

strokovno izpopolnjevanje

POJMI – TERMINI V ZDRAVSTVENI NEGI

Temeljno izhodišče učiteljev zdravstvene nege na Višji šoli za zdravstvene delavce je, da bi morale vse medicinske sestre enotno razumeti in uporabljati termin zdravstvene nege.

Zdravstvena nega je pomoč varovancu pri zadovoljevanju potreb, ki izhajajo iz življenjskih aktivnosti (fizične, psihične in socialne narave) in jih zaradi pomanjkanja moči, volje ali znanja le-ta ni sposoben samostojno zadovoljevati. Če človek ta deficit samostojno ali s pomočjo svojcev (prijatelji, znanci, sosodje...) kompenzira in pri tem ne potrebuje strokovne pomoči, je to »*laična nega*« ali samo »*nega*«.

Ko človek zadovoljevanja potreb ni več sposoben niti sam niti s svojci, išče strokovno pomoč. To mu nudi strokovno usposobljena oseba, ki je za svoje delo moralno in pravno odgovorna. To nego pa imenujemo »zdravstvena nega«. To je avtonomno področje delovanja višje medicinske sestre (po do sedaj veljavni zakonodaji), pod njenim nadzorom pa se v delo vključuje tudi zdravstveni tehnik.

Zdravstvena nega in vloga medicinske sestre sta opredeljeni z definicijo ICN.

Termin *oskrba* za področje zdravstvene nege ni primeren, saj siromaši poimenovanje in razumevanje strokovne dejavnosti medicinskih sester. Pojem oskrbe je primeren za druge dejavnosti (na primer hotelska oskrba, bivalna oskrba, prehrabena oskrba, oskrba tržišča glede povpraševanja...), ne pa za zdravstveno nego, saj »oskrba bolnika« navaja na zmotno razmišljanje, ki postavi varovanca v neprimeren položaj objekta. To pa je v nasprotju s sodobnimi težnjami humanizacije zdravljenja, v katerih je delež zdravstvene nege zelo pomemben. Ne smemo izhajati iz oskrbe varovanca, temveč iz pomoči, ki jo le-ta potrebuje in mu jo moramo v okviru stroke zdravstvene nege nuditi.

Oskrba je vključena v službo zdravstvene nege, vendar jo izvajajo pretežno nezdravstveni delavci (strežnica – kurirka, kuharice...).

Termin *storitev* je primeren za ekonomsko vrednotenje izvedenega dela. V naši strokovni dejavnosti ni primeren zato, ker veliko dela v okviru zdravstvene nege ne moremo prikazovati kot storitev:

- kako ovrednotiti terapevtsko komunikacijo z varovancem, ki je integralni delež zdravstvene nege;
- kje je v storitvah zdravstvena vzgoja, ki je dnevno nenehno prisotna v zdravstveni negi;
- kje so kot storitev ovrednoteni strokovni razgovori z varovančevimi svojci...

Storitve, ki so doslej ovrednotene, prikazujejo le tisto delo medicinske sestre, v katerem izvaja diagnostično-terapevtske posege po naročilu zdravnika. To je le manjši del strokovne dejavnosti zdravstvene nege. najpomembnejši del strokovnih nalog medicinske sestre je z ekonomskega vidika neovrednoten, pa tudi v opisu del in nalog medicinske sestre je skromno predstavljen. Samostojnost, avtonomnost in neuniverzalnost v zdravstveni negi so premalo poudarjene.

Postopki v zdravstveni negi

Zdravstvena nega je kompleksna dejavnost, razčlenjena na posamezne tehnološke elemente zdravstvene nege, ki jih lahko ločujemo med seboj le takrat, ko jih učimo

(standardi). V realnosti, pri varovancu, pa jih ne moremo ločevati med seboj, temveč načrtujemo cel niz tehnoloških elementov, ki sestavljajo postopke. Tehnološki elementi se med seboj prepletajo in prehajajo drug v drugega. Izbor elementov prilagodimo individualnim potrebam posameznika (družbe, skupine), pri čemer upoštevamo psihični, fizični in socialni vidik (na primer sprejem bolnika).

