

# DEJAVNIKI, KI S STALIŠČA BOLNIKA VPLIVAJO NA KVALITETO ZDRAVSTVENE NEGE

## FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF NURSING CARE: PATIENT'S PERSPECTIVE

Vera F. Irurita

UDK/UDC 616-083:614.253.8

DESKRIPTORJI: *nega bolnika; kvaliteta zdravstvene oskrbe; bolniki*

DESCRIPTORS: *nursing care; quality of health care; patients*

Izvleček – V okviru pričujoče študije smo preučevali doživljanje kvalitete zdravstvene nege odraslih bolnikov na intenzivnem oddelku v bolnišnici v Zahodni Avstraliji. Preučevali smo tudi dejavnike, ki so z vidika bolnika odločilni za visokokvalitetno zdravstveno nego. Uporabili smo metodo v praksi utemeljene teorije, glavni vir podatkov so bili pisni intervjuji s 23 bolniki (opravljeni po odpustu iz bolnišnice), bolnišnični pregledi zagotavljanja kvalitete, biografski podatki in ustrezna literatura. Zbiranje podatkov je potekalo na podlagi teoretičnih vzorcev, dokler nismo pokrili najpomembnejših kategorij; podatke smo analizirali s pomočjo konstantne primerjalne analize.

Ugotovitve so pokazale, da je bila zdravstvena nega z vidika bolnikov izvajana na različnih ravneh. Ugotovili smo, da je raven zdravstvene nege odvisna od določenih kontekstnih in spremljajočih okoliščin, ki izvirajo iz širšega okolja, organizacije in osebnih dejavnikov (medicinska sestra in bolnik). Različni rezultati, glede na bolnikovo ranljivost, so bili povezani z ravni zdravstvene nege. Članek se osredinja na dejavnike, ki z bolnikovega stališča bodisi ovirajo ali pa omogočajo kvaliteto izvajanja zdravstvene nege.

Izvleček – This study explored the adult patient's perceptions of quality nursing care in an acute care, hospital setting in Western Australia. It sought also to discover factors perceived by patients to influence the delivery of high quality nursing care. Grounded theory method was used, the major source of data being transcribed interviews with 23 patients (post discharge), as well as participant observation, hospital quality assurance surveys, biographical data sheets, and relevant literature. Theoretical sampling guided data collection which continued until saturation of the major categories was achieved; data were analysed using constant comparative analysis.

The findings revealed that, from the patient's perspective, different levels of care were delivered. The level of nursing care was found to depend on certain contextual and intervening conditions pertaining to the broader environment, the organisation, and personal factors (nurse and patient). Different outcomes, in terms of patient vulnerability, were related to the levels of care. The factors perceived by patients as either inhibiting or enhancing the quality of nursing care delivery are the focus of this paper.

### Uvod

Kvaliteto opisujejo kot neoprijemljivo entiteto, ki jo je težko meriti in ki jo različni ljudje dojemajo različno (Stewart-Amidei, 1989). Študije o kvaliteti zdravstvene nege se pogosto osredičajo zgolj na strokovne standarde in strokovna stališča. S pomočjo raziskave po metodi v praksi utemeljene teorije smo skušali poglobiti razumevanje kvalitete zdravstvene nege in osvetliti doživljanje le-te s stališča uporabnika zdravstvenih storitev (Irurita, 1993, 1996a, 1996b). Raziskovali

smo bolnikovo doživljanje kvalitetne zdravstvene nege na intenzivnem oddelku v bolnišnici v Zahodni Avstraliji. Sestavek se osredinja na dejavnike, ki s stališča bolnika bodisi preprečujejo oziroma izboljšujejo kvaliteto izvajanja zdravstvene nege.

Uporabili smo metodo grounded theory\* (Glaser, 19878; Strauss in Corbin, 1990), v okviru katere smo osnovne podatke črpali iz pisnih intervjujev z 10 bolniki en do dva tedna po odpustu iz bolnišnice, ki nam je služila za izhodišče, ter s 13 bolniki do tri mesece po odpustu iz različnih bolnišnic. Dodatne podatke smo

Vera F. Irurita, RN, PhD, izredna profesorica, Curtin University of Technology, Perth, Zahodna Avstralija

\* Raziskovalni projekt, o katerem poročamo v sestavku, sta deloma podprla Oddelek za zdravstveno nego in Oddelek za raziskovanje v zdravstveni negi Bolnišnice Sira Charlesa Gairdnerja v Perthu v Zahodni Avstraliji. Sodelujoči v raziskavi in njihove izkušnje so iz različnih bolnišnic; ugotovitve se torej nikakor ne nanašajo izključno na bolnišnico, v kateri je potekal primarni del raziskave.

