cilji patronažne zdravstvene nege pulmološkega pacienta, celostna obravnava pacienta s trajnim zdravljenjem s kisikom na domu (TZKD), pacienta s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB), pacienta s tuberkulozo in pacienta z astmo.

Ključne besede: celostna obravnava, pulmološki pacient, patronažna medicinska sestra, patronažna zdravstvena nega

ABSTRACT

In accordance with the Instructions for the implementation of preventive health protection at the primary level, community nurses visit pulmonary patients up to twice a year if not directed otherwise by a family or a specialist doctor. Community nurses attend to their patients in their home environment and perform general and specific interventions which significantly affect the patient's quality of life and the life of his/her significant others.

The paper presents the goals of community nursing of pulmonary patients, the holistic treatment of patients receiving long-term oxygen therapy (LTOT), the patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and the patients suffering from tuberculosis or asthma.

Key words: holistic treatment, pulmonary patient, community nurse, community nursing

1 UVOD

Patronažna medicinska sestra je družinska medicinska sestra, ki spremlja družinske člane od rojstva do smrti. Vstopa v družino, ki ima pomembno vlogo pri zagotavljanju kakovosti življenja oz. omogoča posamezniku, da lahko preživi in živi na poln in uspešen način (Šušteršič, 2008). Zaveda se, da je v tej družini gost, ki spoštuje vzorce vedenja in ravnanja družine.

Pljučna obolenja so zelo pogosta. Tudi danes so najpogostejši vzrok smrti pri otrocih in na tretjem mestu vzrokov smrti pri odraslih. Razlog za to je, da so dihalna stalno v stiku z zunanjim okoljem – zrakom – in številnimi snovmi v njem, ki so velikokrat škodljive. Po drugi strani pa so s krvjo, ki potuje prek pljuč, v stiku s celim telesom, zato se na dihalih odražajo številne bolezni drugih organov (Latkovič, 2012).

Patronažna medicinska sestra ima pomembno vlogo pri zgodnjem odkrivanju KOPB, zaznavanju dejavnikov tveganja za pojav depresivne motnje, preprečevanju napredovanja in poslabšanja

pljučnih bolezni ter zmanjšanju pogostosti hospitalizacij. Za doseg tega cilja mora pacienta in njegovo družino obravnavati celostno s pomočjo sprejetih standardov in delovnih navodil za pulmološkega pacienta.

V patronažnem varstvu Maribor imamo izdelane standarde in delovna navodila za obravnavo pacienta s TZKD, pacienta s KOPB, pacienta z astmo, pacienta s tuberkulozo, pacienta s cistično fibrozo in pacienta na neinvazivni mehanski ventilaciji.

2 CILJI PATRONAŽNE ZDRAVSTVENE NEGE PULMOLOŠKEGA PACIENTA

- fizično, duševno, duhovno in socialno zdravje ter dobro počutje v socialnem in ekološkem okolju,
- ohranjeno in izboljšano zdravje,
- zdrav način življenja,
- zdravo okolje in izboljšano okolje,
- povečan človekov potencial za samopomoč in sosedsko pomoč,
- zmanjšano zbolevanje,
- preprečene ali zmanjšane posledice bolezni in dejavnikov tveganja,
- prepoznane človekove fizične, duševne, duhovne, kulturne in socialne potrebe v času zdravja in bolezni, človekove nezmožnosti in umiranju (Šušteršič et al., 2006),
- pravilna in dosledna uporaba predpisane terapije,
- urejanje različnih vrst pomoči na domu,
- poučen pacient in njegova družina,
- aktivno sodelovanje družine (Jančič, 2009).

3 CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA S TZKD IN NJEGOVE DRUŽINE

TZKD izboljša kakovost in podaljša dolžino življenja pacientov s kronično pljučno boleznijo. Šuškovič (2003) navaja, da dajanje kisika v ustrezni koncentraciji 24 ur ali vsaj 17 ur dnevno bistveno vpliva na kakovost in dolžino preživetja pacientov.

Specifične naloge patronažnega obiska pri obravnavi pacienta s TZKD. Pacientu se predstavimo z identifikacijsko kartico, razkužimo si roke, pacientu izmerimo osnovne vitalne funkcije (pulz, dihanje, krvni pritisk), opazujemo način dihanja in prisotnost cianoze, povprašamo ga o prisotnosti vrtoglavice in glavobola, vprašamo ga o izgledu izmečka, opazujemo prisotnost edemov okončin, popišemo število ur delovanja koncentratorja, preverimo pravilno uporabo inhalatorjev, motiviramo ga za redno izvajanje dihalnih vaj, če je pacient kadilec, ga motiviramo za vključitev v brezplačne delavnice, poučimo ga o znakih poslabšanja bolezni ter o ukrepih, predstavimo mu ukrepe za preprečevanje poslabšanja bolezni, posredujemo mu pomembne telefonske številke, seznanimo ga s pravicami iz zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja, informiramo ga o različnih oblikah pomoči na domu (Center za pomoč na domu, dostava hrane na dom, prostovoljci), seznanimo ga z možnostjo zdraviliškega zdravljenja (Sežana in Strunjan), informiramo ga o različnih oblikah iskanja informacij o bolezni, zdravljenju, rehabilitaciji (brošure in zloženke, glasilo Zdrav dih za navdih, spletna stran društva pljučnih bolnikov – dpbs.si), po potrebi koordiniramo z osebnim izbranim zdravnikom, pljučnim dispanzerjem, Zavodom za zdravstveno zavarovanje, Centrom za socialno delo, bolnišnico itd. (Jančič et al., 2010a).

Opozorila:

- pacient s TZKD ima po pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (UL RS št.19/98) pravico do dveh preventivnih patronažnih obiskov letno,
- pacienta s TZKD opozorimo, da ob poslabšanju bolezni **ne sme sam povečati pretoka kisika**,
- pacienta opozorimo, da je **kisik zdravilo**, katerega mora uporabljati po navodilu zdravnika (najmanj 17 ur dnevno),

- pacienta ob uvedbi TZKD opozorimo na povečan strošek električne energije,
- pomičnega pacienta seznanimo z možnostjo uporabe tekočega kisika – Shuttle test (Jančič et al., 2010a).

4 CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA S KOPB IN NJEGOVE DRUŽINE

KOPB je bolezen, za katero je značilna le delno reverzibilna obstrukcija dihalnih poti (Petek, 2010).

Specifične naloge patronažnega obiska pri obravnavi pacienta s KOPB. Pacientu se predstavimo z identifikacijsko kartico, razkuzimo si roke, pacientu izmerimo osnovne vitalne funkcije (pulz, dihanje, krvni pritisk), povprašamo ga po simptomih popuščanja desnega srca (dispneja, napetost v trebuhu, zatekanje obeh goleni), simptomih hiperkapnije (glavobol, zaspanost prek dneva, tremor, znojenje, pordelost očesnih veznic) in znakih hipoksemije (upočasjenost, zmedenost, nemir, hitro bitje srca, povečan krvni pritisk); če je pacient kadilec, ga motiviramo za vključitev v brezplačne delavnice, svetujemo mu ustrezen higiensko dietetni režim (dopolnilna prehrana Pulmocare), poučimo ga o pomenu rednega ter pravilnega izkašljevanja ter o pripomočkih (flutter, hafing), seznanimo ga z znaki akutnega poslabšanja KOPB, nevsiljivo in diskretno preverimo pravilno uporabo pršilnikov in vdihovalnikov, opazujemo način dihanja; predstavimo in demonstriramo dihanje s trebušno predpono, posredujemo mu pomembne telefonske številke, seznanimo ga s pravicami iz zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja, pacienta s KOPB intimno povprašamo o nehotenem uhajanju urina med kašljanjem ter o ukrepih, svetujemo o negi ustne votline (izpiranje ust), skupaj s pacientom izpolnimo vprašalnik CAT o vplivu KOPB na počutje in vsakdanje življenje, pacienta motiviramo za redno izvajanje dihalnih vaj, poudarimo pomen redne in pacientu ustrezne telesne vadbe, poudarimo pomen cepljenja proti gripi in pnevmokoku, seznanimo ga z možnostjo vključitve v Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov ter njihovimi ugodnostmi, informiramo ga o različnih oblikah pomoči na domu (Center za pomoč na domu, dostava hrane na dom, prostovoljci), seznanimo ga z možnostjo zdraviliškega zdravljenja (Sežana in Strunjan), informiramo ga o različnih oblikah iskanja informacij o bolezni, zdravljenju, rehabilitaciji (brošure in zloženke, glasilo Zdrav dih za navdih, spletna stran društva pljučnih bolnikov – dpbs.si), po potrebi koordiniramo z osebnim izbranim zdravnikom, pljučnim dispanzerjem, Zavodom za zdravstveno zavarovanje, Centrom za socialno delo, bolnišnico itd. (Jančič et al., 2010b).

Opozorila:

- pacient s KOPB ima po pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (UL RS št. 19/98) pravico do dveh preventivnih patronažnih obiskov letno,
- pomembno je zgodnje odkritje in zdravljenje akutnega poslabšanja KOPB,
- pomembno je zgodnje odkrivanje KOPB,
- uporabljeno kapsulo Spirive pacient ne sme prijati z rokami, ampak jo naj neposredno iz handihalerja odvrže. Prašek lahko povzroči ali poslabša glavkom zaprtega kota, očesno bolečino, začasno zamegli vid,
- handihaler se ne sme uporabljati za inhaliranje drugih zdravil. Uporaben je eno leto (Jančič et al., 2010b).

5 CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA Z ASTMO IN NJEGOVE DRUŽINE

Astma je bolezen s sistemskim vnetjem. Vnetje malih dihal je za mnoge astmatike skrajno neugodno, saj privede do načeloma nepovratne pomnožitve gladkih mišic in žilja, povečanja števila sluzničnih žlez, nalaganja kolagena z zadebelitvijo bazalne membrane ter zmanjšanja elastičnosti bronhije (Šuškovič, 2008).

Specifične naloge patronažnega obiska pri obravnavi pacienta z astmo. Pacientu se predstavimo z identifikacijsko kartico, razkuzimo si roke, pacientu izmerimo osnovne vitalne funkcije (pulz, dihanje, RR), posredujemo informacije o najpogostejših prehranskih alergenih, opazujemo način dihanja, predstavimo in demonstriramo dihanje s trebušno predpono, pacienta seznanimo z znaki bolezni, ki kažejo na začetek poslabšanja, nevsiljivo in diskretno preverimo pravilno uporabo pršilnikov in vdihovalnikov ter po potrebi ponovno demonstriramo, pacienta motiviramo za redno merjenje pretoka s PEF metrom, posredujemo mu pomembne telefonske številke, seznanimo ga s pravicami iz zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja, seznanimo ga z najpogostejšimi inhalacijskimi alergeni, svetujemo o negi ustne votline (izpiranje ust), skupaj s pacientom izpolnimo vprašalnik o urejenosti astme, pacienta motiviramo za redno izvajanje dihalnih vaj, poudarimo pomen redne in pacientu ustrezne telesne vadbe, poudarimo pomen cepljenja proti gripi in pljučnici, pacienta seznanimo z možnostjo vključitve v Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov ter ugodnostmi, informiramo ga o različnih oblikah pomoči na domu (Center za pomoč na domu, dostava hrane na dom, prostovoljci), seznanimo ga z možnostjo zdraviliškega zdravljenja (Sežana in Strunjan), informiramo ga o različnih oblikah iskanja informacij o bolezni, zdravljenju, rehabilitaciji (brošure in zloženke, glasilo Zdrav dih za navdih, spletna stran društva pljučnih bolnikov – dpbs.si, singulina.si), po potrebi koordiniramo z osebnim izbranim zdravnikom, pljučnim dispanzerjem, Zavodom za zdravstveno zavarovanje, Centrom za socialno delo, bolnišnico (Jančič et al., 2010c).

Opozorila:

- pacient z astmo ima po pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (UL RS št. 19/98) pravico do dveh preventivnih patronažnih obiskov letno,
- zdravljenje astme mora biti **redno in neprekinjeno** kljub temu, da simptomi niso prisotni,
- med nosečnostjo je potrebno nadaljevati s predpisanimi zdravili, saj lahko slabo vodena astma ogrozi plod,
- matere z astmo lahko kljub uporabi zdravil dojijo otroka,
- določena zdravila lahko pri astmatiku povzročijo hudo in nenadno poslabšanje. Če je pacient alergičen na Aspirin, je **prepovedana** aplikacija injiciranih zdravil Ketonal, Olfen, Naklofen, Movalis. Zdravilo izbora je le Tramal,
- pacienta opozorimo, da ima olajševalec **vedno in povsod s seboj**,
- poudarimo, da je potrebno po uporabi inhalacijskih glukokortikoidov usta vedno izprati, izpirek pa izpljuniti (Jančič et al., 2010c).

6 CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA S TUBERKULOZO IN NJEGOVE DRUŽINE

Tuberkuloza (TB) je v svetovnem merilu še vedno eden glavnih zdravstvenih problemov. Tretjina prebivalstva je okužena z bacilom tuberkuloze (Eržen, Žolnir – Dovč, 2008).

Specifične naloge patronažnega obiska pri obravnavi pacienta s tuberkulozo. Pacientu se predstavimo z identifikacijsko kartico, razkuzimo si roke, pacientu izmerimo osnovne vitalne funkcije (pulz, dihanje, RR), seznanimo ga s pomenom zdrave, uravnotežene in beljakovinsko bogate prehrane v boju proti bolezni, svetujemo zaužitje dovolj tekočine, da se zmanjša škodljivi učinek zdravil na organizem. Prepovedano je uživanje alkohola, ker je možna okvara delovanja jeter; če pacient kadi, ga seznanimo z brezplačnimi delavnicami, pacienta poučimo, zakaj mora redno in dosledno jemati predpisana zdravila, seznanimo ga s posledicami prekinitve ali nerednega jemanja zdravil, poučimo ga o načinu jemanja predpisanih zdravil, seznanimo ga s stranskimi učinki zdravil ter z ukrepi, posredujemo mu pomembne telefonske številke, seznanimo ga s pravicami iz zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja, poučimo ga o higieni kašlja, odsvetujemo sončenje in nošenje kontaktnih leč, pacienta motiviramo za redne kontrole v dispanzerju, moti-

viramo ga za izvajanje lažjih fizičnih aktivnosti, seznanimo ga z možnostjo vključitve v Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov ter ugodnostmi, informiramo ga o različnih oblikah pomoči na domu (Center za pomoč na domu, dostava hrane na dom, prostovoljci), pacienta seznanimo, da bodo njegovi bližnji vabljeni na pregled k zdravniku; če pacient ne jemlje redno in pravilno predpisane terapije, se z zdravnikom posvetujemo o uvedbi DOT, informiramo ga o različnih oblikah iskanja informacij o bolezni, zdravljenju, rehabilitaciji (brošure in zloženke, glasilo Zdrav dih za navdih, spletna stran društva pljučnih bolnikov – dpbs.si), po potrebi koordiniramo z osebnim izbranim zdravnikom, pljučnim dispanzerjem, Zavodom za zdravstveno zavarovanje, Centrom za socialno delo, bolnišnico (Jančič et al., 2010d).

Opozorila:

- pacient z aktivno TBC ima po pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (UL RS št.19/98) pravico do dveh preventivnih patronažnih obiskov letno,
- zdravljenje TBC se ne sme prekiniti predčasno,
- pri pacientih, ki ne sodelujejo pri zdravljenju, izvajamo nadzorovano jemanje terapije – DOT, za test Quantiferon (QFT) odvezamemo 3 epruvete venozne krvi. Med transportom do laboratorija morajo biti epruvete **na sobni temperaturi** in ne v hladilni torbi (Jančič et al., 2010d).

ZAKLJUČEK

Za pljučna obolenja je značilna dispneja. Ta povzroča občutek strahu, negotovosti in minljivosti. Pulmološki pacienti so zato pogosto zaskrbljeni, prestrašeni in zelo ranljivi. Ana U. (2004) je zapisala: »Bolezen, ti si kakor plesen. Ogrožáš meni dušo in telo.« Pacient pogosto potrebuje le poslušalca, kateremu lahko zaupa svoje neizmerne strahove, povezane z občutkom dušenja.

Prav zato mora patronažna medicinska sestra obravnavati pulmološkega pacienta in njegovo družino celostno in mu s pomočjo negovalnih standardov nuditi kakovostno, varno in učinkovito patronažno zdravstveno nego.

LITERATURA

- Eržen D, Žolnir Dovč M. 24. marec – svetovni dan boja proti tuberkulozi – nacionalni program za tuberkulozo v Sloveniji. In: Jakelj A, Eržen D, eds. Zbornik predavanj. 13 redni letni posvet o obravnavi in spremljanju bolnikov s tuberkulozo v Sloveniji. Ljubljana: Bolnišnica Golnik, klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, register za tuberkulozo; 2008: 5-11.
- Jančič A. Patronažna zdravstvena nega pacienta s trajnim zdravljenjem s kisikom na domu. In: Kadivec S, ed. Zdravstvena obravnava bolnika z obstruktivno boleznijo pljuč in cistično fibrozo. Zbornik predavanj. Program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike, Golnik, 2.-3. Oktober 2009. Golnik: Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2009: 65-69.
- Jančič A, Fras D, Požgan I, Sirk D, Fištravec B, Likar R, Makragić M. Standard negovalne intervencije: Patronažni obisk pri pacientu s trajnim zdravljenjem s kisikom na domu. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2010a.
- Jančič A, Fras D, Požgan I, Sirk D, Fištravec B, Likar R, Makragić M. Standard negovalne intervencije: Patronažni obisk pri pacientu s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2010b.
- Jančič A, Fras D, Požgan I, Sirk D, Fištravec B, Likar R, Makragić M. Standard negovalne intervencije: Patronažni obisk pri pacientu z astmo. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2010c.
- Jančič A, Fras D, Požgan I, Sirk D, Fištravec B, Likar R, Makragić M. Standard negovalne intervencije: Patronažni obisk pri pacientu s tuberkulozo. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2010d.
- Latkovič B. Pljučne bolezni. Ljubljana: Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije, 2012. Dosegljivo na: <http://www.dpbs.si/Plju%C4%8Dne%20bolezni.htm> (3.3.2012).
- Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list republike Slovenije št. 19/1998.

