

Višja med. sestra Stana Kavalič  
Višja šola za zdravstvene delavce, Ljubljana

## Sodobni koncept za nego bolnika

Delovna področja, na katerih se udejstvuje današnja medicinska sestra, so številna in raznovrstna. Nega bolnika v bolnišnici ali doma pa je tisto področje, na katerem dela največ sester. Brez dvoma je to najznačilnejše in najosnovnejše področje, ki daje njihovemu poklicu edinstveno vsebino in pomen. Tudi sestram, ki ne delajo neposredno ob bolniku, ostaja nega bolnika osnovna vsebina, ki jo oblikujejo s svojimi pedagoškimi, organizacijskimi in raziskovalnimi prijemi. Brez te osnove izgubi njihovo delo pomen, postane prazno in neučinkovito.

Poklic medicinske sestre je star 100 let, nega bolnika pa še dosti več. Razumljivo je, da so nastajale z razvojem spremembe, drugačna gledanja na vlogo in položaj medicinske sestre. Vsebina sestrskega dela pri bolniku je bila pestrejša in širša, saj so sestre opravljale marsikatera dela, za katera imamo danes posebne poklice, kot so: dietetičarka, delovna terapevtka, fizioterapevtka, rentgenski tehnik, laborant, socialni delavec. Počasi in skoraj neopazno so se od širokega področja medicinske sestre odluščile in osamosvojile nekatere dejavnosti. Ali je to luščenje danes že končano? Če ni, kaj se lahko zgodi? O tem vprašanju danes veliko razpravljajo v svetu. Definiranje nege — osnovne in edinstvene dejavnosti medicinske sestre — na neki sprejemljiv, razumljiv in neizpodbiten način, ravno to je tisto, kar iščemo danes.

Oskrba bolnika postaja vse bolj kompleksna in zapletena. V njej sodeluje cela vrsta zdravstvenih delavcev. Govorimo o specializaciji in super-specializaciji, ki nastaja zaradi vse večje delitve dela. Ta pojav je značilen za današnje obdobje. Srečamo ga v zdravstvu, pa tudi na vseh drugih področjih sodobne civilizacije. Govorimo o tako imenovani eksploziji znanja. Umska in fizična kapaciteta človeku ne dovoljujeta več univerzalnosti, saj je na posameznem področju nakopičenega že toliko znanja, da ga en sam ne more osvojiti vsega, še manj pa uporabiti.

V celotnem procesu oskrbe zlasti hospitaliziranega bolnika sodeluje več zdravstvenih delavcev, vsak pa naj bi imel kolikor se da jasno definirano vlogo, ki je za posamezni poklic tipična, tako da je ne opravlja in je vsaj v takem obsegu in na tak način ne more opravljati nihče drug. Če kdo od sodelujočih profilov v zdravstvenem teamu svoje vloge ne more definirati na ta način in tudi ne pokazati v svojem delu ničesar, kar bi bilo specifično in nenadomestljivo ter zato seveda pomembno, mu grozi potiskanje v stran in omalovaževanje. Nalagajo se mu dela, ki ne spadajo v njegovo področje in jih s svojega aspekta ocenjuje kot nestrokovna, ali pa se mu jemljejo dela, za katera sam sicer meni, da so njegova dolžnost.

Kaj je nega bolnika? Definicije, ki jih poznamo iz samega začetka civilnega sestrstva, so še vedno uporabne. Florence Nightingale je v svojih Zapiskih o negi, ki so v knjigi izšli leta 1859, napisala: »Naloga nege je, da postavi bolnika v take življenjske okoliščine, v katerih bo narava najugodnejše delovala nanj«. Mislim, da je to zelo lepa in globoka definicija nege, zelo odkrita definicija, saj kaže na končnost naših prizadevanj in obenem na aktivno vlogo bolnika v procesu zdravljenja. Na patološke procese, ki se dogajajo v bolnikovem fizičnem in duševnem svetu, lahko vpliva le posredno, ko ustvarja okoliščine, v katerih narava laže, hitreje in učinkoviteje deluje na poti ozdravljenja. V telesu dalj časa ležečega bolnika se bije za nas neviden boj proti dekubitusu. Silovitost in učinkovitost tega boja je odvisna od notranjih činiteljev in zunanjih okoliščin, v katerih se nadaljuje ta bitka. Ko sestra obrača takega bolnika, olajšuje delo naravi, saj s sproščanjem krajevnega pritiska, z izboljševanjem krajevnega krvnega obtoka omogoča ponovno prehranjevanje tkivnih celic in regenerativne procese, ki so potrebni za celjenje defekta. Bolnik je tisti, ki se bori in izbojuje zmago ali pa je poražen; sestra mu v tej borbi samo pomaga.

