

VREDNOTENJE KVALITETE PROCESA ZDRAVSTVENE NEGE

Tita Sekavčnik, Silva Hoyer

UDK/UDC 616-083.2:614.253.52

DESKRIPTORJI: *nega bolnika; zdravstvena nega; motivacija; sestre medicinske*

IZVLEČEK – V prispevku je predstavljena krajša raziskava o kakovosti zdravstvene nege, opravljene po metodi procesa zdravstvene nege primerjalno s kvaliteto nege opravljene po tradicionalni metodi. Za vrednotenje nege so uporabljene stopnje kvalitete nege od 1–3 prirejene za Evropo leta 1975. Znotraj stopenjskega sistema so ocenjevani samo trije kriteriji, in sicer upoštevanje bolnikovih življenjskih navad, pomoč pri prilagajanju na spremenjene pogoje in pomoč pri razumevanju izvajanja diagnostičnih posegov. Od zunanjih okoliščin, ki vplivajo na kvaliteto nege, je ovrednotena teoretična usposobljenost in motiviranost medicinskih sester za delo po sodobni metodi in delno vpliv organizacijskega sistema.

Rezultati raziskave so potrdili postavljeno hipotezo, da je zdravstvena nega izvajana po procesu, kvalitetnejša od zdravstvene nege opravljene po tradicionalni metodi, in da lahko tako nego izvajajo le strokovno usposobljene in za proces zdravstvene nege motivirane sestre v optimalnih okoliščinah.

THE EVALUATION OF THE QUALITY OF THE PROCESS OF NURSING

DESCRIPTORS: *nursing care; nursing process; motivation; nurses*

ABSTRACT – In the article, the findings of a shorter research study on the quality of the process of nursing, compared to the quality of traditional nursing care are described. The evaluation has been performed by means of a three-degree scale, adopted for use in Europe in 1975. Within this three degree system, only three criteria have been evaluated: the consideration of patient's habits, the help he is offered in adopting to changed circumstances, the degree of the explanation of diagnostic procedures. Of the external circumstances that influence the quality of nursing care, theoretical qualifications and the motivation of nurses to follow contemporary methods of work, and partly also the impact of organizational system, have been evaluated.

The results of our research have confirmed our hypothesis: the quality of nursing care performed on the basis of the principles of the process of nursing is higher than the quality of traditional nursing care; moreover, we have realized that the process of nursing can be carried out only by professionally educated and motivated nurses in optimal circumstances.

Že večkrat smo zapisali in poudarili prepričanje, da z uporabo procesa zdravstvene nege zagotavljamo višjo kvaliteto svojemu delu. V Združenih državah in nekaterih evropskih deželah medicinske sestre to metodo uporabljajo že dalj časa. Razvile so kriterije vrednotenja kvalitete in opravile že vrsto raziskav, s katerimi dokazujejo to trditev.

Na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani uporabljamo metodo procesa pri pouku predmeta »zdravstvena nega« v celotnem teoretičnem in praktičnem delu. Učiteljem in študentom je ta sistematični pristop zelo dobrodošel pri pouku in učenju. Pri praktičnem pouku pa opažamo tudi veliko zadovoljstvo bolnikov, ki jim z individualizirano nego večamo psihofizično ugodje in dvigujemo zaupanje v naše delo. Da bi potrdili to svojo domnevo, smo naredili manjšo raziskavo z manjšo skupino bolnikov na eni od naših učnih baz. Hkrati smo ocenili tudi nekatere zunanje okoliščine, ki imajo velik vpliv na kvaliteto nege in so v tesni medsebojni

povezavi. Na eni strani je zdravstvena nega, vodena po načelih procesa, neogibna osnova za uvajanje višjih kvalitetnejših organizacijskih oblik dela, kakršne v svetu že poznajo. Na drugi strani pa je dobra organiziranost neogibna za uspešno izvajanje nege po načelih procesa.

Ugotovitve raziskave bomo uporabili pri svojem pedagoškem delu. Verjetno jih bodo uporabile medicinske sestre, ki so v fazi priprav ali širjenja procesa v svoji praksi.