- Petek D. Vodenje bolnika s KOPB in astmo v ambulanti družinske medicine. In : Tušek – Bunc K, ed. 6. mariborski kongres družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2010: 63-68.
- Šuškovič S. Ločevanje kronične obstruktivne pljučne bolezni od astme. Zdrav Vestn. 2003;72:157-161.
- Šuškovič S. Nova paradigma astme. Bruseljska deklaracija o astmi. Isis 2008; (4): 32-33.
- Šušteršič O. Družina kot subjekt v patronažni zdravstveni negi. 3. Strokovno srečanje, Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka. Dolenja vas pri Krškem: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, 2008. Dosegljivo na: <http://shrani.si/f/2R/al/3A4Mw6L0/patronazazalec08popravlj.pdf> (7.02.2012).
- Šušteršič O, Horvat M, Cibic D, Peternelj A, Brložnik M. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. Obzor Zdr N. 2006;40:247-52.
- U. A. Vsak boleznin se boji. Zdrav dih za navdih, 2004 (3): 18.

Celostni pristop v patronažni zdravstveni negi – študija primera

HOLISTIC APPROACH IN COMMUNITY HEALTH NURSING
– A CASE STUDY

Eva Kovačič

dipl. m. s.
Zdravstveni dom Grosuplje, Patronažna služba
eva.kovacic@zd-grosuplje.si

IZVLEČEK

Izhodišča: V zdravstveni negi je celosten pristop vključen v vse vidike skrbi za paciente. Središčna vloga v patronažni zdravstveni negi vedno pripada pacientu in njegovi družini ter njihovim potrebam. Celostna zdravstvena nega je definirana kot praksa, ki se osredotoča na obravnavo celotne bolnikove osebnosti in tako zagotavlja optimalno okolje in pogoje zdravljenja. Z vključevanjem znanja, teorije, raziskav kot tudi intuicije usmerja medicinsko sestro, da postane terapevtski partner pacientu, za katerega skrbi. Takšen pristop zagotavlja celostno obravnavo, ki vključuje telesne, psihične, emocionalne, duhovne, socialno-kulturne in odnosne potrebe pacienta.

Metode: Uporabljena je kvalitativna metoda zbiranja podatkov s kronološkim opazovanjem pacientke in zdravstveno negovalne dokumentacije. Namen prispevka je predstaviti celostno oskrbo 77-letne onkološke bolnice s strani patronažne službe v 14-mesečnem obdobju.

Rezultati: Opisujejo aktivnosti zdravstvene nege s ciljem holističnega pristopa. Predstavljena so ocenjevalna orodja za prepoznavanje pacientovih potreb v holistični obravnavi.

Razprava in zaključki: Navedene so pomanjkljivosti in pasti, ki jih medicinske sestre pri vsakdanjem delu občutijo kot oviro za doseganje celovite oskrbe pacienta na domu.

Ključne besede: celostni pristop, patronažna zdravstvena nega, študija primera

ABSTRACT

Introduction: Holistic approach in nursing care is included in all aspects of care for patients. Central to community health nursing is always the patient, their family and their needs. Holistic nursing is defined as all nursing practice that has healing the whole person as its goal. It is a specialty practice that draws on nursing knowledge, theories, expertise and intuition to guide nurses in becoming therapeutic partners with people in their care. This practice recognizes the totality of the human being - the interconnectedness of body, mind, emotion, spirit, social/cultural, relationship, context, and environment.

Methods: The qualitative research method was used with data collection on a 14-month observation of a patient along with nursing documentation. The purpose of this article is to present holistic community nursing care of a 77-year old oncology female patient.

Results: The study presents the integration of holistic approach to the nursing procedures and interventions and the tools for systematic holistic assessment of client needs.

Discussion and conclusions: The study identifies the potential barriers to the provision of holistic at-home nursing care for patients.

Key words: holistic approach, community health nursing, case report

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

1.1 CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI

Patronažno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti. Ti so zaradi bioloških lastnosti, določenih obolenj ali nenavajenosti na novo okolje občutljivi za škodljive vplive iz okolja. Patronažna zdravstvena nega je specialno področje zdravstvene nege, ki se ukvarja s posamezniki, družinami in lokalno skupnostjo v vseh obdobjih zdravja in bolezni. Nosilka patronažne zdravstvene nege (ZN) je medicinska sestra v patronažnem varstvu (PMS), ki ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, načrtuje intervencije zdravstvene nege, jih izvaja in vrednoti dosežene cilje. Svetuje o zdravem načinu življenja in obnašanja ter opozarja na rizične faktorje, ki lahko ogrozijo zdravje. Pomaga posameznikom in družinam na njihovih domovih, da se soočijo z boleznijo, s kronično nezmožnostjo in stresom. Ocenjuje kdo, kdaj in kaj je sposoben posameznik ali družina storiti zase in česa ne. Medicinska sestra v patronažnem varstvu je koordinatorka vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom, službami na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva ter vsemi službami zunaj zdravstvenega sistema, ki s svojimi dejavnostmi pripomorejo h kakovostni obravnavi pacienta (Šušteršič in sod., 2006).

Človek je središče ZN, skrb zanj je njeno »srce«. Medicinske sestre (MS) pristopamo k človeku, za katerega skrbimo, kot k nedeljivi celoti njegovega fizičnega, duševnega, čustvenega, socialnega in duhovnega sveta. Celostna ZN je definirana kot praksa, ki se osredotoča na obravnavo celotne bolnikove osebnosti in tako zagotavlja optimalno okolje in pogoje zdravljenja (Thornton in sod., 2002). Medicinske sestre imamo s svojimi osebnostmi in pristopi k pacientom velik vpliv na življenje ljudi, ki so zaupani našim rokam. Holistični pristop zagotavlja bolnikom suportivni model oskrbe, ki temelji na tezi, da MS kot poklic ne more biti ločena od osebnosti MS, če želi vzpostaviti terapevtski odnos s pacientom (Skela Savič, 2005). Predpogoj za izvajanje celostne ZN je tenkočutna in ljubeča skrb zase ter poznavanje svojih potreb, moči in šibkosti (Watson, 2005). Ker se patronažne MS srečujemo s pacienti na njihovih domovih in v njihovih najintimnejših okoljih in odnosih, imamo veliko večjo možnost celostnega vpogleda na človeka in njegove potrebe kot v bolnišničnih okoljih.

1.2 PALIATIVNA OSKRBA V PATRONAŽNI DEJAVNOSTI

Paliativna oskrba zajame celovito obravnavo bolnikovih psiholoških, socialnih, duhovnih in eksistenčnih potreb, kjer so v ospredju potrebe v zvezi z neozdravljivo boleznijo. Paliativna oskrba zagovarja življenje in pogled na smrt kot naravni proces, ki je predvsem osebna izkušnja za posameznika in njegovo družino. Osnovni cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljše kvalitete življenja z ublažitvijo trpljenja, obvladovanjem in blaženjem simptomov napredovale bolezni ter obnavljanje funkcij telesa v skladu z občutenji posameznika, kulture naroda, religioznih vrednot, pričakovanj in prakse v določenem okolju (Coyle, 2003 cit. po Skela Savič, 2005).

Temeljna načela paliativne oskrbe so: avtonomija človeka-bolnik sam izbira odločitve, sodelovanje vseh vpletenih, interdisciplinarni pristop, celovitost obravnave, orientiranost k bolniku-družini, zagovornišтво.

2 METODE DELA

Izbrana metoda dela je deskriptivna, izbrana strategija pa študija primera. Uporabili smo kvalitativno metodo zbiranja podatkov s kronološkim opazovanjem celostne oskrbe pacientke v patronažnem varstvu, interakcijo in sledenjem medicinske in zdravstveno negovalne dokumentacije v 14-mesečnem obdobju, med aprilom 2010 in septembrom 2011.

Anamnestične podatke, ki so nam služili za ugotavljanje potreb po ZN, smo zbirali s pomočjo prilagojenih vprašalnikov: SCNS-LF59, Problem checklist, PNCP (Richardson in sod., 2005). Vprašalnik je prilagojen intervjuju pacienta ob sprejemu v patronažno varstvo ZD Grosuplje in je

namenjen interni uporabi. Izpolni ga PMS na obisku pri pacientu v razgovoru z njim. Odgovori so razvrščeni po Likertovi lestvici v štirih stopnjah: 0-nič, 1-malo, 2-veliko, močno, 3-zelo veliko, zelo močno. Vprašalnik zajema opis fizičnih simptomov, psihološkega stanja, duhovnih potreb, stopnje odvisnosti od tuje pomoči, družinskih odnosov in socialnega okolja ter izkušenj in simptomov zdravljenja. Štiri vprašanja so zaprtega tipa in so namenjena ugotavljanju pacientove seznanitve z njegovim stanjem in informiranostjo, zadnje vprašanje pa je odprtega tipa in omogoča pacientov prosti odgovor oz. pojasnilo, ki nam ga želi dati. Odgovori služijo za načrt ZN, izpolnjen vprašalnik je del negovalne dokumentacije, posredujemo ga tudi pacientovemu osebnemu zdravniku. Ob spremembi stanja pri pacientu spremembo zabeležimo in upoštevamo pri nadaljnjih načrtih obravnave.

3 REZULTATI

77-letna gospa je bila v patronažno obravnavo zajeta 22. 4. 2010 z delovnim nalogom osebne zdravnice zaradi odvzema krvi na domu. Medicinske diagnoze ob sprejemu so bile sledeče: hipernefrozom z metastazami v trebuhu in pljučih, stanje po nefrektomiji (pred 10 leti), paroksizmi atrijske fibrilacije – antikoagulantno zdravljenje, iatrogena hipotireoza – substitucija z euthyroxom, osteoporozna, arterioskleroza, trombocitopenija kot posledica onkološkega zdravljenja. Pred koncem patronažne obravnave pa še zapora AFS, tromboza, kardioemboličen dogodek.

3.1 PODATKI O PACIENTKI

Že ob prvem patronažnem obisku pacientke zaradi banalnega medicinsko-tehničnega posega je PMS s pomočjo holističnega pristopa temeljito raziskala vse vidike stanja gospe in zbrala anamnestične podatke s pomočjo prilagojenih vprašalnikov: SCNS-LF59, Problem checklist, PNCP (Richardson in sod., 2005).

Zbrani rezultati ocene potreb in problemov v začetku obravnave pacientke so razvidni v tabelah.

Tabela 1: Ocena potreb po ZN in problemov v celostni oskrbi po Thornton in sod., 2002

TELESNI SIMPTOMI	0-ni problem	1-majhen problem	2-velik problem	3-zelo velik problem
bolečina				X (VAS 8)
mobilnost	X			
suha usta			X	
diareja			X	
TELESNI SIMPTOMI	0-ni problem	1-majhen problem	2-velik problem	3-zelo velik problem
inkontinenca urina			X	
slabost, bruhanje			X	
občutek slabotnosti			X	
utrujenost			X	
nespečnost			X	
izguba apetita			X	
izguba telesne teže		X		
problemi s požiranjem	X			
občutek nemoči nad simptomi			X	

PSIHOLOŠKO STANJE	0-ni problem	1-majhen problem	2-velik problem	3-zelo velik problem
občutek strahu	X			
občutek izgube koncentracije		X		
občutek osamljenosti	X			
občutek praznine življenja	X			
izguba smisla	X			

DUHOVNE POTREBE	0-ni problem	1-majhen problem	2-velik problem	3-zelo velik problem
zaskrbljenost glede prihodnosti	X			
razmišljanje o umiranju in smrti	X			
verska praksa	X			

ODVISNOST OD TUJE POMOČI	0-ni problem	1-majhen problem	2-velik problem	3-zelo velik problem
izguba neodvisnosti	X			
zmožnost samooskrbe	X			
zmožnost drugih opravil			X	

SOCIALNO OKOLJE IN DRUŽINSKI ODNOSI	0-ni problem	1-majhen problem	2-velik problem	3-zelo velik problem
občutek nerazumevanja s strani drugih	X			
zaskrbljenost o vplivu bolezni na bližnje			X	
pomanjkanje pomoči s strani bližnjih				X
finančna sredstva				X

IZKUŠNJE ZDRAVLJENJA	0-ni problem	1-majhen problem	2-velik problem	3-zelo velik problem
stranski učinki		X		
zaskrbljenost glede nadaljnje obravnave	X			

Glede na zbrane podatke je PMS definirala aktualne in potencialne probleme pacientke in na osnovi ugotovite načrtovala ZN in celotno oskrbo. V tem primeru je bila PMS zaradi odsotnosti svojcev edina oseba, ki je izvajala in organizirala celotno pomoč pacientki na domu. Poleg osnovne ZN je PMS pacientki zagotavljala še ogromno aktivnosti s strani socialnega skrbstva, medosebnih odnosov, tehnične podpore, sodelovanja tako z medicinskimi strokovnjaki kot s sosedi, prostovoljci, dobrodelnimi društvi, hospicem, terciarnimi zdravstvenimi institucijami, poleg naštetega pa tudi volonterska dejanja.

3.2 PREDNOSTI IN OVIRE PRI ZAGOTAVLJANJU CELOSTNE SKRBI

Med obravnavo smo opažali tako prednosti, ki so koristile pri oskrbi, kot ovire, ki so jo delale zahtevnejšo. Prednost je bila zagotovo najprej v tem, da je bila pacientka v tesnem odnosu s PMS, želela si je njenih obiskov in pomoči, zaupala ji je svoje najintimnejše občutke. Kljub pogosto različnim mnenjem obeh je bila do PMS odprta, sprejemljiva, nikoli odklonilna, pogosto je ustno izražala zadovoljstvo in hvaležnost. Tudi ob vseh hujših znakih napredovale bolezni navzven ni obupovala, bila je zadovoljna z majhnimi izboljšanimi, rada je živela. Pozitivna okoliščina je bilo tudi ažurno in obojestransko aktivno sodelovanje med PMS in pacientkino osebno zdravnico.

Ovire pa so se pojavljale, ker je bila gospa do svoje bolezni in pešanja vitalnih moči vseskozi nekritična, precenjevala je svoje sposobnosti, ponujene pomoči ni sprejemala ali si je po začetni odobritvi premislila. Do drugih ljudi, ki niso bili z njo v sorodstvu, je bila zahtevna s pričakovanji, do edinega svojca-sina pa povsem nekritično zagovorniška, ni dopustila, da bi PMS kontaktirala z njim, tudi sin se na naše pobude (PMS, osebna zdravnica) ni odzval. Težko je sprejemala kompromise, bila je avtoritarno razpoložena, vzkipljivo jezljiva, preokupirana z redom. Sama je kot svoj največji problem ves čas poudarjala finančno stisko in zadolženost, saj je svojo povprečno pokojnino predala sinu, ki je bil brez osebnih sredstev za življenje. Ko je še zmogla, je zanj tudi nakupovala v bližnji trgovini, mu urejala zadeve za zdravstveno zavarovanje itd. Živel je na njenem vikendu in jo obiskal enkrat ali dvakrat v mesecu, tudi takrat, ko je bila že povsem odvisna od tuje pomoči. Ta njeni odnos in pogled na situacijo je zelo zaznamoval tudi vse aktivnosti ZN, ki so zaradi specifičnosti primera velikokrat presegle zgolj profesionalni okvir delovanja.

3.3 AKTIVNOSTI PATRONAŽNE ZDRAVSTVENE NEGE

Navedeni so samo grobi orisi vseh aktivnosti in pobud, ki jih je izvajala PMS:

- celotna zdravstvena oskrba na domu – pomoč pri negi in urejanju, izvajanje medicinsko-tehničnih posegov, skrb za terapijo, edukacija, urejanje receptov, prinašanje zdravil iz lekarne, napotnic za specialistično zdravljenje, urejanje reševalnih prevozov, odzivi na vse telefonske klice pacientke
- redno sodelovanje z osebno zdravnico, temeljito vodenje analgetične in druge terapije
- pojasnjevanje zdravstvenih informacij, ki jih ne razume
- prepoznavanje akutnih zapletov bolezni in organizacija urgentnih hospitalizacij
- večkratno interveniranje na centru za socialno delo in v domu starejših občanov
- pisno obveščanje o razmerah bivanja in oskrbe gospe njenemu onkologu
- organizacija in izvedba interdisciplinarnih sestankov
- razgovori s sosedi v bloku, ki jih je gospa obremenjevala s svojimi pričakovanji
- ureditev gospodinjske pomoči na domu
- ureditev in izvedba dostave kosil na dom, iskanje in ureditev plačila
- sodelovanje z dobrodelnimi organizacijami, kot sta Rotary klub in Karitas za dostavo paketov hrane
- kontakti s Hospicem in Paliativnim oddelkom na OI Ljubljana
- ureditev negovalne postelje na domu, organizacija njene brezplačne dostave in demontaže obstoječe postelje ter preureditev sobe

- ureditev zobozdravstvenih storitev, prevozi k zobozdravniku
- izpolnjevanje drobnih želja: prinašanje cvetja, odnašanje smeti, kupovanje križank, pomoč pri kuhanju kave in kajenju cigaret, spremstvo na kratek sprehod, dolgi razgovori

V 14-mesečni obravnavi pacientke, ki se je končala z njeno smrtjo v bolnišnici, smo opravili 176 patronažnih obiskov na njenem domu, 23 krat smo intervenirali nezdravstvene službe, organizirali in izvedli 4 sestanke. Povprečen patronažni obisk je trajal približno 40 minut. Iz negovalne dokumentacije smo povzeli, da je 60 % naših storitev presevalo okvir medicinsko negovalnih intervencij. Znotraj tima PMS smo imeli tedenske razgovore o naši obravnavi pacientke.

