

ЗБОРНИК



СИМПОЗИУМ

со МЕЃУНАРОДНО УЧЕСТВО НА ТЕМА

МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ/АКУШЕРКИ:

Сила за промени "Ресурс од витално значење за здравјето"

Скопје, октомври 2014

Здружение на медицински сестри, техничари и акушерки на Македонија (ЗМСТАМ)
Изготвил: Валентина Горичанец, дипл.мед.сестра

ПРЕГЛЕД НА ТРУДОВИ

1. СЕСТРИНСТВОТО ВО МАКЕДОНИЈА – АНАЛИЗА НА КАДАР, ОБРАЗОВАНИЕ И НЕВРАБОТЕНОСТ

Дечовски Н¹, Гавровска Лукиќ В², Горичанец В³, Дечовски С⁴ ¹ЈЗУ Здравствен дом ``д-р Панче Караџов`` Штип, ²ЈЗУ Универзитетска клиника за психијатрија Скопје, ³ЈЗУ Здравствен Дом на Скопје – Скопје, ⁴ЈЗУ Клиничка Болница Штип

2. НОВИ УЛОГИ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ВО РАЗВИЕНИТЕ ДРЖАВИ - ICN СТАВОВИ

маг. Петер Пожун¹, Член во бордот на директори ICN - Меѓународен свет на медицинските сестри

3. ДОСТОИНСТВОТО НА ДЕЛОВНАТА СРЕДИНА ВО ЗДРАВСТВЕНАТА НЕГА

Ѓурѓа Сима, дипл.м.с. Р. Словенија

4. OBRAZOVANJE I STRUČNO USPOSOBLJAVANJE U DRUŠTVU MEDICINSKIH SESTARA, PRIMALJA I ZDRAVSTVENIH TEHNIČARA LJUBLJANA

dr. Andreja Kvas, prof. zdr.vzg. DMSBZT Ljubljana

5. ВЛИЈАНИЕ НА СЛОБОДНИТЕ АКТИВНОСТИ НА ДМСБЗТ ЛЈУБЉАНА ВРЗ ЛИЧЕН И ПРОФЕСИОНАЛЕН РАЗВОЈ

Нада Сирник, дипл.медицинска сестра, Подпреседател на ДМСБЗТ Љубљана

6. ИСТОРИСКИ РАЗВОЈ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА ВО МАКЕДОНИЈА И СВЕТОТ

Гордана Панова¹, ¹ФМН-УГД-Штип

7. UTJECAJ RADNOG OKRUŽENJA U ETIČKOM POSTUPANJU I DONOŠENJU ODLUKA

Gordana Lokajner, dipl.m.s., univ.dipl.org. Đurđa Sima, dipl.m.s , Društvo medicinskih sester, babcin zdravnstvenih tehnikov Ljubljana

8. ОБАЗОВАНИЕ И КОМПЕТЕНЦИИ СО КОИ СЕ СТЕКНУВА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА СО ЗАВРШУВАЊЕ НА ВТОР ЦИКЛУС НА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ СТУДИИ, И МЕСТОТО НА ПАТРОНАЖНАТА И СЕМЕЈНАТА И СПЕЦИЈАЛИЗИРАНАТА СЕСТРА ВО ЗДРАВСТВОТО

Проф.д-р.Гордана Панова¹, ¹Факултет за Медицински науки-Универзитет,„Гоце Делчев“-Штип

9. ПРИКАЗ НА АКТИВНОСТИТЕ ЗА СТЕКНУВАЊЕ ЗНАЕЊЕ ОД ОБЛАСТА НА ЕТИКАТА ВО ЗДРАВСТВЕНАТА И АКУШЕРСКАТА НЕГА

Марина Велепич, виш.мед.сес., Ѓурѓа Сима, дипл.м.с., Р. Словенија

10. МЕТОДИ ПРИ ПРЕВЕНЦИЈА НА БОЛЕСТИТЕ И УНАПРЕДУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО

Жане Митреска¹, Ана Ѓорѓиеска², Светлана Јованоска³, Педијатриско одделение при Ј.З.У. Општа болница „Борка Талески“ – Прилеп

11. МОДЕЛ НА ПАТРОНАЖНА ЗДРАВСТВЕНА НЕГА ВО СЛОВЕНИЈА

Андреја Крајнц, виш. мед. сест., унив.дипл.орг. Словенија

12. УЛОГА НА ПАТРОНАЖНИТЕ СЕСТРИ ВО ПРЕВЕНЦИЈА, УНАПРЕДУВАЊЕ И ЗАЧУВУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО

Лидија Кочовска¹, Снежана Димитриевска², ¹ЈЗУ Здравствен Дом, Велес, ²ЈЗУ Здравствен Дом, Свети Николе

13. СТРЕСОТ ВО РАБОТНАТА СРЕДИНА

Милица Беслаќ¹, ¹ЈЗУ Специјална болница по Гинекологија и Акушерство МАЈКА ТЕРЕЗА – Скопје

14. ПРАВИЧНОСТ, ЕТИКА И ЧОВЕКОВИ ПРАВА

Нада Јованова¹, ¹ЈЗУ Здравствен Дом Кавадарци

15. ЕТИЧКИ СТАВ НА ПАЦИЕНТИ СО ХИПЕРТЕНЗИЈА

Гордана Панова¹, ¹ФМН-УГД-Штип

16. НЕГА КАЈ ДЕЦА БОЛНИ СО β -ТАЛАСЕМИЈА

Г.Панова¹, Ѓ.Шуманов², С.Јовевска³, С.Газепов⁴, Б.Панова⁵, ФМН-УГД-Штип

17. ЕДУКАЦИЈА НА ПАЦИЕНТ ЗА ИЗВЕДУВАЊЕ НА ПЕРИТОНЕАЛНА ДИЈАЛИЗА

Снежана Исаковска¹, Цвета Поповска² - ¹ЈЗУ Клиника за Нефрологија – Скопје, ²ЈЗУ Клиника за Нефрологија – Скопје

18. APD ВО ТРЕТМАН НА АВИ КАЈ ДЕЦА

Марга Митиќ¹, Славица Стојановска², ^{1,2}ЈЗУУ Клиника за детски болести – Скопје

19. ПРАВИЛНА ИСХРАНА И ДИЕТЕТСКИ НАВИКИ, КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТ

Гордана Панова¹, ¹ФМН-УГД-Штип

20. УЛОГА НА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА ВО НЕГА НА ДИЈАБЕТИЧНО СТОПАЛО

Г.Панова¹, Ѓ.Шуманов², С.Јовевска³, С.Газепов⁴, Б.Панова⁵, Н.Панов⁶, Факултет за медицински науки-УГД-Штип

21. ХБИ -ИЗБОР НА БУБРЕЖНО-ЗАМЕСТИТЕЛНА ТЕРАПИЈА

Снежана Исаковска¹, Цвета Поповска² - ¹ЈЗУ Клиника за Нефрологија – Скопје, ²ЈЗУ Клиника за Нефрологија – Скопје

22. УЛОГА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА ПРИ ЛЕКУВАЊЕ НА БОЛЕН СО ЕПИДУРАЛЕН ХЕМАТОМ

Г.Панова¹, ¹ФМН-УГД-Штип

23. НИКОГАШ НЕ Е ПРЕМНОГУ РАНО, НИКОГАШ НЕ Е ПРЕМНОГУ ДОЦНА ЗА ДА СЕ ЗАПОЧНЕ СО ПРЕВЕНЦИЈА ЗА ОСТЕОПОРОЗА

Маргарита Неделкоска¹, д-р Златомир Аризанкоски², ^{1,2}Ј.З.У. Општа Болница Борка Талески Прилеп Ортопедско-трауматолошко одделение

24. КОНТРОЛА НА ИНТРАХОСПИТАЛНИ ИНФЕКЦИИ ВО ФЛОРЕНС НАЈТИНГЕЛ – ИСТАНБУЛ – искуство од едукација

Роза Рулеска Пиличева¹, Едис Јашли², ¹ЈЗУ Општа Болница - Прилеп, ²Флоренс Најтингел-Истанбул

25. БЕЗБЕДНОСТ НА ПАЦИЕНТОТ ПРИ МИНИМАЛНА ИНВАЗИВНА ХИРУРШКА ИНТЕРВЕНЦИЈА

Жаклина Мидоска¹, ¹Ј.З.У.Општа Болница Борка Талески Прилеп Ортопедско -Трауматолошко одделение

26. ДОКУМЕНТАЦИЈА НА СЕСТРИНСКАТА/АКУШЕРСКА НЕГА – АНАЛИЗА НА АНКЕТЕН ПРАШАЛНИК

Сливјаноска К1, Горичанец В2, Дечовски Н3, Карадакоска Р4, ¹ЈЗУ Здравствен Дом Прилеп, ²ЈЗУ Здравствен Дом на Скопје – Скопје, ³ЈЗУ Здравствен дом ``д-р Панче Караџозов`` Штип, ⁴ЈЗУ Здравствен Дом на Скопје – Скопје

СЕСТРИНСТВОТО ВО МАКЕДОНИЈА – АНАЛИЗА НА КАДАР, ОБРАЗОВАНИЕ И НЕВРАБОТЕНОСТ

Дечовски Н¹, Гавровска Лукиќ В², Горичанец В³, Дечовски С⁴,¹ ЈЗУ Здравствен дом
``д-р Панче Караџов`` Штип, ² ЈЗУ Универзитетска клиника за психијатрија Скопје, ³
ЈЗУ Здравствен Дом на Скопје – Скопје, ⁴ ЈЗУ Клиничка Болница Штип

ВОВЕД Медицинските сестри се најбројна група на здравствени работници во повеќето европски земји и имаат клучна улога во спроведувањето на здравствената нега. Здравствената нега во Република Македонија според Законот за здравствена заштита е дефинирана како дејност која го третира поединецот, семејството и неговото опкружување во услови на здравје и болест, со цел да се постигне што е можно повисок степен на здравје и за да им се овозможи на пациентите независност при извршувањето на основните животни функции, унапредување на нивното здравје, негување на болните и учествување во процесот на лекување, рехабилитација и палијативна нега¹. Со последните измени на Законот за здравствена заштита од 2014 година медицинските сестри како даватели на јавни услуги во здравството се класифицирани според степенот на образование на 3 групи²:

1. Категорија Б - здравствени работници со високо стручно образование
2. Категорија В - здравствени работници со вишо стручно образование
3. Категорија Г - здравствени работници со средно стручно образование

Според последните податоци на Институтот за јавно здравје бројот на здравствени работници со виша и средна стручна спрема во 2012 година изнесувал 12 808 вработени што претставува 46% од вкупниот кадар вработен во здравствениот систем на Република Македонија³. Образованието на медицинските сестри во Република Македонија се одвива на ниво на средно четиригодишно образование и високо стручно тригодишно образование со можност за едногодишна специјализација.

ЦЕЛ НА ТРУДОТ е да се направи анализа на сестринството во Република Македонија на вработени и невработени сестри според образование, здравствени установи и градови како и анализа на запишани медицински сестри во средно и високо образование во 2014/2015 година.

МАТЕРИЈАЛИ И МЕТОДИ Користена е анализа на документација, стручни публикации и други релевантни документи.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА Во Република Македонија во 2012 година работеле 12 808 здравствени работници со стручно образование. Според здравствена установа генерално постои тренд на зголемување на кадарот од 896 здравствени работници, со најголем тренд на зголемување на кадарот во приватните здравствени установи, приватни болници и клинички болници. Негативен тренд во однос на намалување на

¹ Закон за здравствена заштита, („Службен весник на Република Македонија“ бр.43/12), Достапно на: <http://www.slvesnik.com.mk/Issues/75BE51F94B72994194939201073F6F84.pdf>

² Закон за изменување и дополнување на законот за здравствена заштита, Службен весник на РМ бр. 43/14

³ Институт за јавно здравје на Република Македонија, Здравствена карта на Република Македонија за 2012 година, Скопје 2013, Достапно на: http://www.iph.mk/images/stories/PDF/PDF_2014/zk%20mk%20prv%20del%202012.pdf

бројот на здравствени работници има на Универзитетските клиници, здравствените домови и институти (Табела 1).

Табела 1 Број на здравствени работници со виша и средна стручна спрема во Република Македонија според здравствени установи

Здравствени работници со виша и средна СС по здравствени установи			
	2009	2012	тренд
1. Здравствени станици	49	43	↓ +6
2. Здравствени домови	2068	1997	↓ -71
3. Приватни здравствени установи	3390	4115	↑ +725
4. Општи болници	2147	2027	↓ -120
5. Клинички болници	749	938	↑ +189
6. Приватни болници	272	604	↑ +332
7. УК за хируршки болести Скопје	127	154	↑ +27
8. Специјална болница Чаир	77	75	↓ +2
9. Институт Козле	85	79	↓ -6
10. Центри за јавно здравје	267	236	↓ -31
11. Институт за јавно здравје	32	30	↓ +2
12. Универзитетски клиници	1474	1275	↓ -199
13. Стоматолошки клиници	147	137	↓ -10
14. ПЗУ Стомат.клинички центар д-р Бојо Андревски	7*(2010)	11	↑ +5
15. Институти при медицински факултет	117	63	↓ -54
16. Институт за трансфузија на РМ	158*(2010)	158	↓ /
17. Спец болници за градни болести	55	48	↓ -7
18. Спец. Болници за душевни болести	353	358	↑ +5
19. Центри за лекување и рехабилитација	274	245	↓ -29
20. Други специјални болници	229	215	↓ -14
Вкупно	11912	12808	↑ +896

Последните податоци за бројот на медицински сестри од 2011 година ни укажува на фактот дека 60% од здравствените работници со завршено стручно образование се медицински сестри и техничари. Постои тренд на континуирано зголемување и на бројот на медицински сестри кој во 2008 година изнесувал 7034, за да во 2011 забележи зголемување за 451 сестра и изнесувал 7485 медицински сестри. Аналогно на ова зголемување бележи и стапката на медицински сестри на 1000 жители од 3,44 во 2008 на 3,64 во 2011 година (Табела 2).⁴

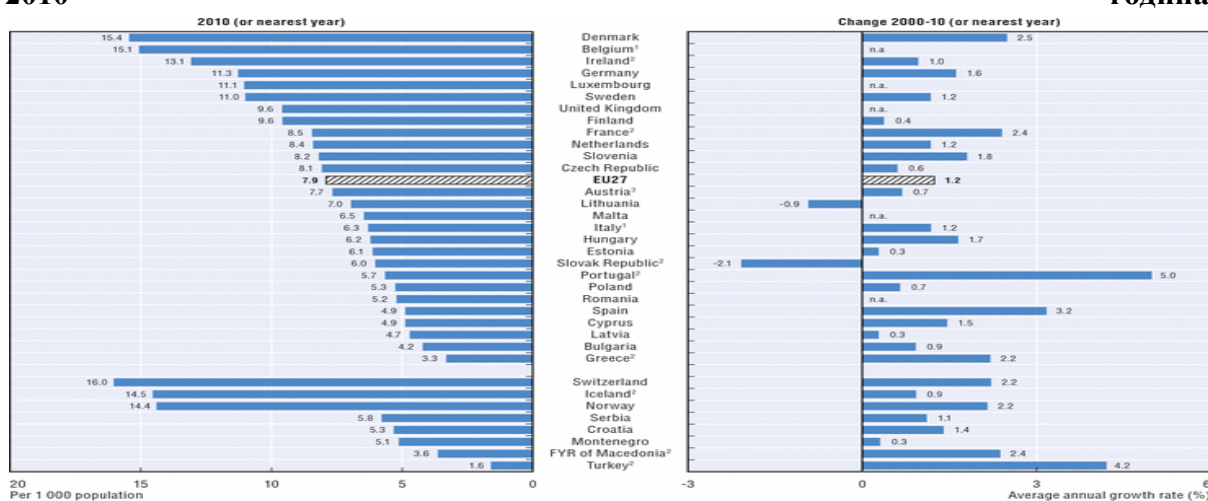
⁴ <http://www.mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/sesti.pdf>

Табела бр. 2 Број на медицински сестри вкупно и стапка на 1000 жители

Индикатор	2008	2009	2010	2011
Број на медицински сестри (ВКУПНО)	7034	7249	7463	7485
број на медицински сестри на 1,000 жители	3,44	3,53	3,63	3,64

Последната публикација на ОЕЦД ``Health at a glance: Europe 2012`` во делот на индикатори за здравствените ресурси и активности на земјите членки и кандидати за членство во ЕУ укажува на фактот дека Република Македонија се наоѓа на дното на табелата по бројот на медицински сестри на 1000 жители со стапка од 3,6/1000 во која стапка влегуваат сите медицински сестри (главни медицински сестри, едукатори вработени во образование и др.), а не само оние кои директно работат со пациенти. Овој број е двократно помал од просекот на земјите на ЕУ кој изнесувал 7,9/1000 во 2012 година и неколку пати помал од бројот на медицински сестри во скандинавските земји каде оваа стапка изнесувала и повеќе од 15 сестри на 1000 жители ⁵. Сепак радува фактот што во Република Македонија по ова прашање постои просечна годишна стапка на раст од 2,4% што е двапати повисока стапка на пораст од просекот на земјите на ЕУ кој изнесувал 1,2% за периодот од 2000 до 2010 година (Табела3)

Табела 3. Медицински сестри практичари во 2010 година и промени помеѓу 2000 и 2010 година

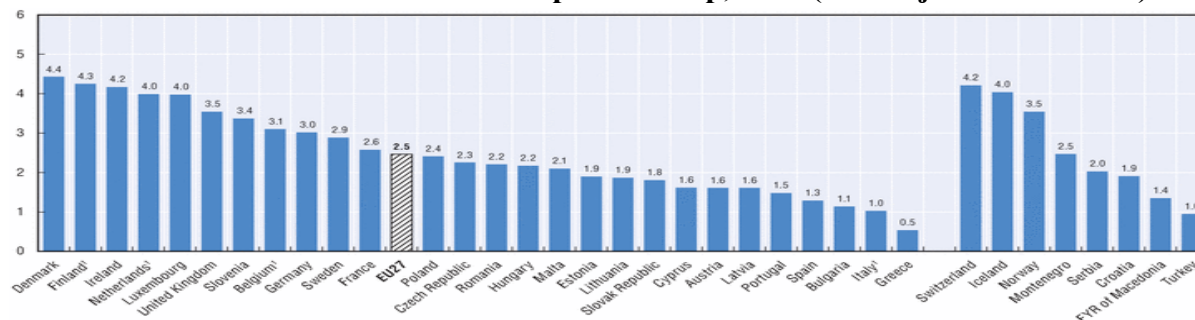


² Data include not only nurses providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc.

Извор: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO European Health for All Database. Достапно на: <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/03/03/index.html?itemId=/content/chapter/9789264183896-30-en>

⁵ OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing. Достапно на: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>

Табела 4 Сооднос на медицински сестри на лекар, 2010 (или најблиска година)⁶



Соодносот на медицински сестри на еден лекар во 2010 година изнесувал 1,4 што е двојно помалку од просечниот број на медицински сестри на еден лекар во земјите на ЕУ од 2,5 (Табела 4).

Во однос на образованието, во текот на учебната 2014/2015 година според Конкурсот за запишување на ученици во јавните средни училишта се запишани вкупно 1736 ученици за профилот медицинска сестра во вкупно 51 паралелка во градовите Велес, Гостивар, Кичево, Куманово, Охрид, Прилеп, Скопје, Струмица, Тетово и Штип. Најголем процент на ученици се запишани во Општините Скопје, Гостивар и Тетово (Табела 5)⁷.

Табела 5 Број на запишани ученици на насока медицинска сестра според Општини 2014/15

Општина	Број	Процент
Велес	34	2,6
Гостивар	272	20,5
Кичево	34	2,6
Куманово	170	12,8
Охрид	34	2,6
Прилеп	68	5,1
Скопје	306	23,0
Струмица	34	2,6
Тетово	272	20,5
Штип	102	7,7
Вкупно	1326	100,0

Во однос на високо образование на медицински сестри во Република Македонија четири Државни универзитети продуцираат кадар за потребите на здравствениот систем, Универзитетот во Скопје, Штип, Битола и Тетово. Во текот на учебната

⁶ OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO European Health for All Database. http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/03/03/g3-03-02.html?itemId=/content/chapter/9789264183896-30-en&_csp_ =e92c9913836e5fffbecfc400984a40b

⁷ http://www.sosuilinden.edu.mk/Upload%5CInfoFiles%5Ckonkurs_sredno.pdf

2014/15 година според постоечките актуелни конкурси за упис на студенти на Универзитетите во Скопје, Штип и Битола се планира да се запишат вкупно 305 кандидати од кои 205 за профилот медицинска сестра и 100 кандидати за профилот акушерка^(8,9,10). Конкурсот на Тетовскиот државен универзитет дава заедничка квота за трите насоки без да прецизира колку кандидати ќе се запишат од секоја насока поодделно¹¹.

Табела 6. Број на студенти кои би требало да се запишат во 2014/15 година според профил и начин на студирање

Универзитет	Профил	Редовни	Вонредни	Вкупно
Свети Кирил и Методиј Скопје	Медицинска сестра	70	10	80
	Медицинска сестра	50	15	65
Свети Климент Охридски Битола	Акушерка	30	10	40
	Медицинска сестра	40	20	60
Гоце Делчев Штип	Акушерка	40	20	60
	Медицинска сестра	40	20	60
Државен Универзитет Тетово*	Медицинска сестра	180	40	220
	Акушерка			
	Физиотерапија			
Вкупно		410	115	525

* Универзитетот предвидува заедничка квота за трите насоки

Според последните податоци од агенцијата за вработување на Република Македонија, во Македонија вкупно 98 338 лица се активни баратели на работа. Од вкупниот број на невработени, 1300 се медицински сестри од различен профил и истите се активни баратели на работа што претставува 1,3% од вкупниот број на активни баратели на работа¹².

⁸ http://www.ukim.edu.mk/dokumenti_m/158_Konkurs-I_ciklus-2014-2015%20so%20ispravka-1.pdf

⁹ http://uklo.edu.mk/files/attachments/Konkurs_za_prv_ciklus_20142015.pdf

¹⁰ http://www.ugd.edu.mk/pdf/konkursi/2014-2015/konkurs_I_ciklus_2014-15_1rok.pdf

¹¹ http://www.fakulteti.mk/Documents/konkursi/Upisi/konkurs_cikli1_14_15_mk.pdf

¹² <https://www.avrm.gov.mk/avrm.public.web/PublicReports/PublicReportsNevraboteni.aspx>

Табела 7 Активни баратели на работа според профил

Профил пријавен во Агенцијата за вработување	Број	%
1. МЕДИЦИНСКА СЕСТРА (МЕДИЦИНСКИ ТЕХНИЧАР)	951	73,2
2. МЕДИЦИНСКА СЕСТРА - БАБИЦА	174	13,4
3. МЕДИЦИНСКА СЕСТРА - ПЕДАГОШКА	49	3,8
4. ВИША МЕДИЦИНСКА СЕСТРА	24	1,8
5. ВИША МЕДИЦИНСКА СЕСТРА- ПРЕВЕНТИВА	4	0,3
6. СПЕЦИЈАЛИСТ МЕДИЦИНСКА СЕСТРА- ОПШТА НАСОКА	39	3,0
7. ДИПЛ. СТРУЧНА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА ЗА ИНТЕНЗИВНА НЕГА	15	1,1
8. ДИПЛ. МЕДИЦИНСКА СЕСТРА	44	3,4
ВКУПНО	1300	100,0

Извор: Агенција за вработување на Република Македонија, 12.02.2014

Најголем број на невработени се од профилот медицинска сестра техничар и медицинска сестра-бабица, а најмал број од профилот виша медицинска сестра (Табела 7).

Табела 8 Активни баратели на работа според образование

Профил пријавен во Агенцијата за вработување	Број	%
1. МЕДИЦИНСКА СЕСТРА СО СРЕДНА СТРУЧНА СПРЕМА	1174	90,3
3. МЕДИЦИНСКА СЕСТРА СО ВИША СТРУЧНА СПРЕМА	28	2,2
4. МЕДИЦИНСКА СЕСТРА СО ВИСОКА СТРУЧНА СПРЕМА	98	7,5
ВКУПНО	1300	100,0

Според образование најголем дел од невработените медицински сестри имаат завршено средно образование 90,3%, а најмал дел од активните баратели на работа се со завршено више или високо образование во 2,2% и 7,5% (Табела 8).

Табела 9 Број на невработени медицински сестри кои активно бараат работа според општини

Центри за вработување	Мед. сестра техничар	Мед.сестра - бабица	Мед. Сестра педагошка	Виша мед. Сестра	Виша мед. сестра превентива	Спец . мед. сестра општа насока	Дипл. стручна сестра за интензивна нега	Дипл. мед. сестра	ВК
Берово	8	4		1				2	15
Битола	49	9	3	8	2	7	1	5	84
Валандово	1		1						2
Велес	23	2		2			1	3	31
Виница	1							1	2
Гевгелија	1	2				1			4
Гостивар	129	21	4			1		1	156
Дебар	13	3							16
Делчево	1	1				1			3
Демир Хисар	14	4	1			2		2	23
Кавадарци	8	8				1			17
Кичево	43	8	1	1		4			57
Кочани	12	1				1	1	5	20
Кратово	2	1	1						4
Крива Паланка	10	3							13
Крушево	9	3	1	1		1			15
Куманово	105	12	1	1		1		3	123
Македонски Брод	5	5	1			1			12
Неготино	3					1		1	5
Охрид	12	3		1					16
Прилеп	65	15	2	5	1	10		6	104
Пробиштип	4	3					1	3	11
Радовиш	14	6			1	1	1	2	25
Ресен	5	1	1			4		1	12
Свети Николе	4	2							6
Скопје	41	5		1		1		1	49
Струга	39	7	1					3	50
Струмица	21	2	1					3	27
Тетово	285	37	29	3			10		364
Штип	24	6	1			1		2	34
Вкупно	951	174	49	24	4	39	15	44	1300

Извор: Агенција за вработување на Република Македонија, 2014

Анализата според општина покажува дека најголем број на невработени медицински сестри се пријавиле во општините Тетово (364), Гостивар (156), Куманово (123) и Прилеп (104), а најмал број во Валандово и Веница по 2 невработени сестри и Делчево каде се пријавиле 3 невработени сестри кои активно бараат работа (Табела 9).

ЗАКЛУЧОК Медицинските сестри се најбројна група на здравствени работници кои имаат клучна улога во спроведувањето на здравствената нега. Постои тренд на континуирано зголемување и на бројот на вработување на медицински сестри кој во 2008 година изнесувал 7034, за да во 2011 забележи зголемување за 451 сестра и изнесувал 7485 медицински сестри. Аналогно на ова зголемување бележи и стапката на медицински сестри на 1000 жители од 3,44 во 2008 на 3,64 во 2011 година. Во јавните средни училишта се запишани вкупно 1326 ученици на профилот медицинска сестра, и околу 400 на високото образование. Активни баратели на работа се 1300 медицински сестри најголем број во општините Тетово (364), Гостивар (156), Куманово (123) и Прилеп (104) токму онаму каде и постои најголем број на запишани во јавните средни училишта. Потребно е донесување на стратешки документ во кој ќе се направи поопсежна анализа на состојбата со сестринството во Македонија и од која ќе произлезат препораки за унапредување на сестринството.

НОВИ УЛОГИ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ВО РАЗВИЕНИТЕ ДРЖАВИ - ICN СТАВОВИ

маг. Петер Пожун¹, Член во бордот на директори ICN - Меѓународен свет на медицинските сестри

Меѓународен свет на медицинските сестри е федерација составена од 135 национални здруженија за здравствена нега, кои представуваат 16 милиона медицински сестри од целиот свет. ICN е глобален глас на здравствената нега, затоа што со своето делување овозможува квалитетна здравствена нега за сите, цврста глобална здравствена политика, како и напредок во знаењето во здравствената нега.

Овозможува почитување на професијата здравствена нега во целиот свет и компетентно и соодветно работно обкружување.

Основана е 1899 г. како прво најголемо светско здружение на здравствени работници од соодветна работна околина.

Во 4-летниот мандатни период на поранешниот Бордот, кој изтече минатата година, сигрно најважно беше учленувањето на: Индија, Кина и Палестина. Тоа представуваше голем дипломатско-политички предизвик. Во овој мандат работиме на реализација на стратешкиот план на ICN: Трансформација, одржливост и зголемено влијание

ICN делува во три програмски подрачја за унапредување на здравствената нега и здравје. Они се познати како столбови на ICN - **РАЗМИСЛУВАЈ ГЛОБАЛНО, ДЕЛУВАЈ ЛОКАЛНО**

ICN-ова политики за напредните улоги на медицинските сестри – публикации:

- Nursing Care Continuum – Framework and Competencies.
- APN Scope of Practice, Standards and Competencies

- Scope of Practice and Decision Making Framework- toolkit
- Implementing Nurse Prescribing – monograph
- Collaborative Practice in the 21st century - monograph
- Improving Health through Nursing Research
- Position statement - participation of nurses in health service decision making and policy development

Овие публикации се достапни на: <http://www.icn.ch/publications/free-publications/>

Нови улоги на медицинските сестри во развиените држави: Глобалната криза оставила свои последици и во развиените држави:

Дали се здравствената заштита и здравствената нега одпорни на рецесијата, со оглед на тоа да се постојано потребни, не гледе на околностите?

- Се јавува зголемена потреба по здравствени услуги кај невработените и кај луѓето кои доживуваат зголемен стрес.
- Кога владата ќе почне да размислува за намалување на трошоците, тоа е најчесто на сметка на здравствената заштита и посебно на сметка на здравствената нега.

Улогата на медицинските сестри во здравствената заштита брзо се развива, тие добиваат нови работни задачи во склоп на широкиот обсег одговорности во здравството:

- Здравстениот систем има премалку вработени.
- Локалните заедници немаат доволно кадар за сите работни задачи кои ги имаат.
- Буџетите се намалени.
- Стареење на популацијата и се поголем број хронични неинфективни болести, значи дека здравството се соочува со зголемен број на комплексни заболувања.

ICN – Меѓународен свет на медицинските сестри

Финансиска ефикасност на медицинските сестри: Светската банка заклучила дека медицинските сестри и бабици се финансиско најефикасен извор за обезбедување високо квалитетна здравствена заштита, како во новите така во развиените економии.

Значи, овозможуваат трошкова ефикасност за решавање на комплексни системски проблеми и ја зголемува достапноста до квалитетна здравствена заштита за сите во заедницата.

Се обидуваат да превенираат болести, добро ги известуваат и подучуваат луѓето, да знаат сами да се грижат за своето заболување.

1. Здравствена грижа - Примарна и најважна улога е здравствена грижа.

2. Учителка - Учење е важна улога на медицинските сестри.

3. Заговорник за пациентите - Долга историја грижење за пациентот, да зборуваат во негово име.

4. Лидер - Одговорна за квалитет, финансиската ефикасност, како и сигурност на пациентите на одделенијата.

5. Истражувачи и иноватори - Медицинските сестри се истражувачи и иноватори

ICN – Меѓународен свет на медицинските сестри

Напредна пракса (Advanced Practice Nurse)

Медицинска сестра, која добила основни стручни знаења, вештина за комплексно клиничко одлучување и клиничка успособеност, компетенци за проширена пракса, има карактеристики кои ги обликува околината и/или државата во која е квалифицирана за работа. (обавува професија).

Медицинските сестри во напредна пракса, како што се специјалистките за ЗН и клиничките специјалистки, се дипломирани медицински сестри, обично подипломско едуцирани (магистри), кои добиле стручно знаење, вештини за комплексно одлучување и клинични компетенци за раширено праксо. ММедицинската сестра има широки надлежности во одредено подрачје, вклучувајќи дијагностика, пишување на прегледот, тестирање, препишување лекови, како и изведување здравствена нега и лекување.

Напредни улоги на медицинската сестра се развиваат понатаму. На развојот влијаат различни фактори: економската ситуација, кадровската состојба, ново настанати здравствени потреби на населението, како и потребата по развој на балансиран здравствен систем.

Медицинските сестри имаат различни улоги и тие брзо да се менуваат:

Медицинските сестри денес препишуваат лекови, постојат здравствени установи во примарното здравство кои ги водат медицински сестри. Објавуваат научни истражувања, развиваат мобилни здравствени апликации и активно ја обликуваат здравствената политика.

Влијание на здравствената политика – ICN-ова стратегија: Обликување на здравствената политика е една од главните задачи на медицинските сестри.

Како можеме да се вклучиме во обликување на здравствената политика?

Колку сме ефикасни во постигнување потполна заштита?

Најважен фактор во планирањето и влијанието на здравствената политиката е солидарност во професијата.

Единство во структурата е од големо значење, ако сакаме овозможиме да се чуе гласот на медицинските сестри.

Не постои можност, да сите друштва во здравствената нега и сите медицински сестри се согласат за секое прашање или цел е да се постигне договор за клучните прашања и тој став да се одржи во јавноста.

Медицинските сестри превземаат различни улоги, сите сме одговорни за доброто на нашите пациенти, што вклучува квалитетна заштита, застапување на пациентовите права и овозможува достапност до квалитетна здравствена заштита.