Za vrednotenje kvalitete zdravstvene nege lahko uporabljamo tristopenjski sistem (zasnovan v Združenih državah leta 1952 in prirejen za Evropo leta 1975). Po tej lestvici raste kvaliteta od ena do tri. Ničla pomeni nekvalitetno, ogrožujočo nego.

Stopnje kvalitete zdravstvene nege

Stopnja 3 Optimalna nega

Medicinska sestra poskrbi za ciljno pomoč bolniku pri prilagajanju na spremenjene okoliščine.

Medicinska sestra samoiniciativno spozna bolnikove življenske navade in potrebe. Nego načrtuje in vrednoti skupaj z bolnikom in njegovimi svojci.

Stopnja 2 Primarna nega

Medicinska sestra poskrbi za zadovoljevanje tistih bolnikovih potreb in navad, ki jih le-ta sam izraža. Nego planirajo in vrednotijo sestre same.

Stopnja 1 Varna nega

Medicinska sestra poskrbi za najnujnejše, tako da bolnik ni ogrožen. Z negovanjem mu ne škodujemo. Negovanje poteka po pripravljeni rutinski shemi.

Absolutni minimum je varna nega.

Stopnja 0 Ogrožujoča nega

Bolnik v času negovanja pretrpi škodo ali pa je ogrožen.

Po tem sistemu lahko vrednotimo nego sodelujočega bolnika.

Znotraj stopenjskega sistema pa imamo več možnih kriterijev. Pri našem vrednotenju smo se omejili na tri:

Upoštevanje bolnikovih življenjskih navad

Kvaliteta nege raste od rutinskega pristopa prek stopnje, ko bolnika poslušamo, ko govori o svojih navadah, pa do stopnje, ko sestra samoiniciativno odkriva bolnikove navade.

Pomoč pri prilagajanju na spremenjene pogoje

Kvaliteta nege raste od rutinskega pristopa, ko se bolnik počuti odvisnega od negovalnega osebja, do stopnje, ko upoštevamo bolnikovo osebnost in zmanjšujemo občutek odvisnosti.

Najvišjo kvaliteto pa dosežemo, kadar upoštevamo bolnika in svojce v celoti in se bolnik počuti sproščenega in samostojnega.

Pomoč pri razumevanju izvajanja diagnostičnih posegov

Kvaliteta nege raste od stereotipnih odgovorov na postavljena vprašanja do razlage do najvišje stopnje, ko je razlaga prilagojena bolnikovi sposobnosti razumevanja.

Vrednotenje zunanjih okoliščin, ki vplivajo na kvaliteto nege

Teoretično in praktično usposobljene medicinske sestre bodo sposobne reševati probleme v luči vnaprej postavljenih ciljev.

Seveda pa morajo biti sestre za svoje delo motivirane, angažirane in obseg njihovega dela ne sme presegati zmogljivosti.

Za kvalitetno delo moramo imeti materialno bazo. Porok za dviganje kvalitete je dobra organiziranost negovalne službe in povezava z drugimi strokovnimi službami in servisno dejavnostjo.

Neogibno potreben je dober prenos informacij z dokumentiranim delom in uporabo sodobnih tehničnih pripomočkov in dobro medsebojno komuniciranje.

Namen raziskave in opredelitev problema

Poglavitni namen raziskave je bil ugotavljati stopnjo kvalitete nege, opravljene po procesu zdravstvene nege, in jo primerjati s stopnjo kvalitete nege, opravljene po tradicionalni metodi.

Na kvaliteto nege vplivajo številni dejavniki, ki bi jih bilo mogoče raziskovati in ocenjevati.

Z najinega pedagoškega vidika sva se pri raziskavi omejili samo na nekatere dejavnike. Za obdelavo vseh bi bilo potrebno sodelovanje več strokovnjakov iz naše stroke in obdelava večjega vzorca.