4 RAZPRAVA

Neurejene bivanjske in odnosne razmere pri pacientu, ki je vključen v patronažno obravnavo, v vsej polnosti pokažejo potrebo po celotni oskrbi, ki daleč presega medicinsko negovalni okvir, če naj bo kakovostna in za bolnika optimalna, kar je naš osnovni cilj. Postavlja se vprašanje, kako sistematično in protokolarno urediti takšno obravnavo, da bi je bili deležni vsi pacienti, v vseh okoliščinah, s strani vseh zdravstvenih delavcev. Dokler nimamo enotnih pojmov, kakšne so naše naloge in dolžnosti ter konkretni minimalni standardi glede celostne oskrbe, bo ta prepuščena naključju posameznih entuziastičnih izvajalcev, ki še imajo moči, voljo, znanje, velikokrat pa tudi pogum, da posegajo na tako široko polje ukrepov. Poleg osebne zavzetosti zdravstvenega delavca, ki nudi celotno oskrbo, je osnovni pogoj za njeno zagotavljanje tudi dovolj sredstev s strani organizacije, znotraj katere delujemo; tako v smislu razpoložljivih virov kot tudi kadra in časa, ki ga imamo na razpolago za določenega pacienta. Primanjkuje evalvacijska dokumentacija, s katero bi lahko pregledali delo s stališča učinkovitosti celostnega pristopa, ga ustrezno objektivno prikazali in, ne nazadnje, tudi finančno ovrednotili pri plačniku storitev. Dokler to področje ne bo urejeno in določeno na tak način, utegne celotna skrb ostati večinoma na papirju in tudi zaradi vse bolj izgorelih izvajalcev manj in manj v našem delovanju. Iz tega pa sledi tudi žalostno dejstvo, da je v organizacijah, kjer delujemo, veliko premalo pozornosti namenjene skrbi za izvajalce zdravstvenih storitev v smislu rednih pogovorov ali supervizij, ki pomagajo reševati številne stiske, ki so jim lahko pri svojem napornem delu pogosto izpostavljeni.

5 ZAKLJUČEK

Opisana študija primera kaže na sistemsko neurejeno področje celostne oskrbe v patronažnem varstvu. Prepuščena je entuziastičnim posameznim izvajalcem, ki nimajo ustreznih objektivnih orodij ne za oceno potreb kot tudi ne za evalvacijo opravljenega dela. Primanjkuje osnovnih teoretičnih izhodišč, kaj celotna oskrba v praksi konkretno pomeni, takšen pristop pa tudi sistemsko in storitveno (finančno) pri nas ni ovrednoten. Tako se prenekatere storitve, ki jih v okviru svoje celostne oskrbe pacientom PMS nudijo in nemalokrat presežejo okvir ZN, porazgubijo in niso jasno zabeležene. Prav tisto »malo več« pa je tisto, kar pacientom najbolj lajša trpljenje (Arman, Rehnsfeldt, 2007).

Resnično skrbstveno delo dobiva izvir »od vrha« navzdol (Tschudin, 2003). Skrb, ki jo vodilni v zdravstveni negi izražajo do podrejenih, omogoča, da jo bodo ti prenesli v prakso pri svojem delu. Če delujemo v neetični klimi, je malo verjetno, da bomo sami ves čas delovali etično. Zato je ustvarjanje etične klime v procesih dela najosnovnejša dolžnost vodilnih, če bi naj tudi podrejeni delovali etično, kajti kot navaja Tschudinova (2003): »Ko izberemo, da bomo postali medicinska sestra, izberemo, da bomo skrbeli.«

LITERATURA

1. Arman M, Rehnsfeldt, A. The "little extra" that alleviates suffering. *Nursing Ethics*. 2007;14(2):372-84.
2. Richardson A., Medina J., Richardson A., Sitzia, J. Patients' needs assessment in cancer care: a review of assessment tools. London: King's College; 2005.
3. Skela Savič B. Od besed k dejanju: zdravstvena nega kot integralni del paliativne oskrbe onkoloških bolnikov. *Obzor Zdr N*. 2005;39(4):245-53.
4. Šušteršič O., Horvat M., Cibic D., Peternelj A., Brložnik M. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega-nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzor Zdr N*. 2006; 40(4):247-52.
5. Thornton L., Gold J., Watkins M. The art and science of whole-person caring: an interdisciplinary model for health care practice. *International Journal for Human Caring*, 2002; 6 (2):38-47.
6. Tschudin V. Approaches to ethics: Nursing beyond boundaries. London: Elsevier; 2003.
7. Watson J. Caring science as sacred science: caritas-love and caring-healing. Program and abstracts of the American Holistic Nurses Association. 25th Annual Conference, 2005;29-36.

Priložnost za družino

OPPORTUNITIES FOR FAMILIES

Tomislava Kordiš

dipl. m. s.
ZD Laško, Patronažno varstvo, Kidričeva 5b, Laško

IZVLEČEK

Družina kot ljubezenska skupnost zmore svojim članom podariti to, da so spoznani, kar jih reši vsakršne lastne odtujenosti ter jih približa njihovem resničnemu jazu. S tem jim daje občutek varnosti, kakršnega ni nikjer na svetu. Če upoštevamo današnjo hudo krizo, ki veliko ljudi pahne v brezup, je družina edina varnost, ki jo posamezniku lahko daje. Pri mladih nastane problem, ker so s svojo miselnostjo še daleč od vrednot, večina se jih drži doma, dokler študirajo in še naprej. Mor-da bi lahko rekli, da se je ustvaril paradoks, ki je to družbo pripeljal po eni strani do obračanja v družino in ostajanja v njej ter počasnejše odhajanje otrok na samostojno pot. Po drugi strani kljub obupni želji nekatere, ki vedo, kaj je treba in kaj res pomeni ljubezenska skupnost, država in sistem pahmeta v obup. Če bi si še tako želeli, si ne morejo zagotoviti dobre eksistence. Vemo, da je danes družina v večini primerov kot uslužnostna skupnost, verjamem pa, da je še nekaj prave ljubezenske skupnosti. Verjamem in vem, da je nekaj prave ljubezni tam zunaj, v norem svetu, in tu notri.

Vsak človek vse svoje življenje išče smisel in ta svoj proces iskanja smisla lahko optimira le, če zadene ob zahtevo, ki terjaja njegov individualni odgovor in njegov osebni prispevek. Tega nihče ne more dati takšnega in tako kot on. Če bi se hoteli osredotočiti na priložnost za družino in manj na dovzetnost za njeno krizo, se pravi na njeno varovalno funkcijo in ne na njen riziko, potem moramo upoštevati dva vidika razumevanja družine. Prvi vidik zadeva človekovo razumevanje sebe, drugi pa njegovo razumevanje ljubezni.

Ključne besede: družina, smisel, človek, ljubezen

ABSTRACT

Loving relationships within a family can offer its members the recognition of their individuality which liberates them from any alienation and brings them close to their real self. Alienation can be extremely harmful by causing people to feel isolated and alone.

The family offers a unique feeling of security. In the times of global crisis in which many succumb to despair, a family is the only safe haven of its members. In recent past, a special social phenomenon can be observed among younger generations who prolong their stay in their nucleus family during their study years and even beyond. Modern societies are faced with a special paradox. On the one hand, many younger adults do not want to flee their nests and step out of the comfort zone of their home. On the other hand, those who would like to start their journey to live their independent lives have no proper means to support themselves. The extant economic situation drives them to despair.

I believe that family is much more than the provision of shelter, food and safety. It is also the experience of affection, emotional support and socialisation. I believe that the most important element of a family is love. Our families hold the keys to understanding and appreciating ourselves. I believe and I know that there is still some real love outside in this erratic world and here within us.

An individual is in constant search for meaning and this process of search can be optimised only if one is faced with demands requiring one's response and personal contribution. An indi-

vidual only can find the answer for oneself. If the protective function of a family and not its risks are central to our perception of a family, the understanding of oneself and understanding of love are the necessary prerequisites.

Key words: family, meaning, man, love

UVOD

V prispevku smo se osredotočili na knjigo E. Lukas *Družina in smisel*. Avtorica je med drugim zelo dobro opisala tudi priložnost za družino. Dovolite, da skušam približati njeno razmišljanje o družini, človeku, individuumu, ter o smislu, ki je rdeča nit našega življenja. O pravi ljubezni, ki preseže nas same, in o družini, kjer se počutimo varni in se vanjo vračamo z občutkom izpoljenosti in sreče.

Splošna statistika jasno odseva krizo in priložnost za družino v današnjih dneh. Po eni strani se kaže kot kriza, po drugi pa tudi priložnost, da lahko v krizi nudi višjo stopnjo opore posamezniku, ki mu je sicer nihče ne nudi, s čimer bi lahko dejansko prerasel svojo lastno krizo, v katero je zabredel bodisi po svoji krivdi ali pa zaradi zunanjih vzrokov. Kriza je že v teh časih močno očitna, nezaposlenih je vse več, možnosti za kvalitetno preživetje pa čedalje manj. V takšnem položaju družina lahko ima varovalno funkcijo, ne pa le rizičnost. Sistem družine je izpostavljen spremembam z dveh vidikov: gre za človekovo razumevanje samega sebe in njegovo razumevanje ljubezni.

Družina je od svojega začetka varnost, brezpogojna varnost, dokler je nedotaknjena. Družina je zavetje za življenje in zavetje za človeka vredno umiranja. Družina je prizanašanje mladosti in upoštevanje starosti. Pomeni vedeti, da imamo na tem svetu prostor, ki ga ne moremo izgubiti, mesto, kjer smo vedno dobrodošli, naj je človek berač ali milijonar.

Družina nedvomno nudi prvotno in najrazvidnejšo priložnost za spoznanje socialnih in sočloveških nalog, je dejansko vežbališče za zdravo samopozabo. Vse, kar velja v družini, velja več kot samo za enega človeka, velja za več oseb. To spontano usmerja osebnostni razvoj posameznika.

Družino lahko naredijo tudi sami egoisti, vendar se potem ali samo nekoliko prilagodijo ali pa družina zaradi njih trpi in se rahlja. Ogroža skupno bivanje in pripravljenost njegovih članov za skupnost.

Kakorkoli, družina je že od nekdaj kraj, kjer ljubezen prehaja v dejanja. Človek živi s tem, da živi za drugega. Kraj, kjer lahko uresničuje več kot samega sebe. To pa človeka gradi in ga ohranja pri močeh (Lukas, 1993).

O ČLOVEKOVEM RAZUMEVANJU SAMEGA SEBE

Danes človek bistveno več razume o sebi iz dogajanja v svojem življenju kot prej, toda sprejemanje tega dogajanja se mu zdi težko. Primer: obupana gospa potrebuje pomoč, ker se ji zdi, da je njeno življenje čista izguba, ne vidi izhoda. Odgovor ali vprašanje za ta primer bi bil: »Ali je v vašem življenju kakšno področje, ki ni prizadeto, ki je tako rekoč uspešno, kjer ste s svojim življenjem zadovoljni?«

Gre za refleksijo človeka o sebi, vsako življenje ima zgodovino, ki opravičuje solze. Lahko življenje piše najlepše zgodbe, so pa tiste grozljive, vznemirjajoče in ganljive, ki stiskajo kot oklep, ker se jih vidi kot negativne, neuspele.

Miza bivanja je včasih z darili prazna. Vendar je miza sama *dar, da smo tu*. Od nas je odvisno, kaj bomo iz tega napravili – mi izpolnimo praznino, mi pogrinjamo mizo. Človekove možnosti v negativnem in pozitivnem so povezane z njegovim vsakokratnim načinom gledanja na svoje življenje. Ali vidiš kozarec napol prazen ali je na pol poln. Tudi glede družine ni nič drugače: **kdor jo vidi kot breme, tega obremenjuje, kdor jo vidi kot varnost, tega varuje.**

V današnjem času je proces individualizacije precej v ospredju. Le ta spodbuja *jaz*. Jung je opisal, da naj *jaz* postane individuuum in najde pot do samega sebe. Frankl je opisal, da je *jaz* celo

življenje na poti k svojemu razcvetu, čeprav je v bistvu že bil individuuum, nedeljiv in nezdružljiv z drugim individuuumom. Z razmišljanjem je šel še dlje dejal je, da ljudje v današnjem pojmovanju človeka ne sledijo kar na slepo, smisel individualnosti vidi izpolnjen šele v skupnosti. To pomeni, da celotno najdenje sebe in razvoj samega sebe ni in ne more biti končno cilj vsega človekovega stremljenja, v neki obliki mora pokazati prek sebe na druge ljudi. Frankl je dejal še: »Čim višje je človek diferenciran, toliko manj ustreza normi, tako v smislu povprečja kot v smislu ideala, toda za ceno te normalnosti oziroma idealnosti si je kupil individualnost. Vendar je pomen takšne individualnosti in smisel človeške osebnosti vselej usmerjen k skupnosti in je v odnosu do skupnosti. Kajti tako kot enkratnost delčka mozaika dobiva vrednost izključno le v odnosu do celote mozaika« (Viktor E. Frankl, *Artztliche Seelsorge*, 1993, v Lukas 1993).

Človek torej nikdar ne stoji v družbi kot posameznik, kot da se v njej samo nahaja, ampak je človeku družba, kateri pripada, podana, položena na srce kot nekaj, za kar mora samega sebe sovlagati, da jo v dobrem sooblikuje – kot nekaj, do česar je dober potem tudi sam. Biti dober za družbo daje smisel individuumu, to bistveno prispeva k življenju, izpolnjenim z smislom (Lukas, 1993). Primer mize, kjer imamo vse lepo pripravljeno za kavo, nove skodelice, najboljše piškote; pa ni nikogar, ki bi z nami to kavo popil.

Postati potreben ali biti potreben je smisel individuuma, ko se poruši, kadar se v tragičnem primeru izgubi. Smisel je, da se lahko nadomesti z novim smislom, ki je bil že v osnovi prisoten; (primer: babica je izgubila vnuka, ki je umrl zaradi droge. Njena žalost je bila neskončna. Smrt vnuka ni mogla pripisati dejstva, da ni več potrebna. Vendar je potem uvidela, da je poleg nje še prostor v družbi, kamor se lahko vključi in zapolni praznino. Postala je laična pomočnica za svetovanje na področju problemov z drogami).

Skupnost temelji na prostovoljnem sklepu posameznih osebnosti, ki obdržijo svojo osebnost neokrnjeno in temu primerno tudi izvršujejo znotraj skupnosti osebne funkcije, ki tej skupnosti dajejo njen smisel.

Zaradi tega pomeni naraščajoča zavest individualnosti celo pozitivno priložnost za institucijo *družine*. Ta preneha biti hierarhična tvorba, v kateri ima samo eden oblast govoriti in kjer velja samo poglavarjeva beseda, ne glede na to, ali je pravilna ali ne. Spreminja se v pravo skupnost, v kateri vsak na svoj način prispeva svoje. Nikakor ni primerna razdvojenost med *jaz in mi*, ki ne upošteva, da se brez drugega ne da uresničiti. Priložnost družine bi priznavali kot kolikor bolj se bo posameznik oziral prek svojega bivanja v njegov smisel, toliko bo zopet odkrival družino kot skupnost, ki ohranja bivanje in daje smisel. Primer: mož vara svojo ženo. V večini bi družba dala odgovor: »Nekaj je naredil zase.« Toda storiti kaj drugega, ne samo, da napravi kaj zase, ampak za oba, zase in za družino, s tem da se prostovoljno odpove bodočim skokom čez plot. Tako bi individualno prispeval k uspehu zakonskega življenja, pri tem pa se zavedal, da mu zunajzakonski odnosi ne povzročajo nobenih težav, da ga zadovoljijo, ga pa vendar oddaljujejo od žene. S tem nadaljujemo temo o človekovem razumevanju ljubezni.

O ČLOVEKOVEM RAZUMEVANJU LJUBEZNI

Razumevanje ljubezni je za razliko od razumevanjem samega sebe decentralizirano od središčne točke, se z lahkoto oddalji od notranjega jedra bitja človeka, ki ga ljubi, in so mnogo močnejše vključene zunanje danosti.

Primer: mlada žena zapusti eno leto starega otroka, ki ima pohabljenogice. Možnosti za ozdravitev ni bilo. O tem se je že prej pozanimala. Toda ostati pri otroku, podarjati mu materino ljubezen, tega ne moremo povezovati z možnostmi zdravljenja.

Primer kaže decentralno razumevanje ljubezni. Ljubljena oseba ni nekdo, ki kaj ima na zunaj, je nekdo, ki je njeno notranje bistvo, središče njene biti.

Ločimo zatorej *seksualno ljubezen*, ki se zadovoljuje s partnerjevo telesno privlačnostjo in to lahko na področju družine opredelimo kot *namenska skupnost*. Le to drži skupaj zadostitev potrebe, ki je brez družine ni mogoče zadovoljiti. Je delitev premoženja, povečanje premoženja, rojevanje

potomcev itd. Skupne želje in interesi močno povezujejo, tudi če pri tem ni nobene ljubezni. Z dokončnim dosegom smotra je lahko nadaljevanje skupnosti odveč, podobno kot seksualni višek, ki pogasi seksualno poželenje. Vsak nagon in vsaka potreba sta kot zapognjena sama vase. Ko se jima zadosti, se izniči njun lastni nagib.

Erotična ljubezen je na splošno zaljubljenost, prek telesnega vključuje tudi partnerjev duševni svet, njegove lastnosti, način obnašanja, razpoloženje, občutke. Odgovor nanjo je emocionalen. O družinski skupnosti govorimo, da je to *uslužnostna skupnost*. Ta je najbolj trajna, dokler je v ravnotežju, kar pomeni biti vzajemno koristen, kar služi vsem družinskim članom. Združili so se zato, da dosežejo nek smoter, ki ga vsak zase nobeden ne bi mogel doseči, si drug drugemu pomagajo, se dopolnjujejo, dajejo, kar hočejo, tudi prejemajo, ker so pripravljeni dajati. Nekdo ima nekaj, kar koristi drugemu, in drug ima nekaj, kar koristi nekemu. Smisel te skupnosti je jemati in dajati. Odpirajo se računi stroškov, koristi. Če se bilanca začne nagibati v smer stroškov, je manjša pripravljenost, da se družina ohrani.