O postopkih v zdravstveni negi odloča višja medicinska sestra – vodja negovalnega tima, del tehnoloških elementov pa izvajajo tudi zdravstveni tehniki.

Tehnološki element v zdravstveni negi

Tehnološki element je sestavni del zdravstvene nege, ki v praksi ne more potekati izolirano. Temelji na splošni shemi – standardu, ki izhaja iz teorije zdravstvene nege. Vendar standard daje le okvir našemu delovanju (shema, doktrina, tehnologija dela), ki ga v praksi prilagajamo individualnim potrebam posameznika (sodobna zdravstvena nega).

Medicinsko tehnični poseg

Služba zdravstvene nege je tako organizirana, da prevzema del nalog iz diagnostično-terapevtskega programa (medicinsko-tehnični posegi). Medicinsko-tehnične posege narekuje in o njih odloča zdravnik. Izvajajo se po predpisanem standardu (metoda, pripomočki, čas, osebe, prostor). O posebnostih prilagajanja posega posameznemu varovancu odloča zdravnik.

Geli Hajdinjak, dipl. soc.,

Stana Kavalič, v. m. s.,

Tita Sekavčnik, v. m. s.,

Vera Štebe, prof.,

vse Višja šola za zdravstvene delavce, Ljubljana

organizacija dela

NEZADOVOLJSTVO MEDICINSKIH SESTER¹

Že večkrat sem v razgovoru s kolegicami slišala: »Nikoli več ne bi šla v ta poklic!«, »Ne bom več delala za druge!« Mislila sem si, da je to nezadovoljstvo le odraz trenutne slabe volje.

Rezultati nekaterih raziskav, ki so bile narejene na Slovenskem v zadnjih letih, pa kažejo, da je to globlji problem kot le trenutna slaba volja posameznice.

Mag. M. Pahor v svoji magistrski nalogi z naslovom »Nekateri razvojni procesi (osamosvajanje in povezovanje) v zdravstvu« v poglavju o samostojnosti pri delu, ugotavlja da večina medicinskih sester izraža potrebo po večji samostojnosti pri delu. Del intervjuvancev vidi razlog za nesamostojnost medicinskih sester v današnjem času v tradiciji poklica in načinu izobraževanja v preteklosti (1).

¹ Medicinska sestra – pridobljen naziv z diplomo na višji stopnji izobraževanja.

V raziskovanju motiviranosti in angažiranosti za delo pa avtorica ugotavlja:

Skozi intervjuje se je izoblikovalo mnenje, da je motiviranost za delo in angažiranost pri medicinskih sestrah slabša kot pri zdravnikih (v intervjuje so bili zajeti tudi zdravniki in bolniki, vendar se bom v tem sestavku naslanjala samo na ugotovitve, ki veljajo za medicinske sestre).

Avtorica povezuje motiviranost s samostojnostjo, zunanji in notranji dejavniki. Čim večja je samostojnost, tem večja je motiviranost za delo in angažiranost pri njem. Tako se tudi pojma motiviranost in angažiranost navezujeta na paradigmo osamosvajanja in povezovanja (1).

Zunanji motivacijski dejavniki so za naš poklic zelo šibki.

Medicinske sestre imajo občasno možnost za specializacijo na nekaterih področjih, sicer pa le napredujejo do oddelčne ali glavne sestre. Ob delu medicinske sestre lahko pridobijo veliko znanja, pa tudi skozi strokovno izpopolnjevanje v okviru delovne organizacije ali poklicnega društva, vendar to znanje ni formalno priznано, zato tudi ni zunanjega motivatorja za poglobljeno ukvarjanje s stroko (1).

Sredstvo za večjo motiviranost tudi medicinske sestre same vidijo v večji samostojnosti pri delu.

Nesamostojnost kot eden izmed dejavnikov nezadovoljstva in nemotiviranosti je mogoče vodilo tudi medicinske sestre, ki jih je anketirala medicinska sestra M. Škrabec (2) pri pripravljanju svoje specialistične naloge iz zdravstvene nege.