Наша општествена одговорност е да постојано ги повикуваме владите, да ја подобрат здравствената заштита, да овозможат достапност и да се завземеме за правата на оние на кои им служиме.

www.icn.ch

ДОСТОИНСТВОТО НА ДЕЛОВНАТА СРЕДИНА ВО ЗДРАВСТВЕНАТА НЕГА

Ѓурѓа Сима, дипл.м.с. Р. Словенија

Деловна околина е подрачје за работа, каде вршителите на здравствена нега со целосна етичка одговорност тежнеат кон водење и изведба на постапката на ЗН, со цел постигнување достоинствен третман на пациентот во амбулантната и хоспиталната дејност.

Латинско толкување – способност, вештина за чувствување, важност и драгоценост во односот кон другите. Затоа, човековото достоинство е комплексен концепт на однесување во средината (животната, социјалната, здравствената).

Го вклучува однесувањето на поединецот во сите пропратни состојби – ситуации.

Достоинството во здравствената нега:

Почитувањето на личноста и достоинството вклучува повеќе димензии: Почитување на автономноста на пациентот, значењето, доверливоста, интимниот свет; Почитување на неговата болка, страдање, надеж и умирање. (Грбец, 1992)

Здравствените состојби и околината се посебно чувствителни за рушење на достоинството.

Особеност и достоинство во здравствената нега

Почитувањето на пациентот како индивидуа, комплетна личност со акцент на неговото достоинство и интегритет.(Шмитек, 2003)

Достоинството е присутно додека поединецот е способен да овозможи контрола и избор при своето однесување, околината и начинот на кој го прифаќаат другите. (Шмитек, 2003, според Марис 1994)

Чести прашања кои се јавуваат во обработката на поимите за достоинство се: што е достоинство; што значи концептот за достоинство во етимолошкото и семантичкото толкување; што е есенцијата/суштината на достоинството; како се опишува достоинството во ЗПН во последната декада од развојот.

Елементи на достоинство во здравствената нега: почитување на пациентот; чување на податоците; емоционална поддршка; рамноправен однос и третман; почитување на самопочитта на пациентот (Лин, Тсаи, 2011)

Новиот концепт на разбирање на достоинството ја вклучува домензијата на телото, душата и духот. Дигнитетот се базира на светоста, човековите вредности и одговорноста.

Деловната средина на медицинските сестри обработува различни чувства и предизвикува достоинство кај пациентите. Достоинството се почитува да пациентот го доживува достоинството и покрај болеста пациентот доживува страдање поради болеста и се обидува да си ги врати губитоците од секаков вид на самостојност и доживување на изложеноста, степенување на чувствата и немоќта и неспособност за контрола (Скорпен, 2014)

Деловната средина и достоинството

Деловната средина и луѓето со кои работиме претставуваат огромен дел од животот, оваа комплексност посебно ја дефинираме кога станува збор за потешки работни услови. Односите најчесто се комплицирани, со потешка работна клима. Организационата клима има своја историја, која е определена со: културата,

институционалната структура, статусот на организацијата, едукација, навиките во однесувањето (послушност), полот...

Бирократијата на некои организации... ја опишува организацијата, нејзината структура, хиерархија, формална процедура, специјализирање при вршењето на задачите. (Лолес, 2008/ 2009)

Документ за правата на медицинските сестри и акушерки (1993) - *Го дефинира достоинството, почитувањето на секоја медицинска сестра, здравствен и помошен персона*. Се повикува на спречување на секаква агресија (насилство), вербално, психолошко, физичко, кое може поединецот да го да предизвика кон групата или обратно, секој од нас има право на живот без каква било форма на насилство. Организацијата е социјална конструкција во која работат повеќе луѓе заедно, за постогнување на заедничките цели, заедничката цел има повисока вредност отколку само целта водена од поединецот.

Достоинството е човеково право кое ги здружува личните и професионалните вредности во автономија (самостојност и независност).

Како ние, клиничките медицински сестри го разбираме, доживуваме и третираме достоинството во својата деловна средина?

Ренди Хадсон, 2001 – извршила систематско истражување, со преглед на 204 книжни единици со кои се определува природата на работата.

Четири ограничувања при овозможување работа со достоинство: лошо управување и злоупотреба; пренапорна работа; ограничување на автономијата; контрадикторност во учеството на работниците во работата и поврзување на процесот.

Спротивно – мотивирачко делување е: сообразност и кооперативност на работното место работата е успешна и има смисла; се прифаќа и мотивира самостојноста; вработените се вклучени и активно учествуваат.

Здравствената нега има посебно место во општеството, на медицинските сестри им е овозможено и дозволено во посебни ситуации да се покрај поединецот. Воедно, како на медицински сестри ни е овозможено да го нудиме своето животно знаење (духовниот, емоционалниот став) и фозочката активност при работата – ДОГОВОРЕН ОДНОС (Лолес, 2008/ 2009)

Достоинството – услов за успех на договорниот однос

Структурата на достоинството се заснова на: добро известување, учење, воведување промени, соработка, избор на можности, заземање за сопствените ставови, зацврстување на сопствениот професионален ред, самозаштита, добар пример за останатите, самопотврдување (Лолес, 2008/ 2009)

OBRAZOVANJE I STRUČNO USPOSOBLJAVANJE U DRUŠTVU MEDICINSKIH SESTARA, PRIMALJA I ZDRAVSTVENIH TEHNIČARA LJUBLJANA

dr. Andreja Kvas, prof. zdr.vzg. DMSBZT Ljubljana

FORMALNO IZOBRAŽEVANJE Formalno izobraževanje je načrtovan proces učenja oziroma pridobivanja znanja, ki sledi vnaprej določenim ciljem in se odvija v formalnih institucijah za izobraževanje in privede do izobraževalnih rezultatov, kot so dosežena stopnja izobrazbe, diploma ali kvalifikacija (Jelenc, 1994).

FORMALNO IZOBRAŽEVANJE V SLOVENIJI NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE v Sloveniji imamo 11 srednjih zdravstvenih šol – štiriletni program; 8 visokošolskih študijskih programov za zdravstveno nego - triletni študij oz. I. Bolonjska stopnja; II. Bolonjska stopnja – strokovni magisterij; III. Bolonjske stopnje – doktorat; v Sloveniji ga še nimamo.

NEFORMALNO IZOBRAŽEVANJE Neformalno izobraževanje je prav tako načrtovan proces učenja oziroma pridobivanja znanja, vendar se odvija izven formalnih sistemov izobraževanja in usposabljanja in ni nujno, da vodi do formalno priznanih rezultatov.

Bistveni poudarek pri neformalnem izobraževanju je na aktivnosti in samoiniciativnosti udeležencev. Je bolj fleksibilno – se prilagaja potrebam udeležencev in družbe nasploh. Izvaja se lahko v okviru aktivnosti organizacij in skupin civilne družbe ali na delovnem mestu.

STROKOVNO USPOSABLJANJE IN IZPOPOLNJEVANJE - S pojmom **usposabljanje** označujemo procese postopnega razvijanja ravnanja, znanja in spretnosti, s katerimi se pridobiva praktično znanje ter spretnosti za opravljanje poklicnega dela, poklica ali delovnega procesa (Jelenc, 1994). **Izpopolnjevanje** pa pomeni razširjanje, poglobljanje, posodabljanje, dopolnjevanje prejšnje formalne izobrazbe ali drugače pridobljenega znanja, spretnosti in stališč, ki jih posameznik potrebuje za poklic ali poklicno delo (Jelenc, 1994).

NEFORMALNO IZOBRAŽEVANJE NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE V SLOVENIJI Neformalne oblike izobraževanja/izpopolnjevanja lahko potekajo: znotraj Zbornice – Zveze: regijskih strokovnih društev (11) in strokovnih sekcij (31); znotraj delovnih organizacij v obliki funkcionalnih izobraževanj; v sodelovanju z vzgojno-izobraževalnimi inštitucijami, Ministrstvom za zdravje, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Nacionalnim inštitutom za javno zdravje, itd.

STALNO STROKOVNO IZPOPOLNJEVANJE - Za stalno zagotavljanje kakovosti dela v zdravstveni negi mora biti izvajalec zdravstvene in babiške nege po končanem študiju vpisan v register in imeti veljavno licenco, ki jo podeli Ministrstvo za zdravje ter na podlagi tega izda dovoljenje za samostojno opravljanje dejavnosti zdravstvene ali babiške nege v Republiki Sloveniji. Licenca se podeli v obliki odločbe za obdobje sedem let (Pravilnik o registru in licencah, 2014).

IZOBRAŽEVANJA, STROKOVNA IZPOPOLNJEVANJA IN USPOSABLJANJA V OKVIRU DMSBZT LJUBLJANA

Naslov izobraževanja - 2013	Vrsta izobraževanja	Število izvedb	Število udeležencev
14. simpozij – Približajmo zdravstveno okolje pacientu	simpozij	1	117
Poklicna etika v praksi zdravstvene in babiške nege	strokovni seminar	6	193
Poklicna etika – management zdravstvene in babiške nege v luči etike	strokovni seminar	2	34
Poklicna etika v domovih za starejše občane	seminar z učno delavnico	2	79
Zakonodaja s področja zdravstva	strokovni seminar	4	142
Temeljni postopki oživljanja z vključenim AED	učna delavnica	10	184
Asertivno komuniciranje	seminar	3	42
Pedriatrija, interventna radiologija, prikaz teorij ZN, demenca, motnje hranjenja, avdi vestibularno področje ZN	klinični večeri	6	133

Naslov izobraževanja - 2013	Vrsta izobraževanja	Število izvedb	Število udeležencev
Srečanje glavnih medicinskih sester ljubljanske regije	strokovni seminar	1	49
Ohranjamo zdravje in krepimo telo	učna delavnica		73
Situacijsko vodenje v zdravstveni negi	strokovni seminar		8
Ženske in tretje življenjsko obdobje	strokovno srečanje	1	52
Revmatične bolezni	strokovno srečanje	1	40
Paliativna zdravstvena nega in oskrba bolnika	strokovno srečanje		52
Tudi beseda je zdravilo	učna delavnica		60
Hrbtenica in njena vloga pri mentalno emocionalnih stanjih	učna delavnica		20
Ohranjamo zdravje in krepimo telo	učna delavnica		51

Naslov izobraževanja - 2013	Vrsta izobraževanja	Število izvedb	Število udeležencev
Osebnostna delavnica	učna delavnica	1	16
Šola proti bolečini v križu	strokovni seminar		82
Akupresura in refleksna masaža stopal	učna delavnica	1	28
Skupaj se je v letu 2013 udeležilo 2422 udeležencev izobraževanj in interesnih dejavnosti.			
Učenje tujih jezikov; angleščina in nemščina.			

Naslov izobraževanja - 2012	Vrsta izobraževanja	Število izvedb	Število udeležencev
14. simpozij ; Predpisovanje zdravil – izziv medicinskim sestram za prihodnost	simpozij	1	195
Poklicna etika v praksi zdravstvene in babiške nege	strokovni seminar	8	267
Poklicna etika – management zdravstvene in babiške nege v luči etike	strokovni seminar	3	73
Zakonodaja s področja zdravstva	strokovni seminar	4	440
Temeljni postopki oživljanja z vključenim AED	učna delavnica	10	292
Mediacija, motnje hranjenja, novosti na področju oftalmološke ZN, informacijska pismenost, novi načini zdravljenja možganske kapi, psihologija konflikta	klinični večeri	8	231
Srečanje glavnih medicinskih sester ljubljanske regije	strokovni seminar	1	43

Naslov izobraževanja - 2012	Vrsta izobraževanja	Število izvedb	Število udeležencev
Zdravstveni tim na poti k odličnosti	učna delavnica		22
Srečanje glavnih medicinskih sester ljubljanske regije	strokovni seminar	1	43
Tudi beseda je zdravilo	dvodnevna učna delavnica		81
Kap – sodobni načini diagnostike in terapije	upokojene		54
Ohranjamo zdravje in krepimo telo	učna delavnica		97
BodyReading	učna delavnica	2	28
Sodobni pristopi v zdravstveni negi	strokovni seminar	1	72
Premagajmo stres na delovnem mestu	strokovni seminar		45

Naslov izobraževanja - 2012	Vrsta izobraževanja	Število izvedb	Število udeležencev
Šola proti bolečini v križu			13
Zavestno vplivanje na delovanje avtonimnega živčnega sistema			22
Vertikalna refleksna tehnika na stopalih in rokah	Dvodnevna učna delavnica		33

Učenje tujih jezikov; angleščina in nemščina.

RAZISKOVALNA DEJAVNOST

Leto 2003 - Raziskovalni projekt z naslovom: **Etika v luči zdravstvene nege** (vodja projekta: red. prof. dr. Majda Pahor) - Raziskovalna skupina je štela 15 raziskovalk.

Leto 2004 – 2008 - Raziskovalni projekt z naslovom: **Interprofesionalno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki** (vodja projekta: red. prof. dr. Majda Pahor). Raziskovalni projekt je potekal v sodelovanju DMSBZT Ljubljana z Raziskovalnim inštitutom Zdravstvene fakultete in Slovenskim zdravniškim društvom. - Raziskovalna skupina je štela 20 raziskovalk.

Leto 2009 - Raziskovalni projekt z naslovom: **Značilnosti sodelovanja med zaposlenimi na oddelku za torakalno kirurgijo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana: študija primera** (vodja projekta: red. prof. dr. Majda Pahor). Na raziskovalnem projektu smo sodelovali DMSBZT Ljubljana, Zdravstvena fakulteta Ljubljana, Slovensko zdravniško društvo in UKC Ljubljana. - Sodelovalo je 11 raziskovalk: 7 medicinskih sester, dve sociologinji, ena psihologinja in ena študentka ZN.

Leto 2010 - Nadaljevanje raziskovanja medpoklicnih odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki, zlasti na teoretični ravni (vodja projekta red. prof. dr. Majda Pahor). Ministrstvo za zdravje smo zaprosili za podporo pri aplikativnemu raziskovalnemu projektu – vlogo je oddala red. prof. dr. Majda Pahor; vloga ni bila odobrena.

Leto 2011 - Raziskovalni projekt o medpoklicnih odnosih v zdravstvu z naslovom: (vodja projekta red. prof. dr. Majda Pahor). Na raziskovalnem projektu deluje 11 ljudi (iz fakultete in iz klinične prakse). Individualno delo na projektu medpoklicni odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki - pregled literature.

Leto 2012 - Raziskovalni projekt o spalnih navadah medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov z naslovom: **Življenjska aktivnost spanja pri medicinskih sestrah** (vodja projekta dr. Radojka Kobentar). Namen raziskave je bil ugotoviti kakovost spanja medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov in v kolikšni meri se kažejo odstopanja v smislu motenj spanja.

Leto 2013 - Raziskovalni projekt o oblikovanju osebnostnih in profesionalnih vrednot medicinskih sester in babic (vodja projekta Gordana Lokajner, viš.med.ses., univ dipl.org.).

Delovanje skupine za proučevanje problemov v klinični praksi – raziskovanje klinične prakse

Zaključek V ljubljanskem društvu organiziramo simpozije, učne delavnice, seminarje in klinične večere in na ta način zagotavljamo vseživljenjsko učenje svojih članic in članov.

Skozi raziskovalne projekte smo predstavili različne vsebine: nasilje, etika, medicinske sestre v Sloveniji, komplementarno in naravno zdravilstvo, medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki, spalne navade medicinskih sester, oblikovanju osebnostnih in profesionalnih vrednot medicinskih sester in babic.

V okviru društva redno izdajamo tudi strokovne publikacije, zlasti zbornike s simpozijev.

V društvu se zavedamo pomembnosti vseživljenjskega učenja, zato bomo še naprej omogočali svojim članicam in članom, da se formalno izobražujejo ter udeležujejo strokovnih izpopolnjevanj in usposabljanj v okviru društva.

Pri pripravi programom smo in bomo upoštevali želje naših članic in članov.

ВЛИЈАНИЕ НА СЛОБОДНИТЕ АКТИВНОСТИ НА ДМСБЗТ ЛЪУБЉАНА ВРЗ ЛИЧЕН И ПРОФЕСИОНАЛЕН РАЗВОЈ

Нада Сирник, дипл.медицинска сестра, Подпреседател на ДМСБЗТ Љубљана

Здружението на медицински сестри, техничари и акушерки Љубљана е **професионална**, доброволна, непартиска, непрофитна, независna, еснафска асоцијација која поврзува повеќе од 5000 членови, здружени во комората на медицински сестри, техничари и акушерки.

ДМСБЗТ Љубљана се стреми кон: зачувување и развивање на културното и историското наследство на медицинските сестри; грижа за културно, професионално, социјално и рекреативно функционирање на неговите членови; развивање контакти помеѓу слични срдуженија, организации и поединци; јакнење на улогата и важноста на работата на медицинските сестри, медицинските техничари во Словенија и на меѓународно ниво; поттикнување и обезбедување квалитетна, ефикасна, безбедна здравствена нега и грижа за пациентите; третман и справување со иницијативите и интересите од страна на членството; нуди и организира стучни, научни и образовни средби; зачувување и зајакнување на здравјето на своите членови, а воедно и грижа за личен и професионален развој.

Активности: професионални, научни, образовни содржини

Слободни активности: пешачење, планинарење, екскурзии и излети

Креативни работилници: ликовна секција, чипкарска секција, хор

Комплементарна медицина: духовен развој; личен развој; јога

Цели: влијание врз животната средина, возмозување и изведба на обука, едукација, образование и обезбедување дополнителни вештини, знаења и запознавање со новините; подигнување на квалитетот на живот на секој поединечен наш член; изградба на социјална поддршка на колегите; поддршка и постојана грижа за професионалниот идентитет, развој и успех; квалитетно поминување на слободното време; подобрување и зајакнување на здравјето и благосостојбата на нашите членови; воспоставување рамнотежа помеѓу работата и слободното време.

Последици/резултати: поврзаност меѓу членовите и добра професионална соработка; зајакнување на професионалните врски во поглед на учење како и во размена на стручни мислења; активен придонес и учество во органите на управување; кративно поминување на слободното време; вклучување и на членовите од семејствата на нашите членови/дополнителна препознатлива сила; пониска стапка на истрошеност; поголемо задоволство со работата; поголема надлежност/компетенција; флексибилност; зачувување и надоградба на личниот и професионалниот идентитет; стекнување и развој на соодветни вештини за да се надмине заморот, стресот и монотонијата; траен развој и самостојно учење.

ИСТОРИСКИ РАЗВОЈ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА ВО МАКЕДОНИЈА И СВЕТОТ

Гордана Панова¹, ¹ФМН-УГД-Штип

Вовед: Историскиот развој на сестринството и сестринската професија се смета од постанокот на самиот човек, бидејќи негата на болниот е стара колку и човештвото. Развојот се одвива низ многу етапи, т.е. низ сите периоди од историјата. Негата на болниот и грижата за нив се јавува уште од првобитната заедница па се до ден денешен. Се карактеризира со разни начини и методи на грижа и лекување на болните и старите лица. Секој период од историјата е својствен сам за себе.

Првата официјална програма за обука на медицински сестри, Училиштето на Најтингел за медицински сестри, било отворено во 1860 год. Мисијата на училиштето била да обучува медицински сестри кои ќе бидат способни да работат во болниците, да работат со сиромасите и да подучуваат. Намерта била дека студентите ќе се грижат и за луѓето во своите домови, нешто што сеуште се развива за углед и професионална можност на медицинските сестри денес. Траен придонес на Флоренс Најтингел е нејзината улога во создавањето на денешната професија медицинска сестра. Таа поставила пример за сочувство, посветеност на неа на пациентот, и вредно и внимателно управување со болницата. Работата на нејзиното Училиште за медицински сестри денес продолжува со работа под името Училиштето на Флоренс Најтингел за медицински сестри и акушерство при Универзитетот Кингс Колеџ Лондон во Лондон. Исто така, и училиштето за медицински сестри и акушерство при Универзитетот Саутхемптон е наречено по неа. Интернационалниот ден на медицинските сестри се слави на нејзиниот реоденден секоја година. Кампањата за Декларацијата Флоренс Најтингел, основана од лидери на професијата медицинска сестра низ целиот свет, преку Иницијативата Најтингел за глобално здравје, има за цел да создаде глобално основно движење со кое ќе се постигне усвојување на две резолуции на Обединетите Нации од старна на Генералното Собрание на ОН од 2008 год., кои гласат: 2010 год.- Интернационална година на медицинските сестри- 2010 год. (100 години од смртта на Најтингел) и 2011-2020 год.-Декада на ОН за здрав свет (200 год. од раѓањето на Најтингел). Иницијативата Најтингел за глобално здравје работи и на пробудување на свеста Медицинското училиште Агустино Гемели во Рим, првата универзитетска болница во Италија и еден од најпочитуваните медицински центри, во чест на

придонесот на Најтингел за професијата медицинска сестра, безжичниот компјутерски систем којшто е развиен за помош при лекувањето, го нарекле „Bedside Florence” (Флоренс крај болничката постела). Постојат многу фондации кои го носат нејзиното име. Најголем дел се фондации кои сеповрзани со лекувањето, но во Канада постои и Фондација Најтингел за истражување, којашто е посветена на изучување на синдромот на хроничен замор, за којшто се верува дека го имала и самата Најтингел.

Во 1912, Интернационалниот Комитет на Црвениот Крст ја вовел наградата Флоренс Најтингел Медал, којашто се доделува секоја втора година за истакната заслуга на медицински сестри или за придонес во оваа професија. За важни прашања кон кои Флоренс Најтингел го свтрела вниманието, како превентивна медицина и холистичка медицина. Досега, Декларацијата Флоренс Најтингел е потпишана од преку 18.500 потписници од 86 земји. За време на Виетнамската војна, Најтингел инспирирала многу медицински сестри во Армијата на САД, што претставувало искра за обновување на интересот во нејзиниот живот и работа. Нејзините обожавателки, вклучувајќи ја и Кантри Џо од групата Кантри Џо и рибата, која составила опширен вебсајт во нејзина чест. __ Четири болници во Истанбул се нарчени по Најтингел: најголемата приватна болница во Турција која се наоѓа во областа Шишли (F. N. Hastanesi), во Гајретепе (Metropolitan F.N.Hastanesi), во Мецидијекко (Avrupa F.N. Hastanesi) и во Кадикој (Kızıltoprak F.N. Hastanesi), сите во припадност на Турската Фондација за кардиологија. Дипломска Интернационалниот ден на медицинските сестри се слави на 12 мај во чест на денот на на веројатно најпознатата медицинска сестра во историјата – Флоренс Најтингел.

Светски празник на медицинските сестри во Вестминстерската опатија во Лондон се одржува служба во која симболично лампата од Капелата на медицинските сестри се пренесува од сестра на сестра и се поставува на Високиот олтар. Овој чин го симболизира пренесувањето на знаењето од една медицинска сестра на друга.

Денес, на медицинската сестра се гледа како на благодарна професија. Медицинската сестра има задача да се грижи за лицата кои имаат потреба од здравствена нега. Нејзина цел е зачувување на здравјето и животот, работејќи чесно, пожртвувано и во границите на одредени етаблирани етички норми. Сестрите, како и докторите, не смеат да ги дискриминираат болните поради полови, социјални, национални, верски или интелектуални разлики.

Медицинската сестра има одговорна професија и се залага за постојана професионална надградба и континуирана медицинска едукација.

„Медицинската сестра е професија која опфаќа индивидуална и колаборативна медицинска грижа за индивидуите од различна возраст, фамилиите, групите и заедниците, болни или здрави и во сите услови. Медицинската сестра е должана да го промовира здравјето, да ја превенира болеста и да ги негува болните, неспособните и луѓето кои се на умирање. Промоцијата на здрава животна средина, истражувањето, учество во креирањето на здравствената политика и менаџирањето на пациентите, како и континуираната едукација се исто така клучни улоги на медицинската сестра“ -дефиниција за медицинската сестра од Интернационалниот совет на медицински сестри.

Друг значаен тренд е напредокот на медицината како наука, како и современата

технолошка револуција.

Непосредно е дека достигнувањата во науката и техниката ја зголемија ефикасноста на медицината. Развојот на новите медицински апарати вклучува и се поголем број на разновиден медицински кадар кој работи и управува со таа апаратура. Како последица на се подеталната поделба на работата на лекарите (специјализација и субспецијализација) се јавува создавањето на интердисциплинарни медицински сестри во состав на истоимените тимови за лекување и нега при заболувањата од конкретната област. Сите наведени фактори резултираат со одредена самостојност на вишиот и високиот медицински кадар во процесот на здравствената нега, кое посебно се забележува во последната декада при што, денес сите обликувани специјализирани подрачја во медицината и здравствената заштита, имаат потреба од посебно едуциран и оспособен медицински кадар. Медицинската сестра треба да биде емотивно зрела и стабилна личност, така што тие можат да разберат и да се справат со човековото страдање, итни случаи, здравствени проблеми, етички дилеми и добри комуникациски вештини, трпение и чувствителност на човековите проблеми, кои се неопходни да се создаде доверба. Тоа е важно да сфатат дека пациентите не треба да наметнуваат свои ставови, дури и кога ние длабоко веруваме дека ние го правиме тоа за нивно добро. Медицинските сестри треба да бидат исклучително професионални, да се грижат, да се подготвени за прифаќање на одговорност, да работат самостојно или во тимови, и свесно спроведување на критики за она за што е потребно, и да признаат дека треба да се консултираат со други медицински сестри доколку тоа е потребно. За да се стекнете со името медицинска сестра мора да се заврши четири години медицинско училиште. За стекнување на дипломирана медицинска сестра треба да се заврши VI степен на стручното образование. Потоа следуваат едногодишни специјалистичките студии со кои се здобиваат со 240 ЕКТС и VII степен на образование. Медицинските сестри имаат право на работа која е во согласност со законот за медицински сестри во земјата во која тие работат и да го усвојуваат Етичкиот кодекс за медицински сестри на ICN или нивниот национален етички кодекс. Исто така, тие имаат право на работа во средина која обезбедува лична безбедност, слобода од злоупотреба и насилство, закани или заплашување. Националните асоцијации на медицински сестри треба да обезбедат ефективен механизам преку кој медицинските сестри ќе бараат совети во доверба, советување, поддршка и помош при справувањето со тешки ситуации поврзани со човековите права. Медицинските сестри се исто така погодени и од проблемот на голема невработеност. Но сепак вработената сестра, сестрата на договор, сестрата волантер, сестрата на пракса мора да поседуваат хуманост и одговорност. Треба да има посебен однос кон болниот. Болниот очекува и бара помош, нега и грижа, нежност и психичко смирување најмногу од медицинската сестра. Таа мора да е внимателна, срдечна, пријатна. Не треба својата работа да ја врши механички без такт, сувопарно непрофесионално, медицинската сестра не смее да дозволи емоционална ерупција на работа. Мора да ја контролира превисоката вознемиреност, радост, тага, гнев, страв, изненадување. Отворена и искрена, способна за чување медицинска тајна, таа мора да е посветена, педантна и точна. Добрата сестра треба да биде достоинствена, да поседува извонреден дар за запазување и морална сериозност. Никогаш не смее да покаже дека и недостига време и трпение за очите и срцето на оние кои трпат болка.

Треба секогаш да се надградува со ново знаење. Чувствувањето на хумана должност и одговорност и налагаат на сестрата да влева доверба и покажува разбирање за сите луѓе кои трпат секаков вид на болка и патат.

UTJECAJ RADNOG OKRUŽENJA U ETIČKOM POSTUPANJU I DONOŠENJU ODLUKA

Gordana Lokajner, dipl.m.s., univ.dipl.org. Đurđa Sima, dipl.m.s., Društvo medicinskih sester, babcin i zdravstvenih tehnikov Ljubljana

Etika je važan dio ljudskog života od njezina susreta svaki dan, kako u svakodnevnom životu i radu. Naši menadžeri zdravstvene i zaposlenici trebaju znati da postoje etika, te da bi trebali biti uključeni u rješavanje postojećih problema.

ETIČNOST I INTERESI OKOLINE - Vanjsko okruženje institucija govorimo o poslovnoj etici, koja se odnosi na odnos institucija s pacijentima i njihovim obiteljima, te zdravstvenim djelatnicima drugih institucija i odnosa i odnosa s drugim pojedincima, grupama i organizacijama na području.

Poslovi u vanjskom okruženju

Ustanova utjecaja na okoliš svojih proizvoda i usluga, kako bi radna mjesta, kvaliteta i sigurnosti, iskorištavanje prirodnih resursa i drugih intervencija.

Unutranje okruženje: Poslovna etika seže do unutarnje okoline i institucija u pitanju odluke i rad svih zaposlenika. Etika management opseg etiku upravljanja, odnosno omjer menadžera, do svih zaposlenika u organizaciji.

Suradnici su interni sudionici organizacije iz najvišeg upravitelja u srednjem i donjem namanagerjev na tehničke strukture i stručne službe i do kvalificiranih i nekvalificiranih operaterima.

SLUČAJ MENADŽERA Za menadžere okoliš ustanova u kojoj doživio svoje nade i teškoće, tražeći svoj identitet i poslanje, demonstrirati rad i uspjesi pokušavaju izgraditi snažnu, održiv i neovisnu tvrtku, kako bi joj donijeti najbolje osoblje i stvoriti zahvalno radno okruženje.

U praksi, moralni i etički teorija kao sredstvo kriterijima razlučiti dobro od lošeg, prihvatljivo od neprihvatljivog sajmu od nepravedno, dobro od lošeg. Kriteriji su, dakle pokazatelj moralnih načela, jer oni omogućuju indikativni okvir u moralnom ponašanju pojedinaca i skupina.

Ako nije bilo pravih kriterija, onda bi bilo moralno vrednovanje čiste improvizacije, slučajnosti i tvrdoglavost.

Niti jedan od kriterija vrijednosti nije bez nje potrebna vrijednosti. Vjerojatno nije potrebno naglasiti da su razlike u moralnim standardima i etičkim sustavima, rezultat je drugi set kriterija u različitim društvima, kulturama.

Jaka profesionalizacija sustava zdravstvene zaštite na području zdravstva- zahtijeva jasno razlikovanje profesionalnih prava i odgovornosti između različitih skupina.

Koncept profesionalnog identiteta među medicinskim sestrama je temeljni i nezamjenjiv koncept kako bi se postigla bolja kvaliteta Njega i primalje, respektivno. je put do nezavisnosti i promicanje struke.

U okruženju gdje se zadaci su nejasne i slabo postavljena, vodi poslovne procese - menadžer ne mari za poboljšanje jasnoću toga možemo zaključiti da ih nije briga za poboljšanje jasnoću identiteta i integriteta struke.

Još jedna prednost je ostvarenje jasnog definiranja javnih i privatnih života sestara. (Kalauz, 2012)

Koncept profesije je stara stoljeća.

Ili smo ponosni predstaviti obilježja profesionalizma na radnom mjestu?

Uvjet: puno individualne odgovornosti, provedbu i. povdarjenje poznavanje svojih područja znanosti, usmjerenost na praktičnu i dobro definiranim ciljem razvijanja tehnike koje prevlada učenje, altruistični struke, koja stvara novu generaciju stručnjaka.

Radna okolina je nezaobilazan okruženje za učenje, razvoj, stjecanje novih znanja i vještina
➔profesionalizaciju profesiju ??

Vrijednosti u životu i radu sestara izravno odnose na osobni i profesionalni rad od strane zakonito to stvara, poboljšava i obogaćuje određeni ekonomski i kulturno okruženje. Osjećaj blagostanja u profesionalnoj skupini i radnom okolišu ovisi o našim komunikacijskim vještinama, njegovanja dobrih odnosa, sudjelovanje partner u bolesnika komunikaciju okvir i pozicioniranje sustava vrijednosti u osobnom i profesionalnom razvoju.

Želja naivni dobri ljudi, ali da se "netko" je točno utvrditi sve vrijednosti i da ćemo biti u mogućnosti djelovati u skladu s tim. Naravno, male grupe i pojedinci u ostvarivanju njihovih vrijednosti potrebne za vrijednosne papire cijeli projekt do šire skupine kojoj pripadaju.

Današnje razmišljanje o vednotah profesionalnih skupina medicinskih sestara i primalja zakanamuje Europska svemirska produkcijskim vrijednostima, kao što je neosporna činjenica.

VREDNOTE Već 1962, Viktor Frankl istaknuo tri vrste vrijednosti;

Kreativne: dobivamo od našeg rada i pomaganja drugima.

Iskustveno: otkrivajući pri razradi ljude, događaje, prirodne ljepote ili ljepote umjetnosti

Ponašanja: otkriti način reagiranja na nesretnih okolnosti u kojima se ne mogu kontrolirati, na primjer, u našem vlastitom patnjom ili patnju drugih. (Tschudin, 2004)

Vrijednosti su osobni vid i temelj društvenog i etičkog života.

Svi naši moralnih i etičkih odluka temelji se na vrijednostima.

Njihovo moralno rasuđivanje i vrijednosti koje treba uzeti ozbiljno.

Creativne vrijednosti su one prikupi našem radu i pomaganju drugima.

Svatko može pomoći u otkrivanju neke druge vrijednosti.

Budite i druge pogodnosti, pojačava samopouzdanje, jača njihov odnos i jača emocionalno i racionalno horizont. Eksperimentalne vrijednosti otkrivamo kad smo procijeniti ljude, događaje, prirodne ljepote ili ljepote umjetnosti. Bihevioralne vrijednosti su one koje otkrivaju način reagiranja na nesretnih okolnosti u kojima ne možemo kontrolirati, na primjer, u našem vlastitom patnjom ili patnjom drugih (Tschudin, 2004).