Sestavek je bil predstavljen na 8. bienalni konferenci združenja Workgroup of European Nursing Researchers z naslovom Research on Nursing Throughout the Lifespan v Stockholmu na Švedskem 27. junija 1996 in je bil objavljen v konferenčnem zborniku.

dobili iz opažanj med samim izvajanjem zdravstvene nege, bolnišničnih vprašalnikov o zagotavljanju kvalitete (ob odpustu), biografskih vprašalnikov in ustrezne literature. Vodeno zbiranje podatkov na podlagi teoretičnih vzorcev je potekalo 14 mesecev, dokler nismo zajeli vseh najpomembnejših kategorij. Podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa The Ethnograph (Seidel, 1988) in jih analizirali s pomočjo konstatne primerjalne analize, ki je značilna za v praksi utemeljeno teorijo.

## Pregled ugotovitev

Kot opisuje Irurita (1996a, 1996b), različne ravni ranljivosti povzroči dejstvo, da človek postane (tudi) bolnik. Z njo se človek spopada v procesu, ki mu pravimo *ohranjanje identitete*, ki vključuje bolnikovo dožemanje lastnih obveznosti oziroma vloge, in za različne ravni zdravstvene nege (se pravi za *neustrezno*, *površno*, *ustrezno in prijazno zdravstveno nego*), pa tudi za prisotnost bolnikovega zagovornika. Faze procesa ohranjanja identitete so z bolnikovega stališča povezane *zpredvidljivostjo*, *sodelovanjem v zdravstveni negi* in *dostopnostjo medicinske sestre*. Raven opravljene zdravstvene nege je odvisna od določenih spremljajočih in motečih okoliščin, ki izvirajo iz širšega okolja, organizacije in medosebnih dejavnikov (medicinska sestra in bolnik). Različni rezultati, s perspektive bolnikove ranljivosti, so odvisni od ravni zdravstvene nege.

## Problem bolnikove ranljivosti

Osnovni problem, skupen vsem bolnikom, je ranljivost, se pravi izpostavljenost telesnemu in/ali čustvenemu trpljenju, prizadetosti ali poškodbi. To je povezano s človekovo nezmožnostjo, da bi obdržal nadzor nad svojim življenjem in se zavaroval pred tem, kar ogroža njegovo integriteto. Integriteta pomeni, da ima človek nadzor nad svojim življenjem (položajem); da se zmore zaščititi in ohraniti človeško dostojanstvo; da je individuum; da ni niti telesno niti čustveno prikrajšan, prizadet, okrnjen; in da je v čim boljšem stanju oziroma čim bolj zdrav in neprizadet.

Različne ravni ranljivosti smo opredelili kot: velika ranljivost (visoka ogroženost, nizek nadzor), zmerna ranljivost (zmerna ogroženost, nizek do zmeren nadzor) in majhna ranljivost (nizka ogroženost, visok nadzor). Raven ranljivosti se je spreminjala in je bila odvisna od okoliščin, ki so vplivale na bolnikovo sposobnost obvladovanja položaja, in od dejavnikov, ki so ogrožali njegovo integriteto. Ti specifični dejavniki, ki so vplivali na bolnikovo ranljivost oziroma na njevo spreminjanje, so bili:

- Bolezen, poškodba ali prizadetost (resnost, zvrst, potek) in s njimi povezane intervencije.
- Odvisnost, ki je posledica bolezni, poškodbe ali prizadetosti ali diagnostičnih oziroma terapevtskih intervencij.

- Starost – starejši ljudje so bolj ranljivi, kar je predvsem posledica starostnih procesov.
- Nesorazmerje moči med bolnikom in tistimi, ki zanj skrbijo, zloraba moči.
- Pomanjkljive informacije in priprava.
- Izguba identitete/individualnosti.

Raven ranljivosti je bila pri različnih bolnikih v različnih obdobjih različna, prav tako se je med hospitalizacijo spreminjala pri enem in istem bolniku. Glede na raven ranljivosti so bile za doseganje pozitivnega rezultata z bolnikovega stališča potrebne različne vrste intervencij.