V tej anketi je na vprašanje »Ali bi se še enkrat odločila za ta poklic?« odgovorilo kar 38,8% medicinskih sester negativno. Ta neugodni rezultat bi mogoče lahko povezovali tudi z vprašanjem »Ali ste zadovoljni z osebnim dohodkom?«, na katero je kar 83,3% medicinskih sester odgovorilo negativno.

Bolj ugodni za zdravstveno nego pa so odgovori na vprašanje »Ali vidite napredek zdravstvene nege v uporabi sistematične procesne metode dela?«. Kar 83,3% anketirank je odgovorilo pozitivno. Nekoliko manj ugodne za razvoj zdravstvene nege pa so nekatere ugotovitve, do katerih je prišel mag. J. Trček (3) v svoji disertaciji, kjer je razpravljal o psiholoških značilnostih poklicnih odnosov zdravstvenih delavcev do bolnikov.

Tu me je posebno pritegnilo rangiranje pomena etičnih načel. Po presoji anketiranih medicinskih sester je nastala naslednja lestvica:

1. humanost
2. kontaktna kultura
3. diskretnost
4. spoštljivost
5. požrtvovalnost
6. umirjenost
7. strokovnost
8. dostojanstvo
9. demokratičnost
10. odkritost
11. skromnost

Mag. J. Trček komentira to presojno takole:

Medicinske sestre so danes nedvomno strokovne delavke, njihovo temeljno poslanstvo je strokovno znanje in ne bonton, toda tudi one same postavljajo strokovnost šele na 7. mesto, bonton (kontaktno kulturo) pa na drugo. Celotni zdravniki (tudi v tej disertaciji so zajeti zdravniki, medicinske sestre in bolniki) kot zgodovinski steber strokovne pomoči vidijo vlogo medicinske sestre veliko bolj v kulturnosti kot pa v strokovnem znanju. Medicinska sestra naj bi se torej bolj dokazovala z vedenjem kakor pa z znanjem. Je morda v tem le element diskriminativnega tradicionalnega pojmovanja vloge medicinske sestre ali stoji za tem še kaj drugega? (3).

Tudi mene je vznemirilo to nezavidljivo 7. mesto strokovnosti, saj sem prepričana, da brez znanja ni pričakovati napredka in ni mogoče doseči profesionalnosti zdravstvene nege oziroma doseči petih značilnosti, s katerimi E. Greenwood označuje vsak profesionalni model. Te značilnosti so:

1. osnova sistematične teorije;
2. avtoriteta, ki jo priznava klientela te profesionalne skupine;
3. družbeno sankcioniranje in odobravanje te avtoritete;
4. etični kodeks, ki opredeljuje odnose profesionalcev s klienti in kolegi;
5. profesionalna kultura, ki jo podpirajo formalna profesionalna združenja in drugi procesi (kakršen je na primer socializacija).

Na lestvici zdravstvenih poklicev so medicinske sestre takoj pod zdravniki, pa vendar ne bi mogli z gotovostjo trditi, da je delo medicinske sestre poklic po vseh merilih, ki smo jih navedli. Medicinske sestre nimajo take funkcionalne avtonomije in družbene veljave, ki bi dopuščala trditev, da imajo enak profesionalni status in enako vlogo kot zdravniki. Pa vendar je popolnoma jasno, da so že krenile po poti, ki vodi k avtonomiji in prestižu (4).

Po vseh teh ugotovitvah strokovnjakov medicinske sestre z zdravstveno nego res nismo v zavidljivem položaju. Skoraj bi rekla, da smo v nekem »zaprtem krogu«. Vendar probleme je treba reševati (in tudi rešiti), in to predvsem s svojo lastno silo.