Od izbranih kriterijev za ocenjevanje kvalitete nege sva pri kriterijih »upoštevanje bolnikovih življenjskih navad« in »pomoč pri prilagajanju na spremenjene pogoje« obdelali prehranjevanje. Pri kriteriju »pomoč pri razumevanju izvajanja diagnostičnih posegov« pa sva z negovalnega vidika obdelali nekaj preprostih diagnostičnih posegov in na podlagi rezultatov določali stopnjo kvalitete nege.

Od zunanjih okoliščin, ki vplivajo na kvaliteto nege, sva ugotavljali strokovno usposobljenost sester za delo po sodobni metodi in njihovo motiviranost zanj.

Delno sva osvetlili tudi organizacijski vidik in prenos informacij.

Opredelitev vzorca

Raziskavo sva naredili na skupini šestnajstih bolnikov. Osem jih je bilo negovanih po metodi procesa zdravstvene nege, kontrolna skupina drugih osmih bolnikov pa po tradicionalni metodi. Raziskava je potekala v prvih mesecih leta 1987. Bolniki so bili obeh spolov, različne starosti in izobrazbe in različno dolgo v bolnišnici. V času anketiranja nisva mogli dobiti večjega vzorca, ker je po načelih procesa zdravstvene nege v celoti za zdaj negovanih malo bolnikov.

V raziskavo sva vključili 28 sester s srednjo in višjo strokovno izobrazbo, ki so v svojem poklicnem delu že bile neposredno ali pa vsaj posredno vključene v nego bolnikov, opravljeno po metodi procesa zdravstvene nege, ali pa so se z metodo seznanile na delovnem mestu. Rezultatov zaradi tega ni moč posplošiti na vse medicinske sestre na našem področju, saj meniva, da se nekaterih zdravstvenih delovnih organizacij ta metoda še niti dotaknila ni.

* Referat na seminarju Zveze društev medicinskih sester Jugoslavije o procesu zdravstvene nege in organizaciji sestrške službe, Portorož, 13. in 14. aprila 1987

Raziskovalna vprašanja in hipoteze raziskave

Zaradi sistematičnosti pristopa k raziskavi sva si zastavili dve glavni raziskovalni vprašanji s podvprašanji. To je tudi ogrodje za obdelavo podatkov in interpretacijo rezultatov.

Ali je bolnikova osebnost upoštevana v negovalnem procesu

- Ali so upoštevane bolnikove življenjske navade?
- Kakšna je pomoč pri prilagajanju bolnikov na spremenjene pogoje?
- Kakšna je pomoč pri razumevanju izvajanja diagnostičnih posegov?
- Katero stopnjo kvalitete nege dosežemo pri eni in katero pri drugi skupini bolnikov?

Kakšne so zunanje okoliščine, ki vplivajo na kvaliteto nege

- Kakšna je strokovna usposobljenost medicinskih sester?
- Kakšna je motivacija sester za delo po metodi procesa zdravstvene nege?
- Kakšna je organiziranost znotraj negovalne službe in kakšen je prenos informacij?

Hipoteza

Z zdravstveno nego po metodi procesa zdravstvene nege zagotavljamo bolniku več razumevanja in upoštevanja osebnosti. Stopenj kvalitete nege je več. Tako nego lahko izvajajo le strokovno usposobljene in za proces zdravstvene nege motivirane sestre v optimalnih okoliščinah.

Metodologija

Odločili sva se za empirično raziskavo. Gre za deskriptivno metodo, za posnetek stanja, kakršno je.

Način zbiranja podatkov

Za zbiranje podatkov za spremenljivke sva uporabili več instrumentov.

Za bolnike sva uporabljali:

- a) vprašalnik za aktivnost prehranjevanja,
- b) protokol opazovanja,
- c) vprašalnik o pripravi na diagnostično terapevtske posege in o njihovem poteku.

Za sestre sva uporabili vprašalnik:

- a) stališče medicinskih sester glede metode procesa zdravstvene nege,
- b) opis oddelka, kjer se je odvijala raziskava, glede na aktivnosti, ki sva jih raziskovali.