Prava ljubezen prodre do duhovnosti in individualnosti druge osebe in jo zazre v popolnosti lika njene biti. V nasprotju z vsem, kar človek ima in česar ni moč izgubiti, je tudi prava ljubezen neminljiva, ne potrebuje nujno izvrševati seksualno srečanje, ne čustvene skladnosti, ne potrebuje prisotnosti, niti bližine, niti živosti partnerja. Prava ljubezen do človeka ostane še po smrti. Za družino je ta primerjava ljubezenska skupnost. Tukaj velja načelo »hoteti najboljše za vse« in vključuje zdravo načelo skrbeti za samega sebe, še zlasti tedaj, kadar sebstvo potrebuje lastno skrb. Služba člana družine, ki ni več koristen, se porazdeli na druge člane, ki ga razbremenijo, tako da pozitivna bilanca ostane za vse in dosegljiva vsem.

Kdor je resnično v ljubezni naklonjen človeku ali več ljudem, doživi notranjo obogatitev, ki mu jo z ničemer ne morejo vzeti. Primer: ločena žena je vzela vdovca. Sama ni imela pozitivnih spominov na zakon, vdovec pa je imel zakon, poln ljubezni. Žena ni dojela, kako velika priložnost je bila zanjo, da je našla partnerja, ki je sposoben prave ljubezni.

Vsak človek vse svoje življenje išče smisel in ta proces iskanja smisla lahko optimira le, če zaden ob zahtevo, ki terja njegov individualni odgovor in njegov osebni prispevek (Viktor E. Frankl, 1993). Takšna zahteva je za posameznika družina. Primer: Zakaj se ni mogoče ločiti od zakonca brez občutnega duševnega nasilja, da bi ustanovil partnerstvo z drugim partnerjem? Drugi primer: Vsak ima lastno individualnost in ne more nadomestiti moža ali žene. Zakona, ki se konča z ločitvijo ali s smrtjo, ni možno ponovno vzpostaviti, lahko se sklene popolnoma nov zakon. Tretji primer: Za otroke ne more prenehati biti eden od staršev; oče ali mati ali nekdo od krušnih staršev ne more postati oče ali mati. Vsak družinski odnos ima svojo enkratnost.

Še ena pomembna priložnost za družino se pokaže, kadar gre v družini za pravo ljubezensko skupnost. Ljubezen je vezivo v celotni sliki mozaika, ki veže družino. Človek že od nekdaj hrepeni po smislu, izpolnjenem s tem, da je ljubljen, in to takšen, kakršen je, brezpogojno, brez če, toda kljub slabostim, krivdi, v vsej svoji bedi, nepopolnosti, je priznanje, da je kot človek vendarle uspešen in je ta uspeh mukoma dosegel, v čemer je dostojanstvo človeka-duhovnega bitja (Lukas, 1993).

ZAKLJUČEK

Sreča posameznika ima korenine v družinski sreči, če je družinsko vzdušje spremenjeno na slabše, posameznik komajda lahko ostane zdrav. Družina potemtakem obremenjuje posameznika in posredno ponovno vpliva na vzdušje v družini. Če človek v svojem zasebnem življenju doživi brodolom ali živi nesvobodno zvezano ali pa svojo svobodo uresničuje neodgovorno, to ne bo brez posledic za njegovo poklicno življenje.

Družina kot ljubezenska skupnost zmore svojim članom podariti to, da so spoznani, kar jih reši vsakršne lastne odtujenosti ter jih približa resničnemu jazu.

LITERATURA

Lukas E. Družina in smisel. Celje: Mohorjeva družba; 1993.

Zalokar Divjak Z. Vzgajati z ljubeznijo. Krško: Gora; 2002.

Frankl V.E. Jaz in ti: medosebni odnosi v sodobnem času. Krško: Gora; 2001.

Frankl V.E. Liječnik i duša. Zagreb: Kršćanska sadašnjost; 1993 (Übersetzung von »Ärztliche Seelsorge, Franz Deuticke, Wien 1982, 10. Auflage).

Kralj A. Vražji zakonci, Srečen zakon – je to danes sploh mogoče. Ljubljana: Samozaložba; 2006,

http://sl.wikipedia.org/wiki/Dru%C5%BEina#Dru.C5.BEina_kot_politi.C4.8Dno_vpra.C5.A1anje (19.2.2012)

Obravnava neozdravljivo bolnih v patronažnem varstvu in teoretični modeli

THEORETICAL MODELS AND PALLIATIVE CARE IN COMMUNITY NURSING

mag. Jožica Ramšak Pajk

prof. zdr. vzg.
ZD Ljubljana, Patronažno varstvo in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice
jozicaramsakp@gmail.com

dr. Fiona Murphy

Senior Lecturer
School of Human & Health Science, Swansea University

IZVLEČEK

Zdravstvena nega je tako znanstvena kot praktična disciplina. Zdravstvena nega v patronažnem varstvu se nenehno spreminja, predvsem se prilagaja potrebam posameznikov, družin in skupnosti, družbe in aktualni politiki. Tako kot se razvija patronažno varstvo, z razvojem raste tudi znanje. Prepletenost znanja s teorijami, prakso in raziskovanjem daje vedno nove izzive praksi. Osnova raziskovanju in okvir delovanju medicinske sestre v patronažnem varstvu pa je uporaba in sledenje teoretičnim modelom. Namen prispevka je opozoriti na prednosti uporabe teoretičnih modelov in razvijanja kritičnega odnosa do znanja.

Uporabljena je deskriptivna metoda dela. Za predstavitev izhodišč je dodan pregled literature. Uporabljeni sta bili bibliografski bazi CIHNAL in COBISS.

Prispevek na teoretičnih izhodiščih obravnava delo medicinske sestre v patronažnem varstvu. Temelji na predstavitvi teoretičnih modelov, ki so bili najpogosteje aplicirani in raziskani na primerljivem področju patronažnega varstva, in sicer teoretični modeli avtoric Hildegard Peplau, Doroty Orem, Betty Neuman, Jean Watson in Caliste Roy.

V patronažnem varstvu še posebej veljajo vrednote, kot so spoštovanje, zaupanje, zdravje, dobri medosebni odnosi, pristna komunikacija. Z uporabo konceptov teoretičnih modelov, ki sledijo omenjenim vrednotam, želimo zagotoviti kakovostno zdravstveno oskrbo, ki temelji na dokazih, znanju in izkušnjah.

Ključne besede: patronažno varstvo, teoretični modeli, paliativna oskrba

ABSTRACT

Nursing is a practical as well as scientific discipline. Changes in the health care needs of society have dictated changes in the structure in operating practices of community nurses which are patient-focused and respond to the needs of individuals, families and communities and current health policies. The development of community care practices entails the development of new knowledge, knowledge generated through experience and personal understanding. Nursing research, evidence-based practice and nursing theories provide a foundation for evaluating and developing nursing practice. The aim of the article is to present the nursing models and theories on which community nursing is founded and the development of critical approach to knowledge. The study is based on a descriptive research method. A literature review was conducted to establish a theoretical framework for the area of interest. The databases CIHNAL and COBISS were searched with selected terms.

The paper discusses the community nursing practices based on the most commonly applied theoretical models of Hildegard Peplau, Doroty Orem, Betty Neuman, Jean Watson in Calista Roy.

Community nurses recognize respect, trust, health, good relationships and genuine communication as basic values and beliefs of their profession. By application of the concepts of theoretical models based on these values, community nursing aims at quality evidence-based health care founded on knowledge and experience.

Key words: community nursing, theoretical models, palliative care

UVOD

Patronažno zdravstveno varstvo zajema aktivno zdravstveno in socialno varstvo posameznika, družine in skupnosti. Usmerjeno je v pospeševanje zdravja celotne populacije, preprečevanje bolezni in poškodb ter v zdravstveno nego bolnih in poškodovanih. Patronažna medicinska sestra je družinska medicinska sestra, ima svoje terensko območje in pregled nad populacijo terenskega območja. Le na ta način deluje na vseh ravneh zdravstvene vzgoje, promovira zdravje in zagotavlja kontinuiteto in celovitost obravnave posameznika, družine in lokalne skupnosti. Svoje delo načrtuje dnevno, mesečno in letno. V okviru načrta dela izvaja preventivne patronažne obiske v družini ob prihodu novorojenčka in spremlja družino skozi vsa razvojna obdobja življenjskega cikla ter kurativne patronažne obiske, naročene prek delovnega naloga osebnega zdravnika. Na ta način spremlja bolnega člana družine ob napotitvi v bolnišnico, njegovi vrnitvi domov, spremlja starostnika ali terminalnega pacienta ob njegovem poslavljanju od družine in spremlja žalujočo družino po smrti katerega od članov.

Glede na specifične potrebe in naravo dela v patronažni zdravstveni negi patronažna medicinska sestra ravno prek komunikacije ugotavlja izražene negovalne potrebe pri pacientu. Pri tem je še posebej pomembno, da je komunikacija empatična in skrbstveno naravnana. Obiski so naravnani glede na intervencije zdravstvene nege in potrebe pacienta. Patronažne medicinske sestre stopajo v družino in terapevtska komunikacija, ki temelji na spoštovanju, zaupanju, empatiji ter profesionalnosti, je vodilo dobremu skrbstveno-terapevtskemu odnosu in kakovostni zdravstveni oskrbi. Patronažne medicinske sestre so nepogrešljivi člen pri obravnavi težko bolnih pacientov na domu in predstavljajo vezni člen med bolnišnico, družino, osebnim izbranim zdravnikom ali drugimi službami. Obravnava pacienta z diagnozo rak na domu je odvisna od mnogih dejavnikov, vendar je to fizično in čustveno zahtevna ter odgovorna naloga. Pogosto tudi imenujemo, da gre za paliativno oskrbo. Slednjo je WHO (2002, cit. po Lunder 2006) opredelila kot celostno skrb za pacienta z glavnim namenom blaženja bolečine ter drugih simptomov kot tudi reševanje psiholoških, socialnih in duševnih težav s ciljem doseči kakovost življenja pacienta in družine.

Danes je glavni poudarek v zdravstvu izvajanje najbolj kakovostne oskrbe, ki temelji na najboljših in najnovejših dokazih in jo izvajajo strokovno usposobljeni zdravstveni delavci. To je najvišja prioriteta in prav je, da sledimo doseganju tega cilja. Praksa zdravstvene nege, na primer, ki temelji na raziskovalnih ugotovitvah in dokazih samih, lahko premalo poudarja pomen posameznih potreb pacienta in zanemari znanje, ki temelji na izkušnjah. Prav tako prevelik poudarek na osnovi izkušenj pridobljenega znanja in dejstev lahko zanemari pomen teoretičnih osnov in temeljev, ki zagotavljajo okvir za celovite, individualizirane zdravstvene nege (Pearl, Sharon, Lois, 2006). Zato je naš namen predstaviti, kako lahko tudi z bolj teoretičnim pristopom in uporabo teorij zagotovimo kakovostno zdravstveno oskrbo, ki temelji na dokazih in izkušnjah.

V patronažnem varstvu še posebej veljajo vrednote, kot so spoštovanje, zaupanje, zdravje, družina in v tej smeri patronažna medicinska sestra tudi deluje in si zastavlja cilje patronažne zdravstvene nege. Za njihovo realizacijo, uspešno ter kakovostno delo potrebuje znanje s področja zdravstvene nege in drugih strok. Znanja različnih teoretičnih modelov lahko dajo patronažni medicinski sestri okvir delovanja, saj teoretični model poskušajo razložiti, predvideti in opisati prakso zdravstvene nege. Za kritično vrednotenje uporabe v praksi sledimo avtorici Fawcett (2004).

Namen in cilji:

- Predstaviti nekaj osnovnih izhodišč teoretičnih modelov, in sicer: teorije skrbi Jean Watson, teorije zdravstvenega varstva Betty Neuman, adaptacijske teorije Caliste Roy, modela medosebnih odnosov Hildegard Peplau in model samooskrbe Dorothy Orem.
- Prikazati bistvene elemente in pristope medicinske sestre v patronažnem varstvu s poudarkom na posameznih konceptih pri obravnavi pacienta z neozdravljivo boleznijo na domu.
- Predstaviti prednosti in slabosti posameznih teoretičnih modelov pri uporabi v patronažnem varstvu.

METODE

Na podlagi delnega namenskega pregleda literature v bibliografskih bazah Cinahl in Cobiss, osebnih izkušnj in zgodb s terena se osredotočamo na poseben pomen odnosa in procesa obravnave pacienta z družino in medicinske sestre v patronažnem varstvu. Uporabljena je deskriptivna metoda dela, kjer na podlagi pregleda literature in uporabe konceptov teoretičnih modelov želimo prikazati možne pristope medicinske sestre v patronažnem varstvu pri obravnavi neozdravljivo bolnega na domu. Proces je induktiven z namenom prepoznati značilnosti pristopa pri celostni obravnavi.

Pri raziskavi so upoštevani etični vidiki, kot so načelo anonimnosti, neškodovanja in avtonomnosti.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Pomembno se je zavedati, da nobena teorija ne pokriva vsega, da ni univerzalna. Vsaka teoretičarka je opredelila svoj teoretični model v okviru štirih konceptov metaparadigme, in sicer: človek, okolje, zdravje in zdravstvena nega. Ob tem je pomembno dejstvo, da so teoretični modeli nastajali v okviru razumevanja, pogleda, znanja ter kulture in časa, v katerem so živele in delovale avtorice.

Modeli zdravstvene nege, ki so pogosto uporabljeni v zdravstveni negi starejših, so: Royev adaptacijski model, Oremova teorija samooskrbe, Penderjev model promocije zdravja, Model življenja ali RLT model. Pomembni koncepti zdravstvene nege starejših so doseganje optimalne funkcije samooskrbe, kvaliteta življenja, uspešno prilagajanje situacijskim in razvojnim stresorjem ter sprememba življenjskega stila z namenom izboljšanja zdravja (Tomey, Alligood, 2006). Življenje s kronično boleznijo in ohranjanje neodvisnosti sta največja izziva. V patronažni zdravstveni negi se pogosto srečujemo z osamljenostjo starejših. Vzpostavljane zaupnega odnosa s pacientom in njegovimi bližnjimi vsekakor v prvi vrsti zahteva interakcijski odnos. Avtorji (Caris-Verhallen, Kerkstra, Bensing 1997) poudarjajo pomen in vlogo komunikacije pri starejših ter nakazujejo možnost uporabe teoretičnih modelov, kot so teorija medosebnih odnosov H. Peplau, sistemska teorija Kingove, Oremova teorija samooskrbe in Neumanova sistemska teorija. Komunikacija je še toliko bolj pomembna pri starejših.

Patronažnim medicinskim sestram delo v domačem okolju pacienta pomeni še poseben izziv, saj je mesto intervencije na pacientovem domu, kar daje odnosu med patronažno medicinsko sestro in pacientom še posebno dinamiko (McGarry, 2004). Patronažna zdravstvena nega je fleksibilna dejavnost, saj po eni strani zahteva izvajanje patronažne zdravstvene nege v nepredvidljivem okolju in zahteva zadovoljevanje pacientovih potreb glede na aktualno situacijo (Carr, 2001). Patronažna medicinska sestra je gost v pacientovem domu, pomembno je ohranjanje ter vzdrževanje harmonije med vlogo gosta in profesionalno vlogo (McGarry, 2004). V obsežni raziskavi ista avtorica (2008) ugotavlja, da se patronažne medicinske sestre zavedajo in prepoznajo vlogo izvajalke zdravstvene nege – profesionalni odnos in osebni odnos. Dodaja še, da je patronažna zdravstvena nega tako posebna zaradi specifičnega okolja izvajanja. Slednje zahteva visoko strokovno

usposobljen kader in večine vzpostavljanja terapevtskega odnosa. Avtor (Tan Jia, 2009) navaja, da večine terapevtske komunikacije pri medicinski sestri niso zgolj ocena stanja in ugotavljanje potreb, temveč tudi zdravstveno vzgojno delovanje, pospeševanje zdravja, ohranjanje dobrega počutja v procesu zdravljenja.

V patronažni zdravstveni negi je v obravnavi veliko starejših ljudi, ki zahtevajo še posebne veščine komunikacije. Glede na specifične potrebe in naravo dela patronažna medicinska sestra ravno prek komunikacije ugotavlja izražene negovalne potrebe pri pacientu. Pri tem je še posebej pomembno, da je komunikacija empatična in skrbstveno naravnana. Obiski so naravnani glede na intervencije zdravstvene nege in potrebe pacienta. Avtorica McCabe v raziskavi (2004) navaja, da so pacienti komunikacijo oziroma delo medicinske sestre opisali kot k »nalogam usmerjeno komunikacijo«. Ravno to je bila največja kritika pacientov, ki so jo občutili kot oviro pri vzpostavljanju medosebnega odnosa in komunikacije medicinske sestre s pacientom. Prvi vtis je pomemben pri vzpostavljanju medosebnega odnosa med pacientom in patronažno medicinsko sestro in je ključen pri nadaljnjem odnosu (McGarry, 2008). Vtis je pomemben pri obeh, ki sta vpletena v komunikacijo.

Zelo pomembno je slišati pacienta, mu prisluhni in si zanj vzeti čas. Avtorja (Stickley in Freshwater, 2006) utemeljujeta, da je za to, da znamo slišati druge, pomembno znati poslušati sebe. Avtorica (Mernik Merc, 2010) o veščini poslušanja kot eni izmed pomembnejših vlog terapevtskega odnosa pravi, da lahko s poslušanjem pacienta patronažna medicinska sestra stopi v njegov svet in vidi stvari, kot jih vidi sam. Čas je pomemben dejavnik v izvajanju zdravstvene nege in je omenjen v več pogledih, kot so npr. organizacija dela, upoštevanje želja pacienta in razpoložljivi čas za poslušanje, izvajanje zdravstvene nege. Podobno navaja McGarry (2008) v svoji raziskavi in še dodaja, da čas kot pojem pomeni pacientu, da je vreden, da je doživel interes s strani patronažne medicinske sestre.

Hildegard Peplau – model medosebnih odnosov

Interakcijski model medosebnih odnosov H. Peplau daje koristno ogrodje delu medicinske sestre in vodi k nastajanju terapevtskega medosebnega odnosa. Koncept modela, kjer se pacient integriira v medosebni odnos, ko se spopada s svojim strahom in z drugimi problemi prek različnih ukrepov medicinske sestre in drugih oseb posredno s terapevtskim odnosom doseže zastavljeni cilj.