## Proces ohranjanja integritete

Bolniki se z ranljivostjo spopadajo v procesu, ki ga imenujemo ohranjanje integritete. Ohranjanje integritete zmanjšuje bolnikovo ranljivost ter obsega akcije in interakcije za varovanje, ohranjanje in vnovično vzpostavljanje bolnikove integritete. Ohranjanje integritete obsega vlogo bolnika (kako jo doživlja sam), akcije/interakcije medicinskih sester (na katere lahko vpliva le v omejenem obsegu), in vlogo bolnikovih zagovornikov. Bolnikova vloga oziroma njegove obveznosti (z bolnikovega stališča) vključujejo vlogo »dobrega bolnika« (nesebičen, se ne pritožuje, ni zahteven in ne zvoni prepogosto), prizadevanje za čimprejšnje okrevanje in sodelovanje v razvoju odnosa med medicinsko sestro in bolnikom (med bolnikom in medicinsko sestro). Kljub temu, da bolniki menijo, da vse naštetu izboljšuje kvaliteto zdravstvene nege, pa na sam izid lahko le malo vplivajo.

## Ravni zdravstvene nege

Najpomembnejše sredstvo za zmanjševanje ranljivosti je zvrst zdravstvene nege. Bolniki so opisali različne ravni kvalitete zdravstvene nege, in sicer: *neustrezna zdravstvena nega*, *površna zdravstvena nega*, *ustrezna zdravstvena nega* in *prijazna zdravstvena nega*.

**Neustrezna zdravstvena nega** je neustrezna ali napačna zdravstvena nega (in odraža zlorabo moči tistega, ki jo opravlja) in povzroča veliko ranljivost bolnika. Značilnosti neustrezne zdravstvene nege so: grožnje, izsiljevanje; surovo ravnanje; nepotrpežljivost; nezanesljivost; medicinska sestra se za bolnika ne meni – ga ne posluša; nehumanost, bolnika obravnava kot predmet ali kot »kos mesa«.

**Površna zdravstvena nega** je tehnično nekompetentna, pomanjkljiva ali napačna; mehanska, medicinska sestra stori le tisto, kar je najnujnejše; opravlja jo »mimogrede«; brez občutka; medicinski sestri se vedno mudi, vse opravi na hitro, skuša biti »visoko učinkovita« – po vojaško; prehitro sili bolnika k samostojnosti; bolnika obravnava zgolj kot bolnika ali številko, ne kot človeka ali posameznika.

**Ustrezna zdravstvena nega** pomeni tehnično ustrezno, povprečno ali »klinično« zdravstveno nego in zanjo velja, da omogoča prvo stopnjo ohranjanja integritete ter je primerna za bolnike, ki niso zelo ranljivi, neprimerna pa je za zmerno oziroma zelo ranljive bolnike. Bolniki so jo opisali kot »popolnoma ustrezno v tehničnem smislu«, vendar opravljeno »brez občutka« ali sočutja. Zanj je značilna tehnična kompetentnost; informacije so ustrezne in relevantne ter pravočasne; krepi bolnikovo samostojnost, vendar ga k njej ne sili prežgodaj; neravnovesje moči skuša omiliti s krepitvijo obvladovanja položaja s strani bolnika, tako da ga pritegne k odločitvam; je individualizirana, prožna. Zadnji dve značilnosti, ki sicer sodita na to raven, sta v dosti večji meri izraženi v okoliščinah, ki opredeljujejo prijazno zdravstveno nego.

**Prijazna zdravstvena nega** poleg zgoraj naštetega vključuje strategije, ki so osrednjega pomena za visoko kvaliteto zdravstveno nego. Te so: osebna nota – medicinska sestra dela tudi reči, ki jih njena služna neposredno ne zahteva – to so »drobne pozornosti«, potrebne za telesno in čustveno dobro počutje; medicinska sestra je bolniku »na razpolago«, dostopna in zanesljiva, krepi njegov občutek varnosti in gotovosti; kaže empatijo in sočutje (še zlasti do bolnikov, katerih raven ranljivosti je visoka, med katere spadajo tudi starejši). Med akcije in interakcije, ki opredeljujejo prijazno zdravstveno nego in jih le-ta vključuje, spada tudi vloga medicinske sestre kot bolnikove zagovornice in pa ploden odnos med njo in bolnikom.