Sestre so vprašalnik izpolnile same po predhodnih ustnih navodilih vodje raziskave.

Bolniki so bili anketirani po metodi vodene ali ustne ankete. To je bilo potrebno iz več razlogov, in sicer zaradi različne starosti bolnikov, zaradi različne individualne interpretacije postavljenih vprašanj in morda nepravilnega razumevanja namena vprašanja.

Po zbiranju podatkov, izpolnjevanju vprašalnikov in protokola je sodelovala tudi manjša skupina študentov naše šole.

Obdelava podatkov, rezultati in interpretacija

Upoštevanje bolnikove osebnosti v negovalnem procesu

Podatke smo primerjalno obdelali v dveh skupinah. V prvi skupini so bili bolniki negovani po procesu zdravstvene nege; ta bo v nadaljnjem besedilu označena kot skupina 1 ali prva skupina. Druga skupina bo označena kot skupina 2 ali druga skupina. Bolniki v tej skupini so bili negovani po tradicionalni metodi. V vsaki skupini je bilo osem bolnikov.

Prehranske navade bolnikov pred hospitalizacijo. Iz podatkov je razvidno, da gre v obeh skupinah za ljudi z dokaj skromnimi željami (različne pijače, dodatek jogurta, mlečne jedi itn.). Upoštevanje takih navad za bolnišnico ne more in ne sme biti problem. Le spoznati jih je treba in jih ob dobri organiziranosti uresničiti brez večjih finančnih obremenitev.

V kolikšni meri medicinske sestre poznajo bolnikove navade. V prvi skupini medicinske sestre v celoti (100%) poznajo prehranske navade bolnikov. Vse podatke so dobile z aktivnim iskanjem, spraševanjem.

V drugi skupini je zbranih precej manj podatkov o bolnikih (samo pri 57% vseh) in še teh niso aktivno zbrali člani negovalnega tima, temveč so jih povedali bolniki sami, kar pa je odvisno od stopnje bolnikove sposobnosti funkcioniranja v novih okoliščinah (spol, starost, stopnja izobrazbe, bivališče itn.). Kvaliteta nege je nižja.

Možnosti uresničevanja bolnikovih prehranskih navad. Bolniki iz prve skupine lahko uresničijo in nadaljujejo s svojimi navadami v bolnišnici glede pijače v 62,5%, 25% bolnikov tega ne more zaradi diete in 12,5% bolnikov nikakor ne more. V drugi skupini lahko uresniči in nadaljuje s svojimi navadami 12,5% bolnikov, 37,5% le delno, 50% pa jih sploh ni poskušalo uveljaviti svojih želja.

Glede hrane, izbire živil, so v prvi skupini upoštewane bolnikove navade pri 37,5%, delno so bile upoštewane pri 50% bolnikov, pri 12,5% pa niso bile upoštewane. V drugi skupini so bile upoštewane pri 25%, pri 12,5% bolnikov niso bile upoštewane in 62,5% bolnikov svojih navad in želja ni poskušalo uveljaviti.

Tudi po teh podatkih je razvidno, da imajo bolniki iz prve skupine prednost. Lažje uresničujejo svoje navade, ker jih medicinske sestre poznajo. V primerih, ko to zaradi diete ni možno, medicinska sestra bolnika pouči in le-ta zaradi tega lažje sprejme nov način.

Navajanje na nove navade. V prvi skupini 87% bolnikom navajanje na novo prehrano ni pomenilo težav, 12,5% bolnikom pa je bilo težko. V drugi skupini 62,5% bolnikov ni imelo težav pri sprejemanju nove prehrane, za 37,5% bolnikov pa je bil to problem.

Pri sprejemanju novega načina prehranjevanja oziroma novih navad so v prvi skupini v celoti (100%) nudile pomoč bolnikom medicinske sestre. V drugi skupini pa so to pomoč nudile medicinske sestre 75% bolnikom, in še to na njihove izrecne želje. Pri 25% bolnikov pa so to pomoč nudili svojci.