Če se ozrem po medicinskih sestrah, vidim nekaj najbolj poklicanih za reševanje nakopičenih problemov. To bi bile medicinske sestre v šolah, vodilne medicinske sestre v praksi in vodilne medicinske sestre in raziskovalke v Društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Samostojnost (najbolj pereč problem) medicinskih sester vidim v tem, da ugotavljajo in načrtujejo potrebno strokovno pomoč bolniku-varovancu pri zadovoljevanju potreb v okviru življenjskih aktivnosti, in to pri ohranjanju in vračanju zdravja. Za te svoje odločitve je medicinska sestra polno odgovorna.

V določenih primerih se medicinska sestra z načrtom zdravstvene nege vključuje v načrt celotne zdravstvene skupine, kar je pogoj za doseganje skupnih ciljev pri oskrbovanju bolnika-varovanca.

Diagnostično-terapevtski načrt je absolutno v domeni zdravnika. Medicinska sestra le pomaga pri izvajanju tega.

Na višji šoli za zdravstvene delavce – oddelek za zdravstveno nego že nekaj let učimo in vzgajamo študente za samostojno sistematično načrtovanje zdravstvene nege. Pri tem imamo nekaj težav, ker so študenti v predhodnem izobraževanju pogosto vzgajani za tradicionalni model zdravstvene nege.

Rezultati izobraževanja še niso povsem vidni v praksi, kar je razumljivo, saj mlade sestre ob začetku svoje zaposlitve še nimajo te moči, da bi spreminjale modele dela. To moč pa imajo vodilne medicinske sestre, na katere apeliram, da si postavijo (če tega še niso storile) v delovni načrt za leto 1992 tudi to nalogo, da bodo v svojem okolju proučile možnosti za uvajanje sistematičnega načrtovanja zdravstvene nege. Ob tem bodo dobile spodbude za spremembe in zagotovitev večjega zadovoljstva svojih sodelavk.

Literatura

1. Pahor M. Nekateri razvojni procesi (osamosvajanja in povezovanja) v zdravstvu. Magistrska naloga. Ljubljana: FSPN, Univerza v Ljubljani, 1988.
2. Škrabec M. Proučitev pogojev za uvajanje nove metode dela v zdravstveni negi. Ljubljana: VŠZD, Univerza v Ljubljani, 1991.
3. Trček J. Psihološke značilnosti poklicnih odnosov zdravstvenih delavcev do bolnikov. Disertacija. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani, 1990.
4. Letica S. Medicinska sestra kot profesionalka: družbeni položaj in etični problemi. Zdrav Obzor 1991; 25: 23–30.

Tita Sekavčnik,
medicinska sestra

UPORABA TENAFORM SISTEMA V DOMU STAREJŠIH OBČANOV GROSUPLJE

Za ležeče inkontinentne oskrbovance pri nas že dlje časa uporabljamo hlačne plenice Slipad. V domu imamo precej oskrbovancev, za katere pa te plenice niso primerne. To so inkontinentni oskrbovanci, ki so slabo gibljivi oziroma so vezani na invalidski voziček, in oskrbovanci, ki so dementni in gibljivi. Predvsem s to drugo skupino imamo v domu veliko dela, saj ne znajo uporabljati stranišč; večinoma so dobro gibljivi. S svojimi izločki pomažejo sebe in svojo okolico.

Za inkontinentne bolnike iz te skupine smo pričeli uporabljati Tenaform sistem za inkontinenco, to je Tenaform plenične predloge in Tenafix hlačke.

Izbrali smo 23 inkontinentnih oskrbovancev; zanje veljajo podatki iz naslednjih tabel:

Psihično stanje oskrbovancev		
Psihično urejeni		12
Dementni		11
<hr/>		
	Gibljivi	Delno gibljivi
Psihično urejeni	5	2
Dementni	9	7
<hr/>		
Gibljivost oskrbovancev		
Gibljivi		14
Delno gibljivi (invalidski voziček)		9

Oskrbovancem smo namestili Tenaform plenico in jo pričvrstili s Tenafix hlačkami. Prek dneva smo uporabljali Tenaform extra, ponoči pa Tenaform super.