Definicija naše pionirke Florence Nightingale je še danes živa in resnična; žal pa je za današnjo rabo preveč splošna. Še enkrat naj spomnimo, kaj pravi: »Bolnika postavimo v najboljše okoliščine, v katerih bo narava lahko storila svoje«. Pozabimo za kratek čas na nego in medicinsko sestro in vprašamo se, ali lahko to definicijo uporabljamo še na kakem drugem področju, ali lahko velja ta definicija za oznako bistvenih nalog še pri kakšnem drugem zdravstvenem poklicu. Seveda lahko! Tudi zdravnik lahko za bolnika napravi samo to, da ga podpira v boju za ozdravljenje. Če je zdravnik bolniku kirurško oskrbel rano in jo zažil, s tem še ni rečeno, da je bolnika pozdravil, pač pa je s svojim delom izdatno pomagal naravi, saj je ustvaril možnosti, v katerih se bo rana zacelila verjetno hitreje, bolje in lepše. Analogno ustvarja ugodne pogoje za zdravljenje tudi nega. Sestra uporablja pri prevezovanju rane aseptično tehniko in se tem preprečuje inficiranje rane, skrbi, da je rana ves čas zavarovana s sterilnim obvezilnim materialom, da je položaj telesa, na katerem je rana, ugoden za celjenje, da niti v notranjosti niti na površini tkiva ne nastajajo prevelike napetosti, da je krvni obtok olajšan itd.

Druga definicija nege bolnika, pri kateri se lahko malo ustavimo, je definicija Effie Taylorjeve iz leta 1934, ki pravi, da je bistvo nege prilaganje predpisane terapije in preventivnih ukrepov specifičnim fizičnim in psihičnim potrebam individua. Dodaja pa, da dobi ta nega svoj globlji in pravi pomen šele, če jo **opravljamo z ljubeznijo, simpatijo, znanjem in kulturo**. V tej definiciji so izražene nekatere docela sodobne ideje sestrstva, kot so individualna nega bolnika ter srčna in splošna kultura sestre.

Kasnejši poskusi definiranja nege bolnika niso bili več plod izkušenj, razmišljanj in osebnih ideologij le nekaterih sester. Leta 1950 je bila v ZDA objavljena knjiga »Dvajset tisoč sester pripoveduje svojo zgodbo«. Gradivo za to knjigo so zbirali pet let. Iz razgovorov s sestrami so skušali odkriti, kaj sestre delajo, kaj mislijo o sebi in svojem delu, kako gledajo nanje njihovi sodelavci in občani.

Leta 1955 je društvo medicinskih sester ZDA takole definiralo področje dejavnosti medicinske sestre: »Poklicno negovati pomeni opravljati katerokoli delo, ki ga lahko štejemo za opazovanje in negovanje bolnih, za sveto-

vanje ranjenim in onemoglim, dalje dela, ki jih opravljamo v skrbi za ohranitev zdravja in preprečevanje bolezni, ter dela, ki imajo pomen v poučevanju in nadzorovanju drugega osebja. Medicinska sestra aplicira tudi zdravila in izvaja terapevtske postopke, ki jih predpiše zdravnik. Vsa našeta dela zahtevajo obsežno, specializirano znanje, zmožnost presoje in spretnost, ki temeljijo na poznavanju in aplikaciji principov bioloških, fizikalnih in socialnih znanosti. Omenjene dejavnosti pa v nobenem primeru ne obsegajo diagnosticiranja bolezni ali predpisovanja terapevtskih in korektivnih ukrepov».

Ta definicija je še vedno splošna in vseobsežna, je pa zanimiva, ker prvič zelo jasno pokaže na dvojno vlogo, ki jo je sestra ohranila do danes. Tako našteva celo vrsto del, ki jih lahko opravlja, ne da bi jo pri tem usmerjal in nadzoroval zdravnik (gre za nego bolnika v ožjem smislu te besede), na drugi strani pa tudi jasno pokaže na vlogo sestre kot zdravnikovega pomočnika, ko le-ta opravlja dela po zdravnikovem naročilu in pod njegovim nadzorstvom. Definicija tudi opozarja na široko strokovno znanje, ki je medicinski sestri potrebno.