Trdiva lahko, da je v prvi skupini obravnava bolnika veliko bolj individualna, bolniki se počutijo varnejše in menijo, da so njihove potrebe zadovoljene.

Predlogi bolnikov glede pomoči pri prilagajanju na nove okoliščine in ohranjanju življenjskih navad. Anketirani bolniki v glavnem nimajo predlogov glede pomoči pri prilagajanju na nove okoliščine in ohranjanju življenjskih navad v

bolnišnici. Ob bolj individualni obravnavi bi verjetno postali samozavestnejši in bi tudi kaj predlagali.

Protokol opazovanja. Pri protokolu opazovanja sva ocenjevali kako je bolnik pripravljen na obrok, kako je servirana hrana, ali medicinska sestra nadzoruje količino zaužite hrane in ali sodeluje v zdravstvenem timu pri načrtovanju diete.

Podatki, dobljeni v obeh skupinah, se bistveno ne razlikujejo. Vzrok je verjetno v tem, da je po metodah procesa negovana samo manjša skupina bolnikov in celotno vzdušje na oddelku še ni prežeto s to metodo. V času snemanja je bila na oddelku tudi izredno slaba kadrovska zasedba medicinskih sester.

Za obe skupini lahko trdimo, da so bili bolniki dobro pripravljeni na obrok. Prav bi bilo, da bi s hrano stregle le medicinske sestre, in sicer ob doslednem upoštevanju pravil lepega vedenja.

Razlike med skupinama se ponovno pokažejo pri izbiri živil. V prvi skupini, kjer so bolniki obravnavani bolj individualno in negovalni tim pozna njihove želje in potrebe, so le-te upoštevane v mnogo večji meri (57%) kot v drugi skupini, kjer te želje praktično niso upoštevane (37,5% delno) in tudi ne morejo biti, če jih negovalni tim ne pozna. Razlika se pokaže tudi v nadzoru nad količino zaužite hrane. Pravzaprav tukaj gre za evalvacijo nege. Sestra mora imeti nadzor nad količino zaužite hrane, saj le tako lahko, ve ali je bolnik hrano zaužil, ugotovi, zakaj je ni, in to upošteva v nadaljnjem načrtovanju nege, oziroma pri naročanju hrane. V prvi skupini je bilo vse to v glavnem opravljeno, v drugi skupini pa sploh ne. Torej tudi to kaže na višjo kvaliteto zdravstvene nege v prvi skupini.

Tabela št. 1: Predlogi medicinskih sester v zdravstvenem timu o sestavi bolnikove prehrane glede na ugotovljene bolnikove navade

Sestra predlaga sestavo diete	1. skupina	2. skupina
Da	25%	12,5% na pobudo
Ne	75%	87,5%
Skupaj	100%	100%

Iz tabele številka 1 lahko vidimo, kako poteka usklajevanje diete med medicinsko sestro in zdravnikom.

Tudi to kaže razliko v kvaliteti nege. Ponovno lahko trdimo, da je v prvi skupini nega kvalitetnejša in načrtovana v skladu z bolnikovimi potrebami. Ker je vzorec majhen in so bili izbrani bolniki že nekaj dni hospitalizirani, je bila pri večini ta uskladitev že prej narejena.

Informiranje bolnikov o izvajanju diagnostičnih posegov

Informiranost bolnikov sva ocenjevali pri preprostih diagnostičnih posegih (rentgensko slikanje pljuč in srca, odvzem krvi, elektrokardiogram, gastro in irigoskopija, ultrazvok).

Če ocenjujemo kvaliteto nege po tem kriteriju, lahko trdimo, da bistvenih razlik med obema skupinama bolnikov ni. Razlika se je pokazala pri vprašanih, kdo in na kak način je bolnike o posegu poučil. V prvi skupini je več bolnikov (87,5%) dobilo informacijo od medicinskih sester in tudi ta informacija je bila bolj sistematično podana.