Iz tabele je razvidno, da so Tenaform sistem uporabljali tudi psihično urejeni in gibljivi oskrbovanci. Ti so delno inkontinentni, saj uporabljajo zraven še stranišče. Bili so zelo zadovoljni, saj so za svojo higieno sedaj lažje skrbeli sami in niso potrebovali naše pomoči. Samo ena oskrbovanka ni hotela uporabljati plenice.

V povprečju so porabili na dan dve plenici Tenaform extra in eno plenico Tenaform super. Oskrbovanci, ki so slabše gibljivi ali dementni, Tenaform sistema niso mogli uporabljati. Ta skupina oskrbovancev je popolnoma inkontinentna in ne more ali pa ne zna uporabljati stranišča. Izločkov je torej več. Zmes, ki je v sestavini plenice, se je razdrobila in se formirala v kepice. Urin je tekkel tudi mimo plenice. Dve oskrbovanki na invalidskem vozičku sta dobili alergijsko reakcijo na koži. Pri tej skupini oskrbovancev smo nato poskusili s Tenaform comfort plenici. Te zadržijo mnogo več urina in se ne drobijo, zelo so primerne tako za dementne gibljive oskrbovance kot za oskrbovance, vezane na invalidski voziček. Povprečno smo porabili tri plenice Tenaform comfort extra in eno plenico Tenaform comfort super.

Dementni ljudje so se sedaj prosto gibali, ne da bi ponesnažili sebe oziroma svojo okolico z izločki. Še vedno jim je omogočena uporaba stranišča za občasno odvajanje blata. S tem je mnogo manj čiščenja v sobah dementnih oskrbovancev in mnogo manj pranja osebne perila. Pri oskrbovancih, vezanih na invalidski voziček, je nega s Tenaform comfort sistemom bistveno pripomogla h kvalitetnejši negi. Pred tem so uporabljali tetra plenice in velikokrat je prihajalo do vnetja kože. Sedanje plenice vpijajo veliko urina in koža

ostane suha. Ob rednem umivanju in zaščiti kože z mazili je uporaba pleníc iz programa Tenafarm comfort zelo primerna za nego dementnih oskrbovancev in ljudi na invalidskih vozičkih.

Preizkusili smo tudi Tenador vložek za moške. Ti so bili zelo zadovoljni, saj je ta vložek možno enostavno namestiti, gibanja pa ne ovira.

Ob uporabi Tenafarm sistema za inkontinenco smo prišli do spoznanja, da je potrebno zelo skrbno izbirati med posameznimi pripomočki, kajti če oskrbovancu izberemo pripomoček, ki ne ustreza njegovim potrebam, potem ta ne služi svojemu namenu.

Marta Gašparovič,
glavna medicinska sestra
Doma starejših občanov Grosuplje

AKTIVNOSTI ZVEZE DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE V ČASU OD 1. 10. DO 15. 12. 1991

1. 18., 22. 10. – seja Odbora za zdravstvo Skupščine Slovenije; prisotni Nana Domajnko, Silva Vuga.

2. 25. 10. (Ljubljana), 19. 11. (Čatež) – seja izvršnega odbora Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije s članicami izvršnega odbora Zveze društev medicinskih sester Hrvaške in nekaterimi članicami Zveze društev medicinskih sester Jugoslavije na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani.

3. 26. 9. in 12. 11. – sestanek z medicinskimi sestrami, ki delujejo v sekciji zdravstvenih delavcev v stomatologiji – Nana Domajnko, Petra Kersnič.

4. 20. 11. – seja predsedstva Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije na Poslovni skupnosti za zdravstvo Slovenije.

5. 10. 12. – sestanek delovnih skupin za zdravstveno zakonodajo in zbornično dejavnost na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani.

6. 12. 12. – sestanek ožjega izvršnega odbora za pripravo amandmaja na predlog zakona o zdravstveni dejavnosti in zakona o zdravstvenem varstvu.