Patronažna medicinska sestra vodi in je koordinator poteka interakcijskih faz, medtem ko je vsebinski vodja pacient. Medosebni odnos, ki ga vzpostavi medicinska sestra in pacient, je priložnost za rast in razvoj obeh. Za reševanje problemov se priporoča problemski pristop. Medicinska sestra se ne odloča namesto pacienta, kako rešiti problem, mu ne ukazuje, ampak le vodi, spodbuja, uči, svetuje k rešitvi problema, do česar pride pacient vedno sam (Peplau, 1952, Ramšak Pajk, 2000). Medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom se razvija prek štirih faz: orientacija, identifikacija, interakcija in razrešitvena faza. Skozi te faze medicinska sestra prevzame različne vloge, ki pa niso omejene ne na fazo in ne na čas.

Faza orientacije

Prva faza, faza orientacije, se prične, ko pacient izrazi potrebo po strokovni pomoči in si ne more več pomagati sam. Patronažna medicinska sestra in pacient sta si ob prvem snidenju tujca. Skupaj bosta ugotovila in opredelila probleme, ki se pojavljajo. Ko pride bolezen ali če gre za nujen primer ali dolgotrajno neozdravljivo bolezen, medicinska sestra mora pomagati pacientu, da postane orientiran v prostoru in času, do ljudi okoli sebe ter da dobi čim več informacij o svoji bolezni. V tej fazi je najpogosteje izražen strah pred neznanim, zato je toliko bolj pomembna informiranost pacienta in družine. Prvi stik s pacientom oziroma orientacijska faza je pomembna za nadaljnji razplet odnosa.

Faza identifikacije

V tej fazi se medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom pogloblja. Pacient dobiva občutek pripadnosti patronažni medicinski sestri, manj ga je strah in potrebe po zdravstveni negi so

jasno izražene. Potek faze je uspešen, ko se je pacient pripravljen soočiti s problemi in o tem razpravljati s patronažno medicinsko sestro ali osebo, ki mu je blizu.

Interakcijska faza

Pacient že ima izoblikovano sliko svoje bolezni. Potrebe so jasno izražene. Značilnost te faze je, da pacient želi čim več informacij in uporabi vse možne vire. Pacient vključuje v proces zdravstvene nege tudi svoje in že sam išče odgovore na negovalne probleme. V tej fazi se medicinska sestra pojavi v vlogi svetovalke, osebe z informacijami in tudi vodje. Patronažna medicinska sestra se pogaja s pacientom o poteku zdravstvene nege, biti mora zaupljiva, prožna, ustvarjalna, kot vodja pa demokratična.

Razrešitvena faza

Kot zadnja je razrešitvena faza, kjer pacient prevzame odgovornost. V patronažni zdravstveni negi je težko opredeliti konec obravnave. V obdobju paliativne oskrbe je to najtežja faza, ki zahteva veliko komunikacijskih veščin s pacientom, družino in drugimi pomembnimi. Mnogokrat je ta faza najtežja tako za patronažno medicinsko sestro kot za pacienta. Kako se profesionalni in osebni odnos konča v družini, ki jo obiskujemo, je odvisno od vrste bolezni, starosti, medicinske sestre, trajanja obravnave, zrelosti vpletenih, okolja.

Pri tem medosebnem odnosu in skozi faze lahko medicinska sestra prevzema različne vloge, kot so: vloga tujca, informatorja, vzgojitelja in učitelja, vloga svetovalke, izvajalke zdravstvene nege in tudi vloga nadomestne osebe. Na medsebojni odnos pomembno vplivajo naše lastne predstave o raku, o smislu in namenu zdravljenja, o vrednosti življenja z boleznijo ter stališča do življenja in smrti nasploh.

Teorija skrbi Jean Watson

Po teoriji Jean Watson je cilj zdravstvene nege pomagati ljudem, da dosežejo višjo stopnjo harmonije misli, telesa in duha. To pripomore k samozavedanju, samospoštovanju, samozdravljenju in samooskrbi. V teoriji poudarja spoštovanje enkratnosti in individualnosti vsakega posameznika, njegove pravice in hkrati odgovornosti, da izbira med možnostmi, ki zajemajo življenjske vrednote in zdravje. Navaja, da lahko sam proces zdravljenja bistveno pospešijo pristni medčloveški odnosi, pri čemer se zdravstveni delavci vključujejo kot celovita osebnost tako na čustvenem kot na izkustvenem področju. Bistveno značilnost področja zdravstvene nege predstavlja skrb (Watson, 2006).

Sedem predpostavk, ki jih teoretičarka omenja kot ključne za uspešno delo medicinske sestre in razvijanje skrbstvenega odnosa, so (Tomey Alligood, 2006):

- Skrb je mogoče učinkovito izvajati le medosebno – interpersonally.
- Skrb je sestavljena iz karitativnih dejavnikov, ki povzročajo zadovoljevanje nekaterih človeških potreb.
- Učinkovita skrb izboljšuje zdravje in rast posameznika ali družine.
- Skrb odzove sprejetost osebe, ne le kakršna je sedaj, temveč tudi, kakršna želi postati.
- Skrbno okolje (okolje skrbi) je tisto, ki omogoča razvoj vseh potencialov, medtem ko ima oseba najboljše možne izbire akcije zase v nekem trenutku ali času.
- Skrb je bolj »healthogenic« kot »curing« zdravljenje. Znanost skrbi dopolnjuje znanost zdravljenja.
- Praksa skrbi je osrednjega pomena za zdravstveno nego.

Opredelila je deset karitativnih dejavnikov – skrbstveno-negovalnih dejavnikov. V originalu avtorica (Watson, 2006 str. 297) karitativne dejavnike (org. carative factors) izpeljuje iz besede caritas (grško = ceniti, nameniti pozornost, ljubiti), v SSKJ tudi »ljubezen do sočloveka«. Teorije iz prve objave leta 1979 in navedenih originalnih karitativnih dejavnikov avtorica sedaj slednje dopolnjuje s »clinical caritas processes«. Avtorica poudarja, da svoje delo vidi bolj kot filozofijo oziroma intelektualni načrt zdravstvene nege in ne toliko kot teorijo samo po sebi (Watson, 2006, str. 298). Glede na nekaj karitativnih dejavnikov opišemo obravnavo pacientov z neozdra-

vljivo boleznijo, kjer so skrbstven odnos, empatija, tankočutnost, spoštovanje dostojanstva in prepoznavanje izraženih potreb tako pri posamezniku kot svojcih nujno potrebne in vseskozi prisotne naloge.

Vera, upanje

Upanje je eno izmed pomembnejših danosti človeštvu. Upamo sami, upamo z drugimi. Tudi v patronažnem varstvu nenehno srečujemo različne zgodbe, povezane z upanjem. Upanje v ozdravitev, upanje v boljši jutri, upanje, povezano z odnosi svojcev ali drugimi družinskimi člani. Medicinske sestre v patronažnem varstvu se nenehno srečujemo s takšnimi zgodbami. Še posebej je težko, ko imamo opraviti z neozdravljivimi boleznimi. Prek komunikacije in medosebnega odnosa ob obisku pacienta in družine se izražajo čustva upanja, negotovosti. Medicinska sestra s svojim znanjem in spretnostjo spodbuja in vliva upanje pacientu. Imeti mora veliko sočutnosti in empatije, da sooča pacienta in svojce z realno situacijo v zvezi z boleznijo, bolečino, terapijo in jih spodbuja k samostojnosti.

V prvi vrsti je pomembno, da zna oceniti znanje in informacije o bolezni, ki jih imajo pacient in svojci ter kaj želijo slišati. Za to je primerna podporna komunikacija z veliko razumevanja in občutljivosti. V paliativni obravnavi pride do specifičnih situacij, do postavljanja direktnih vprašanj, jeze, nasilja, zanikanja. Avtorja (Lawton, Carroll, 2005) poudarjata, da je ključnega pomena za dobro nadaljnjo komunikacijo že ob prvem obisku ugotoviti, kaj posameznik ve o svoji bolezni in dogajanju.

Razvijanje občutljivosti – odnosa do sebe in do drugih

Razvoj lastnih občutkov je potreben za pristno interakcijo in občutljiv odnos z drugimi. Prizadevanje, da medicinska sestra postane čutna, ji daje verodostojnost, ki spodbuja rast in samo-aktualizacijo, tako medicinske sestre kot tistih, s katerimi komunicira. Medicinske sestre spodbujajo zdravje in višjo raven dobrega počutja in delovanja le, če razvijejo pristen medosebni odnos. Od medicinske sestre se pričakuje, da je empatična in prepozna doživljanje drugih in jih razume. Pravimo tudi, da zna stopiti v čevlji drugega, včasih tudi samo takrat, če zna sezuti svojega. Vendar pa moramo znati ohranjati pravo mero naše čustvene odzivnosti, da se preveč ne razdajamo in ne izgorimo prehitro. Občasno se vprašamo, kaj družina pričakuje od mene, ali delam prav in odgovorno, etično.

Izražanje čustev, tako pozitivnih kot negativnih

Medicinska sestra se na terenu srečuje z raznovrstnimi občutki in tudi raznoliko kulturo ter navadami ljudi. Srečamo ljudi, ki jih je sram potočiti solzo, izraziti jezo, žalost, obup. Ali pa pokazati zadovoljstvo, ker je uspel sam priti do stranišča. Pacienti in svojci želijo biti slišani. Mnogo je kritik na račun zdravstva, na nas je, da poslušamo in razumemo dogajanje ter jih spodbujamo k izražanju jeze, želji, pričakovanj in tudi upanja. Zaradi specifičnega dela patronažne medicinske sestre in še posebej obiska v domačem okolju se srečujemo z zaupnimi intimnimi dogodki družine. Pogosto se dogaja, da nam želijo svojci kaj povedati, zaupati ali se pogovoriti, pa ob tem ne želijo, da bi to slišal pacient (svojec) ali pa obratno. Pomembna je sposobnost prepoznati potrebe in želje pacienta in svojcev ter imeti komunikacijske veščine.

Sistematična uporaba znanstvenega reševanja problemov – metoda kreativnega in sistematičnega reševanja problemov v skrbstvenem odnosu

Znanstveno reševanje problemov je edina metoda, ki omogoča nadzor in predvidevanje ter dovoljuje samo-korekcijo. Znanost o skrbi ne bi smela biti vedno nevtralna in objektivna.

Pristop k pacientu z vidika intervencij zdravstvene nege je izhodišče procesne metode dela. Tukaj se nam pojavi problem že ob pridobivanju podatkov, ki so nujni za našo uspešno nadaljnjo obravnavo pacienta. Navadno pridobimo zadosti podatkov od svojcev ali pacienta. Primanjkljaj vidimo ravno v ohranjanju kontinuirane obravnave pacienta v procesu zdravstvene nege. Seveda so službe, ki nas pokličejo in obvestijo o odpustu, vendar bi si želeli, da bi bilo teh klicev veliko. Še boljše bi bilo, da bi z namenom varnosti in nadzora opozorili pacienta ob odpustu, da lahko pokli-

če patronažno službo in prosi za obisk. Pričakovali bi obvestilo službi zdravstvene nege, saj so ti podatki za nas zelo pomembni. Svojci so v stiski, preslišijo navodila, ki so jim bila dana. Pacienti so navadno starejši in ob odpustu so njihove in misli usmerjene na dom, kjer živijo.

Spodbujanje medosebnega odnosa učenja in poučevanja
 Medicinska sestra se mora osredotočiti tako na proces učenja kot poučevanja. Razumevanje, kako oseba dojema stanje, pomaga medicinski sestri pripraviti kognitivni pristop. PMS se največkrat poslužujejo zdravstveno vzgojnih pristopov z didaktičnimi metodami, kot so pogovor, demonstracija, razlaganje, prepričevanje, navajanje. Pacienti in svojci namreč še vedno veliko sprašujejo o svoji bolezni, zdravljenju, nadaljnjem poteku. Nekateri želijo potrditev, drugi zaradi pojava demence večkrat obnavljajo znanja. Pristop prilagajamo glede na naravo problema, svojca, pacienta.

Pomembno je omeniti učenje in spodbujanje svojcev pri vsakodnevni skrbi in negi pacienta (njihovega svojca), da bi čim dlje ohranil samostojnost in dostojanstvo. Pri tem svojci potrebujejo našo podporo in potrditev, da ravnajo prav. Ena izmed naših pomembnih nalog je informiranje družine o možni vključitvi drugih služb (ZOD, Hospic, naročanje hrane na dom) ter o pripomočkih in opremi, ki jim bo olajšala skrb in nego svojca.

Priznavanje eksistencialnih, fenomenoloških in duhovnih sil
 Fenomenologija je način razumevanja, kako ljudje vidijo stvari oziroma se zdi, da jih vidijo; gre za vprašanje, kakšen je njihov referenčni okvir. Medicinska sestra pomaga osebi, da najde moč in pogum za soočanje z življenjem in s smrtjo. Medicinska sestra pomaga posamezniku ali družini, da živijo polno, da najde odgovor na vprašanja o smislu. Da zna s svojcem prostovoljno, z razumevanjem in pogumom stopiti na pot umiranja.

Calista Roy – adaptacijski model

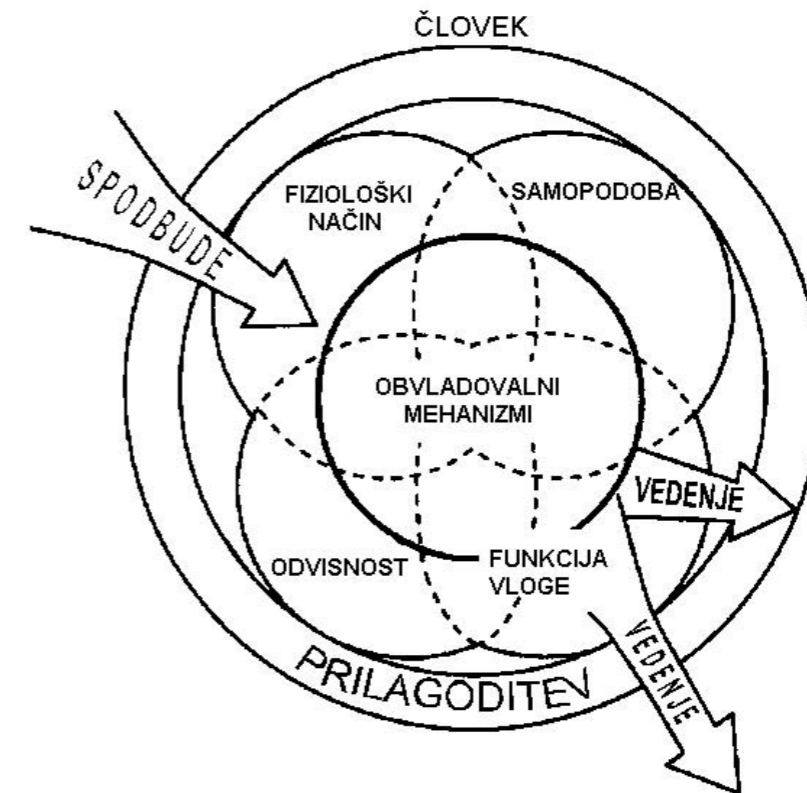
C. Roy vidi človeka kot bio-psiho-sociološko bitje, ki je s svojimi sistemi v stalni interakciji z okoljem in teži k harmoničnemu delovanju in ravnovesju. Posameznikovo raven adaptacije zaznamuje stopnja prilagodljivosti, znotraj katere lahko posameznik ustrezno uporablja nove izkušnje. Prilagoditvena raven predstavlja sposobnost posameznika, da obvladuje spreminjajoče se okolje na pozitiven način. Royeva opisuje naslednje štiri prilagoditvene načine (slika 1), od katerih se vsak osredotoča na posamezni sistem, ki vpliva na vedenje: fiziološki, samopodoba, obvladovanje vloge, medsebojna odvisnost. Proces zdravstvene nege opisuje kot oceno stanja in intervencije medicinske sestre v smeri zmanjševanja stresa iz okolja in pomagati pacientu k učinkovitemu obvladovanju in prilagajanju novim situacijam (Tomey, Alligood, 2006).

Cilj zdravstvene nege je promovirati pacientovo adaptacijo v skladu z adaptacijskimi načini v smeri pospeševanja in izboljšanja adaptacije posameznika na vseh štirih adaptacijskih področjih. Na adaptacijski nivo vplivajo fokalni, kontekstualni in rezidualni dražljaji.

Vsi ti dražljaji morajo ostati v okviru človekove adaptacijske zmožnosti, da jih lahko človek s svojim adaptacijskim nivojem obvlada. Človekova adaptacijska sposobnost se spreminja glede na različna stanja in različna obdobja.

Cilj patronažne zdravstvene nege je izboljšati interakcijo pacienta z njegovim okoljem v smislu vzdrževanja, ohranjanja zdravja, da bo dosegel harmonijo v samem sebi in v odnosu do okolja.