U osobnom životu i profesionalnom radu sa spoznajnom i epistemičke vrijednosti. Spoznajnom vrijednosti teoretski i metodološki su potkrijepljeni istraživanja. Neepistemske vrijednosti prema moralnih, estetskih i emocionalnih vrijednosti (Ule, 2009).

Utjecaj na tržišno gospodarstvo je vrlo jaka na društvo u cjelini te je prodrla na području zdravstvene zaštite, koji je podigao važnost gospodarske učinkovitosti s jedne strane, u isto vrijeme, kao i rizike povezane s naglaskom na gospodarsku učinkovitost bez obzira na čovječanstvo.

Prijelazno razdoblje je pokazati procjene podobnosti da je vrijednost usmjerenja stabilan fenomen, a tu promjenu samo kada je riječ o velikim društvenim promjenama.

Vrijednosti dizajn profesionalne skupine medicinskih sestara u Sloveniji - Dizajn profesionalne vrijednosti pojedinih stručnih skupina povezana s povijesnom razvoju i sazrijevanju pojedinih profesionalnih skupina. U europskom prostoru, medicinske sestre može pohvaliti s počecima reguliranje struke, već 1916 Njega u slovenskom teritoriju usvaja attribute samodiscipline na prijelazu u 21. stoljeće.

Razdoblje nakon nezavisnosti obilježava vrijeme obje kulturnog i gospodarskog izdanju opisuje kao doba tranzicije.

Obilježje ovog prijelaznog razdoblja, što se u javnom zdravstvu počeo osjećati gubitak javnih programa i umetanje privatizaciju dosad pomno osmišljenih programa na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Promicanje zdravlja kroz programe medicinskih sestara je izgubio svoj smisao i učinak. Oblici profesionalnih aktivnosti, imamo medicinske sestre počeli razvijati vlastitu inicijativu kroz svoje strukovne udruge povezuju iste ili slične mogućnosti, kako bi se uvela i utjecaja na rješavanje vlastite profesionalne interese, i na taj način ojačati utjecaj u društvu.

Sukob vrijednosti - etičke dileme - Na formiranje profesionalnih vrijednosti u profesionalnoj skupini sestara utječe na moralne osobne pojedinačno, gradi kroz obrazovanje i društveni utjecaj. Seksualna uloga žene definiranja obilježja medicinskih sestara na način da naglašavaju primat odnosa s drugim ljudima i privrženosti prema drugima.

Tu je problem u tome, budući da je sukob između odricanja kako bi se očuvao odnos i osobnog razvoja, poput povezanog sukoba između strasti i dužnosti, između odgovornosti prema drugima i osobne slobode (ce) se ne može riješiti formulama razuma i morala.

Prema Eliot u tim sukobima pokazuje "tajanstveni složenost našeg života", koji je nedostupan formule i uvijek "prekratka" moralna prosudba (Nastran Ule, 1993).

Moralna prosudba nikada ne pojavljuje u vakuumu, ali uvijek u sobu obloženu s osjećajima i emocijama. Emocije se ne mogu odlučiti o tome što bi trebao biti moralni standardi, međutim, usredotočiti pozornost, braniti i slaviti moralne standarde koji su održavali (Ule, 2009). **Imeti sposobnost moralne držbe, pomeni imeti moralno občutljivost, sposobnost moralnega razmišljanja, moralne motivacije in moralnega značaja** (Fry in Johnstone, 2002).

Celotno područje zdravstvene oskrbe se radikalno spreminja **v smeri iskanja poti za postavljanje varnih in kakovostnih postopkov obravnave pacienta.**

Medicinska sestra in babica se lahko **znajdejo v situacijah** (Wurzbach, 1998; Cortis, 2003; Carter, 2008; Ulrich idr., 2010) kjer so postavljena na **preizkušnjo njihove moralne vrednote, ki jo z znanjem in razvitimi sposobnostmi moralne držbe lažje razrešuje.**

Prepoznavanje in krepitev sociokulturnega okolja za vse skupine zdrave in bolne populacije se vse skozi krepi v zadnjem desetletju, za namenom, da dosežemo optimalno. Predvsem, da zagotovimo osnovne elemente socialnega in etičnega delovanja.

Za krepitev dobre prakse so pomembne kategorije: osebne lastnosti; tehnične veščine in organizacija in vodenje stroke; delovno okolje in sodelavci; ter nega in negovanje vedenjskih vzorcev (Catlett in Lovan, 2011).

Etički kodeks kao stup dobre prakse Etička i deontološka načela Kodeksa strukovne udruge europskih medicinskih sestara omogućava pudaranje tehničnih vještina i istodobno jačanje važnost struke u širem smislu. Dakle, su važni: praktični dijelovi za sigurnije radno okruženje mjenjanje radne okoline i na globalnoj razini, usvajanje profesionalnih standarda za najbolju kvalitetu ishoda u procesu zdravstvene zaštite, jačanje zagovaranja prava pacijenata, promicanje izvrsnosti u praksi za zaštitu nacionalnih i europskih kriterija kvaliteta, te potraga uvijek prikladne razine pouzdanosti u profesionalnim pravilima (Sasso i Stievano, 2008). U literaturi, autori navode važnost poznavanja i rad po Etičnim kodeksima svake zemlje, koji su osnova za klinički rad i donošenje odluka u zdravstvu u vrijeme istraživanja (Fahrenwald et al, 2005; Numminen, LEINO-Kilpi, Arend i Katajisto 2009, Ulrich et al. , 2010), kao i pravovremeno dopunjivanje i razvoj Kodeksa, u odnosu na društvene promjene, razvoj vlastite struke i napredak u medicini, i posljedično zdravstva (Brown, 2011; Catlett i Lovan, 2011)

Vrijednosti su se razvijale kroz povijest čovječanstva, a pokazano je da se mijenjaju uz glavne društvene pokrete i promjene.

Osobne i profesionalne vrijednosti neraskidivo su povezane. Valja pudarati njihovo njegovanje kroz procese samospoznaje i samoostvarenja.

Percepcija vlastiog integriteta kroz uspostavljene vrijednosti i poslanstva strukovnih organizacija, treba biti dio plana osobnog razvoja pojedinca, u zdravstvenoj i primaljskoj skrbi. Podudarati je potrebno manifestaciju profesionalnih vrijednosti organizacije, koja se interpretira kroz kompaktnosti ukupne profesionalne svijesti i svijesti na individualnoj razini.

Međuzavisnost tih razina upućuje na osobnu zrelosti i prevladavanje okvira prosječnih vrijednosti sustava, koji se brinu za prosječnog potrošača društva i stoga poimenjujemo moralna pravila pojedinca - norme. Klinička osnaživanje sestara je preduvjet za uspostavu sigurne kliničkoj praksi. Mnogi autori naglašavaju znanje, vještine, kliničku mudrost, etičke i moralnu osjetljivost sestara i primalja u kliničkoj praksi (Fahrenwald sur 2005; Haggerty i Grace 2008; Johnstone i Kanitaski 2009; Numminen, LEINO-Kilpi, Arend, Katajisto 2009 , Baernholdt i Cottingham, 2010; Hisar i Karadag, 2010; Wangensteen, Johansson, Björkström i G. Nordström, 2010; Brown, 2011; Luntley, 2011). Važnost povdarjanja politike i kulture u prostoru za razvoj sestrinstva i primaljstva temelji na procesima transformacije kulturnih događaja u vremenu. U postindustrijskim i postmodernih društava, kultura (ili. Vrijednosne orijentacije) postaje sve važnija. Razlog za to je takozvani zakon smanjivanja prinosa od "zakona povratka smanjuje", prema Inglehart, što kod ljudi smanjuje interes da se poveća njihov materijalni standard u materijalno zasićenim industrijskim društvima. U tim zemljama, posebno među mlađom generacijom, se brzo širi tzv. postmaterijalističke sindrom, koji se sve više naglašava samoostvarenja i osobni integritet pojedinca.

Opsežna empirijska analiza pokazuje da to nisu kratkoročne promjene, ali logično i nepovratna pomak od materijalnih sredstava za nematerijalnu imovinu (RUS i TOS 2005).

Učenje o etičkom kodeksu medicinskih sestara i primalja, standarde etičkog prakse, etičkim konceptima i vrijednosnim sustavima za pomoć medicinskih sestara i primalja u izgradnji osobnog moralnog integriteta u rješavanju njihov svakodnevni problem u praksi.

Sposobnost da se odgovarajući i učinkovit odgovor na moralna pitanja zahtijevaju od pojedinca da razvije moralnu osjetljivost, moralnog rasuđivanja, moralnu motivaciju i moralni karakter (SRJ i Johnstone, 2002), te MORALNU HRABROST.

Medicinske sestre i primalje su važan dio društva koje izgrađuju i utjecaju na mišljenje i ocjenu zdravlja u svojim sredinama. Sa svojim već utvrđenim moralnim, estetskim i emocionalnih vrijednosti oblikuju sustav vrijednosti drugih u zdravstvenom sustavu.

Jačanje temeljnih vrijednosti na slovenskom teritoriju zdravstvene i primaljske skrbi je zadatak profesionalne skupine. Smjernice za razvoj profesionalnih vrijednosti postavlja profesionalna organizacija s misijom i vizijom poslovanja organizacije.

Bilo bi potrebno istražiti što temeljne osobne i profesionalne vrijednosti medicinskih sestara u Sloveniji i kontinuiranom poboljšanju već utvrđenim smjernicama.

Nastava etike i razvoj kritičkog mišljenja svih budućih i postojećih medicinskih sestara i primalja zahtijeva puno truda i napornog rada od strane nastavnika, kliničkih mentora i učenika koji kroz svoje studije kasnije u daljnjem profesionalnom razvoju i radu djeluju po već oblikovanim etičkim normama koje i sami oblikuju i izgrađuju.

Sudjelovanje svih u sistemu pruža sigurni, profesionalni rad sa kojim su posebno zadovoljni pacijenti.

Čimbenici koji utječu na etiku i moral upravljanja

Društveni čimbenici: Zahtjevnost društvenih normi; (Ne) povjerenje u Vladu; Životni stil; Hedonizam, materijalizam, egocentrizam uloga medija.

Unutarnji čimbenici: Osobnost - karakterne osobine menadžera; Unutarnja struktura organizacije; Unutarnja kultura organizacije utjecaj vlasnika - upravitelja

Vanjski čimbenici: Uloga organizacije u okruženju; Konkurentnost, složenost okoliša

Etička svijest je dugotrajan proces koji se odvija u svim dijelovima organizacije, dakle, u ocjenjivanju etičkog ponašanja poželjno da se integriraju najširi krug zaposlenika.

Postavljaju se pitanje kako se nosi „osvješten“ pojedinac, kad se nađe pod pritiskom neetičnih zahtjeva svojih nadređenih

*Mogući odgovori na neetičnih pritisaka unutar organizacije su sljedeći: **Povlačenje, opoziv!***

Nekritična poslušnost-načelo "Šef je uvijek u pravu" ! ili sabotaža- načelo "klin klinom s undercut" ! ili iznude - načelo "Pobrinut ću se da saznati" ! ili prosvjedovati-načelo

"Rekao sam im ono što oni rade"! opravdana primjedba, dokazivanje - u odgovarajući kulturi je najtočniji i najdjelotvornija mjera; u neprimjeren okruženju potpuno je neučinkovit; Stvaranje etičkih saveze - daleko najbolji, ali mukotrpne i dugotrajne pristup - etika i morala prevlada kada su sporazume i dogovori dovoljno utjecajna skupina unutar organizacije.

Fenomen žviždača u zdravstvenoj in primaljskoj skrbi - U suvremenom svijetu informacija predstavlja prednost u isto vrijeme nameće određenu odgovornost koja dolazi samo od informiranih pojedinaca ili priprema za akciju.

UPRAVLJANJE SA INFORMACIJAMA Upravljanje informacijama je komunikacijski alat koji uključuje dopuštajući ili ograničavanje pristupa informacijama.

Rezultat neadekvatnog upravljanja informacijskom

Loša komunikacija, što može uključivati loše upravljanje informacijama, pokazao se jednim od glavnih uzroka kliničkih pogrešaka (Zajednička komisija za akreditiranje zdravstvene organizacije, 2007cit Prema Riley, Manias 2009;. Alvares, Coiera, 2005)

ŽVIŽDAČI - "Žviždači" (eng. Whistleblowers) su oni koje zaobilaze normalne procese koji će otkriti podatke, koji odkrivaju i pokazuju na nemoralane, ilegalne, opasne ili neprimjerene prakse. Zdravstveni sustav se zove „žviždači" i najčešće su to medicinske sestre. Jer oni su dobroupučene i prisutne u kliničkoj praksi te su stalno u izravnom kontaktu s pacijentima i kao skrbnici su u jedinstvenoj poziciji da identificiraju pogreške i situacije u kojima su pacijenti ili drugi zdravstveni radnici izloženi riziku da se nešto loše događa s njima (Kingma 2010).

ŽVIŽDAČI V ZDRAVSTVENOJ NJEGI - Žviždanja ili Otkrivanje loše prakse u zdravstvu također predstavlja praktične i etičke dileme sestrištva. Etničnost žviždanja ne može se tumačiti bez razmatranja svrhe, koja se razlikuje između pojedinih slučajeva. U nekim slučajevima, jedina svrha ometanja funkcioniranja organizacije, dok je samo u drugima promijeniti preporučene zahtjeve, osiguravajući veću sigurnosnu kulturu. Pojedinaac kod kojeg se razvio jak osjećaj za etiku i formirao izrazit profesionalni stav, je često onaj koji prvi put primijeti opasnosti i postaje žviždač

MEDICINSKE SESTRE- ŽVIŽDAČI - U literaturi, neki autori naglašavaju da sestre mogu preuzeti ulogu žviždača u zdravstvenom sustavu kao što jer brzo identificiraju, opozoravaju na potencijalna sigurnosna odstupanja u radu zdravstvene zaštite, loše upravljanje i loše organizacijske prakse.

POSLEDICE ZA ŽVIŽDAČE V ZDRAVSTVENOJ NJEGI - Unatoč herojskog lika koji žviždači uživaju u javnosti, mnogi "žviždači", snose vrlo neugodna posljedice - rizik je da će, u svjetlu prigovora biti predstavljeni kao nelojalne osobe, ili čak i zlikovca. U literaturi, nažalost, predstavljeni su i primjeri gdje su medicinske sestre - žviždači izloženi različitim vrstama pritisaka i nasilja u svom radnom i osobnom okruženju.

KAD NE TREBAMO ŽVIŽDAČE? strukture koje su namjenjene da pružaju kvalitetnu skrb, Razne mjere kliničkog nadzora; interni odbori za kliničke revizije, akreditacija, preporuka, mišljenja, revizija izvješćivanje o štetnim događajima i smrtnosti, recenzije, strategije za upravljanje rizicima i izvještavanje nepredviđenih događaja, uključujući i tjelesnih ozljeda ili smrti koja nije vezana za prirodnom tijeku pacijentove bolesti.

Organizacija, koja medicinski sestri omogućava jasane puteve sa kojima može izraziti zabrinutost ili predložiti kako bi to moglo biti bolje, omogućava da se izbjegne rizik i poboljšati kvalitetu, i zna da je njen prijedlog uzeti u obzir, postaje "žviždanje" suvišno.

ŽVIŽDAŠTVO V SLOVENIJI - U Sloveniji postoji jako malo podataka o utjecaju upravljanja s podacima koji su potrebni za rad u zdravstvenom sustavu, a još manje je poznato o fenomenu žvižgaštva medicinskih sestara.

PREPORUKE - Sestre bi se dodatnim znanem, u oblikovanim putevima i mehanizmima osnaživanja u primjerima kad se ističe loša praksa i na taj način osigurava sigurno, stručno pružanje zdravstvene skrbi.

Aktivnosti za promicanje procesa obrazovanja i prihvaćanje medicinskih sestara – žviždača je nužno uključivanje strukovnih udruga, koje će predstaviti novi ulogu medicinske sestre kao stručno i društveno prihvatljivo, s naglaskom na visokom stupanju etičnosti pojedinaca, skupine i društva u cjelini.

Nužno je postaviti jasne putove koji bi omogućili medicinskim sestrama i primaljama, da sigurno i učinkovito upozoravaju na devijacije i rizik od slabe organizacije rada, potencijalnih ili čak i dokazanih opasnosti za korisnika zdravstvene zaštite, bez posljedica.

ZAKLJUČAK - Kvalitetni protok informacija između zdravstvenih profesionalaca (veličina, oblik, način, pravovremenost informacija) osigurava sigurnu i kvalitetnu zdravstvenu skrb za korisnike zdravstvenih usluga. U slučaju namjernog ili slučajnog lošeg upravljanja informacija dovodi do negativnih odstupanja. Upozoravanje na odstupanja, loše prakse, ili čak i etički upitne odluke u je zdravstvu hitno identificirati, riješiti i učiti od njih. Medicinske sestre koji prepoznaju i imaju dovoljno profesionalnog i etičkog stava, rado nazvamo ŽVIŽDAČIMA. U većini slučajeva, žviždači ulaze u sustave koji nemaju jasane puteve za alarmiranje i izražavanje svoje brige u slučajevima loše prakse.

ОБАЗОВАНИЕ И КОМПЕТЕНЦИИ СО КОИ СЕ СТЕКНУВА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА СО ЗАВРШУВАЊЕ НА ВТОР ЦИКЛУС НА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ СТУДИИ, И МЕСТОТО НА ПАТРОНАЖНАТА И СЕМЕЈНАТА И СПЕЦИЈАЛИЗИРАНАТА СЕСТРА ВО ЗДРАВСТВОТО

Проф.д-р.Гордана Панова, Факултет за Медицински науки-Универзитет,,Гоце Делчев“-Штип

Факултетот за Медицински науки е високообразовна установа која врши високообразовна, научноистражувачка и високостручна здравствена и апликативна дејност од областа на Медицинските науки .Факултетот за медицински науки е единица во состав на Универзитетот „Гоце Делчев,, во Штип.Високообразовната-дејност на Факултетот се остварува преку универзитетски (академски) и стручни студии врз основа на акредитирани студиски програми.На Факултетот универзитетските (академски) студии се изведуваат низ три нивоа: општа медицина, стоматологија и фармација.

Прв циклус на универзитетски студии: Додипломски студии на Високата здравствена школа (3 години, односно 6 семестри) - 180 ЕКТС кредити - Дипломирана стручна мед. сестра/ техничар; Дипломиран стручен лаборант по медицинска лабораториска дијагностика; Дипломиран стручен физиотерапевт; Дипломиран забен техничар-протетичар; Дипломирана акушерка; Дипломиран стручен техничар-оптометрист

Втор циклус на универзитетски студии: Специјалистички стручни студии (1 година, 2 семестри) - 60 ЕКТС кредити - Специјалист по одредена стручна област:

СТУДИСКА ПРОГРАМА ЗА ДИПЛОМИРАНА СТРУЧНА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА/ТЕХНИЧАР

1. СПЕЦИЈАЛИЗИРАНА ЗА ИНТЕНЗИВНО ЛЕКУВАЊЕ И НЕГА
2. СПЕЦИЈАЛИЗИРАНА ЗА ИНСТРУМЕНТАРКА
3. СПЕЦИЈАЛИЗИРАНА ЗА АНЕСТЕТИЧАРКА
4. СПЕЦИЈАЛИЗИРАНА ЗА ГИНЕКОЛОГИЈА И АКУШЕРСТВО
5. СПЕЦИЈАЛИЗИРАНА ЗА СЕМЕЈНА СЕСТРА И ПАТРОНАЖНА НЕГА
6. СПЕЦИЈАЛИЗИРАНА ЗА ПРЕВЕНЦИЈА НА ЗАРАЗНИ И НЕЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ
7. СПЕЦИЈАЛИЗИРАНА ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ

СТУДИСКА ПРОГРАМА ЗА ДИПЛОМИРАН СТРУЧЕН ЛАБОРАНТ ПО МЕДИЦИНСКА ЛАБОРАТОРИСКА ДИЈАГНОСТИКА

1. СПЕЦИЈАЛИЗИРАН ЗА РАБОТА ВО БИОХЕМИСКИ ЛАБОРАТОРИИ
2. СПЕЦИЈАЛИЗИРАН ЗА ТРАНСФУЗИОНИСТ
3. СПЕЦИЈАЛИЗИРАН ЗА РАБОТА ВО МИКРОБИОЛОШКА ЛАБОРАТОРИЈА
4. СПЕЦИЈАЛИЗИРАН ЗА РАБОТА ВО САНИТАРНО-ХЕМИСКА ЛАБОРАТОРИЈА

СТУДИСКА ПРОГРАМА ЗА ДИПЛОМИРАН СТРУЧЕН ФИЗИОТЕРАПЕВТ

1. СПЕЦИЈАЛИЗИРАН ЗА РЕФЛЕКСОТЕРАПИЈА И АКУПРЕСУРА
2. СПЕЦИЈАЛИЗИРАН ЗА КИНЕЗИТЕРАПИЈА
3. СПЕЦИЈАЛИЗИРАН ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ДЕЦА И КОРЕКЦИЈА НА ТЕЛЕСНИ ДЕФОРМИТЕТИ

СТУДИСКА ПРОГРАМА ЗА ДИПЛОМИРАН СТРУЧЕН ПРОТЕТИЧАР

1. Стручна специјализација за мобилна протетика
2. Стручна специјализација за фиксна протетика
3. Стручна специјализација за ортодонција

Сите студиски програми се усогласени според Европскиот кредит трансфер систем (ЕКТС) со цел да се продуцира кадри кои ќе бидат обучени и специјализирани не само за нашите потреби, нашите институции и институциите на пошироко во светот. Редовните студенти на Високата здравствена школа обавуваат задолжителна стручна летна пракса. Студентите на Медицинскиот факултет во согласност со студискиот програм обавуваат пракса на некои од престижните медицински универзитетски центри.

Грижа за семејството е во фокус на семејното сестринство: Целна точка на работа на патронажните сестри како клучни професионалци во примарната здравствена заштита е унапредување на здравјето, превенција на болести, нега и рехабилитација на семејствата.

Патронажните сестри можат да им помогнат на лицата и семејствата да се справат со нивната болест и хроничен хендикеп (дисабилитет), работејќи со нив.

Преку рана детекција, тие може да гарантираат дека здравствените проблеми на семејствата се третираат во нивниот ран стадиум. Со нивно знаење на јавното здравство и социјалните прашања и останатите социјални институции, тие можат да ги идентификуваат ефектите на социо-економските фактори за семејното здравје и соодветно да ги упатат. Можат да помогнат за рано отпуштање на лицата од болниците обезбедувајќи нега во нивните домови, можат да делуваат како врска помеѓу семејствата и семејниот лекар, заменувајќи го лекарот во случаи кога се идентификуваат потреби се повеќе релевантни за експертиза на медицинските сестри.

Поливалентната патронажна служба допира до секој поединец, до секое семејство обезбедувајќи увид за целокупниот здравствен статус на населението. Со поливалентната патронажна служба треба да раководи главна патронажна сестра-Специјализирана од областа на патронажата и семејната медицина, која покрај другото треба да има добро познавање од семејната медицина, здравственото воспитување, психологијата, педагогијата и социологијата. Исто така оваа сестра треба да го има добро совладано методолошкиот пристап кон луѓето. При извршување на

својата дејност, особено во пристапот и решавањето на некои комплицирани здравствени прашања, на оваа сестра ќе и треба помош и од стручни лица од други области на медицината. Затоа се препорачува во решавањето на ваквите состојби да се работи во тимови. Во секоја екипа треба да има лекар по општа медицина, патронажна сестра и акушерка. Но и ваква формирана екипа понекогаш треба да бара помош од лекари со одредена специјалност како на пример: педијатри, интернисти, гинеколози,неуролози,психијатри и други. Понекогаш ќе биде потребно помош дури и од стручни лица од други области како на пример: психолози, педагози, социјални работници, логопеди,ветеринари, агрономи, општествено –политички работници и други.За квалитетна патронажна служба потребно е и подигање на свеста и мотивацијата за работа на патронажните сестри.

За ефикасна патронажна служба потребно е: да е добро организирана, водена и раководена; да постои позитивен став, емпатија кон пациентите, слушање на нивните желби и потреби; свесност за тоа што мислат клиентите во врска со квалитетот на пружените услуги; јасно разбирање за професионални вредности, стандарди и цели.

За одржување на квалитетот на службата потребно е: професионален развој на секоја сестра, расположеност за нови учења, обврска за обезбедување квалитетни услуги и ефикасна клиничка пракса, отвореност и искреност во професионалните изведби, во група и поединечно; изготвени стандарди и протоколи; детални извештаи; внатрешна и надворешна ревизија, регуларни прегледи на индивидуалните изведби; добра комуникација.

Обезбедувањето на квалитетна патронажна служба е сложен процес кој бара задоволување на повеќе критериуми: време и позитивен став; персонал/интеракција со пациент; стандарди и норми за работа; простор за работа, мебел и опрема; одговори на прашања од јавното здравство; финансии; евалуација на придобивките преку изготвување на лист за активности/параметри кои ќе служат како мерки за квалитет.

При извршување на својата дејност, особено во пристапот и решавањето на некои комплицирани здравствени прашања, на оваа специјализирана патронажна сестра ќе и треба помош и од стручни лица од други области на медицината. Затоа се препорачува во решавањето на ваквите состојби да се работи во тимови. Во законот за здравствена заштита се спомнати некои компетенции кои треба да ги извршува патронажната сестра,но кога ќе се стави подобар закон за поголема слобода и повеќе компетенции на патронажните сестри би било многу подобро,поефикасно и поуспешно.Кај пациентите во секој момент ќе има добра волја за да прифатат посета,помош и соработка со својата патронажна или семејна сестра која ќе се грижи за неговото здравје. Патронажната здравствена заштита за сестрата претставува поле каде што таа ќе учествува во чувањето и унапредувањето на здравјето на луѓето. „Есенцијална нега базирана на научни и практични темели, социјално прифатливи методи и технологии, конципирана да биде општо прифатлива и достапна за поединецот, фамилијата и заедницата по цена која заедницата и земјата се во состојба да ја издржат“.За да може медицинската сестра да одговори на задачите кои ги бара патронажната здравствена заштита,треба да има дополнителна едукација за практична работа во фамилијата и заедницата. Најчесто преку услугите на патронажната сестра или сестра за семејна нега, ќе ги поседуваат сите потребни информации и совети за болниот , како што се:

каков начин на живот треба болниот да води, тип на исхрана, употреба на лекови , лекарски контроли, рекреација, работна активност и друго, најдобар резултат ќе се постигне само со добро познавање на комуникациските вештини применети спрема различни пациенти, во различни состојби и времето за вршење на некој работи, што не се во состојба да ги направат. Кога патронажната сестра ќе треба да влезе во едно семејство таа не треба да е арогантна, туку треба со благ осмех и верба во лицето психички да го ослободи и да му пружи помош. На овај начин ќе стекне доверба кај тоа семејство. Јазикот и советите кои ги дава патронажната сестра треба да одговараат на степенот на образование на самото семејство, и да биде разберена од целото семејство. Во разговорот патронажната сестра мора да воспостави воербален и невербален контакт, дали има солзи, изгледот на лицето, откривање на емоциите и др. При тоа патронажната сестра треба да ги прочита емоциите на лицето но да не ги покаже своите емоции. Сестрата при посета треба да го избегнува авторитивниот став. Таа не треба да се докажува која е и не треба да го присилува семејството. Со последниот состанок на (17-11-2011г.) од страна на здравствениот синдикат и деканите на Медицинските факултети и Високата здравствена школа се предложени и се земени во предвид, усогласувања на колективните договори за работа во сите медицински центри на овој високо образовен и специјализиран кадар. Се надеваме дека ќе се најдат соодветните места и плати на оваа група од дипломирани здравствени работници и место за специјализираните сестри. Соодветна едукација, слобода во работењето и зголемување на бројот на високо образовани и специјализирани патронажни сестри. Со соодветното високо образование потребно е да се направат и нови водичи за спроведување на здравствената нега. Би требало да се земат примери од западните земји. Негата мора да функционира во подолг временски период, заради доверливост, информираност и реализација на соодветната услуга. Да се даде поголемо значење на семејната и патронажната служба , да се вклучат поголем број на здравствени работници од повеќе специјалности, и поголема превентивна едукација мислам повеќе ТВ емисии за улогата на патронажната работа и реализацијата на потребната помош на пациентите во домашни услови како и давање на соодветен едукативен печатен материјал. Овој начин ќе предизвика и заинтересираност од страна на пациентите а со тоа и подобра реализација на работата на патронажните служби. Светската здравствена организација примарната здравствена заштита ја прифаќа како важен дел од здравствената заштита кој подеднакво е достапен на поединецот, семејството, општествената дејност, и тоа на начин кој бара учество на луѓето во обезбедување на здравјето. Затоа се вели дека таа е јадрото во еден систем. Преку успешно спроведената примарна здравствена заштита, можат да се решат голем број проблеми на луѓето. Разликата од „основна здравствена заштита“, која се однесува само на дел од здравствената служба која се наоѓа на прва линија, и примарната здравствена заштита која опфаќа и интегрира активности и други дејност и ја усмерува работата во подобрување на здравјето, спречување на развој на ризик фактори како и активности на сите нивоа. Најдобар резултат ќе се постигне со познавање на добри комуникациски вештини применети спрема различни пациенти, во различни состојби и време.

МЕТОДИ ПРИ ПРЕВЕНЦИЈА НА БОЛЕСТИТЕ И УНАПРЕДУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО

Жане Митреска¹, Ана Ѓоргиевска², Светлана Јованоска³, Педијатриско одделение при Ј.З.У. Општа болница „Борка Талески“ – Прилеп

АБСТРАКТ

Здравјето претставува состојба на целосна физичка, психичка и социјална благосостојба, а не отсуство на болест и телесни недостатоци. Превенција од заболувања и унапредување на здравјето во заедницата се одновни цели на здравствените институции и организации. Прв степен за превенција од болести претставува активната и пасивната имунизација каде нејзиното спроведување е задолжително со закон. Тука се и превентивните прегледи за заштита од незаразни заболувања кои се водечки причинители за смрт и инвалидитет како во Македонија така и во светот. Едукацијата на населението за потребата од навремени прегледи за контрола на сопственото здравје е битен фактор за рано откривање и спречување на болестите. Исто така потребно е да се даваат совети за грижа на сопственото здравје како и совети за промоција на здрави животни стилови и поддршка за откажување од штетни навики. Здравствените организации користат голем број на истражувачки методи за да се има целосна контрола на бројот на заболени со цел да се воведат предвремени санкции онаму каде што е потребно. Добиените резултати од година во година стануваат се позадоволителни што значи работата на медицинските лица е во успех.

Клучни зборови: здравје, превенција, унапредување, медицински работници

МЕТОДИ ПРИ ПРЕВЕНЦИЈА НА БОЛЕСТИТЕ И УНАПРЕДУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО

Вовед: Според Светската Здравствена Организација - Здравјето претставува состојба на целосна физичка, психичка и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест и телесни недостатоци.

ЈАВНО ЗДРАВЈЕ - е ученост и умешност шри превенирање на болести, продолжување на животниот век и промовирање на здравје преку организирано дејствување на заедницата. Основните функции на јавното здравје се група на суштински активности кои ги третираат детерминантите на здравје, го чуваат здравјето на населението, и лекуваат болестите од јавно-здравствено значење. Тие превенираат и управуваат со главните причинители на болести со употреба на ефективни технички, законодавни, административни интервенции и превенирачко делување, како и интервенции кои го менуваат однесувањето, а со тоа обезбедуваат пристап меѓу - ресурсно делување на здравјето. Јавното здравје го анализира и следи здравствениот статус на населението, и се обидува да го унапреди здравствениот статус со влијаење врз познатите

детерминанти на здравјето (уште познати како фактори на ризик) како што се еколошки и микробиолошки причинители, животниот стил и социо - економските фактори.

Јавното здравје се заснова на следните начела: Одговорност за здравјето на населението и водечка улога на државата и унапредување на здравјето на населението; Сеопфатност на мерки и активности насочени кон целото население и кон социо - економските детерминанти на здравјето и најначајните фактори на ризик; Мултидисциплинарна основа и меѓусекторска соработка; Сеопфатност во собирање на податоци преку квантитативни и квалитативни методи; Партнерство со населението;

Цел: Превенција на болести и унапредување на здравјето во заедницата

ПРЕВЕНЦИЈА – дејствување со кое се превенира појавата на болест. Дејствувањето е насочено кон искоренување, елиминирање или минимизирање на ефектот од болеста и онеспособување. Прв степен за превенција од заболувања претставува активната и пасивната имунизација. Примањето на вакцините според календарот за имунизација е задолжителна постапка за граѓаните и таа мора да се почитува во спротивно за секое одбивање за вакцинирање на децата од страна на родителите е казниво со закон. Вакцината е еден од најефикасните и најдобрите начини за заштита од одредени заболувања. За таа цел постојат цели оддели за имунизација чии начела се следните: Следење и проучување на вакцино - превентабилните заболувања по пат на прибирање, анализирање и обработка на индивидуални пријави за заразни болести кои ги добиваат од Центрите за Јавно Здравје како и други здравствени организации; Директно учество на теренските епидемиолошки истражувања и укажување на стучно - методолошка помош; Следење и контрола на спроведувањето на задолжителната имунизација преку редовните извештаи и теренски контроли на опфатот при што се пружа стручно методолошка помош (укажување на пропустите и предлагање на мерки за нивно отстранување); Изготвување на периодични информации и годишни извештаи за спроведување на задолжителната имунизација; Во 1974 година Светската Здравствена Организација покренува Проширен Програм на Имунизација со кој во светот помалку од 5% од децата биле вакцинирани против 6 најзастапени заболувања како: туберкулоза; дифтерија; тетанус; пертутис; детска парализа, мали сипаници. Денеска во светот тој процент е зголемен до 80% на вакцинирани деца против сите овие болести и тоа пред наполнување на една година - тоа покажани во бројки е преку 130 милиони на деца во една година. Со помош на оваа програма се проценува дека на овој начин годишно се спасуваат животи најмалку на 3 милиони деца исто и се спречува инавалидност(слепило,ментална ретардација) на додатни 750000 деца.

УНАПРЕДУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО - е степенот до кој поединецот или група се способни да ги реализираат стремежите и да ги задоволат потребите, да се менуваат или да се справуваат со средината. Здравјето е извор на секојдневниот живот, не целта на живеењето. Тоа е позитивен концепт кои ги потенцира социјалните и личните адути како и физичките можности. За да се достигне стадиум на комплетна физичка, ментална и социјална благосостојба, поединецот или групата мора да бидат во можност да ги идентификуваат и да ги реализираат своите аспирации да ги задоволат потребите, да ја променат или да се справат со средината. Оттаму на здравјето се гледа како ресурс за секојдневниот живеење, а не како цел на живеење. Здравјето е

позитивен концепт со кој се истакнуваат социјалните и личните ресурси, како и физички капацитети. Оттаму, унапредување на здравјето не е само одговорност на здравствениот сектор, туку оди и понатаму од животните стилови до благосостојба. Основни услови и ресурси за здравје се: мир, покрив над глава, образование, храна, приходи, стабилен еко-систем, одржливи ресурси, социјална правда и правичност. За подобрување на здравјето неопходна е безбедна основа во овие ресурси. Доброто здравје е главен ресурс за социјален, економски и личен развој и важна димензија за квалитетот на живот. Политичките, економските, социјалните, културолошките, бихејвиоралните и биолошките фактори може да бидат во прилог или на штета на здравјето. Постапување за унапредување на здравјето има за цел да се намалат разликите во моменталната здравствена состојба и обезбедување на еднакви можности и ресурси за да им се овозможи на сите луѓе да го постигнат својот целосен потенцијал за здравје. Тука спаѓа безбедна основа во средината со поддршка и пристап до информации, животни вештини и можности за носење на здрави избори. Луѓето не можат да го постигнат својот целосен здравствен потенцијал доколку тие не се во можност да превземат контрола врз работите кои го одредуваат нивното здравје. Тоа мора подеднакво да се применува на жените и мажите.

Материјали и методи: При пишување на оваа тема се искористени материјали добиени од интернет страниците, Законот за јавно здравје на Р. Македонија, исто така се користени ретроспективни анализи за да се добијат потребните резултати. Во прилог е даден табеларен приказ поделен по месеци за изминатата 2013 год. На ниво на општина Прилеп и поделени се заболувањата на инфективни и неинфективни така да резултатите се следниве:

Општина Прилеп

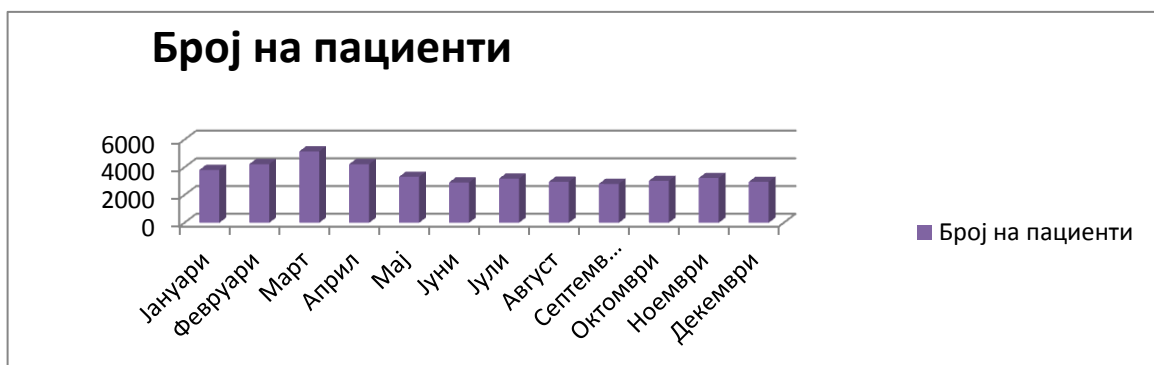
Месец	Инфективни заболувања	Неинфективни заболувања	Вкупен број на пациенти
Јануари	808	3008	3816
Февруари	1370	2867	4237
Март	1954	3200	5154
Април	1249	2984	4233
Мај	916	2407	3323
Јуни	750	2162	2912
Јули	839	2348	3187
Август	959	2008	2967
Септември	759	2056	2812
Октомври	691	2336	3027
Ноември	699	2534	3233
Декември	619	2534	2956

Важно е да се напомени дека претходно приложените податоци се земени од ЈЗУ Општа Болница “Борка Талески“ – Прилеп и тоа од Инфективно Одделение и Интерно Одделение како одделенија со најпосетеност на пациентни во текот на изминатата 2013 година.

Резултати: Од претходно претставените табели можеме да забележиме дека во изминатата 2013 година. Вкупно заболени од инфективни заболувања се 11 610 пациенти, а од неинфективните се 30 247 пациенти што значи дека скоро е душло поголем бројот на пациенти заболени од неинфективните заболувања чии графички приказ би изгледал вака:



При тоа можеме да забележиме дека најмногу заболени имало во март и тоа 5154 пациенти, а најмалку заболени во септември со 2812 пациенти. Исто така според бројот на пациенти по месеци тоа би изгледало вака:



Дискусија: Основна цел на секое здравствено лице е да се грижи за здравјето на пациентите. Претходно констатиравме дека тоа е голем процес кој што трае и тука се вклучени бројни институции кои се ангажираат за унапредување на здравјето на населението и превенција на болестите. Здравјето е нашето најголемо богатство, меѓутоа како што се менува светот се менуваат и болестите па во заклучок со тоа се донесени и новитети во календарот на имунизација како воведени се нови вакцини и тоа ХЕПАТИТ Б која се дава во 3 дози и тоа во првите 24 часа, на 1 месеци и 6 месеци. Исто е воведена и вакцината ИНФЕКЦИИ СО ХЕМОФИЛУС ИНФЛУЕНЦА ТИП Б (Hib) која се дава во 3 дози и тоа на 2,3 и 5 месеци и ревакцинација на 18 месеци. Бројните превентивни мерки кои се воведени како од страна на Министерството за Здравство во соработка со матичните лекари така и од специјалистичките институции помагаат во борбата со болестите и како нивно спречување така и во намалување на последиците кои ги носат тие. Битно е да се напомени дека за реализацијата на оваа тема најважна е добрата соработка на целиот тим за здравство како и нивните соработници.

Заклучок: Здравјето се создава и живее од луѓето во нивната средина во текот на секојдневното живеење, каде што тие учат, работат, играат и љубат. Преку

унапредување на здравјето се подржува личниот и социјалниот развој со обезбедување на информации, едукација за здравје и зајакнување на животните вештини. На тој начин се зголемуваат расположливите опции за луѓето да можат да имаат контрола врз сопственото здравје и нивната средина и да прават избори кои се корисни за нивното здравје. Овозможување на луѓето да учат во текот на животот, да се подготват за сите животни фази да се справат со заболувањата и повреди има суштинско значење. Тоа треба да се олесни во училиштето, домот, работното место и заедницата. Потребно е да се постапува преку едукативни, професионални, комерцијални и волонтерски тела како и во рамките на самите институции. Значи унапредување на здравјето не е само одговорност на здравствениот сектор, туку оди и понатаму од животните стилови до благосостојба.

Користена литература

1. <http://www.cph.mk/~centar/pdf/ZJZ.pdf> ;
2. Статистички податоци од ЈЗУ Борка Талески – Прилеп;
3. Ч.16 став 2 и 3од законот за здравствена заштита (Сл.весник на Р.М бр. 43/2012; 145/2012; 87/2013; 146/2013)

МОДЕЛ НА ПАТРОНАЖНА ЗДРАВСТВЕНА НЕГА ВО СЛОВЕНИЈА Андреја Крајнц, виш. мед. сест., унив.дипл.орг., Р. Словенија

Патронажната заштита во Словенија организирана како самостојна служба или организациска единица за основна медицинска заштита во здравствените институции. Здравствената нега во патронажа ја спроведува медицинска сестра со вишо или со високо образование како самостојна дејност (концесија), а може да е вклучена и во мрежата на јавното здравство.

Патронажната заштита е посебен облик на здравствена заштита, која врши активна здравствена и социјална заштита на поединецот, семејството и заедницата. Ова се должи на биолошките својства на одредени болести или неприлагоденост на новата средина се чувствителни на штетните влијанија на животната средина.

Патронажната заштита со помош на своите служби ги извршува следниве дејности: медицинско-социјален третман на поединецот, семејството и локалната заедница или класична поливалентна патронажа, која претставува извршување на општи, специфични и индивидуални задачи на патронажниот третман на пациентите, од бременте жени, родилки, новороденчиња, доенчиња, мали деца, хронично болни, болни со домашна медицинска нега, па до стари лица, семејства и локална заедница. Сите овие задачи се превентивни и ги извршува виша, односно дипломирана медицинска сестра; здравствената нега во патронажа на родилка и новоденече опфаќа извршување на сите задачи од класичната поливалентна патронажа и извршување задачи на здравствената нега на родилки, новороденчиња и бремени жени; здравствената нега во патронажа на болни во домашни услови опфаќа извршување на сите задачи од класичната

поливалетна патронажа и извршување задачи на медицинска нега на болни во домашни услови. Оваа дејност е куративна и за неа е потребен налог од матичен лекар. *Патронажната заштита дејствува на пет нивоа од медицинската грижа:* одржување и подобрување на здравјето, спречување на заболување, откривање на болест, лекување, рехабилитација после повреди и болести.

За извршување на работата медицинската сестра ги користи следниве методи: метод на процес на здравствена нега што овозможува користење на дијагнози за нега; здравствено воспитен метод, за кој пред сè важна е превенцијата; тимски метод, каде што пред сè важни се медицинските, негата и интердисциплинарните постапки; метод на прогресивна нега, што овозможува подобро негување на болните; диспанзерски метод, што овозможува здравствено воспитна и превентивна работа; епидемиолошки метод (создавање гранични примери); статистичко-аналитички метод, со кој се прави анализа на работата на патронажната медицинска сестра; техничко интервју, што овозможува добивање објективни податоци; техника на патронажна посета на пациент во домашни услови, што овозможува извршување посети на квалитетен начин; техника за интервенции и други методи и техники.

Во центарот на патронажната заштита се: здрав или болен/повреден поединец, неговото семејство и заедницата.

Третманите се извршуваат во средина каде што луѓето престојуваат, учат, играат и работат. Независно, дали корисникот на медицинската нега е поединец, семејство или заедница, се практикува еден методолошки пристап, а тоа е процедурален метод на работа.

Поединец - Медицинската сестра во патронажната заштита извршува третман на поединци од следната група на население: жени (бремени жени, родилки, породени жени, жени во фертилен период и жени во менопауза), деца (новороденчиња, доенчиња, мали деца и деца на претшколска возраст, како и основношколци и средношколци), возрасни (вработени, болни, кои имаат хронични незаразни болести, жители во големи градови и индустриски центри...), инвалиди, стари лица и социјално загрозувани заедници (бегалци, Роми, бездомници итн.).

При својата работа медицинската сестра користи индивидуален или целосен пристап, кој вклучува физички, психички, духовен и социјален видик. Заедно со поединецот (здрав и болен) забележува што поединецот и неговите блиски можат да направат сами. Активностите на медицинската сестра во патронажната заштита се насочени кон проучување и барање начин како да ги спроведе современите познавања од здравството во рамките на стремежите кон здрав живот, опоравување и подобрување на здравјето.

Добрата здравствена состојба на поединецот е основниот услов за социјалниот, економскиот и личен развој, како и пресудна компонента за квалитетен живот.

Најчеста почетна точка за содржината на работата, филозофијата на патронажната медицинска нега, за опсегот и научните дела во модерната медицинска нега се од Вирџинија Хендерсон и Дороти Е. Орем (Хендерсон, 1998, Орем, 2001).

Моделот на медицинската нега на Хендерсон оределува четиринаесет основни, животни активности, коишто овозможуваат целостен пристап, а моделот на Орем се темели на степенот на самогрижа на поединецот, семејството и ченовите на

заедницата, а насочен е кон развивање одговорност за сопственото здравје и кон поддршка на ризичната група на населението.

Медицинската сестра во патронажната заштита мора, врз основа на утврдената здравствена состојба на пациентот, состојбата и односот во семејството, да направи нацрт на медицинската нега на пациентот и семејството, да соработува во дијагностичко-терапевтската програма, да изврши здравствена едукација, по потреба да ја координира работата со другите служби во здравствениот дом и надвор од него, како и да ја организира и надгледува грижата во домот. Во места каде што се организирани заводи за домашна нега и други форми на услуги од социјалната заштита, ја координира и работата со нивниот раководител на патронажната заштита. Доколку не постојат вакви заводи, тогаш може да се организира служба за домашна нега во здравствените домови и да бидат под надзор на службата за патронажна медицинска нега. Во секој случај, мора да биде обезбедена 24 часовна грижа и тоа секој ден во годината.

Семејство - При обезбедување на здравјето и квалитетот на животот на поединецот и општеството, значајна улога има семејството. Со својата сродна мрежа семејството представува специфична, социо-културна институција, во која на посебен начин се поврзани социјалната поврзаност и индивидуалната слобода. Медицинската сестра во патронажната заштита се сретнува со различни форми на семејства и со семејства во различни развојни периоди. Така правиме разлика меѓу период на ново венчани, период на раѓање на прво дете, период на семејство со деца на учулишна возраст и адолесценти, период на формирање ново семејство, семејство без деца и семејство на стари лица.

Медицинската сестра во патронажната заштита мора да ги знае значењето на одделните развојни периоди, најчестите здравствени проблеми, социјалните и егзистенцијални прашања, како и хиерархиската скала на потреби од А. Маслова, пригодена за семејството: основните потреби за живеење и физиолошки потреби (здравствената состојба и здравствената едукација на семејството, како и хигиенските услови); безбедност и заштита (услови за живот и економската состојба); љубов, наклонетост, припадност (комуникација во семејството со пошироката околина), самореализација (образование и вработеност на членовите во семејството).

Врз основа на овие податоци, заедно со членовите на семејството ја утврдува состојбата и условите во семејството, прави нацрт и ја извршува медицинската нега и ја оценува истата. Ова е важно за одржување на динамичноста на рамнотежата и за обезбедување квалитетен живот на семејството (Шуштеришич ет ал., 2006, стр. 250).

Заедница - При реализирање на стратегијата на Светската здравствена организација „Цел за сите во 21. век“ медицинските сестри имаат важна улога, особено во локалната заедница. Здравјето на заедницата значи заедничко достигнување до највисокиот степен на физичкото, менталното и социјалното здравје, во согласност со постигнатото знаење и средства. Тоа значи исполнување на колективните (заедничките) потреби преку утврдување на проблемите и водење меѓусебни влијанија во заедницата како и меѓу заедницата и поширокото општество. Тоа, пак, бара посветеност, ефективна комуникација, присутност и усогласување на конфликтите, соработка, разрешување на односите со поширокото општество, свесност за себе и другите и механизмите за

утврдување на интерацијата меѓу учесниците и за донесување одлуки. Активноста на медицинската сестра во патронажната заштита за заедницата се на примарна, секундарна и терциална превентива. Вклучуваат забрзување, одржување и подобрување на здравјето на поединецот, семејството и заедницата, спречување на болест и ризичните фактори, продолжување на животот и поддигање на квалитетот на животот, а исто така, и враќање на здравјето. Формите на работа се предавања, работилници, работа во мали групи во локалната заедница (погледни Шуштершич ет ал., 2006, стр. 250).

Патронажна медицинска сестра - Патронажната медицинска сестра (во продолжение ПМС) е медицински работник, кој помага на поединецот и на семејствата при одржување на нивното здравје, помага при болест, овозможува помош на хронично болните и различно население со посета на нивните домови и локалните заедници. Поголемиот дел од времето работи при посета на домовите. Со своето знаење за значењето на здравјето и социјалните прашања може да ги утврди ефектите на социјално-економските фактори на семејствата и нивното здравје и нуди соодветна помош. Медицински ги негува болните, а особено помага на болните кои се предвремено отпуштени од болница. (Геч, 2001, стр. 186).

Работата на ПМС е насочена кон третирање на областа како целина, а воедно и кон третман на поединецот, семејството и заедницата во нивната животна средина.

Работата ја координира со службите во здравствениот дом на следен начин: со општиот лекар (задачи за медицинска нега на пациентот при извршување на дијагностичко-терапевтска програма, давање извештај за здравствената состојба на пациентот и за состојбата, условите во семејството и соработка, односно уредување на додатокот за помош и услуга); со други медицински тимови во зависност од спецификата на пациентот (новороденче, доенче, дете во претшколска возраст, ученик или адолесцент, возрасен здрав или болен поединец, инвалид, старо лице итн.); со службите на секундарно и терциално ниво од медицинската дејност (поврзаност со службата за медицинска нега, отпускна документација, извештај на службата за здравствената состојба на пациентот, отпускна листа од болница, којашто вклучува и извештај за новороденчето и родилката, итн.); со другите служби и организации надвор од здравствениот дом, коишто на кој било начин можат да помогнат при оптимално разрешување на состојбата, условите кај поединецот и семејството: Заводот за нега во домот, Црвениот крст, Центарот за социјална работа, локалната заедница, старечкиот дом итн.

Работата ја координира индивидуално или преку организација на тимски состаноци: Медицинската сестра во патронажната заштита мора да го познава теренот и да знае кои дејности се организирани, за да може да го изработи нацртот за здравствената нега и да ги насочува луѓето, односно да им помогне при регулирање на помошта во домашни услови, односно т.н. сервисна дејност. На тој начин се обезбедени условите поединецот да може да остане во домашна средина што подолго, наспроти староста, болеста или исцрпеноста.

Тимот за нега во патронажната заштита се состои од: раководител на патронажната заштита, кои има и задача на координатор, медицински сестри во патронажна заштита, кои се носителки на патронажната медицинска нега, и техничари за медицинска нега,

коишто се вклучуваат во извршување на медицинската нега на болниот во домашни услови (Шуштершич ет ал., 2006, стр. 248).

Меѓу најважните задачи на здравствената нега во патронажа е извршување на превентивната програма, која е намената за чување, зајакнување и одржување на здравјето, како и спречување на болеста на целата популација од раѓање до смрт. На превентивната дејност на патронажната заштита уште повеќе се посветува на биолошки најранливите групи на населението. А тоа се: новороденчињата, донечињата, децата до трета годишна возраст, бремените жени, родилките, старите лица и хронично болните.

Во последно време поради големите економски и социјални промени се менува и содржината на патронажната медицинска нега. Сменетата патологија на населението, зголемениот процент на постари лица, брзиот развој на медицината, промените во болничките третмани и мерките за штедење во здравството, структурата на патронажната сестра ја ставаат пред големи предизвици. Само патронажната медицинска сестра, која би била задоволна при својата работа, ќе биде способна соодветно да одговори на овие предизвици и ефективно да ја извршува својата мисија.

Здравствена нега во патронажата е интегрален дел од примарната медицинска нега и со тоа дел од примарната здравствена заштита. Таа се извршува во домот на пациентот, во здравствениот дом, во локалните заедници и на терен.

Медицинската сестра во патронажната заштита, којшто е членка во тимот за нега и медицинскиот тим, работи на сите нивоа од здравствената едукација: примарната, секундарната и терцијалната, како и го промовира здравството на поединецот, семејството и целата популација. Здравствената едукација е перманентен процес, што го менува човекот од почетокот, преку бременоста, раѓањето, детството и младоста, па до зрелоста и стареењето. За секој период има специфични пореби од знаење. Медицинската сестра во патронажната заштита мора да ги следи потребите, условите, односно состојбата на поединецот, семејството и заедниците, да се прилагодува на нив и заедно со нив да ги задоволи.

Преку промоција на здравството ги поттикнува луѓето, здравјето да го постават на највисоко место на скалата на човековите вредности, активно да се грижат за него и да имаат што поголемо влијание на економските и социјалните фактори на здравството.

Се вклучуваат во сите подрачја на здравството: превентивна работа, работа во локалната заедница, организациска работа, заштита на животната средина, јавно-здравствена политика, економски-правна работа и образование.

Медицинската сестра во патронажната заштита со соработниците прави напори да го достигне и зболеми позитивно здравјето на поединецот, семејството и заедницата, како и да го намали, односно да го спречи негативното здравје. Прави план за работа дневно, месечно и на годишно ниво, и затоа мора да го познава теренот каде што работи и да ги почитува кадровските норми.

Како патронажни медицински сестри при својата секојдневна работа се сретнуваме со разни ситуации, поврзани со здравствената состојба на поединецот и заедницата, па и со значјани настани, како што се, на пр. раѓање, болест, болка, умирање, смрт. Секојдневно влегуваме во светот на поединецот, во неговиот дом, а исто така и во неговите многу интимни подрачја, без разлика дали се работи за телесна, психичка или

социјална средина. Поради специфичната природа на нашата работа, многу често настапуваме како застапници на пациентите. Токму затоа многу важно е да ги знаеме законските основи на правата на пациентот, за да не решаваме само врз основа на сопствените морални ставови, убедувања и вредности, туку и согласно со важечкото законодавство. При својата работа, во секој случај, многу пати се среќаваме со бројни морални и етички прашања, дилеми, вознемирувања и одлуки.

УЛОГА НА ПАТРОНАЖНИТЕ СЕСТРИ ВО ПРЕВЕНЦИЈА, УНАПРЕДУВАЊЕ И ЗАЧУВУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО

Лидија Кочовска¹, Снежана Димитриевска², ¹ ЈЗУ Здравствен Дом, Велес, ²ЈЗУ Здравствен Дом, Свети Николе

АБСТРАКТ

Увид на постојната состојба за подобрување на состојбата на лицето, отстранување на ризичните фактори, утврдување на здравствен и социјален статус на сите членови на семејствата и приоритет на патронажната здравствена заштита.

Се користат: превентивни методи (национални програми за рано откривање на малигни, кардиоваскуларни заболувања, програма за активна здравствена заштита на мајки и деца и сл.); печатени материјали, брошури, медиуми, предавања; скрининг (со цел за рано откривање на болестите и оштетувањата кои можат да настанат поради нездрав начин на живеење и лоши животни навики).

Квалитетната работа на патронажната служба е важен фактор за заштита, промоција и одржување на здравјето на населението.

Клучни зборови: ризични фактори, рано откривање, здравствена заштита

УЛОГА НА ПАТРОНАЖНИТЕ СЕСТРИ ВО ПРЕВЕНЦИЈА, УНАПРЕДУВАЊЕ И ЗАЧУВУВАЊЕ НА ЗДРАВЈЕТО

Вовед: Македонија следејќи ги европските трендови се залага за професионално следење на сите искуства кои ги носи Европската Унија за квалитетен живот на сите луѓе, а со тоа и на старите луѓе во општеството. Како и во Европската Унија така и во РМ се промовира здравиот начин на живеење што е клуч за зголемување на грижата на заедницата од страна на здравствените служби и развивање на вон институционалните облици на грижа. Промените што ги носи процесот на стареење, но и кај помладата популација која се соочува со проблемот функционална неспособност, а е вродена или стекната, зголемените ризици од болести и инвалидитет, финансиската зависност, социјалната исклученост, емоционалната болка резултираат од потреба за развиена

мрежа којашто ќе обезбеди пристапност за грижа на стари и изнемоштени лица, маргинализирани лица и лица на кои достапноста им отежната.

Цел: Главна цел е навремено отстранување на ризичните фактори се со цел за комплетно непројавување на болеста, помало оштетување на било кој систем во организмот за можност на негова реверзибилност или што помало трајно оштетување односно иреверзибилност со трајно оштетување, т.е привремен или траен инвалидитет и заради квалитетно продолжување на животен век.

Приоритет на здравствената заштита на нашата држава е на повеќе нивоа, но единствено Патронажната служба тоа го прави во домовите ,носејќи го здравствениот систем односно сите информации за можностите што ги нуди, кај секое лице што има потреба од здравствена заштита и информирајќи го поединечно за компликациите што следуваат од секое ризично однесување. Патронажните сестри прават увид на постоечката состојба, навремено упатуваат за подобрување на состојбата на лицето, влијаат директно на отстранување на ризичните фактори со цел подобрување на здравствената состојба. Утврдување на здравствен и социјален статус на сите членови на семејствата и утврдување на приоритет на патронажната здравствена заштита. На основа на утврдената состојба патронажната сестра изработува план на работа со утврдени потреби за посета на поедини возрасни групи и едукација во помали групи , според националните програми што ги спроведува нашето општество за превенција и унапредување на здравјето на граѓаните. Програмите се утврдени според статистичките извештаи за глобално водечките болести според Светска Здравствена Организација . следејќи ги светските трендови за опаѓање на водечките болести кои се причина за зголемен морталитет и морбидитет.

Неодвојво поврзана главна цел во унапредување на здравјето, превенција на болести и едукација за коморбидни состојби кои бараат мултидисциплинарен пристап, кај граѓанинот, опфаќајќи го како индивидуална личност , како дел од семејната заедница, и како дел од заедницата. Најглавна реализираност на овие цели на глобално ниво се Патронажните служби и тимовите. Патронажни сестри кои ја спроведуваат оваа цел информирајќи го индивидуално за она што нашето општество го прави и организира за зачувување и унапредување на здравјето на своите граѓани.

Материјали и методи: Методи за унапредување на здравјето и за превенција на болестите во заедницата ги организира Владата на РМ преку сеопфатно организирање на сите служби во РМ.

Главен метод се Програмите за превенција на болестите во заедницата кои ги спроведуваат превентивните тимови во чиј склоп влегуваат патронажните сестри кои сите овие скрининзи, информации, едукации за индивидуално активирање за заштита и грижа за своето здравје на секој поединец го носат во домовите и маргинизирани поединци, преку: програма за активна здравствена заштита на мајки и деца; Програма за превенција на кардиоваскуларни болести во РМ; Програма за превентивни мерки за спречување на ТБЦ кај населението во РМ; Програма „Здравје за сите“; Програма за систематски прегледи на ученици и студенти на РМ; Програма за рана детекција на малигни заболувања на РМ.

Патронажната служба е главна алатка која врши скрининг во домовите за пронаоѓање на ризични лица, т.е. ризични фактори, скрининг на здравствено и социјало запоставени и маргинализирани лица

Овие скрининзи директно влијаат на подобрување на здравствената состојба на лицето. Методите што ги користи оваа служба за унапредување на здравјето и превенцијата на болестите во заедницата е преку превентивни прегледи кои се темелат на т.н. скрининг тестови односно тестови кои се индикатори за навремено откривање на отстапувањата во гликозата во крвта и липидниот статус, мерење на ТА, мерење на ТГ . Овие базични скрининзи треба да и практикува секој почнуваќи од 19-тата година.

Ова директно влијае на зачувување, унапредување и превенција на некој од болестите. Скрининзите како главен метод за Унапредување на здравјето и превенцијата на болестите кои се во склоп на Програмите за превенција. Скринингот има за цел рано откривање на болестите и оштетувањата кои можат да настанат поради нездрав начин на живеење и лоши животни навики. Скрининг се прави кај

жени од 18-39 год; Скрининг на холестеролот за превенција од хиперлипидемија; Скрининг на глукозен статус за превенција од дијабет; Скрининг на ТА; Скрининг на БМИ; Ултразвучен преглед на абдомен; Очен преглед, превенција од глауком; ПАП тест; редовен самопреглед на дојка; Мамографијата и факторот животен стил е дел од рано откривање на ракот на дојка кој директно влијае на лекување и развој на болеста при што следи пад на морталитет; Скрининг тест (РТГ,КТ,МР,) за малигно заболување на бели дробови, обавезен кај пушачи и кај семејна анамнеза; Дермоскопија кај сомнителни промени на кожа како превентивен скрининг од малиген меланом.

Скрининзи кај жени од 40-64 год: Сите предходно; скрининг за канцер на дебело црево (вообичаено е после 50 год). Ако постои позитивна семејна анамнеза за карцином на дебело црево превентивните прегледи треба да започнат многу порано. Скрининг тестови за остеопороза (одредување на густината на коските со скенирање на скелетот. Основно правило е секоја жена во менопуза која имала скршеница да направи скен за густина на коските.

Скрининг кај мажи од 18-39 год: скрининг на холестеролот за превенција од хиперлипидемија, скрининг на Глукозен статус за превенција од дијабет, скрининг на ТА, скрининг на БМИ; ултразвучен преглед на абдомен; очен преглед, превенција од глауком; скрининг тест (РТГ, КТ, МР) за малигно заболување на бели дробови,обавезен кај пушачи и кај семејна анамнеза.

-Дермоскопија кај сомнителни промени на кожа како превентивен скрининг од малиген меланом.

Скрининг кај мажи од 40год: сите предходно; проценка на ризик од кардиоваскуларни заболувања(кај мажи со покачен крвен притисок,со семејна историја за кардиоваскуларни заболувања и кај мажи со дијабетес или бубрежни болести); проценка на ризик од хронични бубрежни заболувања (кај мажи со покачен крвен притисок со семејна историја за бубрежни заболувања и кај мажи со дијабетес; скрининг тест за скрининг на малигно заболување на простата.

Скрининг тестови за остеопороза треба да се прават кај секој маж постар од 50 години кој има ризик фактори за развој на остеопороза(пушачи, Асматицари,пациенти со наалена подвижност,пациенти со малигно заболување.)

Скрининг скала за когнитивни функции: Мини-ментален статус овозможува проценка на вкупното когнитивно функционирање преку испитување на: ориентацијата (во време и простор); помнењето (во моментот на разговор); вниманието; способноста за математичка операција одземање; визуопросторна ориентација итн. Овие поттестови се едноставни и може да ги применат и не многу стручни лица.

Скрининг тестови кај новороденчиња: Со боцкање во предел на петата ќе се земат неколку капки крв за скрининг (откривање) на некои вродени заболувања. Овие заболувања не се очигледни на раѓањето, но ако не се откријат и третираат навреме (рано), може да доведат до физички проблеми, ментална ретардација, а во некои случаи и смрт. Во повеќето развиени земји задолжителен е скрининг-от за фенилкетонурија и хипотироидизам. И двете заболувања може да предизвикаат ментална ретардација, која може да се превенира со рана терапија. Во некои земји, додатно се врши скрининг и на некои други заболувања. Во нашата земја, засега, задолжителен е само тироидниот скрининг, со кој се открива конгениталниот хипотироидизам. Кај најголемиот дел од бебињата скрининг тестовите ќе бидат негативни. За оние неколку бебиња, кои ќе бидат со абнормални резултати, раната дијагноза и соодветниот третман ќе овозможи нормален развој, во спротивно тие би имале долгорочни здравствени проблеми. ТСХ скрининг.-Скрининг за фенилкетонурија,- скрининг за слух.

СКРИНИНГ МЕТОДИ кои директно влијаат на превенцијата за одстранување на причините за ризик,а со тоа и непостоење на болест и кај дијагностицирањето намалување на компликациите и трајите оштетувања односно прогредирање на болеста.

Скрининг за рак на дојка – МАМОГРАФИЈА

За превенција од рак на дојка: Од рак на дојката најчесто на возраст над педесет години, но во последно време се почесто заболуваат и помладите. Превентивните програми како тестирање со висококвалитетна мамографија е ренгенски преглед на којшто се бележат промените на дојката околу две години порано од појавата на првите симптоми или опипливите грутчиња. Целта на овие програми е да се смали морталитетот. Овде спаѓа и задолжителниот редовен секојмесечен самопреглед. Оваа препорака се однесува за жени на возраст ≥ 40 години, кои не се изложени на ризик-генетски или зрачење. Зголемувањето на возраста е најважниот фактор на ризик за повеќето жени. Препорака за двегодишна скрининг мамографија за жени на 50 и 74 години. Одлуката за отпочнување на регуларни двегодишна скрининг мамографија пред 50 год. возраст е индивидуална, се зема во предвид пациентот, неговите специфичности за одреден бенефит и штета.

Скрининг тест за Колоректален карцином-КОЛОНОСКОПИЈА - Втора причина за смртност во светот е ракот на дебелото црево од малигните болести кај двата пола. Најмногу заболуваат лица на возраст од педесет години, но во последните години се открива и кај помлади. Форб тестот е тест на столицата за невидливо крварење. Лицата со позитивен наод треба да направат колоноскопски преглед заради утврдување на причините за крварење. Целта на овој тест е да се открие ракот во почетен стадиум и со тоа да се смали морталитетот од рак на дебелото црево.