7. *Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Zveza društev medicinskih sester Hrvaške v Zvezi društev medicinskih sester Jugoslavije.*

Na dveh sestankih članic slovenske in hrvaške zveze in njenih članic Zveze društev medicinskih sester Jugoslavije smo po oceni stanja in problematike na zadnjem sestanku dne 19. 11. 1991, ki smo ga prekvalificirali v skupščino iz razlogov, da smo lahko razrešili nekatere dileme, sklenili:

a) do priznanja samostojnosti Slovenije in Hrvaške nastopamo proti ICN v nazivu: Zveza društev medicinskih sester Jugoslavije;

b) v register društev v Zagrebu se glede na mandat, ki ga ima do leta 1994 hrvaška zveza, vpiše Zveze društev medicinskih sester Hrvaške in Slovenije;

c) za prehodno obdobje se izvoli nove člane predsedstva Zveze društev medicinskih sester Hrvaške in Slovenije:

– predsednica Vera Grbec,

– člani: Sonja Kalauz, Veronika Kunstek-Pretnar, predsednica hrvaške zveze Ana Cegledi, predsednica slovenske zveze Nana Domajnko;

– nadzorni odbor: Breda Podboj, Milka Valpotoč in Marjeta Stopajnik.

Zaradi izrednih razmer in pogojev deluje Zveza društev medicinskih sester Hrvaške in Slovenije na področju izobraževanja na delovnih mestih in sodelovanja z ICN ter s prizadevanji za doseg miru na celotnem področju bivše Jugoslavije in še posebej z vplivanjem na inštitucije in subjekte, ki lahko pripomorejo k prenehanju vojne.

PROFESIONALNA SOLIDARNOST

Na jesenskem srečanju upokojenih medicinskih sester je bila dana pobuda o obliki pomoči upokojenim medicinskim sestram, po njej pa je stekla obsežna razprava, da bi bilo zaželeno storiti nekaj, s čimer bi se lahko identificirala medicinska sestra, kadar bi potrebovala zdravstveno pomoč.

Ni nam do tega, da bi se hotele izpostavljati, mogoče celo pri okencu za sprejem prositi, da nam omogočijo ta ali oni pregled. Tudi plačilo se nočemo izogniti. Pa vendar! V današnjem času na primer ne moreš priti na vrsto pri specialistu drugače, kot da moleduješ pri kolegicah – ki pa jih z leti vse manj poznaš. Vse medicinske sestre pa tudi niso delale v centralnih ustanovah in so zato še manj znane, posebno sprejemnim zdravstvenim delavkam, ker so le-te povečini mlajše kolegice.

Želele pa bi si, da bi nas aktivne medicinske sestre še poznale in nas sprejele brez odvečnih prošelj, moledovanj ali celo posredovanj prek drugih, menimo, da smo si z dolgoletnim delom to tudi zaslužile.

Na predsedstvu ZDMS je naša pobuda naletela na ugoden odmev, saj je bila obširna razprava o tem.

Vsi smo si bili edini, da se to ne dogaja le upokojenim medicinskim sestram, ampak več ali manj vsem, zato smo se odločili, da izdelamo **letno nalepko z vpisom članstva** v Zvezi DMSS, ki vam jo danes tudi predstavljamo.

Nalepko bo vsaka medicinska sestra sama nalepila na svojo zdravstveno izkaznico, mi vsi pa se bomo potrudili, da bo vest o tej obliki sestrskosti prišla do vsake od nas.

V časih, ki so pred nami, je strnitev vrst medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov več kot nujna, ker bomo le tako obdržali svojo solidarnost in etično pokončnost.

Majda Gorše,

Sekcija upokojenih medicinskih sester
pri Društvu medicinskih sester Ljubljana

*Predstavljamo osnutek letne nalepke
z vpisom članstva v zvezi DMSS.*



ČLANI
DRUŠTVA MED. SESTER ____
ZA LETO ____

*Spoštovane kolegice in kolegi,
bralci Zdravstvenega obzornika*

Vstopili smo v novo leto **1992**

*Naj bo mirno, srečno, polno osebnega
in poklicnega zadovoljstva*

Predsednica Zveze
Nana Domajnko