V drugi skupini so sicer bili tudi informirani, vendar so mnogi (62,5%) sami iskali informacijo; torej so spraševali, ker so jih posegi morda skrbeli. Prav po teh dveh razhajanjih pa spet lahko vrednotimo kvaliteto nege v prvi skupini višje kot v drugi.

Povzetek

Skupni rezultat in ocena po obeh kriterijih nama potrjujeta postavljeno hipotezo: z nego, opravljeno po procesu zdravstvene nege dosegamo višjo kvaliteto.

Zunanje okoliščine, ki vplivajo na kvaliteto nege

Strokovna usposobljenost medicinskih sester za delo po sodobni metodi in njihova motiviranost za to delo. V raziskavo je bilo vključenih 28 medicinskih sester. 25% ali 7 medicinskih sester je imelo srednjo strokovno izobrazbo, ostalih 75% ali 21 medicinskih sester je imelo višjo strokovno izobrazbo. Anketiranke so bile različne starosti, kar je razvidno iz tabele 2.

Tabela št. 2: **Starost anketiranih medicinskih sester**

Starost	število medicinskih sester	odstotek
do 25 let	6	21%
26–30 let	4	14%
31–35 let	5	18%
36–40 let	3	11%
nad 40 let	10	36%
Skupaj	28	100%

Poudariti moramo, da so bile v razredih do 30 let srednje medicinske sestre, nad 31 let pa samo višje. Izrazito mladih medicinskih sester pravzaprav ni bilo. Starostna struktura se nagiba bolj v srednja leta, za katera so značilne večje delovne in življenjske izkušnje.

Medicinske sestre opravljajo v okviru negovalnega tima zelo različne naloge, kar je razvidno iz tabele št. 3.

Tabela št. 3: **Dela in naloge medicinskih sester v okviru negovalnega tima**

Naziv del in nalog	število medicinskih sester	odstotek
Zdravstveni tehnik (sobna sestra)	7	25%
Višja medicinska sestra (vodja tima, oddelčna sestra)	21	75%
Skupaj	28	100%

Vidimo, da gre za dokaj heterogeno skupino glede del in nalog v negovalnem timu.

S procesom zdravstvene nege kot metodo dela je seznanjenih 89% medicinskih sester, 11% pa te metode dela še ne pozna. S procesom zdravstvene nege so se

seznanile iz različnih virov, na seminarjih na Višji šoli za zdravstvene delavce, na Bledu, iz Zdravstvenega obzornika.

Stališča medicinskih sester o vplivu procesa zdravstvene nege na kvaliteto nege bolnika so razvidna iz tabele 4.

Tabela št. 4: **Vpliv procesa zdravstvene nege na kvaliteto nege bolnika**

Vpliv	število medicinskih sester	odstotek
Ima velik vpliv	4	14%
Na kvaliteto vpliva	23	84%
Nima nobenega vpliva	1	4%
Skupaj	28	100%

Vidimo, da ima samo ena medicinska sestra, to je 4% vzorca, odklonilno stališče, oziroma trdi, da proces na kvaliteto ne vpliva.

Zelo stvarno je stališče najmočnejše skupine, ki meni, da proces vpliva na kvaliteto nege. Upoštevati je treba, da sam proces ne more dvigniti kvalitete nege, ampak mu morajo slediti tudi razni zunanji dejavniki (kadri, materialna osnova, status nege. . .).

Kar 90% medicinskih sester meni, da je treba kvaliteto zdravstvene nege dvigniti in samo 4% te potrebe ne čuti. To je zelo optimističen podatek za napredek stroke, čeprav dobljen na tako majhnem vzorcu. Kaže, da medicinske sestre niso zadovoljne s stanjem in ga torej želijo izboljšati.

Vse medicinske sestre se zavedajo, da je za uvedbo metod procesa zdravstvene nege v prakso potrebno njihovo dodatno angažiranje. 61% anketiranih je dodatno delo pripravljeno sprejeti, ostalih 39% sester tega ni pripravljeno sprejeti.