Секторот за превентивна здравствена заштита, ја објави програмата за рана детекција на малигни заболувања во 2013 година, која опфаќа опортунистички скрининг на рак на дебело црево, со цел подобра инфомираност на граѓаните за значењето на раното откривање на КРК заради намалување на морбидитетот (заболување) и морталитетот (смртност). Во текот на овој месец граѓаните кои спаѓаат во ризичната група за добивање на рак на дебело црево, од своите матични лекари ќе можат да добијат бесплатен ФОБТ тест (тест за скриено крвавење во фецес).

Препорака за скрининг за колоректален карцином на секои три до пет години кај сите пациенти на возраст од 50-75 години користејќи го тестот за окултно крварење, колоноскопија или сигмоидоскопија.

Скрининг за карцином на Cervix uteri-ПАП тест и Колпоскопија - Овој тип на рак е на осмо место како причина за смрт од рак кај жените. Пап тестот е основниот тест за овој тип на рак. ПАП тестот се прави со цел да се откријат евентуално скриени предракови промени на грлото на матката. Но неговиот наод не е конечен. Во случај на позитивен ПАП тест се прави втор преглед заради уточнување на дијагнозата (колпоскопија). Наодот од колпоскопијата е конечен и поради тоа после овој преглед може да се планира лекување. Околу 90% од земените ПАП тестови се негативни. Преостанатите 10% пациентки имаат позитивен ПАП тест и тие треба да имаат колпоскопски преглед. Пап тестот се прави со цел да се спречи ракот на грлото на матката. Ова се прави со навремено откривање на предраковите промени и со нивно потполно излекување. Никој не може да знае дали има предракови промени. ПАП тестот се прави кај сите жени на возраст од 21-65 години. Особено треба да бидат тестирани оние кои имале сексуална активност во рана возраст, кои пушат, не користат кондоми и кои имаат повеќе партнери или имале сексуален партнер кој од своја страна имал повеќе партнери. Тестот подразбира обичен гинеколошки преглед. Со дрвена шпатула се зема брис од грлото на матката и се нанесува на стакленце кое понатаму се бои и на крајот се прегледува под микроскоп. Целата процедура трае неколку минути и наполно е безболна. Најчеста причина за повторен ПАП тест е таканаречено неисправно стакленце, односно клетките не се прикажале добро (не се обоиле или стакленцето се скршило) и поради тоа ПАП тестот треба повторно да се земе. Во друг случај тестот покажал позитивен резултат. Тоа не значи дека се работи за рак. Ваквите пациентки ќе бидат повикани за повторен преглед. Во случај на позитивен ПАП тест пациентката ќе има преглед со специјален апарат кој се вика колпоскоп (еден вид на микроскоп), или пак ќе се земе брис за некои вируси кои можат да предизвикаат рак на грлото на матката (ХПВ тест). Ако наодите и понатаму се позитивни се превзема дефинитивно лекување на промените.

Скрининг за Малиген меланом-Дерматоскопија: Најзначајните елементи за успешна превенција на меланомот се избегнување на фактори на ризикот и препознавање на болеста. Ако сакаме опасноста од меланомот да ја држиме на најниско можно ниво, периодичните самопрегледи на кожа и правовременото обраќање кај дерматологот се превенција од појавување на оваа болест. Превенцијата на малигниот меланом е многу важна бидејќи раната дијагноза и раниот почеток на лекување се пресудни. Сите пигментирани промени треба внимателно да се следат. Дерматоскопијата е објективна дијагностичка техника која со оптичко зголемување на морфолошките детали што не

се видливи со голо око, а кои се клучни за разликување на меланоцитни и немеланоцитни промени на кожата. Искусниот дерматолог за скенирање на целата површина на кожата нема потреба повеќе од две минути. Идеално е да на систематскиот преглед се јавиме еднаш годишно.

Скрининг тест за Рак на простата-ПСА: Ракот на простата е најчест при постари мажи, африко-американци, мажи со фамилијарна анамнеза за рак на простата. Истата несигурност за ефектите од скринингот како кај останатите мажи е карактеристична и кај мажите со потенцијален ризик.

Мажи на возраст меѓи 50 и 75 години.

Простата специфичен антиген – ПСА е многу почувствителен од дигитално-ректален преглед (ДРЕ). Конвенционалниот ПСА тест со вредност до 4,0г/л може да пропушти рано откривање на ракот. Намалувањето на вредноста ќе ја зголеми проценката за лажно позитивни резултати. Варијациите кај ПСА скринингот сеуште не демонстрирале подобрување на здравствените резултати. Скрининг на 4 години.

Скрининг на слух: Денес стојат на располагање повеќе методи за рано откривање на оштетувањето на слухот уште кај новородените . Испитувањето на слухот со овие скрининг методи (отоакустични емисии, auditory brainstem response) треба да се изврши уште во породувалиштата. Најчесто се скринираат оние новородени кои имаат ризик фактор за оштетување на слухот, како на пример:престој во центрите за интензивна нега за новородени од два или повеќе дена, синдроми за кои е познато дека доведуваат до оштетување на слухот (на пр. Алпорт, Усхер синдром, Wardenburg); фамилијарна историја за оштетување на слухот; конгенитални инфекции (на пр. токсоплазмоза, бактериски менингитис, сифилис, рубеола, цитомегаловирус, херпес вирус) и краниофацијални абнормалности (особено морфолошки абнормалности на надворешно уво).

Овој скрининг е наречен селективен скрининг. негативна страна на овој скрининг е тоа што ги пропушта афектираните деца кои немаат ризик фактор. Од тие причини најдобро е да се скринираат сите новородени без разлика дали имаат или немаат ризик фактор. Ова е т.н универзален скрининг.

Методи на испитување на слухот. Во зависност од возраста, интелектуалната попреченост, присуство на други фактори кои ќе го одредат нивото на соработка се применува соодветен тест за процена на слухот.

Рак на бели дробови: Иако за сега нема препораки за скрининг за рак на белите дробови, се е појасна и поважна улогата на спиралната компјутеризирана томографија во детекцијата на раниот рак на бели дробови. Според тоа, за сега, најважна е превенцијата на ракот на белите дробови, која се состои во намалување или отстранување на факторите на ризик за настанување на овој вид на малигно заболување. Пред се, тука се мисли на престанокот на пушењето, како еден од главните и водечки причини за настанувањето на ракот на белите дробови.

Скрининг на абдоминална аневризма на аорта (AAA): Еднократен ехо преглед за скрининг кај мажи од 65 до 75г. Кои пушеле во текот на животот. Скринингот не е препорачан за непушачи и жени.

Скрининг за пореметувања во липидниот статус (дислипидемии): Тотален холестерол и HDL фракција (без разлика дали е на гладно).

Скрининг за дијабетес тип 2: На секои три години. Се препорачува скрининг кај пациенти без симптоми, а чии ТА е повисок од 135/80 со или без терапија. Ниво на гликоза во крв на гладно, HbA1c

Скрининг за депресија за проценка на ментален статус: Кај сите мажи и жени на 50г. Ризик групи – историја на претходна депресија, нејасни соматски симптоми, претходни панични атаки, хронична болка, злоупотреба на супстанции.

Проценка; во последните две недели дали сме почувствувале:

1. Заинтересираност во обавување на секојдневните активности
2. Дали сме се почувствувале лошо, депресивно или безнадежно?

Скрининг за деменција: Само доколку има нарушување во меморијата MMSE (Mini-Mental State Examination 5-10 мин. – ориентација, забележување, внимание и сметање, сеќавање, говор и разбирање)

Скрининг за остеопороза: На две или повеќе години. Рутински скрининг кај жени на 65г. И кај жени со повисок ризик над 60г. Не се препорачува кај жени во менопауза под 60 г. Или кај жени на возраст од 60 – 65г. Без повисок ризик. (DHA) – дензитет на вратот на фемурот со помош на X зрачна апсорпциометрија е најдобар предиктор за фрактури на колкот како и на останатите фрактури. Најновите испитувања покажуваат дека испитувањето на дензитетот на периферните коски во ПЗЗ може да детектираат зголемен ризик за фрактури во скоро време (1 години) кај постменопаузални жени

Скрининг на когнитивни способности: Сознајното функционирање може да се процени со MMSE (Mini-Mental State Examination) (ннд-С). Тестот не е специфичен за деменција: на пример, акутниот делириум може да влијае на резултатот. Тестот не е соодветен за пациенти со дисфазија. Со напредокот во третманот на деменцијата, се користат почувствителни методи. Еден од нив е тестот CERAD, кој може да се искористи за скенирање на умерено сознајно оштетување.

СКРИНИНГ КАЈ ТРУДНИЦИ - Скрининг тестови за фетални аномалии: Сите жени без разлика на годините имаат ризик за раѓање на бебе со родилни аномалии. Дауновиот синдром предизвикува различни степени на ментална ретардација, но исто така може да предизвика и додатни абнормалности на главата, рацете, мозокот, бубрегот, желудникот и цревата на плодот. Ризикот за Даунов синдром како и за други абнормалности се зголемува со возраста на мајката. Во текот на бременоста, дијагнозата се поставува со анализа на хромозомите на плодот добиени од клетките во околуплодовата вода или од постелката. Овие клетки се добиваат со една од две инвазивни процедури: амниоцентеза или земање примерок од хорионските ресички. **ПОРАДИ ТОА ТИЕ СЕ НУДАТ САМО НА ПАЦИЕНТКИ КАЈ КОИ ПОСТОИ ВИСОК РИЗИК ЗА РАЃАЊЕ НА БЕБЕ СО ДАУНОВ СИНДРОМ.** Високоризични пациентки се сметаат сите оние кои имаат или поголем или еднаков ризик за Даун синдром како и пациентка која има 35 години (1 : 270).

Се до неодамна, жените од оваа возрасна група, имаа само една опција – инвазивна процедура која пак од своја страна е поврзана со ризик за спонтан абортус. Неодамнешните студии меѓутоа, сугерираат дека дополнителни скрининг тестови, комбинирани со возраста на мајката, можат да се искористат за намалување на ризикот од Даунов синдром, за намалување на бројот на амниоцентези како и за намалување на процентот на абортирани нормални фетуси.

Дијагностички наспроти Скрининг тестови: Многу е важно да се знае која е разликата помеѓу дијагностичките и скрининг тестовите.

Скрининг за инфекции во бременост: Во првиот триместар треба да биде понуден рутински скрининг за уреоплазма – микоплазма, хламидиа, како и скрининг за генитални инфекции, (микробиолошки преглед со брис од вагина и цервикс); Асимптоматска бактериурија – да - рутински скрининг на култура на материјал добиен од среден млаз на урина во тек на рана бременост. Идентификацијата и третманот на асимптоматската бактериурија го намалува ризикот за пиелонефрит; Цитомегаловирус - не треба рутински да се советува; Хепатитис Б вирус – серолошки скрининг треба да им се советува на бремените жени со што ќе се намали ризикот од трансмија на вирусот од мајката на детето; Хепатитис Ц вирус – не треба да се нуди рутински скрининг; ХИВ статус/ инфекција – да се советува, бидејќи соодветни антенатални интервенции можат да ја намалат трансмисијата на ХИВ вирусот од мајката на детето. Рубеола – да се понуди рано, за да се идентифицираат бремените жени со ризик за можност од стекнување на рубеола и да овозможи вакцинација во постнаталниот период заради нивна заштита во наредните бремености; ГБС – да - рутински скрининг во 34 – 35 г.н; Токсплазмоза – не се советува.

Скрининг за хематолошки состојби: Анемија – скринингот треба да се направи рано во тек на бременоста и во 28 г.н. кога се прават и други испитувања на крвта. Нивото на Hgb нормално се смета 11 g/dl при првиот контакт, и 10,5 g/dl во 28 г.н. Одредување на крвна група и еритроцитни антители – да се советува одредување на крвна група и Rh фактор во рана бременост. Рутинска антенатална анти Д профилакса кај сите несензибилизирани бремени жени кои се резус Д негативни. Ако бремената жена е резус Д негативна, треба да се советува тестирање на резус Д статусот кај нејзиниот партнер за да се утврди дали е неопходно спроведување на анти Д профилакса кај истата.

Скрининг за Даунов синдром: На сите бремени жени треба да им се понуди скрининг за Даунов синдром, до крајот на првиот триместар (13,6 г.н.), но и подоцна до 20 г.н. кај жени кои се јавиле подоцна на прв преглед. „Комбинираниот тест“ (нухална транслуценца, free β HCG и PAPP – A) треба да се понудат помеѓу 11 и 13,6 г.н. Во 20 г.н. најефикасен и најисплатлив е серумскиот скрининг тест (triple и quadruple). На пациентките да им се објасни дека скринингот не обезбедува дефинитивна дијагноза, информација за хорион биопсија и амниоцентеза, балансирани и точни информации за синдромот. Присуство на изолиран софт маркер, со исклучок на зголемена нухална транслуценца, на рутински преглед за аномалии не треба а priori да се користи за проценка за ризик од Даунов синдром. Присуството на зголемена NT \geq 6 mm или пак два или повеќе софт маркери упатуваат на потребата од консултација на субспецијалист за фетална медицина.

Скрининг за структурни аномалии: Ултразвучен скрининг за фетални аномалии треба рутински да се спроведува помеѓу 20 и 22 г.н. На пациентката да и бидат дадени информации во врска со целта и последиците од прегледот, за да може таа сама да одлучи дали да го направи или не. Исто така треба да се информира за ограниченоста на овој преглед и дека стапката на детекција варира во зависност од типот на

аномалијата, ВМІ пациентката и позицијата на плодот ин утеро во моментот на прегледот.

Феталната ехокардиографија која вклучува четирикоморен пресек на феталното срце и големите крвни садови се препорачува како дел од рутинскиот преглед за аномалии. Кога се спроведува рутински УЗ за детекција на дефекти на неврална туба, одредување на нивото на алфа – фетопротеинот не е потребно.

Рутински скрининг на срцеви аномалии со употреба на NT не се препорачува. Ултразвучниот преглед во тек на проценка на гестациската старост при раниот УЗ скен.

Резултати: Следење и зачувување на здравјето каде што постои зголемен ризик за предизвикување на болеста. *Патронажната грижа* е медицински социјална опфатеност со цел за унапредување и зачувување на здравјето на поединецот, семејството и заедницата; Се спроведува во главно во здравствените установи. Тоа е едукативна дејност, усмерена првенствено кон личности со зголемен ризик за здравје; Превентивната дејност е усмерена на рано откривање на болести, аномалии и ризично однесување при посетување на семејствата; Стекнување на правилни животни навики (за исхрана и телесни активности) и отстранување на причинителите за ризик за појава на хронични незаразни болести, зачувување на менталното здравје, намалено конзумирање на алкохол и употреба на другите средства за зависност кај училишната популација и адолесценти; *Возрасни лица:* Мерките за промовирање на здравјето кај возрасните се усмерени кон позитивно здравствено однесување и промена на одредените ставови и навики кои можат директно да влијаат на продолжен животен век и подобар квалитет на живеење во средната и длабоката старост: мерки за здрава исхрана, физичка активност прилагодена на возраста и можностите, непушењето, умереното конзумирање алкохол и лична превенција од повреди. *Хронични болни:* Популациска група врзани за зголемени специфични здравствени потреби; Хронични незаразни болести- немаат еден јасно дефиниран причинител, туку при развојот на болеста учествуваат повеќе причинители; Меѓусебно дејство на наследни причинители, штетни причинители од околината, животното и работното опкружување и личното однесување е испреплетено па затоа зборуваме за МУЛТИФАКТОРИЈАЛНА ЕТИОЛОГИЈА. Најбројни се: кардиоваскуларни болести, цереброваскуларни и малигнитети. Сите заедно се преку 70% причинители за смрт. *Целни групи на здравствена заштита во патронажниот систем:* трудници и родилки и жени во репродуктивен период; новороденчиња и доенчиња; мали и претшколски деца; ученици и адолесценти; хронично болни – ХТА, Е10, ЦВИ, ЦА, коморбидни состојби, компликации; зависници; социјално загрозувани лица и семејства; социјално исклучени групи: бездомници и млади кои го напуштаат образованието; лица со посебни потреби.

Скринингот – е за цел за рано откривање на болестите и оштетувањата кои можат да настанат поради нездрав начин на живеење и лоши животни навики. ТСХ-скрининг, аудио-визуелен скрининг, развоен скрининг на доенче, скрининг кај трудници, превенција од прематоритет и вродени конгенитални малформации, постпартален скрининг. Следење и зачувување на здравјето каде што постои зголемен ризик за предизвикување на болеста.

Заклучок: Иако скрининзите се спроведуваат во здравствени установи, сепак свеста на луѓето не е доволно активирана како би ги направиле овие скрининзи. Така да улогата на патронажните служби играат важна улога за подигање на личната свест за лична грижа на поединецот за своето здравје, па одтука потекнува важноста на службата за унапредување и превенција на болестите, донесувајќи конкретни информации адаптирани спрема потребите на поединецот, или спрема маргинализираното семејство. Во државните програми за заштита на населението е искористена постоечката организираност и квалитетна работа на патронажната служба како важен фактор за заштита, промоција, и одржување на здравјето на населението. Здравствениот систем не сака да дозволи да жените немаат свој гинеколог, предшколските деца да немаат свој избран доктор. Националната стратегија за покриеност на населението со превентивна дејства во кои се вклучени превентивни дејства е сигурност за промоција на здравјето. Затоа патронажните сестри се од есенцијална вредност за поврзување на сите служби со сите целни групи кои ги опфаќа во својата превентивна дејност.

Користена литература

1. Службен весник на РМ за 2013 год
2. Д-Р Иво Захариевски-Скрининг кај фетални аномалии
3. Д-р Нада Поп-Јованова-Скала за мини ментал тест
4. Службен весник на РМ 2013 год-ПРОЦЕНА НА ФИЗИЧКАТА И НА МЕНТАЛНАТА ФУНКЦИЈА.
5. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 1975, 12: 189-198

СТРЕСОТ ВО РАБОТНАТА СРЕДИНА

Милица Беслаќ¹, ¹ЈЗУ Специјална болница по Гинекологија и Акушерство МАЈКА ТЕРЕЗА – Скопје

АБСТРАКТ

Вовед: Стресот е едно од основните обележја на времето во кое живееме. Современиот свет, стресот го дефинира како состојба или чувство во кое се наоѓа личноста кога предизвиците во нејзиниот живот ги надминуваат личните и општествени капацитети. Професијата е еден од главните фактори кои оставаат најмногу влијание врз нашата личност и многу често се јавува како еден од главните причинители на стрес. Во зависност каква професија е во прашање, стресот може да биде повеќе или помалку изразен, но сепак неизбежен дел од секоја професија. Работата на медицинската сестра и акушерка е фокусирана на оние делови на општеството каде што веќе постојат одредени проблеми: здравствени, социјални и психолошки. Секојдневните среќавања со болката, страдањата и смртта можат да

делуваат застрашувачки, а работните задачи претешки па затоа медицинските сестри и акушерки често се изложени на стрес. Поради тоа од големо значење е да се знае како да се препознае стресот и како да се бориме против него.

Цел: Целта е да се превенира, да се пронајде начин како да се намали влијанието на стресот, да се укаже на некои едноставни методи кои ќе помогнат во превенција и намалување на стресот како и да се препознаат причинителите на стресот во професијата на медицинските сестри и акушерки.

Резултати: Меѓу главните фактори кои придонесуваат за појава на стрес кај медицинските сестри и акушерки се напнатоста, немањето доволно персонал, премореноста, немањето комуникација со претпоставените. Она што е важно е да се има предвид дека секој има точка на издржливост и „кршливост,, па затоа е од големо значење да се научи да се препознае до каде е и нашата. Секој треба да даде се од себе во границите на сопствените можности, да се фокусираме на своите обврски но и да имаме време и место за релаксација на самото работно место со цел колку што е можно повеќе да се намали стресот на работното место.

Заклучок: За да се намали и избегне стресот на работното место потребно е да се променат организацијата на работните обврски и работниот простор, комуникацијата на претпоставените со вработените, комуникацијата доктор-медицинска сестра, акушерка, се со цел да се елиминираат вознемиреноста, напнатоста, немирот и другите причинители на стресот, а со цел да се добие посоодветен одговор на обврските кои им се поставуваат на вработените.

Правната регулатива кај нас сеуште не го третира стресот на работното место и во работната средина како сериозен проблем кој може да има долгорочни штетни последици како по самите вработени така и по работните организации,услугите кои истите ги нудат но и на самото општество.

Затоа е потребна едукација за стресот во работните организации за неговите причинители и како истиот да се превенира, а за тоа се потребни повеќе студии, семинари и работилници кои ќе го образложат и утврдат влијанието на стресот како актуелна општествена појава врз работата на медицинските сестри и акушерки.

Признавањето на симптомите на стресот се основни мерки во превенцијата од појавата на стресот на работното место и во подршката и лекувањето на истиот.

Клучни зборови: стрес, толеранција, работна средина

СТРЕСОТ ВО РАБОТНАТА СРЕДИНА

Стресот е еден од основните обележја на времето во кое живееме. Современиот свет го дефинира како состојба или чувство во која се наоѓа личноста кога предизвиците во нејзиниот живот ги надминуваат личните и општествени расположиви капацитети. До стресна реакција во нашето тело може да дојде поради кое било случување што предизвикува силен емотивен одговор и ја нарушува нашата физичка и ментална рамнотежа. Па, затоа би рекле: *Стресот е состојба на нарушена телесна, ментална,*

социјална или духовна рамнотежа. Стресот е причина за вистински физички болести. Се јавува поради премореност, страв и многу други причини и води кон ментални, семејни и општествени нарушувања и кон загуба на духовната димензија која е важен фактор при соочување со животните тешкотии.

Професијата е еден од главните фактори и чест причинител за стрес на работното место. Кризните времиња се како емоционален вртлог – откази, намалување на плати секојдневно се слуша во работната средина и затоа постои страв, несигурност и золемен степен на стрес. Најстресни професии се оние кои вклучуваат директен контакт со луѓето. Работата во здравствените установи подразбира работа со луѓе кои имаат проблеми како здравствени така и социјални и психолошки. Работното место на медицинската сестра и акушерка се наоѓа во група на професии со високи барања, а со малку слободни одлучувања, што резултира со силна напнатост. Медицинската сестра/акушерка честопати на своето работно место се среќава со болката, страдањата и смртта. Поради тоа тие често се и под ментален стрес. Недостигот од автономија во работата е значаен фактор за професионалниот стрес на работното место на медицинската сестра и акушерка. Конфликтите меѓу работните обврски и фамилијарните односи се дополнителен стрес за медицинската сестра и акушерка. СЗО стресот на работното место го прогласи за светска епидемија. Стресот се темели врз две основни компоненти: *стресори* – стресни фактори (влијанијата на околината кои се предизвикувачи на стрес); *одговори на стресот* (како поединецот одговара на споменатите фактори). Технички гледано стресот се нарекува – *Не е тоа што не напаѓа, туку начинот на кој реагираме*. Стресот не се јавува наеднаш. Добро е познато дека високото ниво на стрес е чест причинител на разни заболувања. Истражувањата покажуваат дека 70-80% од сите посети кај докторите се поврзани со стресот на работното место.

Фактори кои доведуваат до стрес на работното место: **физичките услови на работното место** (лошо осветлување, врева, непроветрени простории, изложеност на зрачења и хемикалии); **работни карактеристики** (сменска работа, прекувремена работа, монотоност, нерационални барања, немање персонал, а зголемени обврски, конфликт на улога, повеќе административна работа т.е. помалку медицински интервенции, нова опрема/технологија – *технострес*); **работни промени** (неадекватна награда, ниска плата, недостиг од пофалби, награди и признанија, недостиг на поддршка од колегите, немање можност за континуирана едукација); **организациски пропусти** (конфликтно однесување, неадекватна распределба на одговорностите помеѓу вработените, намалена автономност или учество во донесување на одлуки, повеќе супервизори, неефикасни комуникациски вештини, организациска клима и култура); **меѓучовечки односи** (нетрпеливост меѓу вработените, непрофесионално однесување, љубомора, немање разбирање од претпоставените, некомуникативни супервизори, натпревар, конфликт на интереси, недостиг на поддршка од колегите);

Стресот може да се манифестира преку цел низ на симптоми кои ги делиме на физички и психички. *Физички симптоми:* главоболка, малаксалост, забрзана работа на срцето и забрзано дишење, губење или зголемување на апетитот, исцрпеност, тегоби, раздразливост, апатија, губење на интерес за работа, интензивно потење и влажни

дланки, болка во желудникот, мачнина, дијареа, запек; *Психички симптоми*: лесна иритација и неторелантност, фрустрација, раздразливост и кавга со други личности без посебна причина, сомнеж за своите способности, нервоза и исцрпеност; анксиозност, несоница, недостаток на концентрација, губење на сексуална желба.

Многу ситуации на работното место се надвор од нашата контрола. Стратегијата за соочување со стресот зависи од личноста. Начините за соочување со стресот се учат од мали нозе, првенствено во семејството и можеме да ги поделиме на *конструктивни* и *деструктивни*. *Позитивниот-конструктивен* пристап бара размислување од поширока перспектива, распределба на приоритетите, анализа на ситуацијата, барање на социјална поддршка. *Деструктивниот пристап* бара смалување на проблемот, избегнување и одлагање, злоупотреба на супстанции. Контролата на стресот е клучна за успешна кариера. За успех не се важни само самодисциплина, способност и систематска работа, туку и контролирање на негативните чувства на страв и напнатост.

Кој се можни последиците од стресот: **душевни пореметувања** (акутна стресна реакција, посттрауматско пореметување, реакција на прилагодување); **психосоматски пореметувања** (покачен крвен притисок, срцев удар, мождан удар, синдром на хроничен замор, дразнење на дигестивниот тракт, некои анемии, обеситас, мигрена, инфекции, автоимунозаболувања, рак, проблеми со плодноста); *социопатолошки пореметувања* (деликвенција, криминал, самоубиства и убиства, проституција, болести на зависност-алкохол и дрога).

Каква е можноста за заштита од стресот на работното место: **превенција** – луѓето не се во можност секогаш да го спречат дејството на стресот, ама можат да ја сменат својата реакција. За таа цел потребно е да се научат техники на совладување на стресот (опуштање, релаксирање, владеење со себе, организирање на времето, поддршка, помош, разговор со другите). На овој начин се намалува количината на хормонот на стрес; **лекување** - во совладување на стресот треба да се утврди кој или што го предизвикува стресот, да се применат техники кои помагаат во конструктивно реагирање на изворот на стрес; *исхрана* – додека трае стресот, организмот троши хранливи материи побрзо од вообичаено, што води до нивен недостиг и до слабеење на имунитетот;

Зборот стрес е со многу широко значење и многу често се употребува. Секојдневно се случува да сме изложени на стрес или стресори, а да за тоа не сме свесни. Количината на стресот што една личност може да го издржи, во рамки на нормалното, представува толеранција на стрес и е воглавно одреден генетски, наследно. Повекето луѓе наследиле доволна толеранција и способност да се изборат со стресот. Покрај генетското наследување, постојат и други одредници од кои зависи реакцијата или одговорот на стресната ситуација, а тој одговор има две димензии: душевна и интелектуална, телесна и органска. Затоа, за да можеме да се справиме со стресот на работното место битно е здравјето, образованието, нивото на општата и здравствената култура, социо-економските услови т.е. условит на животот и работата. Никој од нас не живее без некој облик на стрес. Да се живее без стрес значи да се биде без цел, потреба или желба која сакаме да ја постигнеме. Ако тежнееме да ги реализираме нашите разни потреби – лични, општествени, физички, психолошки – тие секогаш носат некој облик на стрес и напнатост. Секако се подразбира дека стресот представува позитивен

мотивиращки фактор. Да го совладаме стресот на работното место со позитивна енергија, позитивно гледање на работите, повеќе дружење, комуникација, повеќе хумор и смеа.

СМЕЕЊЕТО Е НАЈДОБАР ЛЕК ПРОТИВ СТРЕСОТ

Користена литература

1. Abu Alrub RF. Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 2004;36(1):73-8
2. Me Vicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J. Adv. Nurs* 2003;44(6):633-42
3. Macvanin N., Prokes B. Bolesti u vezi sa radom. *Svet Rada* 2005;2(4):531-9
4. Здравје, 2013.7(-IX):29

ПРАВИЧНОСТ, ЕТИКА И ЧОВЕКОВИ ПРАВА

Нада Јованова¹, ¹ЈЗУ Здравствен Дом Кавадарци

АБСТРАКТ

Вовед: Правото во медицината е едно од најмладите правни дисциплини кое има најдинамичен развој. Медицинското право е правна дисциплина која со правни норми го уредува односот помеѓу пациентите и медицинските лица. Со овие правила се воспоставува надворешна контрола во работењето на медицинските лица. Етичките правила ги обликуваат правните норми и обратно, Етика или морал, Моралот претставува збир на претстави и сознанија за доброто и лошото во општествената свест на заедницата, односно општо прифатени норми кои го одредуваат однесувањето на луѓето во општеството. Основно начело на етиката е почитување на животот. Основно морално право е прави добро не прави зло. Медицинската етика е збир на начела и правила спрема кои се оценува однесувањето на здравствените работници.

Цел: Ниво на комуникација и почитување на етичките норми; Специфична цел е да се утврди потребата од едукација на сестрите за предметот етика; Дескриптивен метод се користи при комуникација и етичкиот пристап на здравствениот работник, сестра-пациент; Анализа на постапките преку процена на мотиви (намери); Проблем неточни информации, немање соработка.

Резултати: Непочитување на етичките норми и права дава лоши резултати во здравството и сите институции со што губи не само индивидуата губи и општеството,

Заклучок: Преку етичките начела се постигнува согласност на струките за понашањето на сите припадници и стручни дисциплини за воспоставување на внатрешна контрола на работата со што се осигурува идентитетот.

Клучни зборови: етика, правичност, човекови права

ПРАВИЧНОСТ, ЕТИКА И ЧОВЕКОВИ ПРАВА

Вовед: Хипократ како основач на медицинската етика (пети век п.н.е) трудовите ги објавувал уште пред 2000 години кога ја напишал и првата Хипократова заклетва, која содржи тајни вредности за медицината па со тоа и денес е актуелна.

Начела, Праведност, почитување на личноста, чување на медицинска тајна, давање помош на пациенти, правилно однесување.

Етичките начела ги диктираат насоките на донесување на сложени и комплицирани одлуки кои се однесуваат на правата на болниот не ретко и на здравиот човек на неговиот живот и смрт.

Медицинското право е едно од најмладите правни дисциплини кое има најдинамичен развој. Медицинското право е правна дисциплина која со правни норми го уредува односот помеѓу пациентите и медицинските лица. Со овие правила се воспоставува надворешна контрола во работењето на медицинските лица. Етичките правила ги обликуваат правните норми и обратно. Етика или морал. Моралот претставува збир на претстави и сознанија за доброто и лошото во општествената свест на заедницата, односно општо прифатени норми кои го одредуваат однесувањето на луѓето во општеството. Основното начело на етиката е почитување на животот. Основно морално право е прави добро не прави зло. Медицинската етика е збир на начела и правила спрема кои се отценува однесувањето на здравствените работници. Од медицинската етика произлегува деонтологија што значи обврска – наука за правата, обврските и должностите.

Цел: Целта е да се заштитат правата и интересите не само на пациентите туку воопшто на целата заедница Наглиот развој на медицината ја нацрта и траекторијата по која истата ќе се движи во иднина. Подобрување на знаењето за етика и значењето на основните етички принципи за здравствена грижа и соодветно применување во пракса.

Задачи: Да се набројат основните етички принципи на здравствената грижа; Да се објаснат основните етички принципи на здравствената грижа; Да се применат во пракса.

Постоење на соодветен ментален капацитет како разбирање и доброволно донесување на одлуки. Негативни обврски (да нема влијание од други). Позитивни обврски почитување на третманот и преземање акции кои овозможуваат самостојно носење на одлуки почит .

ПРАВИЛА - Не убивај, не предизвикувај болка, инвалидност, не оштетувај, не лажи, не прекршувај ветување, добродетелство, љубезност, милосрдие, хуманост, дарежливост, морален принцип – да се делува во интерес на другите, максимизирање на доброто, минимизирање на лошото, превенирај да не настане зло, спасувај ги личностите во опасност, одржи ги ветувањата, не кради, не го казнувај невиниот, третирај ги сите подеднакво соодветно на моралноста

КЛУЧНИ ПРАВИЛА – комуникација, почитување на пациент, право на приватност, доверливост, кажување вистина.

Медицинската етика и медицинското право ја сочинуваат медицинската деонтологија: Деон значи должност логос -наука каде преку правни прописи се регулира работата на лицата со цел заштита и унапредување на здравјето. Сите стручни дисциплини имаат своја професионална етика.