Leta 1959 je Ida Orlando v svoji knjigi »Dinamični odnosi med sestro in bolnikom« označila za pglavitno sestrsko funkcijo tisto, ki pomaga bolniku izkoristiti predpisane in dosegljive zdravstvene ukrepe.

Leta 1961 sta Martha Brown in Grace Fowler postavili takšnole psihodinamično definicijo: »Nega je proces, v katerem se menjavajo verbalne in neverbalne interakcije, ki so usmerjene k ohranitvi in obnovitvi zdravja«. Zopet ena izmed splošnih definicij, ki je uporabna za kateregakoli zdravstvenega delavca.

Virginija Henderson meni, da je edina pot, po kateri bomo prišli do pravega odgovora o naravi, bistvu in pomenu nege, načrtni študij, analiza sestrskih izkušenj pri negovanju bolnikov, ugotavljanje vpliva, ki ga ima njih delo za bolnike.

Definicija nege, ki jo je pomagala izoblikovati Virginija Henderson in jo je sprejela tudi mednarodna zveza društev medicinskih sester — ICN leta 1958, je tale: »Bistvena naloga medicinske sestre je, da pomaga bolnemu ali zdravemu človeku v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in ki bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel potrebno moč, voljo ali znanje. Na tem področju je medicinska sestra izvedenka in ima pravico do pobude in kontrole. Razen tega pomaga sestra pri realizaciji terapevtskega načrta, katerega iniciator pa je zdravnik. Vrh tega je član širšega zdravstvenega teama in pomaga članom tega teama pri načrtovanju celotne bolnikove oskrbe, bodisi da gre za zdravljenje samo, za rekonvalescenco ali za oporo v smrti. Članom zdravstvenega teama ne smejo biti naložene dolžnosti, ki so zanje pretežke in jih ne morejo izpolnjevati, pa tudi ne dolžnosti, ki nimajo medicinskega značaja, zaradi česar trpi osnovna, edinstvena, lahko rečemo nenadomestljiva funkcija tega člana. Vsi člani zdravstvenega teama morajo čutiti, da je bolnik centralna oseba, okoli katere se nizajo vsa dela in se njej prilagajajo vsa dela ter se ji podrejujejo tudi osebni interesi članov teama«.

Ta koncept, da je medicinska sestra nekakšno nadomestilo za tisto, česar bolnik nima, da namesto njega opravi neko delo ali pa mu pri tem delu pomaga, ker ga bolnik sam ne zmore, ne sme, ne zna ali pa nima volje, se nam na prvi pogled zdi nekoliko nenavaden. Bolj pa ko o njem premišljuje-

mo, bolj nam postaja sprejemljiv. Po vsej verjetnosti še najbolj odgovarja na vprašanje, kaj je bistvo nege oziroma kaj je bistvena funkcija medicinske sestre.

Bolnikove aktivnosti v zvezi s katerimi lahko sestra prakticira svojo edinstveno negovalno funkcijo na način, kot ga predvideva definicija ICN, pa so naslednje:

1. dihanje,
2. adekvatna dieta in pijača,
3. odvajanje telesnih izločkov,
4. gibanje in ohranitev zaželenih telesnih lege,
5. spanje in počitek,
6. izbira primerne obleke, oblačenje in slačenje,
7. vzdrževanje telesne temperature v mejah normale s prilagajanjem obleke in ureditvijo okolja,
8. telesna čistoča in urejenost,
9. izogibanje nevarnostim v okolju,
10. izražanje čustev, potreb in mnenj,
11. koristno delo,
12. rekreacija,
13. učenje, spoznavanje poti, ki vodijo k normalnemu razvoju in zdravju.

Te aktivnosti, ki naj jih namesto bolnika opravi ali pa mu pri njih pomaga sestra, se nekaterim morda zdijo enostavne in preproste, toda le tistim, ki gledajo nanje površno, rutinsko, pavšalno, pa zato ne vidijo v njih globine, obsežnega strokovnega znanja, ki je potrebno, da te na videz preproste in vsem razumljive stvari zadovoljivo realiziramo v praksi, v nekem specifičnem delovnem okolju, pri bolniku, pri katerem so potrebne neke čisto posebne prilagoditve.