V svoje delo, torej v prakso, je v celoti ali delno poskušalo uvesti proces zdravstvene nege 54% medicinskih sester, 46% pa tega ni poskušalo.

Menijo da bi za uvedbo te metode potrebovale še znanja iz:

- psihologije človeka (71%),
- ožjih strokovnih vsebin (64%),
- medsebojnega komuniciranja (50%),
- fiziologije človeka (36%).

53% medicinskih sester meni, da bi za izvajanje metode procesa zdravstvene nege potrebovali več osebja, 10% anketiranih pa pravi, da bi bili potrebni boljši materialni pogoji. Iz podatkov vidimo, da čutijo medicinske sestre primanjkljaje predvsem v svojem znanju. Upoštevati moramo, da gre za skupino relativno starejših medicinskih sester (glej tabelo št. 2).

V njihovih vzgojnoizobraževalnih programih še ni bilo takšnega poudarka na metodah procesa zdravstvene nege, oziroma so lahko dobile o tej metodi le krajše informacije. Poleg tega pa tudi ni bil poudarjen pomen permanentnega izobraževanja, še zlasti zdravstvenih delavcev. Pri rodovih, ki študirajo dandanes, ko je proces zdravstvene nege temelj vseh programov, bi verjetno dobili drugačne podatke.

Tudi sami sva prepričani, da bi potrebovali več medicinskih sester, kar pa bi bilo treba potrditi z obsežnejšo raziskavo o sedanji in predvideni dodatni obremeni-

tvni ob novi metodi dela. Razmišljati pa je treba tudi o delitvi nalog znotraj zdravstvenega tima in se odločiti, kaj je primarna naloga medicinskih sester.

21% medicinskih sester je trdilo, da v svoji enoti nimajo postavljenih načelnih ciljev zdravstvene nege in 79% jih je odgovorilo, da so ti cilji določeni. Niso jih pa znale opredeliti. Primeri navedenih ciljev so: individualizirati nego, doseči čimprej optimalno stanje bolnikov in jim omogočiti vrnitev v domače okolje.

Podatek kaže na to, da medicinske sestre o ciljih sicer nekaj vedo in se jim le-ti zdijo potrebni, vendar jih ne poznajo. Podatek nam kaže tudi pomanjkljivo identifikacijo z lastnim poklicem.

Odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja bi lahko poenotili. Sestre, ki so že pred leti končale s svojim rednim formalnim izobraževanjem, imajo premalo znanja za uvedbo nove metode. Potrebno je torej dodatno sistematično izobraževanje sester. Informacije, ki jih dobijo na raznih strokovnih srečanjih, so premalo za uvedbo metode v prakso.

Opogumljajoč je podatek, da si sestre želijo dvig kvalitete nege in se jim le-ta zdi potreben. Iz tega izhaja dokaj dobra motivacija za uvedbo te metode.

Prenos informacij. Dnevni delovni srečanj negovalnega tima za predajo dela ali reševanje raznih tekočih problemov nima organiziranih 39% medicinskih sester, 61% medicinskih sester se redno srečuje na takih sestankih, in sicer 48% ob izmeni, 24% po potrebi, 14% tedensko in 14% po zdravniški viziti.

Podatki kažejo, da je organizacija negovalne službe na tem področju očitno pomanjkljiva. Taki sestanki morajo biti organizirani redno v določenih časovnih razmikih. Nedvomno so potrebna vsakodnevna srečanja. Srečanja po potrebi se lahko izrodijo, saj so problemi in potrebe mnogokrat različno občuteni. To, kar za nekoga pomeni potrebo, drugi sploh še ni občutil kot problem.

Sklep

Po obdelavi vseh zbranih podatkov lahko odgovoriva na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Bolniki svojih življenjskih navad (v raziskavi aktivnosti prehranjevanja) ob prihodu v bolnišnico sami od sebe ne povedo. Mogoče je za to vzrok pretiran občutek odvisnosti in podrejenosti v novih okoliščinah. Če pa bolnike vprašamo po njihovih navadah in potrebah, so zelo zadovoljni in bolj sproščeni. Člani negovalnega tima na podlagi sistematično zbranih podatkov individualno zadovoljujejo potrebe bolnikov.