Кодекс на медицинската етика во Македонија донесен е на 5 јуни 1992 година на првата седница делегатите го усвоиле истатутот на комората. Двата документи се делумно изменети и дополнети на втората седница на Собранието одржана на 27 мај 1993 година во Скопје каде е дадена обврска на докторите дека својот живот во работата ќе го посветат на хуманоста. Начелата односно правилата според кои медицинскиот работник треба да се раководи да донесува одлуки што е исправно а што е погрешно што е дозволено а што е забрането, што е добро а што е лошо за пациентот а и за општествената заедница. Постојат и други норми кои се регулираат во друштвените односи тоа се пред се обичаите –религиозни норми.

Моралните норми се претвараат во морални судови. Морални суд се донесува на основа проценување карактер и постапките. Судије преку карактер неможи директно, тоа се обавува преку анализа на постапките и тоа не преку онаа што тие постапки произлегле, туку од процена на мотиви, намери кои довеле до тоа ,што било предмет на неговата слободна волја и одлука на избор .

*Методи-*Проценка на ефектот на постапката на неког ,која се врши во смисла на извесни потенцирања, да се донесе заклучок за карактерот, со која проценка се установува дали е добар човек или обратно. Често може да се случи погрешна проценка поради разни причини. Аристотел и Кант подразбираат цели од кои тешко се работи. Аутономна теорија од учењето на Кант – однос меѓу две независни ,компетентни и одговорни особи. Право на давање на согласност на понудено лекување за хоспителизација, тоа е пример на едно од начелата од аутономната теорија кое се одржува и на медицинската пракса, со обврска да се отстрани или намали болката и патењето.

Резултати: Непочитување на етичките норми и права –лошото однесување(понашање) лица кои манипулираат, навредуваат, игнорираат, од откривање на информации на пациент до препознавање или одбивање на медицински интервенции сето тоа со еден збор дава лоши резултати во здравство и сите останати институции –губи не само индивидуата губи и општеството.

Дискусија: Во нашата држава развојот на медицината е доста брз но етиката како млада гранка ретко се применува во пракса и покрај дадените нормативи и начела донесени со закон преку Кодекс на медицинска етика .Како предлог во секоја здравствена институција треба да има лице со високо образование да го прати моралното однесување на сите здравствени работници да ги корегира и едуцира сестрите со средно образование на кои не им е познат предметот етика (норми и правила).

Заклучок: Етиката во медицината и медицинското право се два основни столба на кои се потпира не само деонтологијата него целиот здравствен систем. Преку етичките начела се постигнува согласност на струките за понашањето на сите припадници и стручни дисциплини за воспоставување на внатрешна контрола на работата и на тој начин се осигурува идентитетот.

Користена литература

1. Цвијовиќ, Поповиќ Д(1977)

ЕТИЧКИ СТАВ НА ПАЦИЕНТИ СО ХИПЕРТЕНЗИЈА

Гордана Панова¹, ¹ФМН-УГД-Штип

АБСТРАКТ

Вовед: Системската артериска хипертензија е една од водечките причини за инвалидитет или смртност од мозочен удар, срцев удар и бубрежна инсуфициенција. И покрај напредокот во поставувањето на дијагнозата и третманот на хипертензијата, нејзиното влијание врз кардиоваскуларното здравје и понатаму е значајно.

Цел: во истражувањето е дефинирана главната причина за зголемувањето на бројот на заболени од хипертензија како и утврдување на видот од најчесто користената терапија во ЈЗУ Општа болница Струмица во 2013 година заклучно со месец септември.

Материали и методи: докажување на статистичкото движење на бројот на заболени од хипертензија кои што се евидентирани во ЈЗУ Општа болница Струмица (интерна амбуланта) во 2013 година преку статистичката обработка на податоците. Направив дескрипција и анализа на заболениите од хипертензија, според одредени епидемиолошко-демографски варијабли: пол, возраст, место на живеење, националност и занимање

Резултати: македонци чиј број изнесува 1493, но висок е и бројот на турци кој изнесува 873, од гра заболени се на возраст од 53 – 63 години. 1493 заболени се македонци, најголем број на заболени се невработени нивниот број изнесува 1094, но висок е бројот и на заболени земјоделци, висок е и бројот на турци кој изнесува 873, поголем е бројот на мажите, според место на живеење според кој може да се види дека најголем број на заболени се од село и тоа 1305, додека од град 1195.

Дискусија: Една од целите е докажувањето дека правилната едукација на тие пациенти како и раниот третман со немедикаментозна и медикаментозна терапија е прв фактор во намалувањето на компликациите од заболувањето. Во трудот се презентирани основните причинители кои што доведуваат до заболување од хипертензија.

Заклучок: Од сето ова може да се заклучи дека артериска хипертензија е акутна или хронична болест кај која трајно е зголемен артерискиот крвен притисок. Најчесто оваа болест нема препознатливи и карактеристични симптоми поради што се нарекува тивок убиец.

Клучни зборови: артериска хипертензија, едукација, инвалидитет

НЕГА КАЈ ДЕЦА БОЛНИ СО β -ТАЛАСЕМИЈА

Г.Панова¹, Ѓ.Шуманов², С.Јовевска³, С.Газепов⁴, Б.Панова⁵, ФМН-УГД-Штип

АБСТРАКТ

Вовед: Хемоглобинските нарушувања се наследни, генетски болести што ги содржат главно болеста на српестите клетки и таласемиите, кои се одговорни за високата стапка на родени заболени со генетска болест. Таласемиите се хетерогена група на хемоглобински нарушувања при кои производството на нормалниот хемоглобин е делумно или целосно нарушено како резултат на нарушената синтеза на една или повеќе глобински вериги.

Цел : е согледување на токсичноста на прекумерното железо во организмот, акумулирано со редовни трансфузии на крв за потребите на пациентите со β – таласемија. Друга основа цел е превенирањето на неговото таложење и неговото отстранување од организмот со употребата на хелационата терапија. Преоптоварувањето на организмот со железо доведува до оштетување на виталните органи, пореметување на нивната функција и предвремен смртен исход. Се укажува на потребата од превенција на акумулирањето на железото, одржување на баланс на железото на „безбедни вредности“ и отстранување на прекумерното железо со примена на хелатори на железо.

Материали и методи: Статистичките податоци се земени од детското одделение во Скопје.

Резултати: денес се присутни двата орални хелатори-5 деца на возраст од 4-6 години се со редовна терапија со деферасирокс -12 деца на возраст од 10-23 години со терапија со деферипрон -1 пациент со терапија на десфероксамине.

Дискусија: Во Република Македонија, како земја блиска до медитеранскиот базен, околу 2% од населението се хетерозиготи за таласемија. Потребата да се обезбеди еднаков приод до квалитетна здравствена заштита и орална хелаторна терапија за секој пациент со таласемија во светот е цел и на Меѓународната федерација за таласемија (TIF), која се наметна и кај нас.

Заклучок: Идната ера на хелација на железо ќе овозможи индивидуализирање и кроење на третманот за да се одржи високата стапка на соработка, да се достигне негативен баланс на железото и да се ограничат несаканите ефекти. Постои надеж дека во блиска иднина, соодветните модификации ќе резултираат во понатамошно намалување на компликациите од преоптоварувањето со железо и ќе дојде до значително подобрување на квалитетот на животот на пациентите.

Клучни зборови: Хемоглобинските нарушувања, таласемија.

ЕДУКАЦИЈА НА ПАЦИЕНТ ЗА ИЗВЕДУВАЊЕ НА ПЕРИТОНЕАЛНА ДИЈАЛИЗА

С. Исаковска¹, Ц. Поповска² - ЈЗУ Клиника за Нефрологија - Скопје¹

АБСТРАКТ

Вовед: Бубрежната инсуфициенција е постепено, прогресивно оштетување на сите бубрежни функции. За да се одржи животот на пациентот потребна е постапка за прочистување на крвта (заместителна терапија). Перитонеална дијализа (ПД) или интракорпорална хемодијализа е автономен дијализаен метод потполно интегриран и афирмиран во бубрежно-заместителната терапија. Перитонеалната дијализа не бара технички напредна опрема а оптеретувањето за медицинскиот тим е помало. Еден лекар и медицинска сестра дневно се грижат за 25 пациенти.

Цел: Целта на овој труд е да се објасни специфичноста на работата на медицинската сестра во изведувањето на процесот на здравствена нега кај пациенти на перитонеална дијализа, и има значајна улога во: изборот на пациентот, имплементација на методата, едукација на пациентот, следење на пациентот, превенција, препознавање и лекување на компликации

Перитонеалната дијализа е терапевска процедура што трае со години. Поради тоа пациентите и семејството се обучуваат за изведување на оваа медицинска интервенција во домашни услови.

Обуката ја изведува медицинска сестра и поминува низ неколку фази: Едукација за избор на дијализна процедура; Избор на пациент; Индикации за лекување на ПД; Едукација на пациент за ПД; Едукација на пациент за препознавање на компликации.

Едукација на пациент за перитонеална дијализа; Медицинската сестра е носител на едукацијата на пациентот. Едукацијата трае две седмици и се изведува по утврден протокол.но ако медицинската сестра процени дека пациентот не е доволно едуциран и способен за изведување на процедурата едукацијата продолжува до комплетно оспособување за самонега. 0 ден Подготовка на пациентот за имплантација на перитонеален катетер; 1 Ден Имплантација на перитонеален катетер; 2 ден Едукација на пациентот за основните принципи на перитонеална дијализа; 3-14 ден Едукација на пациентот за асептична техника при изведување на ПД, игиена на раце; 4-13 ден Едукација на пациентот за правилна изведба на измените во состав на ПД со поддршка од тренажер и аудио-визуелни средства; 10-14 ден Едукација на пациентот за нега на излезното место на катетерот за ПД, самостојно изведување на преврска; 10-14 ден Едукација на пациентот за навремено препознавање на компликацииповрзани со ПД (акутен перитонит, инфекција на излезното место, малфункција на катетерот, баланс на течности, фибрин, истекување на дијализат); 13-14 ден Едукација на пациент за секојдневно водење на дневник за евиденција на измените во состав на ПД, дневно одредување на ултрафилтрација од измените, секојдневно мерење на телесна тежина и крвен притисок, субкутана апликација на еритропоетин; 14 ден Едукација на пациентот за правилен хигиено диететски режим. Обезбедување на услови и хигиенски мерки во домот на пациентот.

Компликации на перитонеална дијализа: Компликациите на ПД се делат на: механички компликации и инфективни компликации. Со добра едукација и реедукација на пациентот за правилно изведување на ПД и рано препознавање на знаците на компликација се овозможува навремено преземање на мерки за успешен медицински третман.

Заклучок: Улогата на медицинската сестра во програмата за ПД е огромна затоа што таа е носител на самата програма. Таа активно учествува во процесот на едукација на пациентот на ПД, следење на пациентот во текот на лекувањето, редовна реедукација, патронажни посети во домот на пациентот. **ПД е успешна метода на лекување ако е спроведена на правилен начин од добро едуциран медицински тим кај правилно избрани пациенти во терминален стадиум на ХББ.**

ЕДУКАЦИЈА НА ПАЦИЕНТ ЗА ИЗВЕДУВАЊЕ НА ПЕРИТОНЕАЛНА ДИЈАЛИЗА

Вовед: Бубрежната инсуфициенција е постепено, прогресивно оштетување на сите бубрежни функции. За да се одржи животот на пациентот потребна е постапка за прочистување на крвта (заместителна терапија). Перитонеална дијализа (ПД) или интракорпорална хемодијализа е автономен дијализаен метод потполно интегриран и афирмиран во бубрежно-заместителната терапија. Перитонеалната дијализа не бара технички напредна опрема а оптеретувањето за медицинскиот тим е помало.

Еден лекар и мед. сестра дневно се грижат за 25 пациенти.

Цел: Целта на овој труд е да се објасни специфичноста на работата на медицинската сестра во изведувањето на процесот на здравствена нега кај пациенти на перитонеална дијализа, и има значајна улога во: изборот на пациентот; имплементација на методата; едукација на пациентот; следење на пациентот; превенција, препознавање и лекување на компликации.

Перитонеалната дијализа е терапевска процедура што трае со години. Поради тоа пациентите и семејството се обучуваат за изведување на оваа медицинска интервенција во домашни услови. Обуката ја изведува медицинска сестра и поминува низ неколку фази: Едукација за избор на дијализна процедура; Избор на пациент; Индикации за лекување на ПД; Едукација на пациент за ПД; Едукација на пациент за препознавање на компликации

Што е перитонеална дијализа(ПД) Перитонеална дијализа (ПД) или интракорпорална хемодијализа е автономен дијализаен метод потполно интегриран и афирмиран во бубрежно-заместителната терапија. ПД се применува кај деца и возрасни во терапијата на акутна и хронична бубрежна инсуфициенција.

Принципи на ПД Хипертоничен дијализен раствор, стерилен и загреан на телесна температура влекува во перитонеалната празнина преку специјален силиконски катетер, поставен во долниот дел на абдоменот. Вишокот на вода и токсични материји растворени во неа од крвните садови поминуваат во дијализниот раствор преку перитонеалната мембрана. По 6-8 часа оваа течност се излева преку катетерот во

дренажната кеса од системот за ПД, а во перитонеалната празнина влекува ново количество свеж раствор повторно преку катетерот. На ваков начин процесот на прочистување на крвта повторно започнува.

КАПД измените се изведуваат по индикација на лекар, а тоа опфаќа: вид на раствор, волумен на раствор што ќе се вочи во абдоменот, процент на гликоза во растворот што ќе се употребува за соодветната измена (постојат три вида на раствори во зависност од процентот на гликоза: (слаб- 1,36-1,5%, среден- 2,27-2,5% и јак- 3,86-4% гликоза), распоредот на измените и времето кога ќе се извршуваат истите, бројот на измените во текот на едно деноноќие и др.

Методи на перитонеална дијализа

1.КАПД - К-континуирана означува дека дијализата се изведува цело време додека трае третманот со перитонеална дијализа; **А - амбулантска** означува дека дијализата се изведува во амбулантски односно домашни услови; **П - перитонеална** означува дека за да може да се изведе оваа дијализа се користи перитонеална мембрана; **Д-дијализа**

2. Автоматизирана перитонеална дијализа-АПД - За изведувањето на АПД е потребен апарат со чија помош автоматски се празни и полни стомакот. Трае 10-12 часа во текот на ноќта а преку ден пациентот најчесто е без ангажмани.

Изборот помеѓу КАПД и АПД се прави во зависност од потребите и можностите на пациентот.

3.Едукација за избор на дијализна метода - Перитонеалната дијализа е тераписка процедура што трае со години. Поради тоа пациентите и семејството се обучуваат за изведување на оваа медицинска интервенција во домашни услови(3).

Обуката ја изведува медицинска сестра и поминува низ неколку фази.

Избор на пациент Неопходно е да се познава нивото на образование на пациентот, навиките и степенот на мотивација за учење на пациентот.

Демонстрација на манипулацијата Се изведува со мерки на лична заштита на пациентот. Се користат аудио визуелни средства и тренажери.

Надзор на медицинската сестра врз работата на пациентот Се контролира способноста на пациентот за самостојно изведување на манипулацијата во домашни услови -самонега. Кога медицинската сестра ќе процени дека пациентот е способен самостојно да се грижи за себе може да се каже дека е подготвен за лекување со перитонеална дијализа(18).

4.Едукација на пациент за перитонеална дијализа

0 ден Подготовка на пациентот за имплантација на перитонеален катетер

Медицинскиот тим е потребно да биде стручен и посветен и активно да учествува во имплантацијата на катетерот и постоперативната нега на пациентот. Имплантацијата на катетерот е најдобро да се изведе две недели пред потребното започнување на лекувањето со дијализа.

Пациентот се подготвува за оперативниот зафат медицински и психофизички. Подготовката на пациентот пред имплантацијата подразбира детално објаснување на постапката на имплантација.Имплантацијата се изведува во општа анестезија и мед.сестра има задача да ги организира и реализира сите предоперативни анализи

назначени од лекарот. Ова се задачи на медицинската сестра која внимателно ги планира и помага во изведувањето.

1 Ден Имплантација на перитонеален катетер

Техниката на поставување, страната на имплантација и изборот на видот на катетерот се работи за кои одлучува лекарот. Медицинската сестра го подготвува материјалот за имплантација и прва проба на функционалноста на катетерот на крајот на хируршката интервенцијата за поставување на катетерот. Интервенцијата се изведува во општа анестезија. По поставувањето на катетерот додека пациентот е во анестезија се прави првата проба на функционалност на катетерот, следејќи ги принципите на асепса и антисепса. Оваа проверка се прави со цел да се превенираат првите компликации поврзани со перитонеалниот катетер. Наредниот ден по имплантацијата се прави првата промивка (лаважа) на перитонеалната празнина и се изведува со мали волумени на дијализна течност за да се спречи оптеретување и појава на зголемен интраабдоминален притисок, а со тоа и појава на компликации. Источениот раствор треба да биде просирен, можна е појава на мали примеси на крв. Постапката за преврска е иста како и кај друга хируршка рана.

2 ден Едукација на пациентот за основните принципи на перитонеална дијализа

По успешната имлантација на катетер за хронична перитонеална дијализа и зараснување на излезното место, за секој болен индивидуално се разгледуваат сите битни фактори кои го одредуваат изборот на методата на понатамошно лекување. Меѓу нив најважни се: желбата на пациентот, можноста за остварување на оптимална дијализна прескрипција и цената на лекување. Желбите на пациентот најчесто се засновани на неговите животни навики, способноста да ја изведува дијализната постапка самостојно или со помош на друго лице, можноста за помош од семејството и општеството.

3-14 ден Едукација на пациентот за асептична техника при изведување на ПД, хигиена на раце

Изведба на измена на перитонеална дијализа Доколку пациентот сè уште ја нема совладано техниката за самостојно изведување на измената, тогаш измената ја изведува сестрата. Подготовката за изведување на манипулацијата е иста без оглед на тоа кој ја изведува и се состои од:

Се пребришува работната маса со соодветно средство за дезинфекција. Работната маса треба да биде доволно голема за да на неа се стави целокупниот материјал потребен за измена (средство за дезинфекција на раце, две стерилни капачиња за затворање на катетерот на пациентот по завршување на измената, системот за КАПД измената). Работната површина треба да биде изработена од материјал кој лесно се пребришува, а со тоа ќе бидат запазени мерките за асептично работење со системот за КАПД.

Се става маска преку уста и нос Се подготвува системот за измена се употребува double bag system кој се состои од две кеси поврзани меѓу себе, во едната кеса се наоѓа растворот за дијализа со соодветен процент гликоза, а другата кеса е празна и се употребува за дренирање на абдоменот(22).

Системот -затоплен на телесна температура: Пред да се употреби системот за измена треба да се провери рокот на употреба, дали има механички оштетувања на

системот, дали растворот во кесата е со нормална боја и конзистенција, дали има оштетувања на линиите од системот. Секоја неправилност на системот за измена треба да биде регистрирана и таквиот систем не се употребува, туку се зема нов. Се ослободува катетерот за КАПД.

Миеење на раце: Со течен сапун кој има бактерицидно и бактериостатско дејство. Претходно треба да биде отстранет накитот од рацете, ноктите треба да бидат исечени, рацете треба да бидат слободни до лактите што значи облеката треба да биде комотна, но не и да попречува во изведбата на измената, со цел да не се направи ненамерна контаминација на некој дел од системот за КАПД. По миеењето рацете се бришат со хартиена салфетка. Се дезинфицираат рацете со соодветно средство за дезинфекција. За оваа цел потребна е специјална шприцалка во која е ставено средството за дезинфекција. При шприцањето млазот треба да ја опфати целата рака, а потоа се втрива средството во рацете. Дезинфекцијата се повторува 2-3 пати.

Конекција: Се врши конекција на системот за КАПД со катетерот на пациентот. За таа цел прво се отстранува заштитното капаче од системот за КАПД, потоа се отстранува заштитното капаче од катетерот на пациентот и се врши конекција. Самата конекција е најважниот дел од целокупната изведба на измената. При конекцијата треба да се внимава да не се направи контаминација на спојното место меѓу системот и катетерот. Секоја контаминација е потенцијален ризик да се предизвика перитонит (инфекција на перитонеалната мембрана што претставува компликација на перитонеалната дијализа). Самата конекција треба да трае што е можно пократко време (околу 20 секунди), со цел да не се изложува спојното место од системот за КАПД и спојното место од катетерот на пациентот долго време на воздух, а со цел повторно да се спречи контаминација на истото.

По направената конекција: Кесата со растворот од КАПД системот се закачува на сталак, а празната кеса која служи за дренирање се поставува на подот. Прво се дренира стомакот од претходно вточената течност. Дренирањето трае 15-20 минути по што следува манипулацијата flash before fill (пропери пред да наполниш). Оваа манипулација се прави со цел да се проперат линиите и местото на конекција со чист и стерилен раствор со што би се измила евентуалната контаминација на спојното место, а со тоа би се спречила инфекција на перитонеумот. По ова следува полнење на перитонеалната празнина со раствор кое трае околу 10 минути. Пред да се дисконектира пациентот повторно се става маска преку уста и нос, се дезинфицираат рацете и се подготвува ново стерилно капаче. Капачето внимателно се отвара за да не се загади внатрешниот дел. Доколку капачето падне или од било која причина се контаминира, истото се фрла и се отвора ново. Со ова измената е завршена.

Ультрафилтрација: Дренираниот волумен се мери и се пишува во дневникот за измени кој се води за секој ден и за секоја измена посебно. Дренираниот волумен или лават треба да се провери дали е бистар (доколку не е тоа значи дека се случува некој процес и навремено треба да се извести лекарот).

Вточениот раствор останува во стомакот 4-5 часа за кое време се одвива дијализата, а потоа се пристапува кон нова измена со нов систем и по истата процедура. Важно е да се напомене дека извршувањето на измената треба да се одвива во чиста просторија во која ќе нема провев, прозорците треба да бидат затворени, доколку пациентот сам ја

изведува измената треба да биде сам во собата или да биде присутно само лицето кое ја изведува измената.

Лаважата на перитонеумот се изведува на ист принцип како и класичната измена со тоа што вкупната количина на вточениот раствор се дели на повеќекратни мали порции кои веднаш се дренираат. На крајот на лаважата секогаш се остава мало количество (околу 200 ml) во стомакот со цел да се спречи опструкција на катетерот а во исто време да се навикне перитонеумот на присуството на гликоза во растворот. Лаважите се изведуваат во болничка установа се до стартот на дијализниот третман.

Секој пациент е должен да води дневник за секојдневните измени и во кој треба да ги забележи следните податоци: Датум кога се изведени измените; Телесна тежина (доволно е еднаш до два пати неделно); Крвен притисок; Време кога е направена измената; Типот на растворот кој е користен за соодветната измена; Издренираниот волумен за секоја измена посебно; Вкупната 24 часовна ултрафилтрација

**Забелешка:* доколку има било какви отстапки од нормално изведената измена, истите треба да бидат забележани.

4-13 ден Едукација на пациентот за правилна изведба на измените во состав на ПД со поддршка од тренажер и аудио-визуелни средства Доколку пациентот има потешкотии при едукацијата се користат визуелни средства кои се достапни во моментот-тренажер за едукација, филмови и др.

Во текот на лекувањето со ПД при појава на инфекција или несигурност на пациентот се прават реедукации на пациентот за евалуирање на манипулациите околу измената и грижата за излезното место на катетерот.

10-14 ден Едукација на пациентот за нега на излезното место на катетерот за ПД, самостојно изведување на преврска

Нега на катетерот и излезното место: Неопходна е имобилизација на катетерот и преврска со газа. Треба да се избегнуваат непотребни манипулации околу катетерот. Преврската треба да се прави најмалку двапати неделно а, при појава на црвенило и инфекција еднаш дневно. Преврските се прават со измениени раце и задолжителна употреба на маска.

10-14 ден Едукација на пациентот за навремено препознавање на компликации поврзани со ПД (акутен перитонит, инфекција на излезното место, малфункција на катетерот, баланс на течности, фибрин, истекување на дијализата).

1. Дренираниот волумен се мери, се врши макроскопска инспекција и се запишува во дневникот за измени кој се води за секој ден и секоја измена посебно, доколу се забележи некоја промена на издренираната течност (заматеност, честички, намалено количество) се известува одговорниот лекар(22).

2. Разликата од количината на сите внесени кеси во текот на денот и на кесите истоени од измените е дневната ултрафилтрација и редовно следење на количината е многу важен податок за лекувањето со ПД(22).

3. При појава на намалено количество на ефлуент треба да се помисли на ултрафилтрациска слабост или малфункција на катетерот. Доколку количината на ефлуентот е намалена 2-3 измени последователно пациентот треба да се консултира со одделот за ПД(10, 22).

13-14 ден Едукација на пациент за секојдневно водење на дневник за евиденција на измените во состав на ПД, дневно одредување на ултрафилтрација од измените, секојдневно мерење на телесна тежина и крвен притисок, субкутана апликација на еритропоетин

1. **Намалено количество на ефлуент** -треба да се помисли на ултрафилтрациска слабост или малфункција на катетерот. Доколку количината на ефлуентот е намалена 2-3 измени последователно пациентот треба да се консултира со одделот за ПД(10, 22).

2. **Следење на баланс на течности**- Здравите бубрези го исфрлаат вишокот на течности од организмот. Кога има бубрежно затајување како кај пациентите на ПД доколку пациентот внесува повеќе течности од дозволеното тие се натрупуваат во организмот и има појава на отоци по телото,најпрво околу глуждовите.Заради овие причини пациентот треба да се научи како правилно да го следи внесот на течности и ултрафилтрацијата. Ако се појават отоци се советува да користи кеса со поголем процент на глукоза .

Солената храна предизвикува жед и поголем внес на течности без можност за контрола и затоа пациентот треба да внимава на внесот на сол со исхраната.

3. **Следењето на крвниот притисок**- е уште еден начин како успешно да се следи балансот на течности. Кога пациентот е во вишок на течности тие ќе се натрупаат во организмот и ќе поминат во крвотокот.

Овој вишок во крвотокот доведува до зголемен крвен притисок. Медицинската сестра го обучува пациентот како правилно да го мери и забележува крвниот притисок.

4. **Еритропоетинот**- е супстанција која се лачи од бубрезите и учествува во создавање на црвени крвни зрнца. Заболениите бубрези не лачат доволно еритропоетин и се јавува анемија. Поради анемијата пациентот е малаксан и уморен. Еритропоетинот се аплицира подкожно, најчесто сам си ја аплицира инекцијата после едукацијата од сестрата за начинот на апликација.

14 ден Едукација на пациентот за правилен хигиено диететски режим

Обезбедување на услови и хигиенски мерки во домот на пациентот. Материјалот за ПД се чува во чиста и сува просторија без допир со домашни миленици. Измените на КАПД/АПД се изведуваат во чиста, проветрена просторија. Домашни миленичињи собни цвеќиња не се дозволени. За време на измената не треба да има интензивно струење на воздух, прозорците да бидат затворени, а клима уредот исклучен. Правилната хигиена на рацете е најважен предуслов за спречување на инфективните компликации поврзани со лекувањето со ПД. Рацете се мијат со проточна вода и антибактериски сапун, со интензивно триење на дланките, јагодиците на прстите и меѓу прстите. Постапката се повторува 2-3 пати, се бришат со задолжително со хартија. Платнена крпа не е дозволена бидејќи може да биде извор на бактерии.Чешмата се затвара со хартија, а ако треба да се премине во друга просторија хартијата се користи за отварање и затварање на вратата. Дезинфекцијата се изведува по протокол за дезинфекција, а се користи алкохолен дезинфициенс за раце. Пациентот кој се лекува со ПД не треба да има долги нокти и накит на рацете.

За да се спречи трансмисија на бактериите од носот и устата на пациентот на отворениот катетер при измените задолжително е користење на заштитна маска. Редовно се прави контрола на брис од нос за превенција на клицоносителство(20, 22).

Пациентот задолжително да води грижа за личната хигиена. Во првите шест недели по имплантацијата на катетерот местото не треба да се влажни додека по овој период може да се тушира но не и да се бања во када. Пациентите на ПД после една година можат да пливаат во езеро и море но не и во базен. Исхраната треба да биде разновидна без посебни ограничувања.

ПД ги отстранува отпадните продукти и вишокот на течности од организмот. Со дијализата дел од белковините поминуваат од крвта во дијализниот раствор. Заради ова пациентот на ПД има потреба од поголемо количество на белковини во исхраната (месо, риба, јајца, млеко и млечни производи). Кога пациентот има перитонит се губи поголемо количество белковини и внесот треба да биде зголемен.

Кога пациентот се лекува со ПД покрај со исхраната јаглените хидрати се внесуваат и од растворот за ПД кој содржи глукоза (шекер). За полесно пресметување на калориите апсорбирани од растворот се замаат предвид следните податоци: Кеса од 2 литри со 1,36% гликоза = 100 калории; Кеса од 2 литри со 2,27% гликоза = 168 калории; Кеса од 2 литри со 3,86% гликоза = 284 калории.

Дополнителниот внес на калории со исхраната може да предизвика зголемување на телесната тежина преку зголемување на масното ткиво. Од исхраната треба да се исфрлат слатките, десертите како и многу мрсната храна. Растворите за ПД не содржат калиум и пациентот не внесува додатни количини освен тие со исхраната. Калиумот редовно се исфрла од организмот со измените кои се изведуваат четири пати дневно и на овој начин нема задржување од една до друга хемодијализа.

Треба да се води грижа за редовно празнење на цревата, бидејќи појава на опстипација е компликација која може да се превенира со исхраната. Во исхраната треба да има продукти богати со целулозни влакна бидејќи го потпомагаат варењето на храната и празнењето на цревата (интегрален леб, зрнеста храна, кафеав шекер).

Пациентот се испушта од болница кога ќе биде целосно оспособен за изведување на ПД во домашни услови. Пациентот има редовен телефонски контакт со центарот за ПД и со одговорната сестра.

Кесите за ПД се чуваат во сува и проветрена просторија каде немаат пристап домашни милениња.

Компликации на перитонеална дијализа Со добра едукација и реедукација на пациентот за правилно изведување на ПД и рано препознавање на знаците на компликација се овозможува навремено преземање на мерки за успешен медицински третман.

Компликациите на ПД се делат на: механички компликации; инфективни компликации.

Механички компликации: абдоминални хернии; перикатетерско течење на дијализата; течење во предниот абдоминален ѕид; малпозиција на катетерот; интралуменска оклузија (тромб или фибринска нишка); екстралуменска оклузија на катетерот (оментум); превиткан катетер; опстипација.

Инфективни компликации: Инфекциите преставуваат водечки компликации на перитонеалната дијализа-ПД. Нивната појава може да се превенираат во значајна бројка ако се почитуваат препораките за изведување на овој вид на лекување. Меѓународното здружение за ПД во последните препораки, покрај дијагнозата и

терапијата значајно внимание посветува на превенцијата на овие инфекции. Инфекциите преставуваат компликации предизвикани од инфективен агенс: инфекција на излезното место; тунел инфекција; инфекција на перитонеумот-Peritonitis.

Едукација на медицинската сестра Во препознавање и спречувањето на појава на компликациите од голема важност е улогата на едуцирана медицинската сестра.

За успешно извршување на своите задачи медицинската сестра треба да има основни познавања за анатомијата и физиологијата на перитонеалната мембрана.

Медицинската сестра на ПД треба да е едуцирана за извршување на своите задачи и треба да поседува вештини знењето да го имплементира и пренесе на пациентите и други мед.сестри идни членови на тимот. Треба да поседува организациони способности како и комуникациски вештини за добра соработка со лекарот и тимот за ПД како и со болниот и неговото семејство.

Едукацијата на медицинските сестри според правилникот за ПД на Велика Британија треба да трае четири седмици. Во текот на едукацијата медицинските сестри посетуваат интензивни предавања како и работилници со што се едуцираат за напредната здравствена нега на бубрежен болен. Планот за едукација е однапред определен и потребно е да се почитуваат предложените насоки.

Прва седмица: Запознавање со одделот за нефрологија и работните задачи на нефролошките сестри; Набљудување на сите КАПД процедури (миење раце, асептични техники при работата); Видови на ПД и катетри за ПД; Присуство на имплантација на катетер за ПД во операциона сала, пред и постоперативна грижа за болен и постоперативна грижа за оперативна рана; Тренинг за ПД измена на тренажер за едукација; Лаважа на перитонеална празнина пост оперативно; Излезно место на катетерот, нега и преврски на излезно место и препознавање на појава на компликации; Промена на трансфер сет; Запознавање со апарат за АПД.

Втора седмица: Проценка на пациенти за ПД; Обука на пациенти за КАПД измена, вежба на тренажер; Видови кеси за КАПД, концентрација на глукоза и препознавање на различноста на кесите; Заштита од инфекција на излезно место на катетерот и справување со инфекцијата; Перитонит: причини, протоколи за лекување(грижа и справување); Земање примероци од кесите за микробиолошки и лабараториски испитувања; Интраперитонеална апликација на лекови (Антибиотици, Хепарин).

Трета седмица: Присуство на едукација на пациенти; Рани неинфективни компликации на ПД поврзани со перитонеалниот катетер (протекување, крварење, надворешна и внатрешна оклузија на катетерот); Доцни неинфективни компликации на ПД (хернија, метаболни и коскени нарушувања, нутритивни проблеми); Препораки за исхрана на пациентите на ПД; Механички компликации поврзани со ПД катетерот; Ефикасност на ПД фактори на реализирање.

