

razvojno-raziskovalno delo

RAZVOJ ZDRAVSTVENE NEGE

Junija 1988 bo SZO organizirala evropsko konferenco o prihodnjem razvoju zdravstvene nege.

V letu 1987 bodo tudi v naši državi tako kot v vseh drugih državah članicah SZO organizirani tako imenovani »nacionalni forumi«. Ti sestanki po državah naj bi omogočili vsem medicinskim sestram in študentom šol za medicinske sestre, da se vključijo v razmišljanja o bodoči vlogi zdravstvene nege v skrbi za zdravje.

Da se bomo lažje pripravili na te razprave, opozarjamo na nekatera osnovna izhodišča, na katerih je zgrajena teorija in praksa zdravstvene nege danes.

Praksa zdravstvene nege v preteklosti

Odvijala se je sredi 19. stoletja v lokalni skupnosti; v tem stoletju pa se je interes zdravstva, predvsem zaradi hitrega razvoja tehnologije, osredinil predvsem na hospitalno obravnavo bolnikov. V zadnjih desetletjih se v Evropi pozornost zdravstvene nege enakomerneje osredinja na obe področji in si prizadeva pridobiti tudi razumevanje bolnikov in njihovih svojcev in njihovo sodelovanje v skrbi za ozdravljenje in krepitev zdravja. Že Florence Nightingale je snovala programe zdravstvene nege, upoštevala bolnika kot celoto, in ne le kot predmet vrste postopkov in opravil. Ko je govorila o prihodnosti zdravstvene nege, je tudi dejala, da ne bomo več imeli medicinskih sester za bolne ljudi, ampak za zdrave.

Danes je področje zdravstvene nege kot ene izmed zdravstvenih strok predvsem primarno zdravstveno varstvo, seveda ob smiselnem razvoju sekundarnih in terciarnih zdravstvenih dejavnosti.

Teorija zdravstvene nege

Najintenzivneje se je razvijala v preteklih dvajsetih letih. Nekateri avtorji so izdelali teoretične osnove zdravstvene nege, ki naj bi služile kot smiselna podlaga za njeno izvajanje – te teoretične osnove imajo mnogo skupnih elementov, pa tudi nekaj tipičnih razlik, ki jih pogojujeta socialna in politična kultura določenega okolja.

Eden izmed razlogov za različen pristop je v razumevanju bistva zdravstvene nege. Nekateri pravijo, da je zdravstvena nega le fizično oskrbovanje bolnikov, drugi menijo, da zdravstvena nega zajema celotno oskrbo varovanca oziroma bolnika ali neke družine.

V Evropi se je področje zdravstvene nege razvijalo kot veda, pri kateri so potrebne fizične spretnosti, kreativnost in racionalnost. Usmerjena je k ljudem.

Po mnenju nekaterih teoretikov vsebino zdravstvene nege določajo potrebe varovancev oziroma bolnikov. Mnogi se s tem ne strinjajo, ker menijo, da bi bilo le z upoštevanjem obstoječih potreb varovancev oziroma bolnikov področje zdravstvene nege okrnjeno, saj bi bila tako le skupek postopkov, s katerimi bi se lotevali določenih problemov. Druge teorije pa govorijo o interakciji – o procesu zdravstvene nege kot o rezultatu sodelovanja med medicinsko sestro in varovancem oziroma bolnikom.

V zadnjih letih teoretiki poudarjajo politično funkcijo zdravstvene nege, ki zahteva aktivno sodelovanje medicinske sestre na področju socialnozdravstvene politike. Cilji Svetovne zdravstvene organizacije »Zdravje za vse do leta 2000« prav tako terjajo, da medicin-

ske sestre kot zdravstveni strokovnjaki s strokovnimi argumenti vplivajo na javno mnenje in politične odločitve v podporo sodobnemu razvoju zdravstvene službe.

Osnovna načela zdravstvene nege

Zdravstvena nega po mnenju nekaterih avtorjev temelji na petih načelih:

1. pomoč človeku, da ostane v kritični situaciji živ
2. sodeluje v preprečevanju bolezni posameznika in družbe
3. varovancu omogoča, da aktivno sodeluje in soodloča v skrbi za lastno zdravje
4. krepi zdravje prebivalstva
5. skuša doseči najvišje strokovne cilje ob najnižjih možnih stroških.

Poleg tega moramo poznati zdravstveno situacijo posameznika ali skupine:

– *Normalno funkcioniranje*: človek je zdrav, izpostavljen le tipičnim vsakdanjim dejavnikom.

– *Stanje ogroženosti*: kak lažji zdravstveni problem oziroma lažje obolenje ali ogroženost iz okolja, recimo nevarno delovno mesto, nosečnost matere – kadike ipd.