## Faze ohranjanja integritete

Nadaljnja analiza je razkrila faze tega procesa (Iurita, 1996a, 1996b), ki smo jih razložili, kakor sledi:

### Bolnik ve, kaj lahko pričakuje

To pomeni, da bolnik ve, kaj lahko pričakuje in kaj pričakujejo od njega – se pravi, da je ustrezno poučen o vseh vidikih hospitalizacije in zdravljenja in pripravljen nanje. Drugič, pozna medicinsko sestro (in medicinska sestra pozna bolnika); to pripomore k vzpostavljanju plodnega odnosa med medicinsko sestro in bolnikom in je odvisno od časa, ki je na voljo, od bolnikovega ravnanja in odnosa medicinske sestre do njega. Tretjič, občutek, da je v dobrih rokah, temelji na tehnični kompetentnosti, ki jo opazi bolnik, in na samozavestnem nastopu medicinske sestre. Faza, poimenovana »bolnik ve, kaj lahko pričakuje«, je še zlasti pomembna za bolnikovo obvladovanje dogajanja, pomaga pa tudi odpravljati ogroženost integritete: »...pomaga, če veš, kaj lahko pričakuješ«; »Najpomembnejša je obveščенost«.

### Sodelovanje v zdravstveni negi

Medicinska sestra bolniku dopušča, da sodeluje v zdravstveni negi; poskrbi za to, da se bolnik počuti

varnega, posluša ga in mu pomaga; pomaga mu pri vzpostavljanju samostojnosti, vendar brez prisile; bolnik sodeluje pri odločanju; medicinska sestra upošteva dejstva, da »bolnik pozna svoje lastno telo« in ima določeno vlogo pri zdravstveni negi. Pomembnost učinkovitega bolnikovega zagovornika je bila poudarjena v primerih, ko bolnik ni mogel ali smel aktivno sodelovati. Bolnikovo prizadevanje, da bi sodeloval v zdravstveni negi, vključuje željo, da bi se pozdravil in prispeva h krepitvi odnosa med medicinsko sestro in bolnikom: »...kar sem le mogel, sem naredil sam«; »Treba je poslušati... se učiti«; »Popolnoma sposoben sem, da sam odločam...«; »Človek sam veliko bolje pozna svoje telo kot vse medicinske sestre skupaj... morajo ti prisluhniti.«

### Spodbujanje prisotnosti medicinske sestre

Le-to vključuje dejanja bolnika, s katerimi s prizadeva ga spodbuja in ohranja interakcijo z medicinsko sestro in s tem zvečuje možnosti za kvaliteto zdravstveno nego. V to fazo spada kategorija »dobrega bolnika«, bolnika, ki si prizadeva, da bi ozdravel: »Bolnik ne sme preveč pričakovati...«; »nisem prepogosto zvonil«; »... če si prezahteven, se ti izogibajo«; »Zares sem si prizadeval... vedele so, da se nisem kar vdal v usodo.« Namen vsega tega je vzbujanje naklonjenosti medicinske sestre, zagotavlja takojšen odziv na zvonjenje in preprečuje nestrpno ravnanje. Strategije, namenjene razvoju učinkovitega odnosa med bolnikom in medicinsko sestro, so namenjene tudi vzbujanju pozornosti s strani le-te: medicinska sestra ob postelji takšnega bolnika prebije več časa, pogosteje se vrača, ne beži od njega: »Med medicinsko sestro in bolnikom se odvija igra...«; »... to pomeni, da se večkrat vrne k tebi – deležen si večje pozornosti«.

Prisotnost medicinske sestre je še zlasti za ranljivejši bolnike ključnega pomena za ohranjanje integritete in obsega sàmo prisotnost, osebni odnos, empatijo in sočutje ter dotik, kar so vse lastnosti prijazne zdravstvene nege. Bolniki vsega tega ne morejo izživeti sami, menijo pa, da vse to zelo pozitivno vpliva na ohranjanje integritete. In narobe, kadar te faze ni bilo, so bili rezultati negativni. Prisotnost teh elementov je vidna v izjavah: »Človeški stik je absolutno bistveno pomemben«; »...prišla je in ti stisnila roko, toliko da si vedel, da nisi sam«; »...vzela si je čas... vsaj nekaj minut, da je sedla k meni in sva se pogovorila...«; »...kar sama od sebe se je oglasila...«; in pa:

Medicinske sestre bi morale prihajati precej pogosto, zraven bi morale biti... pomembna je opora, ki jo človek začuti, zavest, da ve, kako se počutiš.