Sistematično delo z bolnikom dviguje njegovo zaupanje v naše delo in povečuje njegovo sodelovanje v zdravljenju. Ugotovitve potrjujejo rezultat raziskave in delo s temi bolniki.

Z načrtovanim delom medicinske sestre pripomorejo k boljši informiranosti bolnikov in zmanjšujejo njihovo negotovost.

Kljub temu, da so imele anketirane medicinske sestre le malo možnosti za spoznavanje novega pristopa, jih metoda zanima in so jo pripravljene sprejeti. Te ugotovitve kažejo na visoko stopnjo motivacije.

Meniva, da bi morali izkoristiti pripravljenost sester, začeti s pripravami na uvajanje te metode v prakso in skušati dohiteti naše evropske sosede.

Potreben bi bil sistematičen pristop z analizo, kje bi se dalo metodo najprej vpeljati. Predvsem glavne medicinske sestre klinik in bolnišnic bi lahko izpeljale te nove naloge z vključevanjem najmlajše generacije. Te medicinske sestre so končale šolske programe, ki so jih pripravili za te naloge.

Delo po metodah procesa bi pripomoglo k dobremu počutju bolnikov in preprečilo številne konfliktna situacije, zdravstvena nega pa bi zares postala individualna. To trditev lahko zagovarjamo na podlagi dobljenih rezultatov raziskave, ki so nam pokazali, da je nega, opravljena po metodi procesa zdravstvene nege, kvalitetnejša.

Ne smemo pozabiti na nadaljnje izobraževanje na področjih, kjer sestre, ki so že pred leti končale formalno izobraževanje, čutijo pomanjkanje. Ta znanja so seveda nujno potrebna za uspešno delo po metodah procesa zdravstvene nege. Ob pripravah na uvedbo procesa zdravstvene nege pa seveda ne smemo pozabiti na potrebno število medicinskih sester, modernizacijo v prenosu informacij in dokumentiranju. Prav tako pa je potrebna tudi sodobna organizacija negovalne službe.

Seveda pa naj ob vsem tem tečejo že večkrat omenjene nadaljnje raziskave in na podlagi njihovih rezultatov bomo iskali možnosti za še kvalitetnejše delo.

LITERATURA

1. Anon. Proces zdravstvene nege: priročnik. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester Slovenije, 1984.
2. Babič M, Sekavčnik T, Sicherl D. Priprava na uvajanje procesa zdravstvene nege na bolnišničnem področju. Zdrav Obzor 1986; 20: 295–305.
3. Fiechter V, Maier M. Pflegeplanung 4. Auflage. Basel: Recom, Reihardt Communications, 1985.
4. Juchli L. Krankenpflege. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme, 1983.
5. Mužič V. Metodologija pedagoškega istraživanja. Sarajevo: Svetlost, 1982.
6. Sagadin J. Poglavja iz metodologije pedagoškega raziskovanja. 1. del. Ljubljana: Pedagoški inštitut, 1977.
7. Šali B. Psihološko poglobljena nega bolnika. Zdrav Obzor 1972; 2: 97–103.
8. Šlajmer-Japelj M. Pomen dokumentacije za delo medicinske sestre in njenih sodelavcev. Zdrav Obzor 1981; 15: 123–6.
9. Šlajmer-Japelj M. Raziskovalno delo – osnova za razvoj zdravstvene nege na bolnišničnem področju. Zdrav Obzor 1986; 20: 289–95.

ALI VIDIŠ, KAJ POČNEM: V KOVČKU JE ŠE NEKAJ PROSTORA ZATO GA ZADELAM S SLAMO; TAKO JE TUDI Z NAŠIM ŽIVLJENJSKIM KOVČKOM: NATRPAJ GA S ČIMER KOLI, SAMO DA NI PRAZEN

Ivan Turgenjev