– *Bolezen*: bolezn, poškodba, torej akutna in kronična bolezenska stanja posameznikov ali skupine ljudi.

– *Kriza*: resno poslabšano funkcioniranje na biofizičnem, duševnem ali socialnem področju; z največjo verjetnostjo lahko računamo s krizo pri vsakem hospitaliziranem človeku.

Cilji, osnovna načela in teorije zdravstvene nege

Ob primerjavi kvalitete teoretičnih izhodišč in prakse naše zdravstvene nege z drugimi deželami se bomo neizogibno srečali tudi z nekaterimi najpomembnejšimi avtorji teorij zdravstvene nege v svetu. V Sloveniji smo se v preteklih letih seznanjali le z nekaterimi: s Florence Nightingale, z Virginijo Henderson in Nancy Roper. V glavnem pa smo tudi svojo teorijo gradili na »biomedicinskem modelu«, ker je na njem bilo zasnovano izobraževanje vseh zdravstvenih delavcev, ne le medicinskih sester.

Zanimivo je, da je že Florence Nightingale v svojem modelu zdravstvene nege upoštevala tudi zahteve ekonomičnosti dela (peto osnovno načelo).

Teoretična izhodišča zdravstvene nege so v vsaki državi delno odvisna od položaja medicinskih sester v deželi sami in še posebej v zdravstvenem timu. V državah, kjer izvajajo medicinske sestre več nalog kot pomočnice drugim delavcem v zdravstvenem timu in so zato manj usmerjene k individualnim problemom varovancev oziroma bolnikov, lahko sledijo le prvima dvema osnovnima načeloma zdravstvene nege. V takem položaju ima primarna zdravstvena nega malo možnosti za učinkovito delovanje, za deželo samo pa je malo verjetno, da bo dosegla cilje »Zdravje za vse do leta 2000«.

Modeli zdravstvene nege

Ko govorimo o enakopravnosti ljudi v sistemu zdravstvenega varstva, ne mislimo, da naj bi bili vsi ljudje vključeni v enake oblike zdravstvenega varstva.

V procesu zdravstvene nege identificiramo in dokumentiramo potrebe bolnika oziroma varovanca, izhajajoč iz strokovnih izhodišč in iz preteklih izkušenj in prakse. Za posamezna področja zdravstvene nege izberemo ali zgradimo model, ki kar najbolje odgovarja situaciji varovanca, ciljem zdravstvenega varstva in materialnim in kadrovskim možnostim.

Mnogi avtorji teorij zdravstvene nege poudarjajo predvsem sodelovanje medicinske sestre z bolnikom oziroma varovancem in dolžnost medicinske sestre, da bolniku pomaga čim samostojneje živeti, ne glede na stopnjo bolezni oziroma zdravja. Drugi bolj poudarjajo konkretno pomoč medicinske sestre varovancem, da le-ti čimbolj usposobijo svoje lastne

funkcije. Medicinske sestre v Evropi ne bodo mogle sprejeti nobene od že obstoječih teorij, ampak bodo morale zgraditi svoje lastne modele in teorije, ki bodo odgovarjali različnim potrebam primarnega zdravstvenega varstva. Modeli zdravstvene nege so koristni le v toliko, da pomagajo medicinskim sestram pri odločanju v različnih situacijah.

Praksa zdravstvene nege

Praksa zdravstvene nege je proces sodelovanja medicinske sestre in varovanca oziroma bolnika v določeni situaciji: začne se z ugotavljanjem potreb in se nadaljuje s fazami dela, ki vodijo k čim večji samostojnosti in sposobnosti posameznika ali skupine za skrb zase. Načrt zdravstvene nege lahko vodi k spremembi okolja, k spremenjenim oblikam vedenja in določa tudi obseg fizične nege in skrbi za ohranjanje in krepitev zdravja.

Omenjeno moramo razumeti široko: **spremenjeno okolje** je na primer lahko le primeren sedež za invalidnega otroka, lahko je primerno čist in vlažen zrak za bolnika z opeklinami, lahko je tudi boj proti prometnemu hrupu – odvisno od posameznika ali skupine, h katerim je usmerjena strokovna pozornost medicinske sestre.

Spremenjeno vedenje – dosežemo ga na primer s tečajji za diabetične bolnike, z izobraževanjem okolja za sprejem telesno in duševno prizadetega otroka, s programi spolne vzgoje, z bojem proti alkoholizmu in narkomaniji itn.

Fizična nega in skrb za ohranjanje ter krepitev zdravja sta bila v preteklosti najbolj jasno zarisana elementa zdravstvene nege, vendar je bila fizična nega vedno bolj jasno opredeljena, čeprav imamo zanjo celo danes sicer izdelane normative, standarde pa le malokje.