### Ohranjanje integritete

Bolniki so opredelili dejavnike okolja in organizacije ter medosebne dejavnike, ki so bodisi pospeševali ali pa zavirali proces ohranjanja integritete, zmanjševali

nadzor s strani bolnika ali krepili grožnje integriteti (kar krepi tudi ranljivost).

### Okolje

Posledica splošno sprejetega mnenja o starejših in z njimi povezanih pričakovanj so bili negativni stereotipi, ki jih je o starejših bolnikih imelo zdravstveno osebje. To je negativno vplivalo na opravljanje zdravstvene nege in zvečevalo ranljivost starejših bolnikov. Videti je, da visoka starost preprečuje izvajanje visokokvalitetne (prijazne) zdravstvene nege.

... in če imas *sive* lase... (sama mislim, da sem pre zgodaj osivela)... te razvrstijo v dve kategoriji: si *starka* in ker si *starka*, *ne znaš več misliti*. Če kaj vprašaš, je tisto tako in tako neumno. Odgovora tako in tako ne dobiš... *Vse pozornosti so deležni mlajši*, o tem ni dvoma.

Mladi ljudje mislijo, da so *starejši drugorazredni državljani*... mislim, da *vsa družba* tako misli... če jih imaš več kot 45, je s tabo *konec*, *nimaš več možganov*.

Tisti hip, ko prideš v bolnišnico, se jim zazdiš bolj ali manj *pogrešljiv*, v primerjavi z *mlajšim* bolnikom v sosednji sobi...

To torej mislim, ko rečem *siva glava*: če si *bolnik*, *nič ne šteješ*. Oni odločajo, ti samo ubogaš.

Starejši bolnik je opisal, kako je doživljal takšne grožnje integriteti:

Tisto, kar človeka ob pomisli na *starost spravlja v grozo*, je, da bodo nekega dne mlajši odločali namesto njega in *ravnali* z njim, kot da je *brez možganov*, kot da je samo *telo* ali pa *številka*, ki leži tam...

Drugi dejavnik okolja, ki preprečuje prijazno zdravstveno nego, pa je slab ekonomski položaj zdravstvene sistema. Ugotavljamo, da ekonomske restrikcije povzročajo pomanjkanje osebja in posledično pomanjkanje časa, ki je na voljo za zdravstveno nego posameznega bolnika. V nekaterih primerih je tudi eden izmed razlogov za zgodnje odpuščanje bolnikov, se pravi za prezgodnjo, »prisilno samostojnost«.

### Organizacija

Na kvaliteto zdravstvene nege bolnikov vplivajo tudi organizacijski vidiki. Nekateri od teh dejavnikov so povezani tudi z okoljem.

### Vrsta bolnišnice, hrana, svež zrak

Vrsta bolnišnice vzbuja pri bolnikih različna pričakovanja glede zdravstvene nege in tudi dojemajo jo na različne načine; bolniki pričakujejo, da bo zdravstvena nega v manjših, zasebnih bolnišnicah boljša kot v velikih državnih bolnišnicah. Vzrok za to je predvsem veliko število bolnikov v slednjih, zaradi

česar ima zdravstveno osebje za posamezne bolnike manj časa:

Toliko bolnikov *se zamenja*... Imajo veliko ljudi, ki pa ne prestando nekam *hitijo*... kar naprej nekam odhajajo in od nekod prihajajo. To je *intenzivni oddelek*.

Bolniki so kot enega od dejavnikov, ki vplivajo na njihovo počutje, omenjali tudi hrano v bolnišnici. Čeprav nekateri podatki kažejo, da sta bili »postrežba in hrana v redu«, pa je bila večina pripomb o hrani negativnih, recimo:

Hrana je bila *grozna*, res slaba. Kot v *najslabši menzi*... Ko človek okreva po operaciji, bi moral res *kaj dobrega pojesti*... telo je prestalo pretres – to človeka izčrpa... telesu je *treba viliti moči*.