Четврта седмица: Следење на ПД програма и сестринско управување; Рутински лабараториски анализи; Здравствена заштита и рехабилитација на пациентите; Чување и следење на резервите со потребен материјал за ПД; Собирање и чување на податоци. По поминатата едукација медицинската сестра е оспособена за имплементација на програма за едукација на пациентот која треба да овозможи совладување на сите

чекори кој пациентот треба да ги совлада со спроведување на концептот за учење на возрасни.

Од пациентите на ПД се очекува да преземат поголема одговорност за третманот на болеста за разлика од пациентите на хемодијализа каде целата грижа е на медицинската сестра. За успешно извршување на задачите кои му престојат, пациентот треба да има доволно знаење, вештина и способност да ги извршува задачите. Искузната медицинска сестра со својот пристап кон пациентот и семејството ги мотивира да поставуваат прашања, одговара на прашањата во рамките на нејзината надлежност. Во текот на интерактивната едукација сестрата воспоставува добра комуникација со семејството и пациентот. Добрата комуникација медицинска сестра-пациент е најчесто критична точка во однос на тоа како пациентите ја доживуваат организацијата и структурата на одделот за ПД. Медицинската сестра со познавање на коморбидитетите кои се јавуваат кај овие пациенти им помага навремено да ги препознаат и спречат навреме.

Заклучок: Улогата на медицинската сестра во програмата за ПД е огромна затоа што таа е носител на самата програма. Таа активно учествува во процесот на едукација на пациентот на КАПД. Едукацијата опфаќа повеќе точки на кои треба да се обрне внимание: Едукација на пациентот за правилна изведба на дијалините измени со посебен осврт кон асептичното работење; Едукација на пациентот за нега на излезното место на катетерот и правење на преврски; Едукација на пациентот за давање на терапија интраперитонеално; Едукација на пациентот за навремено препознавање на компликациите кои може да се појават во текот на дијализниот третман; Едукација на пациентот за правилен хигиено-диететски режим.

Искуствата во работата со перитонеалната дијализа покажуваат дека таа со право е рамноправна со својот удел во лекувањето на пациентите со хронична бубрежна слабост-терминална фаза. Во изминатите години се направени неколку студии како рекапитулар на постигнатите резултати и тие покажуваат дека има голем успех со овој начин на третирање на пациентите. Покрај објективните фактори (основната болест којашто довела до оштетување на бубрезите, интелектуалното ниво на пациентот, социо-економските услови во коишто живее како и неговата мотивација за самонега), факторот-успешно едуцирана медицинска сестра е најзаслужен за остварените резултати.

Успехот во спроведувањето на перитонеалната дијализа како алтернативна метода од хемодијализата зависи од подготвеноста на медицинската сестра да одговори на потребата за постојана надградба на нејзиното знаење како и способноста своите знаења да ги предава на другите медицински сестри и на категоријата на засегнати пациенти.

Задоволството на пациентите и медицинските сестри од заемната комуникација и соработка е на високо ниво и претставува императив во понатамошната работа.

ПД е успешна метода на лекување ако е спроведена на правилен начин од добро едуциран медицински тим кај правилно избрани пациенти во терминален стадиум на ХББ.

Стандардизираната програма е најдобра метода за самостојна нега ISPD (International Society for Peritoneal Dialysis)

Литература

1. Максик Ѓ, Историја на перитонеална дијализа. Перитонеална дијализа-зборник на трудови, Калибрис, Белград 2006 стр.23-35.
2. Фаучи, Браунвалд, Каспер, Хаузер, Лонго, Лосклалацо, Принципи на интерната медицина на Харисон, Табернакул Скопје 2012 стр. 808-809, 1772-1774.стр 3-21
3. Радојевиќ М, Ковачевиќ З, Место и улога на перитонеалната дијализа во моделот на интегративно лекување на терминална бубрежна инсуфициенција. Перитонеална дијализа-зборник на трудови, Калибрис, Белград 2006 стр.35-47.
4. Јовановиќ Д, Ковачевиќ З, Физиолошки процеси на перитонеалната мембрана. Перитонеална дијализа-зборник на трудови, Калибрис, Белград 2006 стр.47-614.
5. Гамбро, Основи на дијализата, Скопје 2013, стр.3-24.

APD ВО ТРЕТМАН НА АВИ КАЈ ДЕЦА

Марга Митиќ¹, Славица Стојановска², ¹²ЈЗУУ Клиника за детски болести – Скопје

АБСТРАКТ

APD станува популарна метода во лекувањето на АВИ кај новороденчиња и деца. Апаратот за APD своите програмски задачи ги извршува бесшумно, максимално безбедно, а полнењето и празнењето кај пациентите е по принципот на гравитација. Ультрафилтрацијата е постепена и континуирана без поголеми осцилации. Флексибилноста во бројот на измените, волуменот на полнење и концентрацијата на гликоза се со цел да се постигне подобра контрола и водење на пациентот со нагласен катаболизам и хиповолемија. Гликозата од дијализната течност им ги дава на пациентите потребните калории. Со прилагодување на интраперитонеалниот волумен и интраабдоминален притисок со помош на циклерот се подобруваат важните параметри (клиренс и ултрафилтрација) овозможувајќи адекватна дијализа каде транспортните можности на перитонеумот се слаби.

Предности со ваквата дијализа: се постигнува подобра ултрафилтрација; се намалува бројот на перитонитите; намален е ризикот од појава на хернија; минимален број на мануелни манипулации.

Улогата на медицинската сестра е 24 часовен мониторинг кај овие пациенти во следење на нивните витални функции.

Поради тоа APD е ефикасна и сигурна метода кај најзагрозените пациенти со АВИ, особено кај новороденчиња и мали деца. APD е широко прифатена метода во лекувањето на пациенти со терминална бубрежна инсуфициенција. Со можностите кои ги дава претставува најидеална терапевска опција во лекувањето на АВИ.

APD ВО ТРЕТМАН НА АВИ КАЈ ДЕЦА

Перитонеална дијализа е дијализа која се базира врз основа на дифузија и осмоза на молекулите низ семипермеабилна мембрана што се постига со инфундирање на хипертон дијализен раствор интраабдоминално. Перитонеумот е голема серозна мембрана која го покрива stomачниот ѕид наречен париетален перитонеум и висцералните органи во stomачната празнина наречена висцерален перитонеум.

Околу 90% од вкупната површина на перитонеумот ја чини висцералниот перитонеум, а околу 10% париеталниот. Низ париеталниот перитонеум се обавува 56-59% од ултра филтрацијата и 75-77% од абсорпцијата. Перитонеумската празнина е виртуален простор помеѓу париеталниот и висцералниот дел на перитонеумот. Нормално во неа се наоѓа 100ml течност. Перитонеална шуплина може да се прилагоди и на 20 пати поголеми количини течност без поголеми потешкотии за пациентот.

Индикации: Акутна бубрежна инсуфициенција. Кај овие пациенти таа е времена, краткотрајна дијализа додека не се воспостави сопствена бубрежна функција. Тука спаѓаат дехидратација со хиповолемија шок од хеморагија, труење со лекови, жив, арсен, олово, пестициди, фунгициди и др. Терминална бубрежна инсуфициенција. Се спроведува кај деца со дефинитивни оштетувања на бубрезите. Таа е хронична дијализа и трае подолг период се до трансплација.

Техники на пласирање на катетерот:

„Bedsede” техника: која се применува кај акутна перитонеална дијализа, со локална анестезија. **Перитонеоскопска техника:** мала инцизија, помал ризик за хернии, употреба веднаш, прецизно позиционирање.

Хируршка техника: Катетерот се пласира во општа анестезија интраабдоминално со поткожна тунелизација со која се фиксира катетерот. Интраабдоминалниот дел е перфорирани и слободно плива во абдоминалната празнина.

Порано средишната линија на абдоменот била општо прифатено место за пласирање на перитонеалниот катетер. Но денес предност е дадено на парамедијалната позиција за пласирање. Местото за пункција е 1-3cm под umbilicus во медијалната линија т.е. на третината од линијата каде е поврзан umbilicus и symphysis pubica. Апликацијата на перитонеалниот катетер се врши во хируршка сала во општа или локална анестезија.

APD станува популарна метода во лекувањето на АВИ кај новороденчиња и деца. Апаратот за APD своите програмски задачи ги извршува бесшумно, максимално безбедно, а полнењето и празнењето кај пациентите е по принципот на гравитација. Ултрафилтрацијата е постепена и континуирана без поголеми осцилации. Флексибилноста во бројот на измените, волуменот на полнење и концентрацијата на гликоза се со цел да се постигне подобра контрола и водење на пациентот со нагласен катаболизам и хиповолемија. Гликозата од дијализната течност им ги дава на пациентите потребните калории. Со прилагодување на интраперитонеалниот волумен и интраабдоминален притисок со помош на циклерот се подобруваат важните параметри (клиренс и ултрафилтрација) овозможувајќи адекватна дијализа каде транспортните можности на перитонеумот се слаби.

Предности со ваквата дијализа: се постигнува подобра ултрафилтрација; се намалува бројот на перитонитите; намален е ризикот од појава на хернија; минимален број на мануелни манипулации.

Улогата на медицинската сестра е 24 часовен мониторинг кај овие пациенти во следење на нивните витални функции. Давање психолошко едукативна поддршка на родителот и пациентите пред започнувањето со ПД. Комплетна припрема на пациентот пред пласирање на перитонеалниот катетер. *Постоперативна нега на пациентот:* Спроведување на дадените препораки на лекарот за стерилна тоалета на кожата околу пласираниот катетер и започнувањето со првите дијализни размени. Педијатриската сестра е жив монитор, брзо ги забележува сите отстапувања кај пациентот за време на дијализата и го обавестува лекарот. По налог на педијатарот-нефролог и заедно со него влијае на правилниот тек на дијализата. Спроведување на навремена и соодветна терапија ординирана терапија.

Поради тоа APD е ефикасна и сигурна метода кај најзагрозените пациенти со ABI, особено кај новороденчиња и мали деца. APD е широко прифатена метода во лекувањето на пациенти со терминална бубрежна инсуфициенција. Со можностите кои ги дава претставува најидеална терапевска опција во лекувањето на ABI.

Користена литература

1. Antonyrajah B, Mukundan D. Fever without apparent source on clinical examination. *Curr Opin Pediatr.* Feb 2008;
2. Bonadio WA. The history and physical assessments of the febrile infant. *Pediatr Clin North Am.* Feb 1998;
3. Baraff LJ, Bass JW, Fleisher GR, et al. Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. Agency for Health Care Policy and Research. *Ann Emerg Med.* Jul 1993;

ПРАВИЛНА ИСХРАНА И ДИЕТЕТСКИ НАВИКИ, КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТ

Гордана Панова¹, ¹ФМН-УГД-Штип

АБСТРАКТ

Вовед: Познато е дека грижата за сопственото здравје е интерес на секој човек. Грижејќи се за своето здравје, тој не само што се заштитува самиот себеси од разни заболувања, туку и придонесува за благосостојбата на средината во која живее, односно ги чува и другите луѓе од својата околина, особено своето семејство.

Цел: Детекцијата на многу дебели деца претставува аларм за засилени превентивни мерки со правилни насоки за исхрана и физичка активност.

Материали и методи: Дескриптивен метод и статистички податоци од центрите за јавно здравје.

Резултати: Индексот на телесната маса за возраст е значаен за проценка на нутритивниот статус на децата од оваа возраст затоа што дава можност добро да се определат состојбите на потхранетост и степените на здебеленост. Според податоците

во Република Македонија од 1999 година споредени со податоците од истражувањето во 2013 година во РМ се забележува пораст на деца кои се со ризик од дебелеење. Процентот на децата со зголемена телесна тежина и здебеленост се движи од 20% кај децата од прва година средно образование до 31,4% кај деца во петто одделение. Состојбата на здебеленост треба рано да се превенира со цел да се избегнат понатамошни пореметувања на здравјето на детето.

Дискусија: Умерен степен на потхранетост се јавува во највисок процент кај истата популационата група на деца во 4,5%, во кој случај е потребно правилно насочување на мерките за отстранување на причините. Многу дебели деца во истражувањето се застапени во највисок процент кај популационата група на деца од 7 годишна возраст и тоа со 5,6%.

Заклучок: Пореметувањата во нутритивниот статус како што се потхранетост, а особено состојба на здебеленост имаат корени уште во раната детска возраст. Затоа е многу значајно превенцијата да се прави уште во раната детска возраст со правилно насочување на навиките во исхраната и стилот на живеење и промоција на физичката активност како секојдневно практикување од страна на младата популација. Најзначајна долгорочна последица на состојбата на здебеленост во детската возраст е присуство на истата во адолесценцијата и адултниот период придружена со односните здравствени ризици. Перзистенцијата на здебеленоста е повеќе веројатана доколку се појави во доцното детство или нутритивниот статус та и кога се јавува во тешка форма. Правилна и здрава исхрана стана еден од најважните проблеми на современиот човек. Во модерно семејство, во кое двата родитела се вработени, заради начинот на живеење и стекнатите навики, не се во можност да одвојат време кое е неопходно за да се посветиш на здрава исхрана.

Клучни зборови: нутритивниот статус, нутритивниот статус, Индексот на телесната маса

УЛОГА НА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА ВО НЕГА НА ДИЈАБЕТИЧНО

СТОПАЛОГ.Панова¹, Ѓ.Шуманов², С.Јовевска³, С.Газепов⁴, Б.Панова⁵, Н.Панов⁶,

Факултет за медицински науки-УГД-Штип

АБСТРАКТ

Вовед: Дијабетично стопало е една од многуте компликации на дијабетес, и претставува збир од коскени и мекоткивни промени во нозете кај дијабетични пациенти. **Цел:** рана превенција на причините и појавата на исхемија и невропатија (заболувања на нервите и недостаток на крв во стопалота поради заболувања на артериите на нозете), која понатаму може да се искомплицира со инфекцијата.

Материали и методи: дескриптивна метода и статистички податоци на заболени пациенти од дијабетско стопало на ниво на Куманово. **Резултати:** 2011 г. 5298 пациенти со Diabetes melitus од кои 32 со дијабетично стопало, од нив конзервативно се лекувани

22 а 10 оперативно.2012г.имало 5428 пациенти со Diabetes melitus од кои 45 со дијабетично стопало,од нив конзервативно се лекувани 33 а 12 оперативно,2013г.5634 со Diabetes melitus од кои 29 со дијабетично стопало,од нив конзервативно се лекувани 15 а 14 оперативно.

Дискусија: претставените бројките на заболени пациенти со Diabetes melitus и од дијабетско стопало на ниво на Куманово. Ако процесот напредува има поблаг степен на невровакуларни промени во долните екстремитети, пациентот се жали на студенило во нозете, намалена мускулна активност, осетливост на бучава и појава на дијабетични чиреви.

Заклучок:Дијабетското стопало претставува медицински,социјален,економски,личен и општествен проблем и една од водечките причини за смртност на пациентите како последица од нерегулиран дијабетес мелитус.Ефективната нега вклучува соработка помеѓу пациентот и здравствените работници и заедничко донесување на одлуки.Медицинската сестра-техничар има значајна улога во спроведување на промоцијата и превенцијата во секојдневната работа со шпациентите и нивните семејства.

Клучни зборови:Дијабетското стопало, Diabetes melitus, невропатија.

ХБИ -ИЗБОР НА БУБРЕЖНО-ЗАМЕСТИТЕЛНА ТЕРАПИЈА

Снежана Исаковска¹, Цвета Поповска² - ¹ЈЗУ Клиника за Нефрологија – Скопје, ²ЈЗУ Клиника за Нефрологија – Скопје,

АБСТРАКТ

Вовед: Бубрежната инсуфициенцна е постепено, прогресивно оштетување на сите бубрежни функции. Акутната бубрежна инсуфициенција(АБИ) е реверзибилен процес, краткотраен, понекогаш зависен од заместителна терапија. Хроничната бубрежна инсуфициенција(ХБИ) е иреверзибилен процес и за лекување потребна е заместителна терапија. Кога гломеруларната филтрациона рата е пониска од 15 мл/мин зборуваме за пети стадиум на бубрежна инсуфициенција, и потреба од бубрежно заместителна терапија неопходна за преживување на пациентот.

Цел: Пациентите со ХБИ имаат тешка одлука пред себе кога треба да ја прифатат болеста и сите здравствени, социални и психолошки проблеми кои престојат. Целта на овој труд е да објасниме колкава е важноста на медицинската сестра во лекувањето на овие пациенти и нивното соочување со болеста.

Лекување на ХБИ: Кога преостануваат само 15 % од бубрежната функција се започнува со бубрежно заместителна терапија. Во Република Македонија овие пациенти можат да се лекуваат со: хемодијализаХД, перитонеална дијализа ПД, бубрежна трансплантација

Хемодијализа ХД-претставува прочистување на крвта надвор од телото на пациентот

(екстракорпорална циркулација) со помош на апарат и вештачки бубрег. За изведување на оваа метода потребен е специјално изготвен крвен пристап, артериовенска фистула или централен венски катетер. При изведување на оваа метода пациентот е препуштен на грижа на медицинската сестра и нејзиното знаење и вештина.

Перитонеална дијализа ПД –Мембраната која ја обвиткува stomачната празнина служи како замена за бубрегот. Низ специјален катетер вграден во stomакот се внесуваат во stomачната празнина. Отпадните продукти и вишокот на течност од капиларите на перитонеалната мембрана мигрираат во растворот по пат на дифузија и осмоза. По 6-8 часа растворот се излева и се внесува свеж раствор (четири пати дневно). При овој начин на лекување пациентот се оспособува за самонега бидејќи лекувањето се одвива во домашни услови. По успешна **бубрежна трансплантација** пациентот може да се врати во скоро нормален начин на живот. Бубрегот може да биде земен од жив дарител (близок член на семејство), или од починато лице (кадаверичен бубрег). Круциелно е донирааниот бубрег да биде прифатен од телото на примачот односно да има софпагање на крвната група и типот на ткивото (ХЛА типизација) на донорот и реципиентот.

Заклучок: Искуствата на медицинската сестра во работата со дијализа покажуваат дека таа со право е рамноправна со својот удел во лекувањето на пациентите со хронична бубрежна слабост-терминална фаза. Задоволството на пациентите и медицинските сестри од заемната комуникација и соработка е на високо ниво и претставува императив во понатамошната работа.

ХБИ -ИЗБОР НА БУБРЕЖНО-ЗАМЕСТИТЕЛНА ТЕРАПИЈА

Вовед: Бубрежната инсуфициенција е постепено, прогресивно оштетување на сите бубрежни функции.

Акутната бубрежна инсуфициенција (АБИ) е реверзибилен, краткотраен процес, понекогаш зависен од заместителна терапија.

Хроничната бубрежна инсуфициенција (ХБИ) е ирреверзибилен процес и за лекување потребна е заместителна терапија.

Кога гломеруларната филтрациона рата е пониска од 15 мл/мин зборуваме за петти стадиум на бубрежна инсуфициенција и потреба од бубрежно заместителна терапија неопходна за преживување на пациентот. Најчесто пациентите ненадејно се соочуваат со бубрежната болест.

Цел: Пациентите со ХБИ имаат тешка одлука пред себе кога треба да ја прифатат болеста и сите здравствени, социални и психолошки проблеми кои престојат. Целта на овој труд е да објасниме колкава е важноста на медицинската сестра во лекувањето на овие пациенти и нивното соочување со болеста.

Лекување на ХБИ: Кога преостануваат само 15 % од бубрежната функција се започнува со бубрежно заместителна терапија. Во Република Македонија овие пациенти можат да се лекуваат со хемодијализа ХД; перитонеална дијализа ПД; бубрежна трансплантација.

Хемодијализа ХД- ХД претставува прочистување на крвта надвор од телото на пациентот (екстракорпорална циркулација) со помош на апарат и вештачки бубрег. Дијализата е процес со кој од телото се исфрлуваат штетните материи и вишокот на вода кај болните со краен стадиум на бубрежна болест, кога бубрезите повеќе не работат. Тогаш има опасност од нарушување на останатите функции на организмот кои може да не реагираат на друг конзервативен третман. Има два типа на дијализа, хемодијализа и перитонеална дијализа. Дијализатор, апарат за дијализа, раствор за дијализа и помошен прибор (игли, линии). Дијализаторот, филтерот има улога на “вештачки бубрег” и содржи полупропусна мембрана во облик на капилари. Низ таа мембрана поминуваат материи, молекули само со одредена големина и вода. Филтерот се менува за секоја дијализа за секој болен. Растворот за дијализа, дијализатот, ја одржува рамнотежата на електролитите и учествува во процесот на прочистување на крвта. Апаратот за дијализа ја овозможува постојан проток на крвта и дијализатот и ја одржува постојана температурата. Хемодијализата е најчест облик на лекување на болните со краен стадиум на хронична бубрежна болест. до крајот на животот. Има болни кои живеат на хемодијализа и преку триесет години. Многу е важно строго да се придржуваат до распоредот на дијализите, препишаните лекарства и диетата за да се има долг и квалитетен живот. За изведување на овој вид лекување потребен е апарат кој вообичаено се наоѓа во Центар за дијализа, Дијализер, , раствор за дијализа и помошен прибор (игли, линии). Дијализерот, филтерот има улога на “вештачки бубрег” и содржи полупропусна мембрана во облик на капилари. Низ таа мембрана поминуваат материи, молекули само со одредена големина и вода. Филтерот се менува за секоја дијализа за секој болен. Растворот за дијализа, дијализатот, ја одржува рамнотежата на електролитите и учествува во процесот на прочистување на крвта. Апаратот за дијализа ја овозможува постојан проток на крвта и дијализатот и ја одржува постојана температурата. Организацијата на лекувањето се базира на неделен распоред каде истите пациенти се третираат три пати во неделата и тоа понеделник-среда-петок или вторник-четврток-сабота. Дијализниот третман вообичаено трае четири до пет часа. Бидејќи пациентите го посетуваат Центарот за дијализа три пати неделно и долго се задржуваат се развива посебен однос помеѓу нив и медицинските сестри. Поради тоа медицинските сестри кои работат на хемодијализа е неопходно покрај своите знаења од областа на нефрологијата да имаат способност да комуницираат со своите пациенти. Предуслов за хемодијализен третман е можноста дел од крвта на пациентот да циркулира надвор од телото односно екстра телесен крвоток. За тоа е потребен добар крвен пристап. Најдобар и најшироко употребуван васкуларен пристап за хронична ХД е артериско-венска фистула, односно поврзување на артеријата и вената на подлактицата на пациентот и при зголемување на притисокот во вената таа се *артеријализира* и нејзините сидови се зголемуваат. Задебелените сидови од крвниот сад дозволуваат повеќе убоди со големи игли-за секоја хемодијализа нови убоди и обезбедува екстрателесен проток на крвта до 300 ml/min. До созревање на артериско-венската фистула се користи централен венски катетер. Централните венски катетери се поставуваат во феморалната вена, во вратните југуларни вени или во субклависките вени. Катетрите можат да бидат привремени односно до почеток на користење на фистулата или при неможност да се креира артериско-венска фистула најчесто поради

заболување на крвните садови или болести кои ги оштетуваат крвните садови се користат трајни централни венски катетери.

Диететски режим Пациентите кои се лекуваат со хемодијализа треба да имаат планиран влез на храна и течности. Редукцијата на внес на течности е важен фактор за лекување на овие пациенти поради недостиг на резидуална бубрежна функција. Целата течност внесена во организмот помеѓу двете дијализни сеанси се задржува во крвотокот и ги оптеретува срцето и крвните садови. Протеините и витамините треба да се внесуваат во поголеми количини бидејќи се губат со дијализните сеанси. Пациентите на дијализа треба да имаат ограничен влез на калиум бидејќи калиумот се задржува во организмот и има лошо влијание на срцето. Кај пациентите на хемодијализа улогата на медицинската сестра е од голема важност. Медицинската сестра се грижи за пациентот за времетраењето на дијализната сеанса, за спречување на компликациите и дијализата да биде успешно завршена без појава на компликации, сопостигнување на посакуваната ултрафилтрација. Го едуцира пациентот за хигиено-диететскиот режим, зас правилна грижа за крвниот пристап и редовна хигиена како мерка за спречување на појава на инфекции на крвниот пристап.

Можни компликации на хемодијализата се зголемена температура, алергиска реакција, пад на крвниот притисок, пореметување на ритмот на срцето поради промена на рамнотежата на електролитите, воздушна емболија, крварење. При изведување на оваа метода пациентот е препуштен на грижа на медицинската сестра и нејзиното знаење и вештина.

За успешна самостојна работа во центар за ХД медицинската сестра треба да помине обука во врвна институција од областа на нефрологијата за самостојна работа.

Перитонеална дијализа ПД: Мембраната која ја обвиткува stomачната празнина служи како замена за бубрегот. Низ специјален катетер вграден во stomакот се внесуваа раствор во stomачната празнина. Отпадните продукти и вишокот на течност од капиларите на перитонеалната мембрана мигрираат во растворот по пат на дифузија и осмоза.

По 6-8 часа растворот се излева и се внесува свеж раствор (четири пати дневно).

При овој начин на лекување пациентот се оспособува за самонега бидејќи лекувањето се одвива во домашни услови.

Едукација за избор на дијализна метода: Перитонеалната дијализа е тераписка процедура што трае со години. Поради тоа пациентите и семејството се обучуваат за изведување на оваа медицинска интервенција во домашни услови(3). Обуката ја изведува медицинска сестра и поминува низ неколку фази.

Избор на пациент: Неопходно е да се познава нивото на образование на пациентот, навиките и степенот на мотивација за учење на пациентот. Потоа пациентот се запознава со основите на дезинфекцијата, стерилизацијата, стерилноста, начинот на изведување на манипулацијата, ризиците од компликации, начинот на настанување.

Демонстрација на манипулацијата: Се изведува со мерки на лична заштита на пациентот. Во тој период се разјаснуваат сите непознати работи. Се користат аудио визуелни средства и тренажери.

Надзор на медицинската сестра врз работата на пациентот: Медицинската сестра контролира и прави исправки на работата на пациентот(4). Се контролира способноста

на пациентот за самостојно изведување на манипулацијата во домашни услови - самонега. Кога медицинската сестра ќе процени дека пациентот е способен самостојно да се грижи за себе може да се каже дека е подготвен за лекување со перитонеална дијализа(18).

Улогата на медицинската сестра во програмата за ПД е огромна затоа што таа е носител на самата програма. Таа активно учествува во процесот на едукација на пациентот на КАПД. Едукацијата опфаќа повеќе точки на кои треба да се обрне внимание: Едукација на пациентот за правилна изведба на дијалините измени со посебен осврт кон асептичното работење; Едукација на пациентот за нега на излезното место на катетерот и правење на преврски; Едукација на пациентот за давање на терапија интраперитонеално; Едукација на пациентот за навремено препознавање на компликациите кои може да се појават во текот на дијализниот третман; Едукација на пациентот за правилен хигиено-диететски режим.

Искуствата во работата со перитонеалната дијализа покажуваат дека таа со право е рамноправна со својот удел во лекувањето на пациентите со хронична бубрежна слабост-терминална фаза. Во изминатите години се направени неколку студии како рекапитулар на постигнатите резултати и тие покажуваат дека има голем успех со овој начин на третирање на пациентите. Покрај објективните фактори (основната болест којашто довела до оштетување на бубрезите, интелектуалното ниво на пациентот, социо-економските услови во коишто живее како и неговата мотивација за самонега), факторот-успешно едуцирана медицинска сестра е најзаслужен за остварените резултати.

По успешна **бубрежна трансплантација** пациентот може да се врати во скоро нормален начин на живот. Проблемите со кои се соочуваат пациентите се главно тешкотии за наоѓање на соодветен бубрег како и ризикот за отфрлање. Бубрегот може да биде земен од жив дарител (близок член на семејство), или од починато лице (кадаверичен бубрег). Круциелно е донираниот бубрег да биде прифатен од телото на примачот односно да има совпаѓање на крвната група и типот на ткивото (ХЛА типизација) на донорот и реципиентот. По операцијата имуниот систем на примачот мора да биде супримиран, инаку ќе биде силно активиран од присуството на туѓото ткиво и можноста да се случи отфрлање е голема. Денес трансплантацијата на бубрег е доста успешна со годишно преживување на графтоот повеќе од 90 проценти.

Медицинската сестра има голема важност во припремата на пациентот за бубрежна трансплантацијата, во текот на лекувањето непосредно по трансплантацијата како и при амбулантските прегледи по испуштањето од болница. Поради високите дози на имunosупресивна терапија пациентот во првите месеци по трансплантацијата треба да има посебен режим на живот со посебен осврт на одржување на хигиенодиететскиот режим. Трансплантираниот пациент треба да одбегнува контакт со луѓе освен со најблиското семејство, да носи маска на устата и на носот во првите три месеци по трансплантацијата. Медицинската сестра треба да му објасни во кое време на денот и како да ги пие лековите, како да се храни и како да превенира појава на компликации.

Заклучок: Искуствата на медицинската сестра во работата со дијализа покажуваат дека таа со право е рамноправна со својот удел во лекувањето на пациентите со хронична бубрежна слабост-терминална фаза. Задоволството на пациентите и

медицинските сестри од заемната комуникација и соработка е на високо ниво и претставува императив во понатамошната работа.

Литература

1. Максиќ Ѓ, Историја на перитонеална дијализа. Перитонеална дијализа-зборник на трудови, Калибрис, Белград 2006 стр.23-35.
2. Фаучи, Браунвалд, Каспер, Хаузер, Лонго, Лосклалацо, Принципи на интерната медицина на Харисон, Табернакул Скопје 2012 стр. 808-809, 1772-1774.
3. Gambro basics: study guide to the basic principles off the dialysis.COBIŠ.mk,Поглавје 1,3,6 стр 11, 19, 21,

УЛОГА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА ПРИ ЛЕКУВАЊЕ НА БОЛЕН СО ЕПИДУРАЛЕН ХЕМАТОМ

Г.Панова¹, ¹ФМН-УГД-Штип

АБСТРАКТ

Вовед:Во денешно време се забележува се поголема застапеност на заболувањата на церебро-васкуларниот систем, кои заземаат значајно место од своја страна во морбитетот и морталитетот на населението.

Цел: да се покаже застапеноста на епидуралните хематоми,ретроградно за 2години,која ќе се анализира од аспект на појава во одреден временски период, како и влијанието на полот и возраста врз појавата на овој тип на заболување. Да се прикаже фреквенцијата и значењето на болните со епидурален хематом во вкупниот морбитет и морталитет во Република Македонија.Да се истакне улогата на медицинската сестра во предоперативна подготовка кај болните кои се подложени на оперативно лекување.

Материали и методи: Да се истакне улогата на медицинската сестра во постоперативниот третман и нега кај болните со епидурален хематом,сместени на Клиниката за Неврохирургија, во одделот за интензивно лекување.Значењето на конзервативниот и оперативниот третман и улога на медицинската сестра во негата на истиот.

Резултати: Во одделението за интензивно лекување неврохирушките болни се примени 653 пациенти, од кои 310 со интракранијални крварења. Од примените пациенти со интракранијални крварења кај 23 болни бил дијагностициран епидурален хематом. Од нив 16 се машки,а 7 од женски пол. Се јавувале во текот на целата година.Оперирани се вкупно 9 мажи од кои 1 егзитирал, а 8 биле пратени на одделение, и 4 жени кои сите биле пратени на оддел.Од конзервативно лекуваните епидурални хематоми ,кои вкупно биле 10, егзитирал 1 маж и 2 жени, а на оддел биле пратени 6 мажи и1 жена.Возрасната граница се движи од 20-50 но било третирано и едно девојче од 2 години поради трауматска повреда на главата.

Дискусија: Од резултатите добиени со овој истражување ,може да се заклучи дека епидурални хематоми настануваат повеќе кај машкиот пол и тоа во текот од 20 до 50

година,што тесно е поврзано со професионалната изложеност на повреди и не носеше на заштитна облека на работните места.Епидуралниот хематом е многу често застапен кај градежните работници и моторциите што се должи на непрописно носење или носење на заштитна облека (шлем итн.) Ова може да се подобри со соодветна здравствена и професионална едукација на изложената група од страна на законодавната власт и медицинскиот персонал. **Заклучок:**Од смртните исходи во текот на 2010/13 може да се заклучи дека во 2013 година има подобрување во однос на претходната година што е поврзано со подобриот однос и едукација на лекарскиот и сесринскиот персонал на одделението за интентивно лекување за неврохирушки болни.Ако се разбере добрата нега пред и по операција е важна исто колку и самата операција,тогаш со причина може да се каже дека стручната искусна медицинска сестра насочена кон излекувањето на болниот се смета за успешна.Медицинскиот персонал треба постојано да се доедуцира во практична и теоретска смисла согласност со најновите светски кретириуми и стандарди со цел успешно третирање и подобар исход на болните со трауматски интракранијални крварења.

Клучни зборови: Епидуралниот хематом, церебро-васкуларниот систем.