- Fokalni dražljaji zahtevajo takojšnjo obravnavo
- Kontekstualni dražljaji spremljajo fokalne
- Rezidualni dražljaji so izkušnje na zgoraj doživeto



Slika 1: Možni štiri prilagoditveni načini posameznika glede na dražljaje z okolja

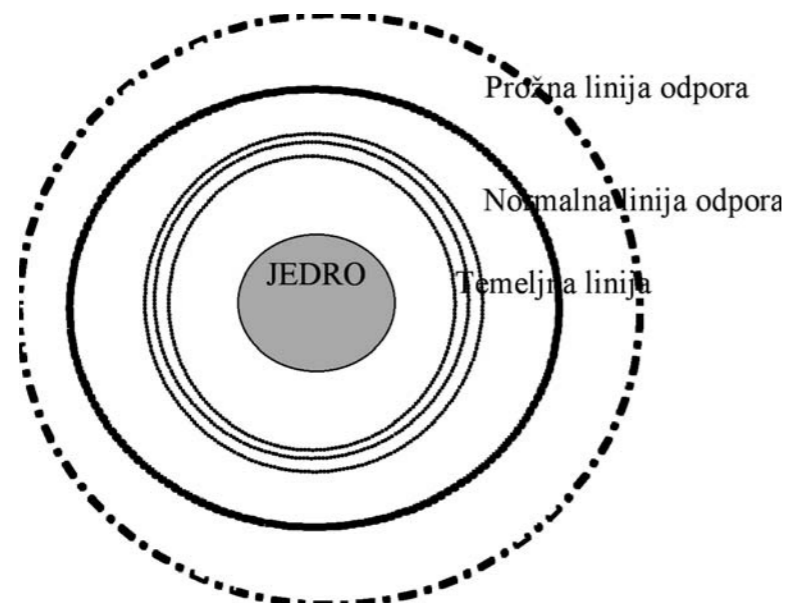
Betty Neuman – model zdravstvenega varstva

Betty Neuman v svojem »modelu zdravstvenega varstva« prikazuje posameznika kot odprt sistem, ki ga ponazarja sistem koncentričnih krogov. Bistvo njenega modela je v odgovoru posameznika in družine na stres (stresorje definira kot vse dejavnike pritiska, ki so možni rušitelji biopsiho-socialnega ravnovesja).

Njen sistemski model predstavlja odprt sistem, v katerem je zdravstvena nega predvsem ukrep v možni ali dejanski stresni situaciji. Odnos okolja in pacienta pri komunikaciji in izmenjavi energije je lahko pozitiven ali negativen, kar je odvisno od obeh, od njiju pa uspešnost preventivnega dela na katerikoli ravni. Sistemski model Neumanove odkriva sile in stresorje, ki imajo lahko pozitiven ali negativen učinek. Obe reakciji lahko predvidimo z ustreznim pravočasnim ukrepanjem. Da bi ustrezno ukrepali, moramo vedeti, kakšno »protistresno zaščito« ima posameznik oziroma družina. Vsak pacient ima svojo osnovno strukturo in energijo (prirojeno in pridobljeno), prav tako tudi njegova družina. Človeka kot jedro obdaja več krožnic, ki predstavljajo linije odpora proti stresu (slika 2). Neposredno ob jedru je temeljna linija odpora, naslednja, ki jo obdaja, je normalna linija odpora, in čisto na koncu, v stiku z zunanostjo in drugimi sistemi, je prožna (fleksibilna) linija odpora. Ta zunanja, prožna linija ščiti pred potencialno nestabilnostjo in jo tvorijo fiziološki, psihološki, sociokulturni, razvojni in duhovni dejavniki (Pearl, Sharon, Lois, 2006).

Za ohranjanje zunanje zaščitne linije odpora proti stresorjem iz okolja, ki predstavljajo dejavnike tveganja, izvajamo intervencije primarne preventive, ki zmanjšajo moč vpliva stresorjev in okrepijo prožno linijo odpora z znanjem, osveščenostjo, vzgojenostjo. Ljudje z dejavniki tveganja, dedno obremenitvijo in že prisotnimi kroničnimi obolenji so bolj ogroženi. Pri tej skupini ljudi je potrebno prožno linijo odpora čim prej okrepiti, še preden sploh pride do bolezni ali poslabšanja. Če smo to zamudili, se stresorji približujejo jedru in ogrožajo normalno linijo odpora ter se

prebijajo k temeljni liniji odpora, kjer že nastopi potreba po sekundami preventivi. V tem primeru je pomembno pravočasno odkrivanje in zdravljenje. Če stresorji, ki se z zapletanjem bolezni in zdravstvene situacije množijo, napadejo osnovno strukturo, jedro, in pride do neozdravljive bolezni. V tej fazi je potrebna ohranitev stabilnosti v smislu urejanja simptomatike, zmanjševanja bolečin, zadovoljevanja bio-fizioloških funkcij.



Slika 2: Delni prikaz sheme modela Neuman. Posameznik z jedrom in linijami odpora na stresorje z okolja

Teoretičarka Neuman vidi človeka kot dinamično bitje, ki ga opisuje s fiziološkega, sociokulturnega, razvojnega in duhovnega vidika. Ravno odnos med temi komponentami in stresorji iz okolja lahko vplivajo na sposobnost posameznika do obrambnih mehanizmov in reakcij na stresorje. Stresne reakcije se pojavijo v človeku (intrapersonalno), med posamezniki (interpersonalno) ali so povzročeni od zunaj (extrapersonalni) (Carmel, 1998).

Dorothea Orem – model samooskrbe

Oremova vidi človeka kot biopsihosocialno bitje, ki je sposobno in pripravljeno skrbeti zase. Medicinska sestra ugotavlja potrebe pri posamezniku po zmožnosti o samooskrbi in potrebo, kjer je izražen deficit, in na osnovi tega načrtuje zdravstveno nego. Opisuje tri sisteme zdravstvene nege glede na deficit v samooskrbi (Carmel, 1998).

Popolno kompenzatorni sistem se uporablja v primerih, ko je pacientovo samostojno posredovanje samooskrbe tako omejeno, da je pacient odvisen od drugih pri zagotavljanju potrebščin je v vsem popolnoma odvisen.

Delno kompenzatorni sistem se uporablja, ko pacient lahko do neke mere samostojno zadovoljuje potrebe samooskrbe in potrebuje medicinsko sestro za zadovoljevanje preostalih potreb samooskrbe.

Podporno vzgojni sistem, v katerem imata medicinska sestra in pacient glavni in enakopravni vlogi pri izvajanju samooskrbe, se uporablja pri pacientu, ki lahko zadovoljuje potrebe samooskrbe skoraj v celoti. Potrebuje še pomoč pri odločanju, nadzor nad vedenjem, dodatno znanje. V tem sistemu medicinska sestra poskuša pospeševati samostojno posredovanje oskrbe (Tomey, Alligood, 2006).

Cilj patronažne zdravstvene nege je ohranjanje zdravja in življenja, povrnitev normalnega ali najboljšega možnega stanja zdravja, nadzorovanje in zmanjšanje posledic bolezni.

RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Raziskava medicinskih sester v patronažnem varstvu na Škotskem (Kennedy, 2004) je pokazala, da je potrebno za uspešno rešitev in obravnavo problemov ob prvem obisku imeti naslednja znanja: znati spoznati pacienta v domačem okolju, spoznati skrbnika/e, poznati ukrepe in intervencije, ki so potrebne, poznati razplet dogodkov v prihodnje, znati prepoznati primanjkljaj znanja, poznati vire in možnosti drugih služb v okolju. Prepoznane so potrebe po obsežnem in raznolikem znanju. Pridobimo jih s formalnim in neformalnim izobraževanjem in izkušnjami ter nasploh s filozofijo vseživljenjskega učenja. Poleg tega je pomembna osebnost medicinske sestre, poznavanje in zavedanje sebe. Ena od značilnosti teorije skrbi Jean Watson je, da ne daje natančnih navodil, kaj delati, temveč kaj biti, da bi dosegli skrbstveno-terapevtski odnos. Bolj je usmerjena v razvijanje medicinske sestre kot osebnosti s ponotranjenimi vrednotami in razvitim občutkom srbi (Tomey Alligood, 2006). Raziskava (Dunne, Sullivan, Kernohan, 2005) o osebnih izkušnjah medicinskih sester v patronažnem varstvu je pri obravnavi paliativnih pacientov prepoznala štiri pomembne teme, in sicer: izziv v upravljanju in obravnavanju simptomov, komunikacijske vezi-odnosi, družina kot element skrbi in izgorelost – osebna cena.

Komunikacijske veščine postajajo eden izmed pomembnejših dejavnikov kakovostne zdravstvene nege. Specifične situacije in dinamično delovno okolje so razlogi, ki motivirajo patronažne medicinske sestre za uporabo učinkovitih strategij komunikacije za vzpostavitev in ohranjanje dobrega in sodelujočega medosebnega odnosa s pacientom. Patronažne medicinske sestre stopajo v družino in vodilo dobremu terapevtskemu odnosu in kakovostni zdravstveni oskrbi je terapevtska komunikacija, ki temelji na spoštovanju, zaupanju, empatiji ter profesionalnosti.

Cilj medicinske sestre v patronažnem varstvu je razviti najboljšo prakso, ki se bo najbolj približala potrebam posameznika, družini, okolju in tudi razumevanju in poslanstvu samega patronažnega varstva. Praksa zdravstvene nege je živ sistem, ki se spreminja, dopolnjuje, razvija. Zato so nova znanja in ideje dobrodošle pri novih izkušnjah, ki lahko prek reflektivne prakse in raziskovanja prinesejo nove akcije in posledično raziskovanje v praksi.

Predstavljenih je nekaj teoretičnih modelov kot možnost in izziv za uporabo znanj medicinskih sester v patronažnem varstvu. Uporaba modelov zahteva tudi kritično presojo in širšo obravnavo, kar pa ostaja izziv za prihodnje.

LITERATURA

- Caris-Verhallen W. M. C. M., Kerkstra A., Bensing J. M. The role of communication in nursing care for elderly people: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 1997; 25, 915-933.
- Carmel B. *Community health care nursing*. Churhill Livingstone, Edinburg, 1998 str. 105-124.
- Carr S. *Nursing in the community: impact of context on the practice agenda*. *J Clin Nurse* 2001; 10: str. 330-6.
- Chambers M. A concept analysis of therapeutic relationships. V: Cutcliffe J.R., McKenna H. P. *The Essential concepts of nursing*, Elsevier Livingstone, Edinburg, 2005: 301-316. Dosegljivo na <http://books.google.com> dne 14.4.2011.
- Dunne K., Sullivan K., Kernohan G. Palliative care for patients with cancer: district nurses experiences. *JAN* 2005; 50; 372-80.
- Forchuk C., Park Dorsay J. Hildegard Peplau meets family systems nursing: innovation in theory-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1995; 21, 110-115.
- Fawcett J. *Contemporary nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, F.A. Davis, Philadelphia, 2004.
- Lawton S., Carroll D. Communication skills and district nurses: examples in palliative care. *Br J Community Nurs* 2005; 10; 134-6.
- Kennedy CM. A typology of knowledge for district nursing assessment practice. *JAN* 2004; 45; 401-9.
- Lunder U. Možnost organizacije paliativne oskrbe v Sloveniji. V: Krčevski Škvarc Paliativna medicina z mednarodno udeležbo, Maribor, 2006; 17 – 21.
- McKenna, H. *Nursing theories and models* London: Routledge, 1997.

McCabe C. Nurse patient communication An exploration of patients experiences. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13: 41-9.

McGarry J. Exploring the significance of place in community nursing. *Br J Community Nurs* 2004; 9: str. 302-4.

McGarry J. Defining roles, relationship, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study. *Health and Social Care in the Community* 2008; 17: str. 83-91.

Mernik Merc A. Odnos med patronažno medicinsko sestro in pacientom. V: *Profesionalni odnos v patronažnem varstvu Zbornik 6. strokovnega srečanja Združenja zasebnih patronažnih medicinskih sester*, Polana 2010: 20-9.

Pearl N., Sharon A., Lois W. Using the Neuman Systems Model for Best Practices. *Nursing Science Quarterly* 2006; 9: 31-35.

Peplau H. *Interpersonal relations in nursing*. New York: G.P. Putnams Sons, 1952.

Ramšak Pajk J. Hildegard Peplau in model medosebnih odnosov. *Obzor Zdr N* 2000; 34: 27-31.

Stickley T., Freshwater D. The art of listening in the therapeutic relationship. *Mental Health Practice* 2006; 9:12-8.

Tan Jia X.J. The use effective therapeutic communication skills in nursing practice. *Singapore Nursing Journal* 2009; 36: 35-40.

Watson J. Jean Watson theory of human caring. In: *Nursing Theories and nursing practice* (Parker ME. ed.). Davis Company, Philadelphia. 2006. str. 295 – 301.

Tomey AM, Alligood MR. *Nursing theorists and their work*. (6th ed.). Mosby, Philadelphia, 2006; str. 91-115.

Stres in obvladovanje čustev

STRESS AND EMOTIONAL CONTROL

Milena Pegan Fabjan

univ. dipl. psih.
ZD Sežana, Dispanzer za mentalno zdravje, milenapfabjan@gmail.com

IZVLEČEK

Stres je zelo pogosta človekova izkušnja. Pomeni dogajanje, ki zmoti človekovo notranje ravnotežje in aktivira prilagoditvene potenciale. Če traja preveč časa, zbolimo. V stresni reakciji so močno vpletene čustva, ki so povezana z aktivacijo limbičnih možganov. Pri tem je zelo pomembno, da so čustveni in kognitivni možgani povezani tako, da občutimo notranjo harmonijo. Kadar smo v prevelikem stresu, čustveni možgani izklopijo neokorteks.

Ključne besede: stres, čustva, obvladovanje

ABSTRACT

Stress is a very common human experience. It is a specific response by the body to different stimuli and can disturb or interfere with the normal physiological equilibrium of an organism. Both physical and emotional stressors activate the organism's stress response mechanisms. Prolonged or chronic stress that exceeds a critical threshold can have a serious impact on our physical as well as psychological health.

A stressful situation always evokes strong emotions, which are generated by the (brain's) limbic system, often referred to as 'the emotional brain.'

Successful interaction between the so-called emotional and the so-called cognitive brain regions is therefore important, as it leads to a sense of inner harmony. During severe stress, regions of the neocortex are deactivated and 'the emotional brain' takes over.

Keywords: stress, emotions, control

UVOD

Stres in obvladovanje čustev sta medsebojno povezana in se v psihičnih reakcijah prepletata. Če hočemo razumeti njuno vzajemnost, moramo najprej spregovoriti nekaj osnovnih pojmov o stresu in čustvih nasploh.

STRES

Stres – definicija

Stres je možno opisati kot dogajanje, ki ga sproži vsaka sprememba, ki zmoti človekovo notranje ravnotežje in aktivira njegove prilagoditvene potenciale (Tomori, 1990).

Stres je pogosta človekova izkušnja in se nam vsakodnevno dogaja. Od človeka zahteva mobilizacijo vseh fizičnih in psihičnih kapacitet, da ga obvlada ali vsaj uspešno obvladuje.

Biološki smisel stresne reakcije je samoohranitev-mehanizem preživetja. Torej človek nosi v sebi mehanizem za boj ali umik. Ta sistem omogoča primerno reakcijo v stresnih situacijah.

Kognitivna ocena

Raziskave potrjujejo koncept kognitivne ocene odziva na stres (Shakespeare, 1978; Watzlawick, 1987). V stresni situaciji je pomembno subjektivno doživetje, ki se kaže v osebnostnih razlikah

v odzivih na stres, čustvih ter zdravju. To ne pomeni podcenjevanja objektivne realnosti, ampak poudarjanje dogodkov, stanj in realnost.

Ločimo dve temeljni obliki kognitivne ocene:

- primarno oceno, ki pomeni vrednotenje pomembnosti stresorja za osebo,
- sekundarno oceno, ki zajema vrednotenje lastnih sposobnosti odziva na stres.

Obe oceni oblikujemo skoraj hkrati in sta pogosto med seboj povezani. Kognitivna ocena je povezana z močjo fiziološkega odziva na stres. Če oseba oceni, da je stresor zelo nevaren zanj, potem bo fiziološki odziv zelo močan (Sarafino, 1990).

Pri tem je pomembna ocena razpoložljive socialne podpore, ki je pomembno različna glede na spol. Za ženske so pomembni medosebni odnosi in so vključene v socialne mreže, od koder črpajo emocionalno in socialno podporo, dobe tudi materialno pomoč ter različne informacije ter vedenja. Moški pa se vrednotijo prek storilnosti in dosežkov. Ženske tudi bolj skrbijo za svoje zdravje (Argyle, 1992), njihova večja občutljivost pa je najbrž povezana s pogostimi težavami, povezanimi z menstruacijo in nosečnostjo. Ženske zbolevalo za manj hudimi boleznimi in v povprečju živijo sedem do osem let dlje kot moški (Selič, 1999).

VRSTE STRESA

Pojem stresor je opredelil Sely (1978, 1982), ki razlikuje med stresorjem ali vzrokom in posledico, kar opredeljuje stres kot stanje. Tako ločimo:

- zunanje stresorje, kot je normativni ali vsakdanji stres – stres, ki ima efekt sumacije ali pika na i in
- notranje stresorje, kot je huda bolezen, notranja konfliktna stanja itd.

Za normalno življenje je določena stopnja stresa nujno potrebna in to je pozitiven stres. Stres je škodljiv, kar pomeni negativen, ko je porušeno razmerje med našimi lastnimi zahtevami in zahtevami okolja ter sposobnostjo reševanja problema. Kadar je stresnih situacij preveč, ko so preveč zgoščene, preveč intenzivne in predolgo trajajo, to vodi v različne psihične motnje in različna telesna obolenja.

FAZE STRESA

- Faza alarma

Gre za močno fiziološko reakcijo. Sporočila potujejo iz hipotalamusa v hipofizo in nato v nadledvično žlezo, kjer se izloči adrenalin. Ta pospeši srčni utrip, dvigne se krvni sladkor. Zmanjša se krvni pretok skozi pljuča, ledvice in prebavni trakt. Poveča se krvni pretok v mišicah, v kri se sprosti holesterol, iz jeter se izloči več sladkorja, skrajša se čas strjevanja krvi. Tako imamo več energije.

Možgani so zaposleni s fizično akcijo in zavest je zožena, misli so toge in počasne.

Spomin na travmatične dogodke ne izzveneva kot običajno življenje. Hormona norepinefrin in adrenalin se sprožata v dramatičnih situacijah in ojačujeta dolgotrajni spomin (Powel, 1999).

- Faza odpora in prilagoditve

V tej fazi moramo poiskati rešitev iz stresne situacije. Odzivamo se na različne načine, npr. pokažemo različna čustva in zahtevamo, da se problem vklopi v naš koncept. Iz situacije preprosto odidemo ali pa se sprijaznimo s stresno situacijo in se nanjo navadimo.