Krivili so ekonomski položaj:

Menda gre za *varčevanje*, ampak kaj ima človek od varčevanja, *če se ga ne da jesti*.

Človek ima že tako in tako *čez glavo dovolj skrbi* brez te grozne hrane, pa še iskati moraš nekoga, da ti prinese kozarec vode.

Drugi vidik organizacije, ki vpliva na počutje bolnika, je dostopnost svežega zraka in klimatizirani prostori:

Težki vonji (smrad), *klimatske naprave* jih ne preženejo.

Naveličala sem se ne prestando gledati v eno in isto steno... Lepo bi bilo, če bi nas sestre kdaj *peljale ven*, da bi videli, *kako je zunaj*... in vsaj za kratek čas prišli na *svež zrak*. Videli, kakšno je *vreme*, kako *zunaj diši*, videli *zelenje*.

### Pomanjkanje osebja

Najpomembnejši dejavnik, ki preprečuje, da bi bila zdravstvena nega prijazna, je poleg velikega števila bolnikov pomanjkanje osebja. To je bil razlog za opuščanje zdravstvene nege in za neustrezno zdravstveno nego, ki so ga navajali bolniki:

... počakati moraš. Saj ne gre za to, da bi bili leni; *prezaposleni so, pod pritiskom*... Potrebovali bi *več osebja*, da ne bi tako *hiteli in te puščali samega*.

Mislim, da imajo *premalo osebja*. Mislim, da so res čisto *pri koncu*... dvakrat se je zgodilo, da mi niti *postlali niso*... To ni nega, ki bi jo človek pričakoval v bolnišnici, pa saj *niso sami krivi za to*. Saj ves dan nekam *hitijo*.

*Več kot toliko ne morejo*.

Tudi pomanjkanje osebja pripisujejo ekonomskemu položaju.

*Malo denarja, malo muzike (se pravi osebja)*.

Čeprav so iskali opravičila za medicinske sestre (in drugo osebje), pa je eden od bolnikov poudaril, da ima človek pravico, da pričakuje ustrezno zdravstveno nego:

... po pravici povedano, *nikogar od osebja ni bilo na spregled*; vendar pa, če specialist pravi, da moraš štirikrat na dan dobiti XYZ, *če je to tvoje zdravljenje*, potem *ga moraš dobiti*. Vem, da je žalostno – gospa, ki je zares slabo izgledala, ga je še bolj potrebovala kot jaz – vendar če potegnemo črto pod vse skupaj – za moje življenje gre, *v bolnišnici sem zato, da me pravilno zdravijo*, tako kot zahteva moj zdravnik.

### Izvajanje zdravstvene nege

Čeprav je šlo pri bolnikih, ki so odgovarjali na vprašalnik, v večini primerov za primarno zdravstveno nego, pri določanju medicinskih sester za posameznega bolnika ni bilo opaziti doslednosti. Samo en bolnik je vedel, kdo je njegova sobna medicinska sestra, in še ta je bil v bolnišnici dolgo časa, celih devet tednov. Neki drug bolnik je menil, da je njegova sobna medicinska sestra fizioterapevtka:

Mislím, da je bila še najbližje temu *fizioterapevtka...* Zdravniki so bili vseskozi isti, vendar sem jih videval največ dvakrat na teden. Fizioterapevtko pa sem proti koncu videval skoraj vsak dan, in to *zmeraj isto* ali pa eno od študentk. Videval sem tudi *iste sestre*, vendar so se pogosto *menjavale*.

Bolniki, ki so bili v bolnišnici dlje časa (dva tedna ali dlje), so ponavadi spoznali pet ali šest medicinskih sester, vendar niso vedeli, katera je odgovorna (sobna medicinska sestra) za koordinacijo njihove zdravstvene nege. To je oviralo razvoj odnosa med bolnikom in medicinsko sestro in izvajanje prijazne zdravstvene nege. Še nekaj je bilo povezano z zgoraj omenjenim in verjetno tudi z organizacijo, in to je bilo preseljevanje bolnikov z oddelka na oddelek ali pa iz sobe v sobo na istem oddelku. Bolniki so menili, da to zvečuje njihovo ranljivost:

Edino, kar sem res težko prenašal, je bilo *preseljevanje...* Mislím, da so me *v petih tednih sedemkrat preselili...* To me je *najbolj motilo*, saj so me vsakič, ko je kdo prišel, *znova preselili...* Z nekom na oddelku se *spoprijateljš*, pa te preselijo in moraš vse začeti znova... *Preseljevanje* je bilo edino, kar je bilo zares *motéče*.