НИКОГАШ НЕ Е ПРЕМНОГУ РАНО, НИКОГАШ НЕ Е ПРЕМНОГУ ДОЦНА ЗА ДА СЕ ЗАПОЧНЕ СО ПРЕВЕНЦИЈА ЗА ОСТЕОПОРОЗА

Маргарита Неделкоска¹, д-р Златомир Аризанкоски², ^{1,2}J.З.У. Општа Болница Борка Талески Прилеп Ортопедско-трауматолошко одделение

АБСТРАКТ

Што е остеопороза? Хронично заболување при кое се намалуваат коскената густина и квалитет-што води до слабост на скелетот и зголемен ризик од скршеница, особено на прешлените, подлактицата, колковите и рамото. Една од три жени и еден од осум мажи на возраст над 50 години има остеопороза

Главни фактори за настанување на остеопорозата: Возраст над 65 години, фамилиарна историја, системска кортикоидна терапија 5 мг. на ден повеќе од 3 месеци.

Густина на коската: Коскената маса се мери на колкот и лумбалните прешлени. Со мерењето на коскената минерална густина (BMD) Bone Mineral Density може да се измери количеството на коскената маса. Вредностите на мерењето се изразуваат со T-вредности и Z-вредности.

Превенција на остеопороза: Движење на телото, совети за исхрана, суплементарна терапија

Како ќе ја лекуваме остеопорозата?

Клучни зборови: Остеопороза, Превенција и Лекување

НИКОГАШ НЕ Е ПРЕМНОГУ РАНО, НИКОГАШ НЕ Е ПРЕМНОГУ ДОЦНА ЗА ДА СЕ ЗАПОЧНЕ СО ПРЕВЕНЦИЈА ЗА ОСТЕОПОРОЗА

ШТО Е ОСТЕОПОРОЗА - Остеопорозата е болест на цивилизацијата, која цивилизираниот човек непотребно ја забрзува со неправилната исхрана. Таа е хронично заболување, при кое се намалуваат коскената густина и квалитетот, што води до слабост на скелетот и зголемен ризик од скршеница, особено на прешлените, подлактицата, колковите и рамото. Една од три жени и еден од осум мажи на возраст од 50 години има остеопороза.

ГУСТИНА НА КОСКАТА - Коскената маса се мери на колкот и лумбалните прешлени. Со мерењето на коскената минерална густина BMD-Bone Mineral Densiti може да се измери количеството на коскената маса. Колку е помало нивото на BMD, толку е поголем ризикот да се здобиете со скршеница при паѓање. Вредностите на мерењето се изразуваат со T-вредности и Z-вредности.

T-вредност-вашата густина на коската се споредува со густината на коската на жена на возраст од 35 години. (го користиме за жени кои се веќе во менопауза).

Z-вредност-вашата густина на коската се, споредува со густината на коската на лице, на ваша возраст (го користиме за жени кои се уште не се во менопауза); При T и Z вредност помеѓу -1% и -2,5% се работи за остеопенија-ниска коскена густина; При T и Z вредност од -2,5% или поголеми, се работи за остеопороза.

ПРЕВЕНЦИЈА НА ОСТЕОПОРОЗАТА: Бројот на заболени од остеопороза постојано се зголемува во светски рамки, па затоа превенцијата е многу важна. Остеопорозата не покажува видливи симптоми. Најчесто луѓето ја откриваат дури откако ќе настрадаат од скршеница. Поради тоа таа се нарекува и „тивка епидемија“. Гените се многу важни кога станува збор за цврстината на коските, но и начинот на живот има големо влијание. Водењето на здрав живот е најдобриот начин да го намалиме ризикот од појавата на остеопороза. Никогаш не е премногу рано, ниту премногу доцна за да започнете да превзамате мерки за заштита од оваа тивка болест. Постојат три фактори кои се најважни за зачувување на здравјето на коските во текот на целиот живот: внесување на калциум; внесување на vit-D; редовна физичка активност.

ВНЕСУВАЊЕ НА КАЛЦИУМ: Возрасни(19-50г.)100mg; Возрасни(51г.и нагоре)1200mg; Само за ориентација, во една чаша млеко има приближно300mg калциум, во една чаша изварка 130 mg, во 85 гр.бадеми 210mg, во 60 гр сардини210 mg калциум. Но ретки се луѓето кои успеваат да го внесат препорачаното количество на калциум преку исхраната. Затоа се препорачува дополнително внесување на суплементи.

ВНЕСУВАЊЕ НА ВИТАМИН D: Витаминот D ја помага апсорпцијата на калциум. Се препорачува 600 iu витамин D дневно, а лица над 70 години препорачливо е да внесуваат 800 IU. Витаминот D доаѓа од исхраната и од кожата. Кај луѓето кои се почесто изложени на сонце се создава повеќе витамин D. Тој најмногу е застапен во месото од риба, рибиното масло, жолчка од јајце, корнфлекс, кравјо млеко, сирење, маргарин. Но многу малку луѓе ги конзумираат овие производи секојдневно, па затоа се препорачува витаминот D да се внесува преку суплементи.

РЕДОВНА ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ: Физичката активност ја подобрува флексибилноста и стабилноста и со тоа ја намалува веројатноста од паѓање кое може да предизвика скршеници. Се препорачува возрасните лица да вежбаат по 30 минути барем три пати неделно. Најдобри вежби за подобрување на здравјето на коските се вежбите во кои нозете и рацете ја пренесуваат целата тежина на телото и вежбите на фитнес справи со отпор. Препорачливо е да се практикува: пешачење, трчање, качување по скали, скокање во место, скокање со јаже, аеробик, аеробик во вода и јога. Особено се корисни вежбите на фитнес справи со отпор.

ДОПОЛНИТЕЛНИ СОВЕТИ: откажување од пушењето; намалување на консумацијата на кофеин и алкохол – не повеќе од една чаша алкохол и не повеќе од пет кафења дневно; избегнување на кока кола соковите

ДАЛИ ОСТЕОПОРОЗАТА СЕ ЛЕКУВА?

Борбата со остеопороза треба да се води најмалку на две рамништа. Прво треба да се обезбеди рано откривање и благовремено лекување на пациентите што веќе имаат остеопороза, но и да се дејствува превентивно со сеопфатно здравствено воспитување на пошироката популација за промена на лошите животни навики, здрав начин на живот, и пред се редовни телесни вежби. Ваквата активност пред се треба да ја опфати детската и младата популација, која е во период од животот кога ги создава овие коскени резерви.

Остеопорозата е болест што го зафаќа целиот скелет, болест која води до многу несакани последици.

Но таа може да се држи под контрола да се лекува и пред се да се **ПРЕВЕНИРА. ДВИЖЕТЕ СЕ ДА ГО СПРЕЧИТЕ СТАРЕЕЊЕТО!**

Литература:

1. International osteoporosis foundation, достапно на www.iofbonehealth.org

ЕТИЧКИ СТАВ НА ПАЦИЕНТИ СО ХИПЕРТЕНЗИЈА

Гордана Панова¹, ¹ФМН-УГД-Штип

АБСТРАКТ

Вовед: Системската артериска хипертензија е една од водечките причини за инвалидитет или смртност од мозочен удар, срцев удар и бубрежна инсуфициенција. И покрај напредокот во поставувањето на дијагнозата и третманот на хипертензијата, нејзиното влијание врз кардиоваскуларното здравје и понатаму е значајно.

Цел: во истражувањето е дефинирана главната причина за зголемувањето на бројот на заболени од хипертензија како и утврдување на видот од најчесто користената терапија во ЈЗУ Општа болница Струмица во 2013 година заклучно со месец септември.

Материали и методи: докажување на статистичкото движење на бројот на заболени од хипертензија кои што се евидентирани во ЈЗУ Општа болница Струмица (интерна

амбуланта) во 2013 година преку статистичката обработка на податоците. Направив дескрипција и анализа на заболениите од хипертензија, според одредени епидемиолошко-демографски варијабли: пол, возраст, место на живеење, националност и занимање

Резултати: македонци чиј број изнесува 1493, но висок е и бројот на турци кој изнесува 873, од гра заболени се на возраст од 53 – 63 години. 1493 заболени се македонци, најголем број на заболени се невработени нивниот број изнесува 1094, но висок е бројот и на заболени земјоделци, висок е и бројот на турци кој изнесува 873, поголем е бројот на мажите, според место на живеење според кој може да се види дека најголем број на заболени се од село и тоа 1305, додека од град 1195.

Дискусија: Една од целите е докажувањето дека правилната едукација на тие пациенти како и раниот третман со немедикаментозна и медикаментозна терапија е прв фактор во намалувањето на компликациите од заболувањето. Во трудот се презентирани основните причинители кои што доведуваат до заболување од хипертензија.

Заклучок: Од сето ова може да се заклучи дека артериска хипертензија е акутна или хронична болест кај која трајно е зголемен артерискиот крвен притисок. Најчесто оваа болест нема препознатливи и карактеристични симптоми поради што се нарекува тивок убиец.

Клучни зборови: артериска хипертензија, едукација, инвалидитет

КОНТРОЛА НА ИНТРАХОСПИТАЛНИ ИНФЕКЦИИ ВО ФЛОРЕНС НАЈТИНГЕЛ – ИСТАНБУЛ – искуство од едукација

Роза Рулеска Пиличева¹, Едис Јашли², ¹ЈЗУ Општа Болница - Прилеп, ²Флоренс Најтингел-Истанбул

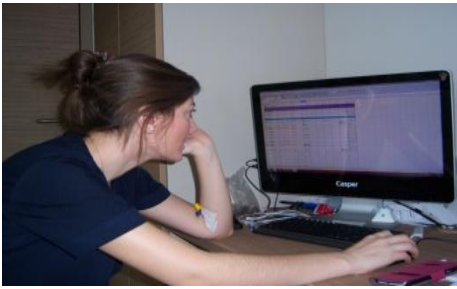
Групација Флоренс Најтингел е составена од четири болници, Здравствен Дом, Универзитет за одржување настава Билим, Клинички истражувачки центар.

Персонал: 2500 медицински персонал; 700 Доктори по медицина; Надворешни консултанти. Во неа приоритет е највисок калибар на персонал и иновации во нега на пациентите со цел да го осигура секој еден пациент дека го добива токму онај третман кој него му е потребен.

Првпат таму е направена првата стент процедура во Турција. Прв ендоскопски третман на дискус хернија, Прва роботска хирургија. Прва трансплатација на црн дроб во Турција, Прв центар за мозочен удар, Роботска радикална простатектомија, Сеопфатен центар за канцер, Задна ресекција на сколиоза на рбетен столб, Прва трансплатација на срце, Прва операција на целосно вештачко срце.



Тие се целосно посветени на вработените и мед.персонал преку капацитетите за едукација и обука- реномираниот универзитет В I L I M Истанбул,основан 1998год. И има за цел да ги обезбеди сите можности за млади кадри, интернационални студенти и специјалисти по медицина, истражување и едукација.



Во групацијата Флоренс Најтингел-Истанбул, се вработуваат медицински сестри со задолжителна дополнителна обука, потоа се испраќаат на

Емел Јашили –м.с.за контрола на ИХИ

постдипломски студии, а постојат и клинички

специјализации за сестри за контрола на болка, инфекции, ендокринологија, дијабет, гинекологија, колоректална, црнодробна, уролошка и гради.

Со нивниот пристап за хигиена и чистота постигнуваат ниска стапка на инфекции. Нивниот специјалистички тим за контрола на инфекции скрупулозно ги одржува високите стандарди со поткрепа на одделот за микробиологија.

Контрола на интрахоспитални инфекции: Ихи се инфекции кои настануваат 2-3 дена по прием на болен во болница и 2-3 дена по отпуштање на болен; 5-10 % добиваат ихи и истите претставуваат сериозен проблем за секој болен а и за цела здравствена служба затоа што ги зголемуваат деновите на лекување, на морбидитетот и морталитетот како и трошоците на лекување. *За да се постигне целосна контрола на ИХИ: AntiHBs; HBs Ag; Anti HIV; CRP по 48 часа?*

Задачи: 1. Контрола на сите отвори каде се направиле некои инвазивни процедури врз организмот - ИВ канили; Уринарни катетри; Назогастрични сонди. 2. Го контролира здравствениот персонал - Правилно миеење на раце; Користење на антисептици; Правилно ставање на ракавици. 3. Води специјални листи за набљудување на пациентите; Води листи за употреба на антибиотици; Предупредува во случај на неправилна постапка. 4. Држи обуки. 5. Се грижи за вакцинација и заштита на вработените.

Непречено ја разгледува медицинската документација: Го информира микробиологот за делувањето на антибиотиците; Будно го следи раснењето на вегетативните форми.

Појава на колонии: Се алармира службата каде е сместен болниот; Внесениот микробиолошки резултат го презема сестрата за ИХИ; Изработува план за изолација; Се пристапува за изолација со стандардни мерки.

ПОСТАПКА ПРИ РАБОТА СО ИНФЕКТИВЕН МАТЕРИЈАЛ: При интервенции како bronchoscopy, aspiracija, resuscitacija каде постои опасност од прскање на крв или телесни течности задолжително се преминува кон дополнителни мерки од стандардните; Да се употреби инцидин пена и спреј која е со брзо дејство и да се остави на контаминираното место една минута да се почeka; Ако се користи дезифиниенс со поспоро дејство да се остави 15 минути и да се повтори постапката

Заштита на персоналот: Посебно внимание за заштита на персоналот кој ги мие, одржува предметите и садовите кои се користат од здравствените работници и болните (задолжително носење на огртаци и маски.

Вообичаени мерки при увод со контаминиран материјал: Обилно да се измие со вода и сапун во траење од 40-60 сек.пред и после интервенција; Да се стави антисептик на база на алкохол со опфаќање на сите места во траење од 30 секунди.

ПРЕПОРАКИ: Хигиенски пакет; Максимална заштита; Да се избегнува употреба на непотребно ставање на уринарни катетри кои најчесто се причина за појава на ИХИ; Да се контролира редовно; Често да се употребува антисептик; Да се извадат катетрите; Пред и по ставање ив канили да се мијат рацете од еден до друг пациент; Да се употреби антисептик по миењето; Да се употребаат хируршки ракавици; Да се запиши дата на ставање и потпис; Преврските се работат исклучиво со антисептик во спреј или бетадине тогаш се опакуваат стерилни гази секоја посебно со стерилни ракавици и инструменти. При интравенско боцкање стерилна газа и бетадине.

Забелешка: Нема барабани, нема оставање барабан на акушетка каде лежел друг болен, нема отворена касета со инструменти, непокриена спремна за работа.

Заштита при увод со контаминиран материјал на здравствениот персонал: Да се испита ANTI HBS, ANTI HCV, ANTI HIV; И покрај негативниот наод здравствениот персонал се вакцинира во првите 48 часа со 0,06 мг на кг вакцина, против хепатит Б интрамускулно; Персонал кој е ХЦВ позитивен по три недели се испитува ХЦВ и АЛТ и се испраќа на инфектолог.

Постапка со здравствен персонал кој бил во контакт со ХИВ позитивен пациент: Ризикот на пренесување на болеста со боцнување е 0,2-0,5%,додека; Ризикот на прснување на крв во очи или уста е 0,1%; При инфект во очи се прави иригација и се испраќа на офталмолог и инфектолог. Во кој и да е случај да се испита ХИВ задолжително.

Други задачи: Контрола на отпадот- Медицински; Лесно запалив; Комунален; Црвена кеса(медицински отпад); Жолта кутија(остри предмети); Кеси со плава боја; Стаклен отпад; Картонска кутија-за хартија; Комунален отпад

Евалуација на ИХИ: Сестрата за контрола за ИХИ на крај прави евалуација на сработеното, кои се постигнатите резултати, но и прави точна пресметка во % колку се направени трошоци,а колку би биле ако би немало ИХИ.

ЗАКЛУЧОК - Ви посакувам да станете дел од овај едукативен процес зошто сепак тоа ни дава да се погледнеме самите себеси од еден друг агол.

Да го смениме размислувањето за процесот на едукација и ајде да размислуваме дека одиме да се едуцираме и да научиме нешто ново и да го примениме.

БЕЗБЕДНОСТ НА ПАЦИЕНТОТ ПРИ МИНИМАЛНА ИНВАЗИВНА ХИРУРШКА ИНТЕРВЕНЦИЈА – АРТРОСКОПИЈА И ЛИГАМЕНТОСКОПИЈА

Жаклина Мидоска¹, ¹Ј.З.У.Општа Болница Борка Талески Прилеп, Ортопедско - Трауматолошко одделение

АБСТРАКТ

Современата дијагностика и лечењето на целокупната патологија и повредите на коленото не можат да се замислат без артроскопија и артроскопска хирургија. Оваа релативно млада гранка на хирургијата претставува една од најголемите достигнувања во 20 век во хирургијата на коленото. Сочувана безбедност

Одобравања на операција од страна на стручен колегиум, итноост или не, огласност за оперативна интервенција-ортопед-пациент,согласност за оперативна интервенција-анестезиолог –пациент.

Намалени трошоци: Трошоците се намалени и за пациентот и за болничката установа. Пациентот се прима и се оперира наредниот ден.Артроскопијата може да трае 30-90 мин.

Брзо закрепнување: Колку долго останува пациентот во болница?1-3 дена кога зборуваме за менисектомија,конци се вадат за 10-12 дена по операција.

Задоволство на пациентот: Задоволството на пациентот е огромно ,пациентот не долготрајно врзан за болничкиот кревет.

Клучни зборови: Безбедност, Задоволство, Колено, Пациент

БЕЗБЕДНОСТ НА ПАЦИЕНТОТ ПРИ МИНИМАЛНА ИНВАЗИВНА ХИРУРШКА ИНТЕРВЕНЦИЈА – АРТРОСКОПИЈА И ЛИГАМЕНТОСКОПИЈА

СОЧУВАНА БЕЗБЕДНОСТ: Современата дијагностика и лечењето на целокупната патологија и повредите на коленото,не можат да се замислат без артроскопија и артроскопска хирургија.Оваа релативно млада гранка на хирургијата представува едно од најголемите достигнувања во дваесеттиот век во хирургијата на коленото.

Индикации за артроскопија на колено: болки во коленото; синовитис на коленото; хондромелацио-остеохондритис; слободно зглобно тело; ресекција на плика синовијалис; реконструкција на LCA.

Безбедноста на пациентот во операциона сала ја потврдуваме со о добрување на хируршката интервенција од страна на стручен колегиум итноост или не; согласност за оперативна интервенција,ортопед-пациент; согласност за оперативна интервенција, анестезиолог-пациент; согласност за трансфузија; лабараторија; RTG, компјутер, магнетна резонанса; основна хемостаза; крвни деривати да или не; тромبوпрофилакса; положба на пациентот; вид на анестезија

Артроскопијата на колено се изведува со локална анестезија,спинална анестезија или општа-договор ортопед-анестезиолог-пациент, дали е дадена антибиотска профилакса, дали стерилноста е потврдена.

Безбедната хирургија спасува животи!!!!

ОПЕРАТИВНИОТ ТИМ: работи на вистинскиот пациент, на вистинското место и во вистинското време, користи методи за превенција на нанесување на штета од администрација на анестетици,заштитивајќи го пациентот од болка, припремен е за состојби придружени со губење на проодноста на дишните патишта или губење на респираторната функција, препознава и ефективно е подготвен за ризик од голем губиток на крв, избегнува алергиски несакани дејства од лековите за кои се знае дека се од значаен ризик за пациентот; постојано користи методи за кои се знае дека го минимизираат ризикот од инфекција на хируршката рана; спречува ненамерно задржување на инструменти и гази во хируршките рани; обезбедува прецизен преглед и идентификација на сите хируршки примероци; ефективно комуницира и разменува важни информации за безбедно одвивање на работата; болниците и јавните здравствени установи, воспоставуваат рутински надзор на хируршките капацитети, обемот на работата и резултатите.

НАМАЛЕНИ ТРОШОЦИ: Трошоците се намалени и за пациентот и за болничката установа. Пациентот се прома и се оперира наредниот ден. Артроскопијата може да трае 30-90 мин. во зависност од патологијата. Потребни се два реза од по 0.5 см. Низ едниот отвор се внесува троакарот на кој се наоѓаат отвори за довод и одвод на течности, кој се користи за да се исполни зглобот на коленото, со што се овозможува подобра видливост добиваме –аквариум ефект. Потоа во тој отвор оди артроскопот. Низ другиот отвор сега под контрола на камерата се влегува со инструментите. После операција потребно е да се чува мраз на коленото. Во случаевите кога имаме поголем оток на коленото потребно е да се направи пункција.

БРЗО ЗАКРЕПНУВАЊЕ: Колку долго останува пациентот во болница. 1-3 дена кога станува збор за менисектомија, конци ех 10-12 дена, станување на штаки наредниот ден после операција. Постооперативното опоравување е многу брзо 7-10 дена. Додека кај реконструкција на ACL конци ех по две недели, одење на штаки по две недели, физикална терапија по три недели. Постооперативното опоравување може да трае неколку месеци.

ЗАДОВОЛСТВО НА ПАЦИЕНТОТ: Задоволството на пациентот е огромно, пациентот не е долготрајно врзан за болничкиот кревет. **БЕЗБЕДНАТА ХИРУРГИЈА СПАСУВА ЖИВОТИ**

Литература:

1. Ivica Medenica, POSTOPERATIVNA STABILNOST RAMENOG ZGLOBA`, Zadužbina Andrejević, Beograd 2011.g

ДОКУМЕНТАЦИЈА НА СЕСТРИНСКАТА/АКУШЕРСКА НЕГА – АНАЛИЗА НА АНКЕТЕН ПРАШАЛНИК

Сливјаноска К¹, Горичанец В², Дечовски Н³, Карадакоска Р⁴,¹ЈЗУ Здравствен Дом Прилеп, ²ЈЗУ Здравствен Дом на Скопје – Скопје, ³ЈЗУ Здравствен дом ``д-р Панче Караѓозов`` Штип, ⁴ЈЗУ Здравствен Дом на Скопје – Скопје

Вовед: Сестринска документација – Представува збир на документи кои сестрата ги пополнува или во нив запишува податоци за своите постапки во текот на целокупниот процес на сестринска заштита и нега со цел следење на состојбата на поединецот, семејството и заедницата, планирање, вреднување и контрола на извршената работа
Сестринска евиденција – Интеракцијата помеѓу сестрите, пациентите, нивните семејства и здравствениот систем, спроведените дијагностички постапки, тестови, третман, едукација и др. Интервенции во тек на процесот на заштита – нега. Резултати од дијагностички тестови и успешност од спроведените интервенции.

Сестринска документација и евиденција значи дека имаме професионална одговорност, правна заштита, следење на квалитет на здравствена нега, стандард за сестринска пракса, комуникација, истражување, едукација

Според Законот за евиденции во областа на здравството (Сл. весник на РМ 20/2009 година, донесен на 16.02.2009 година), (Измени и дополнувања на 14.04.2011 и 27.11.2013)

Предмет на законот се: евиденциите; збирките на податоци и регистрите од областа на здравството; начин на прибирање, обработка, архивирање и чување на податоците; објавувањето на податоците; обезбедување на квалитетот на податоците и заштита на податоците и остварувањето на правата и обврските поврзани со евиденциите во областа на здравството.

Евиденција е запис на одредени основни и специфични податоци, структурирана група на податоци утврдена со закон, без оглед дали е централизирана, децентрализирана или распространета на функционална или географска основа, како и без оглед на тоа дали се состои од индивидуални или збирни (агрегирани) податоци;

"Индивидуална евиденција" е евиденција на личните и медицински податоци на поединци;

"Збирна евиденција" е евиденција на збирни анонимизирани податоци за определени белези;

Водење на основна медицинска документација: Според Член 6 од Законот за евиденции од областа на здравството: Здравствените установи **се должни да водат евиденција во основна медицинска документација.** Евиденција се води со запишување на податоци во основната медицинска документација: индивидуален картон, регистар, амбулантски дневник, историја на болеста, средства за автоматска обработка на податоците, други средства за водење на евиденција определена со овој закон, по различни нивоа на здравствена заштита.

Основната медицинска документација се користи како извор на податоци за евиденции (Член 9 од Законот за евиденции од областа на здравството).

Здравствените установи, во зависност од дејноста што ја вршат, ги водат следниве збирни евиденции:

- 7) За следење на работата на Поливалентната патронажна заштита
- 24) Наменета за следење на здравствената заштита – нега (сестринска и акушерска нега)

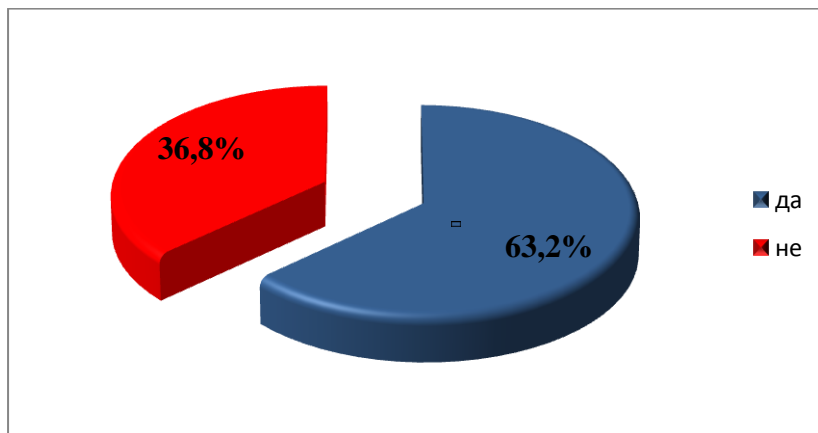
Воведување на процес на здравствена нега и сестринска документација во работата на медицинските сестри и грижа за пациентот представува темел на започнување на континуирана евалуација на спроведената нега и унапредување на квалитетна пружена нега.

Цел: Цел на истражувањето беше да се утврди дали медицинските сестри во Македонија користат документација за сестринската нега и која; дали е потребно да се воведат стандардизирана сестринска документација и кои се предностите и недостатоците од водење сестринска документација во процесот на работата во здравствените установи во Македонија.

Методи: Истражувањето е спроведено кај 87 испитаника, со пополнување на анкетен прашалник составен од 8 прашања и е спроведен на Конференција за сестринска документација (2014), организирана од Здружението на медицински сестри, техничари и акушерки на Македонија (ЗМСТАМ). Испитаници беа медицински сестри од цела Македонија, со различен степен на образование (средно и високо).

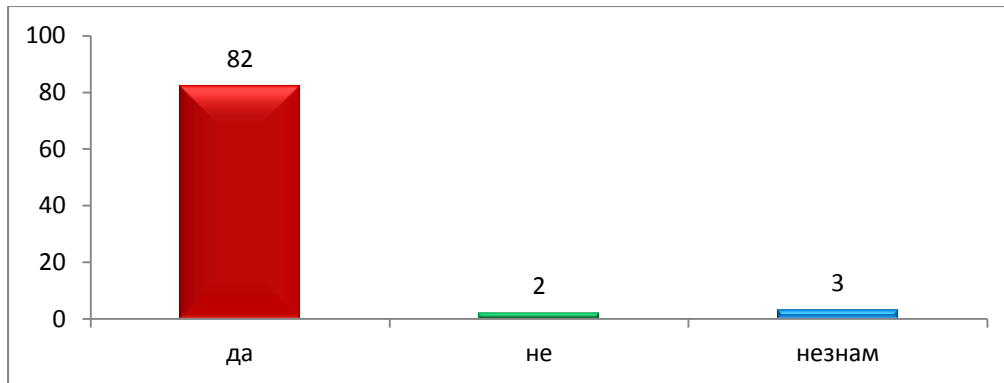
Резултати: Од вкупниот број на испитаници 55 (63,2%) одговориле дека во работата користат документација за сестринска/акушерска нега, 32 (36,8%) одговориле дека не користат никаква сестринска документација.

Графикон 1: Користење на сестринска документација во работата



На прашањето дали евидентирање и документирање на Вашите постапки и интервенции се битни за останатите членови на тимот, 82 од 87 испитаника одговориле дека се многу битни за останатите членови од тимот во кој работат, 2 испитаника одговориле дека не се битни, а 3 испитаника одговорија дека незнаат дали се битни за останатите членови од тимот.

Графикон 2 Евидентирање и документирање на постапки и интервенции се битни за останатите членови на тимот



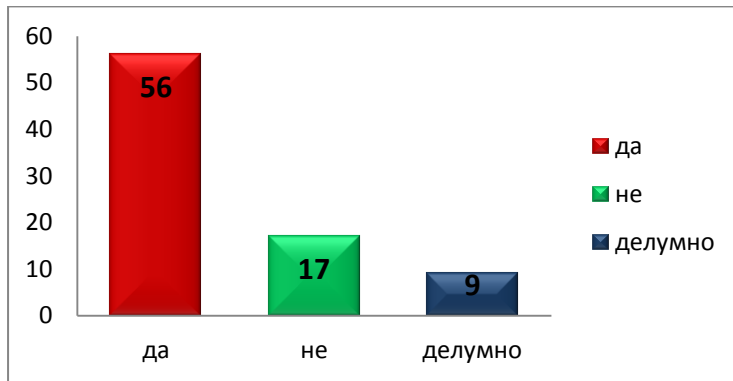
На прашањето која документација ја користат за евидентирање и документирање на здравствената нега, може да се забележи дека не постојат стандардни обрасци за документирање на сестринската работа. Вкупно беа наведени 23 разни обрасци кои се користат за документирање и евидентирање **на постапките** на сестринската нега

Табела 1 Документирање и евидентирање на постапките во сестринската нега

Документирање и евидентирање на постапките во сестринската нега	
сестринска приемна листа	20
рапортна тетратка	17
клиничка патека на пациентот за безбедна хирургија	17
дневник за интервенции	15
менторска листа	12
план за здравствена нега	11
патронажна документација	5
температурна листа	4
листа за внес на течности	2
тетратка за визита	2
сестринска тетратка	2
контрола на квалитет на стерилизација на инструмент	2
тетратка за совети	2
лекарска анамнеза	1
тетратка за наркотици	1
влез-излез на пациенти од одделение	1
план за стручен тим	1
дневник за прием	1
дневник за испис	1
дневник за викенд	1
следење на состојбата на пациентот	1
согласност за доброволно лекување	1

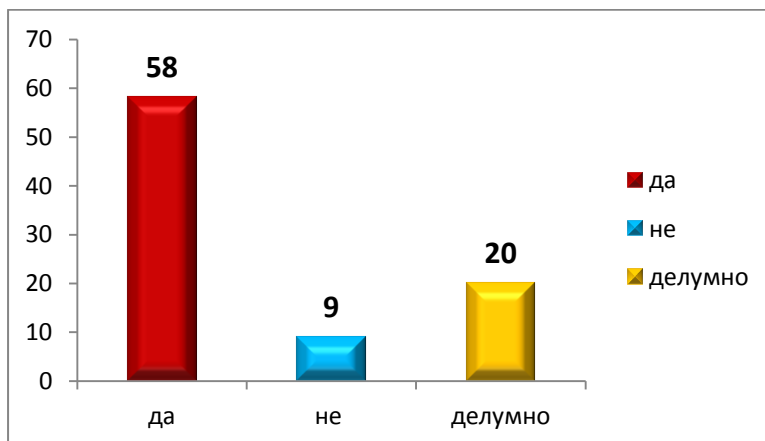
На прашањето дали кај пациентот земаат сестринска анамнеза, 57 испитаника одговорила со да, 17 не земаат никаква анамнеза на пациентот, а 9 испитаника делумно.

Графикон 3 Сестринска анамнеза (дали медицинските сестри во својата работа користат сестринска анамнеза)



Дали при приморедовање на смена користат документација за сестринска/акушерска нега, 58 испитаника одговориле дека користат документација, 9 одговориле дека не користат, а 20 испитаника одговориле дека делумно користат.

Графикон 4 Користење на документација за сестринска/акушерска нега при приморедовање на смена



Во однос на прашањето дали е потребно да се воведо документација за сестринска/акушерска нега, со можност на заокружување на повеќе одговори, 56 одговора се заокружија дека ќе се процени состојбата на пациентот, дијагностицира проблемот 41, ќе се определи големината на сестринската нега 57, системски ќе се следи состојбата на пациентот 56, ќе се подобри комуникацијата во тимот 64, ќе се подобри квалитетот на здравствената нега кај пациентот 65, не е потребно да се воведо документација за сестринска/акушерска нега 3 одговора и не знам 2 одговора.

Табела 2 Корисност од воведување на сестринска документација

Воведување на сестринска документација	
процени состојбата на пациентот	56
дијагностицира проблемот	41
определи големината на сестринската/акушерска нега	57
системски ќе се следи состојбата на пациентот	56
подобри комуникацијата во тимот	64
подобар квалитет на здравствена нега кај пациентот	65
не е потребно да се воведат документација за сестринска/акушерска нега	3
не знам	2

Со анализа на коментарите кои ги дадоа испитаниците се наведува предноста на воведување на стандардна сестринска документација при што се нагласува континуирано следење на сите спроведени постапки, едноставен и побрз увид во моменталаната состојба на пациентот, останатите членови на тимот и останатите, овозможува подобра грижа за пациентот, ја олеснува комуникацијата, остава пишана белешка и дава законска заштита на медицинската сестра. Како негативни коментари се наведени немање на доволно време за пишување на документација, преоптовареност на сестрата со лекарска документација.

Заклучок и предлог мерки: Законската регулатива во основната документација вклучува податоци за медицинска нега и други податоци поврзани со грижата за пациентот; законска обврска на здравствените установи да води збирни извештаи наменети за следење на здравствена заштита – нега (сестринска и акушерска нега); формирање на работна група за изготвување на сестринска документација; донесување на предлог правилник.