Ko stresor izgine, nastopi splošni adaptacijski sindrom ali homeostaza. Prav čustvo nas spodbudi, da znova vzpostavimo ravnotežje. Tu se vzpostavi biokemično ravnovesje. Ljudje, ki zavračajo ali ignorirajo svoja čustva, se težko uspešno odzovejo. Pa tudi tisti, ki s čustvi pretiravajo, niso uspešni. V tem procesu vzpostavljanja harmonije odigravajo ključno vlogo kognitivni in čustveni možgani. O tem več kasneje.

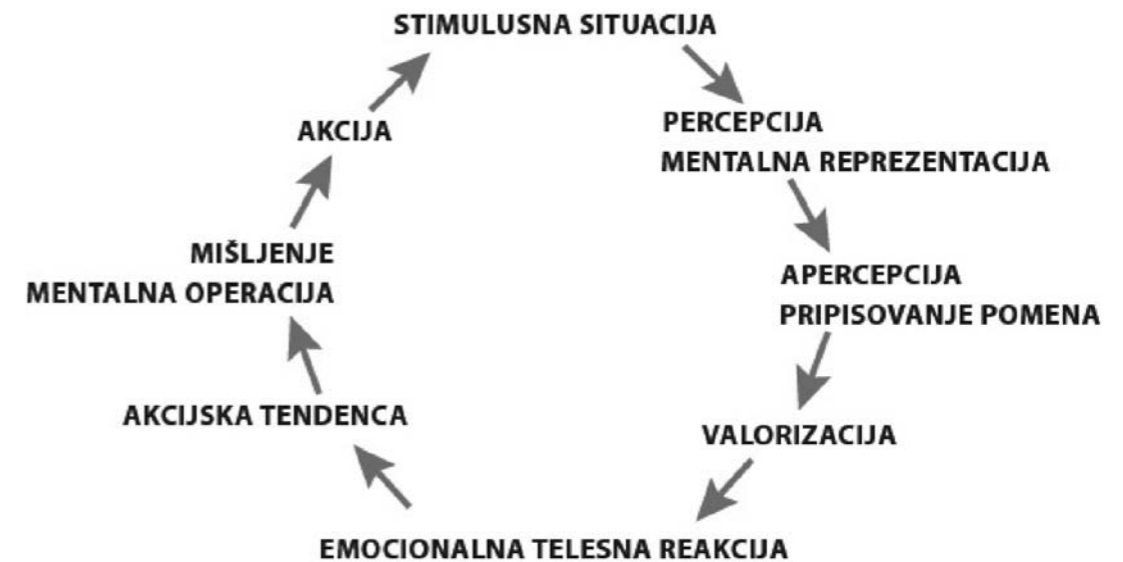
- Faza izčrpanosti ali izgorevanja

Ko se izpostavljanje stresorju nadaljuje, nekako že po približno treh tednih telo zamenja zasilne spremembe s prilagoditvenimi. Telesno in duševno se izčrpavamo. Človek se ne more izkopiti. Torej prihaja do miselne in čustvene odpovedi. Človek se socialno umika, prihaja do upada interesov, splošne apatije. Pojavijo se izčrpavajoča čustva jeze, žalosti, obupa idr. Tudi nizka samopodoba je del procesa fizične in psihične odpovedi. Prilagoditveni mehanizmi so tako izčrpani. Po statistikah ljudje lahko zbolijo, če stresna situacija traja 6 do 8 tednov.

Iz vsega je razvidno, da se vpliv stresa kaže v kognitivni-miselni sferi, čustvovanju, vedenju in kasneje na zdravju.

OBVLADOVANJE ČUSTEV

Vsaka emocija je zapleten mehanizem, ki ga razlagamo s krožno emocionalno reakcijo (Slika 1) ali na kratko KER (Milivojević 2000).



Slika 1: Krožno emocionalna reakcija (Milivojević 2000)

Torej gre za niz mentalnih operacij, ki predhodijo čustvu, in tudi tistih, ki nastanejo ob čustvovanju. Dogodek se ne samo opazuje, ampak tudi občuti. Emocionalne reakcije so odgovori na stimulus, ki je pomemben za osebo. Pri tem se uporabljajo pojmi čustva, emocije, afektivnost, sentimentali kot sinonimi.

Čustva izražajo človekov vrednostni odnos do sebe in sveta. Doživljajo se v okoliščinah, ki so za osebo pomembne. Sledimo svojim vrednotam. Čustva dajejo življenju motivacijo, smisel in cilj. Neprijetna čustva človeku pomagajo, da zavaruje svoje vrednote, v skrajnem primeru, da preživi.

Vsako čustvo ima svojo logiko, smisel in cilj.

Emocije dvignejo energetski nivo telesa in mobilizirajo telo za morebitno akcijo.

VPLIV ČUSTEV NA TELO

Spodnja shema (Slika 2) kaže, da se čustva vedno telesno izrazijo ter da vplivajo na misli.



Slika 2: Shema kognitivnega procesa v telesu

POMEN ČUSTEV V ŽIVLJENJU

Človek odraste v psihološkem smislu, ko brezpogojno sprejme samega sebe takšnega, kot je, z vsemi dobrimi in slabimi lastnostmi. To pomeni, da sprejema svojo osebnost, kar pa ne pomeni, da sprejema svoja vedenja in da odstopi od vedenja, ko ugotovi, da je slabo.

Človek, ki zna izražati svoja čustva, se bolj zaveda samega sebe in ima bolj izostren občutek za lastno identiteto. Prav tako bolje razumeva ljudi okoli sebe in je v medosebnih odnosih uspešnejši.

Nesposobnost prepoznavanja in izražanja čustev je lahko resna duševna motnja. Naša družba je naklonjena razumskemu nečustvenemu ravnanju.

OVIRAJOČA ČUSTVA OSEBNEGA RAZVOJA

Čustva, ki so glavna ovira za doseganja osebne zrelosti, so:

- občutek nezadostne osebne vrednosti,
- sram,
- prezir in
- sovraštvo do sebe.

Človek, ki se brezpogojno sprejme, izgubi zmožnost, da bi čutil takšna čustva. Če naredi kaj narobe, lahko občuti krivdo, ne pa sramu. Pri krivdi ocenjujemo sebe kot dobrega, le da je bilo naše vedenje slabo. Pri sramu pa ocenjujemo sebe kot slabega in to tudi drugi vedo. Tako nam krivda pomaga, da spremenimo naše vedenje in postanemo boljši.

VZGOJA IN RAZVOJ ČUSTEV IN STRES

Nevroznanost razlaga, da stres, ki ga povzročijo napačne vzgojne tehnike, spremeni občutljivo ravnovesje kemičnih snovi v možganih in sisteme za odzive. Celice v določenem delu možganov lahko uniči. Človek ima tako trajno prizadete možgane.

Nevroznanost je z raziskavami dokazala, da se vzgaja tako, da se upoštevajo čustvene potrebe otroka. 90 % možganov dojenčka dozori po rojstvu približno do petega leta, zato je zelo dovzeten za interakcijo s starši. V možganih se vzpostavi na milijone povezav na osnovi otrokovih čustvenih izkušenj. Zelo pomembni snovi sta oksitocin in opiodi. Oksitocin se sprosti pri porodu in pomaga mami in dojenču, da se povežeta. Zaradi opioidov se otrok počuti dobro. Ti snovi nastajata, kadar se eden od staršev ali druga otroku naklonjena oseba ljubeče dotikata ali ga objemata (Sunderland, 2008).

Novorojenček zmore izraziti temeljna čustva, kot so veselje, presenečenje, strah, jeza, žalost in gnus. V drugem letu malček izraža kompleksnejša čustva, kot so sram, krivda, zavist in ponos. To so že čustva samozavedanja s pozitivno in negativno komponento ter socialna čustva, pogojena s kulturo in normami okolja.

Razvoj mehanizma samouravnavanja čustev omogoča prilagajanje intenzivnosti čustvene reakcije okolju.

Razvoj govora prinese verbalno izražanje čustev in s tem širitev polja integracije.

Čustva se socializirajo s spodbudami in inhibicijami staršev in pomembnih vzgojiteljev. Tako se razvije povezava med čustvi in vedenjem.

Ko je dojenček zelo vznemirjen, joka in kriči, rabi pomoč staršev, da se pomiri. Če se dosledno tako odzivamo, se v čelnih režnjih možganov začnejo razvijati povezave, ki mu bodo omogočale utišati stanje hude vznemirjenosti, ki izhaja iz globljih spodnjih predelov možganov. Če so starši indiferentni ali se celo negativno odzivajo, se te povezave ne razvijajo.

TRIDELNI MOŽGANI

Nevroznanost razlaga evolucijski razvoj tridelnih možganov. Najstarejši del so plazilski možgani, mlajši so sesalski možgani, najmlajši pa so človeški možgani ali neokorteks. Plazilski in sesalski del možganov uravnava čustvovanje in telesno fiziologijo. Informacije obdelujeta enostavneje in bolj preprosto ter omogočata preživetje.

ZAKLJUČEK

Kadar smo v stresni situaciji, prefrontalni korteks ohromi in izgubi sposobnost nadzorna nad našim vedenjem. Čustveni možgani prevladujejo nad mišljenjem in izpademo zelo nerazumni. Če kognitivni možgani ne prisluhnejo čustvenim, se to kaže kot klasične stresne motnje: nerazložljiva utrujenost, visok krvni tlak, kronični prehladi, okužbe, bolezni srca, prebavne motnje, težave s kožo (Schreiber, 2010).

LITERATURA

- Argyle M. The Social Psychology of Everyday Life. Routledge; 1992.
- Milivojević Z. Emocije, treće prošireno i dopunjeno izdanje. Novi Sad: Prometej; 2000.
- Schreiber DS. Ozdravimo depresijo, tesnobo in stres brez zdravil in psihoanalize. Kranj: Ganeš; 2010.
- Powell T. Kako premagamo stres. Ljubljana: Mladinska knjiga; 1999.
- Sarafino EP. Health psychology: Biopsychological interactions. New York: Wiley; 1990.
- Selič P. Psihologija bolezni našega časa. Ljubljana: Sophia; 1999.
- Sely H. The stress of life. New York: McGraw Hill; 1978.
- Sely H. History and present status of the stress concept. In: Goldberger L, Reznits S, eds. Handbook of stress. The Free Press; New York, 1982.
- Shakespear W. Zbornik gledališke igre. Ljubljana: Mladinska knjiga; 1978;
- Sunderland M. Znanost o vzgoji. Didakta; 2008.
- Tomori M. Psihologija telesa. Ljubljana: Državna založba slovenije; 1990.
- Watzlawick P. Koliko je stvarno stvarno? Beograd: Nolit; 1987.

Pravice staršev

Miha Kramli

univ. dipl. teolog
terapevt in vodja Centra za zdravljenje odvisnosti ZD Nova Gorica

1. PRAVICA DO MIRU

Ena od temeljnih pravic, ki jo imamo starši, je pravica do miru. Seveda je treba to pravico na primeren način in pravočasno posredovati otroku. Glede na starost otroka, je treba povedati, da imamo od 19. ure dalje pravico do miru. Ko otrok to sliši in ko starši to tudi uresničujejo, otrok sčasoma to omejitev ponotranji in to preraste v vrednoto. Ko bo ta otrok postal mladostnik, bo ob odhodu na zabavo dobil omejitev, do kdaj je lahko na zabavi, se bo sicer lahko upiral tej omejitvi, vendar pa se bodo starši z njim lahko pogajali, ker ima otrok v sebi oblikovano družinsko vrednoto do miru, ki se glasi, da imajo starši pravico do nemotenega počitka. Za pomoč pri uveljavljanju te pravice se moramo starši zavedati, da ne moremo pristati na vlogo nočnega čuvaja, ki bo do 3. zjutraj bedel in preverjal, ali bo mladostnik prišel domov in v kakšnem stanju, kmalu zatem pa moramo oditi v službo ali po dolžnostih. To je nedopustno. Mladostnik mora upoštevati položaj svojih staršev, ki imajo službo, ne pa vloge dežurnega varnostnika.

2. PRAVICA DO POSTREŽBE

Starši smo tudi zato, da prenesemo pogled na našega otroka, ko mora delati, ko se zviija od bolečine, krivice ... in da ob tem ostanemo stabilni in urejeni. Otrok, ki bo doživel umirjenega starša, ko on trpi in dela, dobi sporočilo, da delo ni nekaj nevarnega, da je krivica sestavni del življenja in da ni treba pred tem bežati, da se vse to da preživeti, ne da se »zatripa« pred zaslon, zapije ali drogira. Starši, ki se ob trpečem otroku vznemirijo in postanejo panični, pa otroku sporočajo, da je delo stiska, nekaj, kar se ne da preživeti, in je pred tem treba zbežati, pogosto zbežijo prav v omamo. Zato je prav, da starši že otroku postavimo delovne obveznosti na pregleden način. To pa zato, da si otrok položaj v družini prigara. Ni samoumevno, da je hladilnik poln, da je otrok na toplem in oblečen. Žepnina ne more biti dogovorjena, ampak mora temeljiti na otrokovem oziroma mladostnikovem prispevku k družinskim odnosom in družinskim obveznostim. To pomeni, če otrok oziroma mladostnik v tednu ali mesecu ni opravljal dogovorjenih in postavljenih obveznosti, ne more prejeti žepnine. Nedopustno je, da zaradi šolskih obveznosti ne bi imel drugih delovnih obveznosti.

3. PRAVICA DO OBNOVE PARTNERSKEGA ODNOSA

Ko starša posvetita čas drug drugemu, otrok ne sme zmotiti tega časa, npr. z željo, da ga nekdo popraska po hrbtu. Otrok mora zaznati, da starša zmoreta zaščititi partnerski odnos. Tega ne doživlja kot zapostavljanje, nasprotno, to v njem krepi voljo do življenja, do dela ...

4. PRAVICA STARŠEV DO NADZORA

Starši imamo pravico, da, ko mladostnik odhaja od doma, vemo, kje bo, s kom bo, kaj bo delal, kako bo odšel od doma, kako bo prišel domov. Zakaj? Zato, ker ne smemo dovoliti, da postane ulica ali klapa močnejša od družine. Če se to zgodi, potem vsebine življenja ne določa več družina, ampak okolica.

Sposobnosti svobodnega gibanja ta fant nima več

RESNIČNA ZGODBA

Miha Kramli

univ. dipl. teolog
terapevt in vodja Centra za zdravljenje odvisnosti ZD Nova Gorica

Kot terapevt se srečujem z zgodbami ljudi, ki so klonili pod pritiskom zasvojenosti. Človeški um je naš največji zaveznik, a nas obenem zlahka izda, pogosto tedaj, ko zanemarimo svojo čustveno inteligenco. Navajen različnih primerov, sem sam vedno bolj prepričan, da se človek ne zna braniti, dokler ne spozna, čemu se brani.

Pretrsljiv je primer osnovnošolca, ki zaradi pretirane uporabe računalnika ni zmožal več odgovoriti na najbolj preprosto ustno vprašanje učitelja. Leta in leta prikovan na monitor, je pozabil hoditi. Nedolgo tega mi je razredničarka šestega razreda pripovedovala zgodbo, ko učenec na rekreacijskem pohodu ni znal sestopiti po hribu v dolino. Osnovni koraki, ki se jih naučimo, ko se spustimo iz materinega naročja v svet, ki nas pripeljejo daleč in nas dvignejo visoko, so podlegli uram sedenja pred računalnikom in zakrneli. Sposobnosti svobodnega gibanja ta fant nima več.

Še pred nekaj leti nasmejan in poln življenja danes 23-letnik stoji pred menoj izčrpan in v plenicah. Ne zmore kontrolirati urina in blata, a ni alkoholik ali zasvojenec z drogo. Spremembe so se pojavile, ko je dovolj dolgo cele dneve in noči preživel pred monitorjem. Seveda je to eden skrajnih primerov, a ni osamljen. Če bi temu fantu kdo povedal, da je ena ura zabave, sprostitve, tolaženja tista meja, ki je še varna, bi bil danes svoboden!

Tu so še ljudje, ki so zamenjali občutke ljubezni, morda zaradi osamljenosti in sramežljivosti ali slabe samopodobe, in postali zasvojeni s spletno pornografijo. Tako daleč pripelje nekatere, da padejo vse dovoljene meje, da prizadenejo nepopisno škodo, tako psihično, telesno kot materialno, saj je na spletu vse potencirano in tako globalno.

Vedno več ljudi poišče pomoč v naši ambulanti za zdravljenje različnih zasvojenosti. Številka pacientov močno narašča. Kot terapevt jim skušam razkriti virtualne pasti in v posamezniku najti moč, da bi spoznal in na koncu premostil tudi to oviro na poti do zdravega življenja.

Kaj je zasvojenost?

Miha Kramli

univ. dipl. teolog
terapevt in vodja Centra za zdravljenje odvisnosti ZD Nova Gorica

ZA NASTANEK ZASVOJENOSTI LJUDJE NISO ENAKO DOVZETNI

Skoraj vse, kar vidimo okrog sebe, so stvari, od katerih smo odvisni. So stvari, ki nam lepšajo in osmišljajo življenje. Vse to nosi sledi človeške ustvarjalnosti ali kreativnosti, zato so obleka, oprema stanovanja, knjige, umetnine, ki jih imamo, odraz nečesa globljega. Ko naštevamo te dobrine, ne govorimo zgolj o imetju, temveč predvsem izpostavljamo moč idej, zamisli, vizij, ki jih premore človek. Oblačim se po svoji predstavi. Stanovanje opremljam in čistim z notranji-mi predstavami ... Cilj zdrave osebnosti je oblikovanje in ohranjanje moči za urejeno življenje.

V praksi spoznavamo, da je tako pri kemičnih kot nekemičnih odvisnikih prišlo do sprememb prav na tem notranjem, mentalnem, duhovnem zemljevidu. Posledica tega je, da zasvojeni spremenijo stil oblačenja, komunikacije. Počasi spreminja odnos do sebe, bližnjih in tudi do zunanjega sveta. Prej urejeno bivalno okolje postaja vse bolj zanemarjeno ali pa je celo na razprodaji.

Vse oblike zasvojenosti ranijo osebne ideje, vizije. To nam sporoča, da se pri zasvojenostih ne srečujemo le s fizično zanemarjenostjo, finančnim zlomom, agresivnostjo. Zasvojeni je vse bolj notranje »shiran«.