Naši podatki kažejo tudi to, kako pomembno je, da je nočna zdravstvena nega prijazna. Nekateri bolniki so ponoči bolj ranljivi in zaradi tega so posebej omenjali medicinske sestre, ki delajo v nočni izmeni, na primer:

*Nočna izmena* je bila preprosto čudovita. *Nenehno so prihajale* gledat, če je vse v redu, če morda ne moreš

spati – spraševale so, ali morda želim čaj ali kaj drugega – res so bile *odlične*.

Preveriti bi morali, kdo *dežura ponoči*, ker je to zelo *pomembno*. Vem, da so zaposlene in morajo marsikaj opraviti, vendar če *ne moreš spati*, je zelo prijetno, če *kdo pride* in ti ponudi toplo mleko ali kaj podobnega.

### Koordinacija in komunikacija

Koordinacija zdravstvene nege in komunikacija v splošnem pomenu tudi vplivata na kvaliteto zdravstvene nege. Ti vidiki se deloma prekrivajo z načinom določanja medicinskih sester za posamezne bolnike. Prevladoval je vtis, da ni nikogar, ki bi bil »odgovoren« in da je komunikacija med zdravnikom, medicinsko sestro in bolnikom takšne vrste, da pogubno vpliva na izvajanje zdravstvene nege. To so bolniki izrazili na različne načine:

(Potrebne bi bilo) *več komunikacije*, ki *je resno okrnjena*. *Komunikacijske povezave so izredno slabe*. Včasih je bila na vsakem oddelku *nadzorna sestra*. *Zdaj ni nikogar*. *Nobene skrbi, nobene odgovornosti*. *Nobenega predpostavljene*ga ni.

(V Zahodni Avstraliji so v poklicni strukturi ukini-li mesto nadzorne medicinske sestre.)

*Nihče nikomur ničesar ne pove*.

Ker ni nadzorne medicinske sestre, *sesporočila preprosto izgubljajo*.

Neobstoj nadzornih medicinskih sester in slabo komunikacijo so nekateri udeleženci raziskave povezovali:

*Zveze bi morale biti boljše...* *Zveze med medicinskimi sestrami in zdravniki*. To je *komunikacijska prekinitev, slaba komunikacija*. Nekdo bi moral biti *odgovoren za to*, tukaj se *vse neha*.

Predstavljám si, da bi tudi *medicinske sestre boljše delale*, če bi bil nekdo *odgovoren za vse skupaj*.

Pogosto opisujejo probleme, povezane s slabo komunikacijo:

... medicinske sestre ni bilo v sobi, potem pa je prišla nazaj in se nekaj *jezila*, ker je *medtem prišel zdravnik*, *ona pa za to ni vedela...* pa sem ji povedala, kaj je rekel, ona pa je rekla »že, že, vendar ni ničesar napisal«. Ker je ni bilo tam. Precej tega je ... to je *prekinitev komunikacij*.

Pomanjkljiv nadzor nad izvajanjem zdravstvene nege, pomanjkljiva kontinuiteta, vse to bolniki pripisujejo motnjám v komunikacijah:

Presenečena sem bila nad nečím. Bolelo me je uho... in sem to tudi *povedala*. Minila sta dva dneva in *nihče ni ničesar ukrenil*, zato sem rekla, da me uho še vedno

boli. »Niste me spomnili.« Zadostovati bi moralo, če človek enkrat omeni – ni ti treba *omenjati ene in iste stvari dvakrat*... Počakala sem, dokler nisem odšla domov, potem pa sem sama opravila zadevo... človek se res naveliča, *stalno ponavljati eno in isto*... *Zapisali so si, pa ni nič pomagalo*.

Ničesar ne preverjajo – ne prekontrolirajo.

Spet smo pri istem, starem problemu komunikacij.

Kadar je bila komunikacija učinkovita, so bolniki to opazili:

Mislim, da imajo *pred vizito sestanke, kjer se pogovarjajo o bolnikih* – kot na primer takrat, ko je sestra predlagala, da grem za čez dan domov. Rekla je, »Zapisa si bom v vaš popis in povedala zdravniku, ko pride«. *Ko je prišel, je že vedel. Torej mu je že prej povedala*.