Medicinska sestra naj bi ostala ali, če to še ni, postala samostojno odločujoča zdravstvena delavka na področju nege bolnika v ožjem smislu te besede. To samostojnost seveda je treba razumeti relativno. Popolne samostojnosti zaradi kompleksnosti zdravstvene in druge problematike, ki jo srečujemo posebno pri huje prizadetih bolnikih, pač ni in ne more in tudi ne sme biti. Teamsko delo je skupinsko delo ekspertov, od katerih vsak na svojem področju nudi, kar največ more. Eden takih izvedencev je tudi medicinska sestra za področje nege bolnika, to pa zato, ker prav ona lahko tu največ da, ker o tej stvari tudi največ ve, ker ima največ izkušenj in še najbolj razume vzročno posledične zveze, ki nastajajo v negovalnih situacijah. Razumljivo pa je, da mora biti nega koordinirana z drugimi dejavnostmi, ki spadajo v celotno oskrbo bolnika.

Povsem razumljivo je, da mora sestra, ki naj pomeni avtoriteto na področju nege bolnika, res dobro in odlično obvladati teorijo nege in znanstvena načela, ki na njih sloni vsebina nege ter iz njih bogati in se razvija.

Teorijo nege bolnika lahko gradimo na več načinov, npr.:

1. z intuicijo,
2. z avtoriteto, z upoštevanjem tradicij in navad,
3. po naključju (nekaj, kar se nam je slučajno posrečilo, uporabimo še drugič),
4. z metodo poskusov in zmot,
5. s posploševanjem na podlagi izkušenj in
6. z znanstveno raziskovalnim delom.

Vsi načini pridejo v poštev v večji ali manjši meri, priznati pa moramo, da je edini od omenjenih načinov, ki nam daje na voljo sistem in zagotavlja uspeh, prav zadnji, **to je znanstveno raziskovalni**. Seveda pa ta način zahteva sposobne ljudi, čas in sredstva.

Naloge se lahko lotimo na dva načina. Prvi je ta, da dela, ki jih opravljamo pri bolniku, vsebinsko in metodološko analiziramo, da poiščemo razlago in utemeljitev v fizikalnih, kemičnih, bioloških, patofizioloških, socialnih in psiholoških in še drugih vedah. Zavržemo vse, kar ne prenese kritike, se pravi, za kar ne moremo najti dovolj močnega vzroka ali znanstvene razlage. Drugi način pa je, da se vprašamo, potem ko smo dodobra proučili zdravstveno problematiko kakega bolnika, kaj lahko sestra stori, kaj lahko nega pomaga temu bolniku, da mu olajša stanje, zboljša počutje ter pomore k hitrejšemu okrevanju, rehabilitaciji in ponovni osamosvojitvi.

Primer: Bolniku, ki težko diha, pomagamo tako, da mu dvignemo zglavje, omogočimo stalen dotok čistega zraka, da ostanemo pri njem in poskrbimo za njegovo psihofizično pomiritev. Kaj se dogaja v bolnikovem telesu, kaj smo dosegli s spremenjenim položajem telesa, kakšen pomen ima stalen dotok zraka na proces dihanja in na psihično počutje bolnika, katere besede in dejanja sestre so imela na bolnika pomirjevalni učinek in zakaj itd. Dela se lahko lotimo tudi na drugem koncu, se pravi tako, da najprej proučimo patofiziološka dogajanja, ki so vzrok ali pa spremljajo dispnoičnega bolnika, nakar se vprašamo, na kakšen način lahko pomagamo bolniku, ne da bi pri tem posegali v diagnosticiranje in v odrejanje terapije, pomagamo z ustvarjanjem takih življenjskih razmer, katerim se bo bolnik najuspešneje prilagodil in v njih najlaže premagoval svoje težave.

Zakaj toliko razpravljanja o definiciji nege? Z jasno definicijo postane sestrsko delo v zdravstvenem teamu natančneje določeno, tudi sestra sama tako natančneje vidi svoj položaj v odnosu do bolnika in sodelavcev. Če nam definicija ne pomeni samo neke prazne fraze in jo sprejememo za svojo lastnino, ki vanjo verjamemo in jo zagovarjamo, bo prav gotovo vplivala na nas in naše delo, nas bo pri delu usmerjala, pomagala nam bo pri ocenjevanju uspehov in neuspehov.

Vse pre pogosto vidimo, kako se medicinska sestra odmika od bistvene naloge, ki jo prednjo postavlja poklic, od nege bolnika v ožjem smislu te besede, kako prepušča to delo manj kvalificiranim in s tem javno priznava, da ga opravlja lahko skoraj kdorkoli. Kakšno škodo povzroča s tem sebi in poklicu, se najbrž ne zaveda. In vendar je prav to področje tisto, kjer ima sestra odprto pot razvoja, hkrati pa izredne možnosti uveljavitve in resničnega ugleda.