Vizija življenja, ideje, zamisli, ki jih posameznik oblikuje, človeku odločilno pomagajo pri tem, ali je rezultat nekega njegovega početja na koncu sprejemljiv ali nesprijemljiv. Zasvojena oseba pogosto ne zmore sprejeti ukrepov, ki bi ga rešili.

Zasvojenost je bolezen, ki prizadene človekovo telo, odnose z ljudmi in sposobnost za produktivno življenje. Vedeti moramo, da zasvojenost ne povzroča samo telesnih težav. Gre za značilno vedenje in ravnanje zasvojenega človeka, ki dobro ve, da je to, kar dela, škodljivo. Kljub vedenju ponavlja škodljiva dejanja in jih ne more opustiti, ker bi se moral soočiti z abstinenčno, odtegnitveno reakcijo. Abstinenčna reakcija ni prijetna, je boleča in od človeka zahteva odločitve ali se bo z njo soočil ali bo popustil. Izkušnje govori, da zasvojeni večkrat poskusijo opustiti škodljivo vedenje, vendar vedno znova popustijo notranjim psihičnim pritiskom ter se znova in znova omamljajo.

Pri zdravljenju zasvojenosti je potrebno upoštevati, da je človek odprt sistem. Človek lahko v polnosti obstaja, če svoje življenje in tudi svoj življenjski prostor usklajuje z okoljem. To pomeni, da se odpre součinkovanju, saj bo za svoja dejanja prejel odgovore. Če zasvojeni ali njegovi bližnji ne morejo zagotoviti te relacije, je potrebno poiskati pomoč v za to primernih ustanovah. Priporočila se tako individualna kot skupinska terapija. Pogosto se dogaja, da niti ta oblika pomoči ne zadošča, v takšnih primerih ostanejo terapevtske skupnosti. Cilj terapije je, da zasvojeni vse, kar ne sledi zdravju, ustvarjalnosti, zavrne in začne znova. V procesu zdravljenja sicer prihaja do delnih uspehov, vendar je potrebno vedeti, da ti nimajo sposobnosti, da bi sami iz sebe zagotovili ozdravitev. Pomembno je vztrajati in pridobiti zadostno število pozitivnih izkušenj, ki se seštevajo, končni rezultat pa je abstinenca ali celo ozdravitev.

Abstinenca se kaže v tem, da je človek sposoben tudi v težkih situacijah stopiti v odnos, ki je naravnano na pozitivno rešitev težave.

TELO IN ZASVOJENOST

Živčni sistem ne povezuje naših organov kar vseprek, temveč s tistimi organi, ki skrbijo za stik telesa z okoljem. Živčni sistem ne prenaša le informacij med čutnimi organi in mišicami, temveč povezuje tudi informacije med seboj. Preprost primer za to so asociacije.

Kemična in nekemična zasvojenost prizadene celoten sistem v telesu. Ko je prizadeto telo, je prizadeta tudi človekova ustvarjalnost.

Zasvojenost je kronična bolezen, za katero je potrebno več let, da se razvijejo vsi njeni značilni znaki. Vedeti moramo, da zasvojenost ni enkraten dogodek in ne nastopi takoj. Potrebni je veliko majhnih korakov. Na nastanek, trajanje in razvoj bolezni vplivajo številni dejavniki. Pri zasvojenosti gre za kumulativni učinek dolgoletnega napačnega odločanja. Tak človek se ni sposoben odločati v smeri, ki je zanj dobra.

KAJ VSE NAS OMAMLJA?

Ne omamlja le droga. Ljudje se lahko zasvojijo tudi brez posredovanja kemičnih sredstev, z uporabo posebnih postopkov nas lahko omamijo rituali, postopki, stave, igre na srečo, psihični manevri, ki sprožijo omamni učinek s pomočjo stimulacije možganov. Izkušnje potrjujejo, da se zasvojenost ne pojavi sama. Vedno jih je več. Gre pa za eno bolezen, ki jo poganjajo različna sredstva. Oblika zasvojenosti se sčasoma spreminja, odvisnost pa ostaja.

KDO JE BOLJ DOJEMLJIV ZA ZASVOJENOST?

Nahajamo se v situaciji, ko ljudje še zmorejo kritizirati, toda v glavnem le, kadar jim kdo stopi na prste njihovih osebnih interesov, privilegijev ... Bistvena, temeljna vprašanja, ki zadevajo skupno bivanje, pa jih ne zanimajo. Zaradi takšnega mrtvila in prešibke živosti se vrstijo pritožbe od vseh psov. Šolstvo, zdravstvo, gospodarstvo, socialna beležijo takšno stanje, vendar nimajo pravega odgovora.

Mrtvilo rojeva vedno močnejšo potrebo po umetnem oživiljanju sodobnega človeka. Zabave po hišah, klubih, igralnih salonih niso žive in živahne same po sebi. Potrebno jih je organizirati, »animirati«. Zaradi takšnega mrtvila je nastal celo nov poklic - animator. Vse več otrok organizira praznovanje rojstnega dne s pomočjo animatorjev in programa, ki ga zapolni priznani pevec, igralec. Praznovanje »oskubi« starše za 8000 evrov. Mrtvilo drago plačajo.

Med obiskovalci igralnih salonov, barov ... je velik del takih, ki potrebujejo družbo in norenje okrog sebe, ker niso opremljeni, kako ulti čemernosti, kako oblikovati osebni, partnerski, družinski, socialni razvoj. V okolju, kjer je veliko norenja, hrupa, lučk, ni življenja. Kje so poklicne institucije, posamezniki, ki bi jasno oblikovali program s sporočilom, da osebna rast, skrb za družino, poklicno usposabljanje ne uničujejo čustveno duhovnega bogastva v človeku, temveč ga pravilno usmerijo in ohranijo?

Ko pride val nove mode, se nenadoma zganejo ljudje, ki so bili prej nepremični, kakor da bi imeli v sebi zapisano potrebo po nepremičnosti in dremanju. Ob novi ponudbi mobilov, avtomobilov, ličil, računalnikov, novih prireditvah v salonih se nekateri temeljito zganejo. Postavijo se v prve vrste novih struj. To je zasvojenost z aktualnostjo, z umetnimi potrebami.

NEKATERE ZNAČILNOSTI ZASVOJENOSTI

Stanje izzivljanja

V tem delu, to je v fazi izzivljanja, je zasvojeni brez nadzora nad svojim vedenjem in si dá duška do konca. V tej fazi se zaradi omamnega učinka in olajšanja notranje bolečine ne zmore zadržati in ne more nadzirati svojega vedenja.

Stanje zadrževanja

V tem stanju si oseba prizadeva, da bi se ustavila in ne bi ponavljala škodljivega vedenja, zaveda se svoje neizmernosti in grozečih posledic ter se lahko trdno odloči, da se to nikdar več ne bo ponovilo.

Kaj je kompulzivnost?

Kompulzivnost ali prisilnost pomeni, da se zasvojeni ne more upreti notranji potrebi, da bi se omamil, čeprav želi prenehati.

Zdravi ljudje zato pogosto ne morejo razumeti zasvojenih, ko jim razlagajo, da ne morejo prenehati. Mislijo si, da je to le izgovor, da bi se izognili odgovornosti. Prevladujoče je mnenje, da je potrebno na zasvojene pritisniti, naj se že enkrat zberejo in prenehajo z »norenjem.« Psihični pritisk lahko velikokrat potisne zasvojenca še globlje v zasvojenost.

V kompulzivnem stanju zasvojeni čuti, kot bi ga nekaj vleklo, čuti nekakšno notranje hrepenenje in drgetanje, zaradi katerega se zavest zoži samo na razmišljanje o tem, kako bi se spet oamnil. S kompulzivnostjo se lahko srečamo tako v zvezi z igrami na srečo kot s spletnimi vsebinami, spolnostjo, hrano, mamili, potrebo po tveganju ali z delom. Ljudje na takšen način poskušajo sprostiti zatrte občutke.

ODLOČITEV ZA ZDRAVLJENJE

Kadar se zasvojeni resnično odloči za zdravljenje, potrebuje pomoč, da bi lahko vzdržal abstinenco. Potrebuje zunanjo energijo, ki mu jo ponudita terapevt ali skupina, ki jima verjame. Zelo pomembno je, da se tudi najbližji vključijo v proces zdravljenja, saj je to bolezen celotne družine. V ta namen se izvajajo individualne, partnerske, družinske in skupinske terapije.

Zasvojeni praviloma zanika, prikriva odvisniško vedenje in posledice takega početja.

Pomembno je, da najbližji pravočasno zaznajo navedene vzorce. Uspeh zdravljenja in vzdrževanja abstinence je močno prepleten s *bitrim ukrepanjem*.

KAKO POTEKA PROCES ZASVOJENOSTI?

VZOREC. S tem se začne. Gre za rutino, ki nam pomaga pri urejanju vsakdanjih stvari v življenju. Posameznik lahko vzorec spremeni, saj nanj lahko vpliva z lastno voljo.

NAVADA. Je od vzorca že bolj zavezujoča oblika ponavljajočega se vedenja. Da navado spremenimo, moramo že vložiti nekaj navora, da jo prerastemo.

PRISILNO VEDENJE. Je močnejše od navade. Gre že za obliko vedenja, s katero posameznik težko preneha ali ne more prenehati samo z močjo lastne volje.

ZASVOJENOST. Je najbolj izrazita oblika vedenja, saj je človek prisiljen v določena dejanja. Ljudje pogosto izgubijo družino, postanejo hladnokrvni, neobčutljivi, zapadejo v kazniva, kriminalna dejanja itd.

Skrb za svoje zdravje – patronažna medicinska sestra in telesna aktivnost

CARING FOR YOUR HEALTH - COMMUNITY NURSES AND PHYSICAL ACTIVITY

Alenka Slapšak

dipl. m. s.

Zdravstveni dom Ljubljana Center, Zdravstveno vzgojni center, alenka.slapsak@zd-lj.si

IZVLEČEK

Uvod: Nezadostna telesna aktivnost je eden izmed najpomembnejših dejavnikov nezdravega življenjskega sloga.

Jedro: Ni več dvoma, da predstavlja redna telesna aktivnost temeljni element za varovanje zdravja. Pomembno se je zavedati, da redna telesna aktivnost ne zmanjšuje le obolevnosti in umrljivosti, temveč omogoča visoko kakovost življenja.

Sklepna ugotovitev: Ob redni telesni aktivnosti se zdravje ohranja in podaljša ter omogoča ohranjanje vzdržljivosti, mišične moči in samostojnega življenja.

Ključne besede: telesna aktivnost, zdravje, življenjski slog

ABSTRACT

Introduction: Lack of physical activity is one of the most important factors of unhealthy lifestyle.

Core: There is no doubt that regular physical activity is a fundamental element of health. It is important to realize that regular physical activity not only reduces morbidity and mortality, but allows the high quality of life.

Conclusion: With regular exercise to maintain health and prolong and to maintain endurance, muscular strength and independent living.

Key words: physical activity, health, lifestyle

UVOD

Življenjski slog je skupek navad in način uporabe dobrin, prostora in časa, s katerim ljudje definiramo sebe in druge ljudi; je značilnost skupine, pa vendarle tudi individualna izkušnja (Kvas, Seljak, 2004).

Telesna aktivnost izhaja iz življenja in se vanj zlija. Je vir moči, povezanosti, bistrosti duha in uma, pravzaprav vsega, kar si človek želi. Podaljšuje življenjsko dobo in ohranja samostojnost ter povečuje kakovost življenja.

Sodoben človek išče zdravje. Zdravje omogoča in zagotavlja kakovostno življenje in je temeljni vir razvoja vsake družbe. Vsa področja družbenega življenja vplivajo na zdravje. Telesna aktivnost za zdravje je vsakršno gibanje telesa, usmerjeno v krepitev zdravja, pri katerem se porabi tudi določena energija.

Dandanes skoraj nihče več ne dvomi, da sodi telesna aktivnost med temeljne elemente življenjskega sloga, usmerjenega v varovanje zdravja (Fras, 2006).

Odnos človeštva do telesne dejavnosti že tisočletja niha med ljubeznijo in sovraštvom. Antični filozofi so pripisovali telesni aktivnosti lastnosti univerzalnega zdravila, ki krepi telo in duha, po drugi strani pa se skoraj vsi tehnični izumi človeštva borijo proti potrebi po telesnem delu (Blinč in Bresjanac, 2005).

Telesna aktivnost lahko podaljša življenjsko dobo, ohranja funkcijsko neodvisnost in s tem kakovost življenja. Telesna aktivnost je ena najpomembnejših in najučinkovitejših dejavnikov za preprečevanje in zdravljenje zdravstvenih težav (Grizold, 2010).

JEDRO

Nihče več ne dvomi, da je redna telesna aktivnost temeljni element življenjskega sloga za varovanje zdravja. Redna telesna aktivnost preprečuje nastanek, napredovanje in razvoj najrazličnejših vrst kroničnih nenalezljivih bolezni. Pomembno se je zavedati, da aktiven življenjski slog ne pomeni le manjše obolevnosti in umrljivosti, temveč pomembno pripomore k splošni kakovosti življenja (Fras, 2006).

Telesna aktivnost izzove kopico prilagoditev v telesu. V vseh življenjskih obdobjih ima na telo pozitivne učinke, saj ga ohranja v kondiciji, vpliva na dobro počutje ter pomaga krepiti in ohranjati zdravje. V prvi vrsti poveča sposobnost opravljanja dejavnosti. Primerno odmerjena telesna aktivnost izboljša zdravje. Aktivno telesno življenje omogoča več življenjske moči, močnejše, bolj napete mišice, manjše tveganje zaradi koronarnih bolezni, manjše tveganje za nastanek osteoporoze in nekaterih vrst raka, izboljšanje metabolizma, zmanjšanje stresa, povečanje psihične stabilnosti in vzdržljivosti, nadzorovanje telesne teže, boljšo samopodobo.

Za doseganje zdravja in dobre telesne kondicije je potrebno večino dni v tednu vsaj pol ure vaditi z najmanj zmerno telesno intenzivnostjo. Najbolje pa se je gibati vsak dan. Redna telesna vadba preprečuje marsikatero bolezen. Povezana je z manjšo pojavnostjo simptomov depresije. Pri klinično razvitih oblikah depresije so rezultati 14 randomiziranih raziskav potrdili koristen učinek telesne aktivnosti, ki je dosegla izboljšanje pri 31 do 88 % oseb (Fiatarone, 2004). Depresija bo po predvidevanju Svetovne zdravstvene organizacije postala vodilni vzrok nesposobnosti za delo in eden vodilnih dejavnikov prezgodnje smrti v razvitem svetu (WHO, 2007).

Po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije za doseganje koristi za zdravje pri odraslih zadošča zmerna telesna aktivnost, ki traja skupaj vsaj 30 minut na dan, izvaja pa se večino ali vse dni v tednu (WHO, 2007).

Kljub temu, da je postal splošno znan pojem rekreativne telesne aktivnosti, namenjene obnavljanju telesne in duševne svežine, je le tretjina prebivalcev zahodnega sveta dovolj telesno aktivna, da s tem skrbi za svoje zdravje (Blinc in Bresjanac, 2005).

Bilban (2008) navaja, da je piramida telesnih aktivnosti razdeljena na več nivojev. V prvem nivoju so predstavljene aktivnosti, ki so vsakodnevne in jih je priporočljivo upoštevati ter vključiti v življenjski slog (raje peš kot s prevoznim sredstvom, raje po stopnicah kot z dvigalom, različna gibanja na delovnem mestu ...). Na drugem nivoju so aktivnosti, ki pripomorejo k ohranitvi ali izboljšanju kondicije (hoja, tek, aerobika, plavanje, kolesarjenje, košarka ...) in naj bi se izvajale večkrat na teden po vsaj 30 minut. Tretja raven piramide pa predstavlja vzdrževanje gibljivosti in moči. Vaje naj bi se izvajale vsaj dvakrat na teden. Vrh piramide predstavljajo aktivnosti, ki se jih je najbolje izogniti (neaktivnost, sedenje pred televizorjem, branje ...).

Telesna aktivnost je dejavnost, ki bi morala biti stalnica v človekovem življenju.

SKLEPNA UGOTOVITEV

Človek današnjega časa išče zdravje in se zaveda, da je predvsem sam odgovoren za svoje zdravje. Zakaj bi čakali na bolezen, če jo je mogoče preprečiti ali preložiti v kasnejše življenjsko obdobje? Telesna aktivnost ima na človeški organizem v vseh življenjskih obdobjih pozitivne učinke, saj ohranja zdravje in vpliva na dobro počutje.

Za doseganje koristnih presnovnih in psihičnih učinkov je treba večino dni v tednu vsaj pol ure vaditi z najmanj zmerno intenzivnostjo, še bolj pa se gibati vsak dan (Blinc in Bresjanac, 2005).

S skrbjo za sebe in z vsakodnevno telesno aktivnostjo naj osebni interes človeka preraste v družbeno normo.

LITERATURA

- Bilban M. Telesna aktivnost za ohranjanje zdravja starejših. V: Bilban M. (ur.). Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2008. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2008b: 42-59.
- Bilban M. Fiziološke osnove staranja. V: Bilban M., (ur.). Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2008. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2008: 16-25.
- Blinc A. Bresjanac M., Telesna dejavnost in zdravje. Zdravstveni vestnik, 2005; 74:771-7.
- Fiatarone Singh MA. Exercise and ageing. Clin Geriatr Med 2004; 20:201-21.
- Fras Z. Slovenski forum za preventivo bolezni srca in ožilja. Združenje kardiologov Slovenije. Ljubljana, 2006:4-16.
- Grizold V. Pomen telesne dejavnosti v starosti. Kakovostna starost. 2010; 13(4):38-44.
- Kvas A. Seljak J. Mesto zdravnikov in medicinskih sester v različnih modelih zdravja. V: Kvas A. Seljak J. Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2004: 15-28.
- World Health Organisation (WHO) Europe. Telesna dejavnost in zdravje v Evropi. National Library of Medicine 2007; QT 255.