Kako gradimo modele zdravstvene nege

- *Postavimo cilj:* zaželeni rezultat dela
- *Določimo vrsto bolnikov oziroma varovancev:* komu je model namenjen
- *Predstavimo izvajalca:* kdo bo na področju zdravstvene nege novi model uporabljal
- *Kje bodo delali na osnovi novega modela:* predstavimo fizično in psihosocialno okolje s tipičnimi situacijami
- *Postopek:* ker je proces zdravstvene nege metodična osnova zdravstvene nege, novi model predstavlja navodilo, kako v specifični situaciji izvajamo proces zdravstvene nege.
- *Dinamika:* predstavlja klimo, v kateri naj novi model deluje in tudi usmerja potek aktivnosti.

Vrednotenje modela zdravstvene nege

Preden začnemo kak model zdravstvene nege uporabljati, ga moramo oceniti:

1. Socialna vrednost

- koliko bo koristen družbi nasploh
- katere družbene vrednote upošteva
- katero je njegovo etično izhodišče
- v kolikšni meri premaguje obstoječe konfliktna situacije

2. Kompatibilnost

- s sistemom zdravstvenega varstva
- z obstoječo socialno kulturo

3. Popolnost

- je v pomoč pri odločanju?
- daje možnost postavljanja prioritet?
- je logičen?
- upošteva izkušnje iz preteklosti?
- omogoča predvidevanje rezultatov?

4. Kakšna znanja in spretnosti zahteva?

- psihomotorna
- splošna in specifična teoretična znanja

5. Možnost in pogoji za njeno uporabo

- viri: kadri, prostor, čas
- dostopnost oziroma izvedljivost v določenem okolju
- transportne zahteve

Pojasnitev nekaterih pojmov v vzorcu za vrednotenje

1. Socialna vrednost

- vrednost za širšo družbo: V. Henderson, na primer, govori o 14 funkcijah zdravstvene nege, ki vse podpirajo širše družbene interese;
- etična izhodišča: danes pomenijo tudi pravice bolnika oziroma varovanca do aktivnega sodelovanja v načrtovanju zdravstvene nege.

2. *Kompatibilnost* s sistemom zdravstvenega varstva je nujna; današnja situacija zahteva od vseh delavcev v zdravstvu, da sledijo strokovnim izsledkom zdravstva nasploh in še posebej svoje discipline bolj kot zgodovinskim tradicionalnim konceptom dela zdravstvenih ustanov.

3. *Popolnost*: model mora nuditi možnost strokovnega odločanja, na primer, v utrjevanju zdravja, ali v nadzorovanju rizičnih skupin prebivalstva, v zdravstveni negi bolnih in v ravnanju ob krizah.

4. *Znanja in spretnosti*: Kolikor manj znanja in spretnosti zahtevajo modeli, toliko prej jih lahko prenesemo v prakso; so pa lahko manj koristni za bolnika oziroma varovanca. Zato nam bo v pomoč pri tem tudi »indeks koristnosti« posameznega modela.

5. *Izvedljivost* pomeni ocenitev možnosti, ali nam kadri in materialni pogoji, ki so nam na voljo, omogočajo uvedbo modela.

V Jugoslaviji nam je v primeru z mnogimi evropskimi državami lažje graditi teoretična izhodišča, saj nam osnovni dokumenti – ustava, zakon o zdravstvenem varstvu in etika jugoslovanskih zdravstvenih delavcev nalagajo in zato tudi dajejo pravico, da na osnovi lastnega strokovnega znanja tisti del zdravstvene službe, za katerega smo specifično usposobljeni, razvijamo in izvajamo, upoštevaje vsa teoretična in praktična spoznanja stroke in tokove dolgoročnih sprememb.

Majda Šlajmer – Japelj

ZDRAVJE ZA VSE V EVROPI DO LETA 2000

DODATI LETOM ŽIVLJENJE (1)

1. **Večje zadovoljstvo z zdravjem.** *Cilj 22:* V letu 2000 bodo najmanj štirje med petimi ljudmi v Evropi menili, da je njihovo zdravje dobro.

2. **Boljše življenje v starosti.** *Cilj 23:* Do leta 2000 bodo imeli vsi stari ljudje v Evropi več materialnih sredstev, fizični dostop do javnih inštitucij in socialno možnost, da živijo aktivno življenje po svoji lastni izbiri.

3. **Boljše življenje za invalide.** *Cilj 24:* Do leta 2000 bodo imeli vsi invalidi v Evropi možnost, da fizično, družbeno in ekonomsko popolnoma izkoristijo svoje sposobnosti za socialno in ekonomsko dejavno življenje in da kot člani družbe prispevajo svoj delež, ki ga omogoča njihova usposobljenost in njihovi interesi.