Pojmovanje vloge medicinske sestre in njene bistvene naloge, ki se izraža v sodobni negi bolnika, ima velik vpliv na vsebino in organizacijo nege v hospitalnih zavodih in na terenu, vpliva pa tudi na šolanje medicinskih sester. In ker je ta vpliv nujen in neizbežen, si vsekakor želimo, da bi bil koncept vloge medicinske sestre čimbolj dognan in sodoben, čeprav zaradi življenjske dinamike nikoli do kraja izražen.

Kako naj šolamo in vzgajamo medicinsko sestro, da se bo že med šolanjem, še bolj pa kasneje v samostojnem poklicnem življenju čimbolj približala tistemu, čemur pravimo lik sodobne medicinske sestre. Mnenja se tu prav gotovo močno križajo in rezultat so številni sistemi šolanja po svetu in pri nas.

Menim pa, da bi pedagoški uspehi pri izobraževanju medicinskih sester bili dosti boljši, če bi šole svojo organizacijsko strukturo prilagodile temle načelom:

1. Izrednega pomena je **selekcija učiteljev in študentov** glede na izobrazbo in osebnostne lastnosti;

2. **privzgojitev delovnih metod**, ki jih odlikuje sistem, poleg njega pa jasno postavljeni cilji, realno planiranje in stalno ocenjevanje delovnega učinka je važnejša od kopičenja podatkov, od papirnatega znanja, ki je v kratkem pozabljeno;

3. **individualno delo s študenti** je zlasti pri praktičnem pouku nenadomestljiva pedagoška metoda in pomeni obenem tudi zaščito študenta in bolnika;

4. bodoča medicinska sestra mora med šolanjem **opazovati, pomagati in samostojno izvajati kvalitetno nego bolnika**. Za to je potrebno, da se teorija in praksa kolikor le mogoče zblížata, da bi študentka ob predavanjih in drugih oblikah teoretičnega pouka lahko negovala tudi bolnika na način, ki se ne razlikuje preveč od načina, za katerega menimo, da je napreden, sodoben in strokovno utemeljen.

#### Literatura:

Florence Nightingale: Notes on Nursing. What It Is and What It Is Not.

Orlando, Ida Jean: The Dynamic Nurse-Patient Relationship, Function, Process and Principles.

Henderson, Virginia: The Nature of Nursing. A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education.

---

### TROMBOZA PO ORALNI KONTRACPCIJI

Po podatkih zadnjih let pospešujejo oralna kontracepcijska sredstva nastajanje venozne tromboembolije in cerebralne tromboze, toda ne vplivajo odločilno na nastajanje koronarne tromboze.

Zanimive raziskave so napravili na tem področju v Angliji in v ZDA.

V Angliji so ugotovili, da je 40% od 84 žena z globoko trombozo ven ali s pljučno embolijo jemalo v zadnjem mesecu oralna kontracepcijska sredstva. V kontrolni skupini žen brez znamenj teh bolezni je jemalo kontracepcijske tablete le 14% žena. Sočasno so anketirali žene glede kajenja, toda niso našli značilnih razlik pri ženah obeh skupin. Med ženami z možgansko trombozo je jemalo oralna kontracepcijska sredstva 58% žena v primerjavi s 3,5% v kontrolni skupini. Možganske arterije so pri bolezni bolj prizadete kakor vene.

Pri ženah s koronarno trombozo so ugotovili v anamnezi uporabljanje kontracepcijskih tablet v 12% v primerjavi z 2% v kontrolni skupini. Razlika ni značilna. Pač pa so žene s koronarno trombozo povprečno težje od žena v kontrolni skupini iste starosti in pokade povprečno mnogo več tobaka. Tako v Angliji.

Tudi v ZDA so anketirali v starosti od 15—44 let, ki so prišle v bolnišnice zaradi tromboflebitisa, zaradi pljučne embolije in zaradi možganske tromboze. Od 175 bolnic je jemalo kontracepcijske tablete 38% žena, v kontrolni skupini žen iste starosti pa le 13%. Odkar so v rabi kontracepcijske tablete, se je povečala umrljivost za venozno trombozo in za pljučno embolijo pri ženah med 20. in 44. letom starosti. Podobno kot pri zdravljenju s steroidi nastajajo histokemične spremembe v strukturi žilnih sten, ki pospešujejo nastajanje krvnih strdkov. Ob smrti so krvni strdki stari od nekaj dni do nekaj tednov.

S. Z.