### Osebnostne značilnosti

Značilnosti bolnikov, za katere je bilo ugotovljeno, da vplivajo na kvaliteto zdravstvene nege, so bile že omenjene in vključujejo starost bolnika (mlajši bolniki menijo, da so bili deležni boljše zdravstvene nege), njegovo »pridnost«, prizadevanje za ozdravitev in sposobnost, da poskrbijo za razvoj plodnega odnosa med medicinsko sestro in seboj. Značilnosti medicinske sestre, za katere se je izkazalo, da olajšujejo oziroma ovirajo ohranitev identitete (ali izvajanje prijazne zdravstvene nege) so povezane z znanjem medicinske sestre, veščinami, ki jih obvlada, osebnostnimi lastnostmi in drugimi značilnostmi, kot sta na primer zakonski stan in družinsko ozadje.

Bolniki so pogosto omenjali, kako pomembno je, da je medicinska sestra prijetnega značaja, da zna ustvariti »prijazno vzdušje«, na primer:

Pomembno je, da se sestre ne sprehajajo naokrog s *sitnimi obrazi*, da te pozdravijo in podobno. *Medicinske sestre predstavljajo velik del bolnišničnega življenja*. Prav njih človek *najpogosteje videva*.

Zares pomaga, če ima človek okrog sebe *prijazne ljudi*, ki skrbijo zanj... ki ne govorijo s tabo samo zato, ker je to njihova služba.

... Morajo biti *dobrovoljne, prijazne*...

Medicinske sestre, ki do bolnikov kažejo empatijo in sočutje, po njihovem mnenju prispevajo h kvaliteti zdravstvene nege:

... medicinske sestre morajo biti sposobne, da občutijo *sočutje, naklonjenost, empatijo*. Znati morajo opazovati, skratka, *ne sme jim biti vseeno*.

Nekatere so dejansko razumele, *kako se počutim*.

Bolniki so poudarili tudi pozitivne učinke, ki jih ima smisel za humor pri zdravstvenem osebju:

... tu in tam se pošali, kar ti lahko popestri dan, če imaš vsak nekaj smisla za *šalo*.

Medtem ko je za bolnike osebnost medicinske sestre tisto, kar zvišuje kvaliteto zdravstvene nege, pa niso prezrli znanja in izkušenj. Zdi se, da osebnostne poteze in interakcijske sposobnosti pridejo do izraza šele takrat, kadar so povezane z znanjem in izkušnjami:

Mislim da morajo medicinske sestre poleg dejanskih *veščin*, ki so potrebne za opravljanje dela obvladati tudi *medosebne odnose*... to je verjetno najpomembnejše... *Kompetentna medicinska sestra* je tista, ki z *bolnikom* dela kot s *človekom*.

Mislim, da je osebjem *visoko usposobljeno*, raven *sočutja pa zelo niha*.

Neki drug bolnik je to razložil takole:

*Visokokvalitetna zdravstvena nega* je možna, če je osebjem *učinkovito, kos svojemu delu in zadovoljno z njim*.

... znanje in pripravljenost... *prijeten značaj* je najpomembnejši, *prijeten in sočuten – razumevajoč*.

... bila je *zavzeta, zbrana*, popoln občutek *sočutja*... *res prijatna, skrbna*... zelo *samozavestna*... zavedala se je svojih *sposobnosti*... občutek si imel, da si *v dobrih rokah*.

Misli, da so *bolj izurjene* medicinske sestre *boljše*... nekatere medicinske sestre so bile videti *bolj zrele* in so se bolnikom znale *približati na ustrezniji način in z več občutka*.

Dejstvo, da bolniki nimajo prav nobenega vpliva na to, kateri medicinski sestri bodo dodeljeni, še povečuje pomembnost odnosa medicinske sestre do njih:

Z medicinsko sestro se človek *sreča* vsakih nekaj ur v izmeni. Zato je pomembno, da pridejo na delo *dobro volje*, da *pustijo svoje probleme doma*... to ni tako kot v trgovini, ko lahko oddideš, če je prodajalka neprijazna. Si pač *privezan na eno mesto*, zato je pomembno, da *niso tečne*... če naletiš na katero, ki se je pravkar skregala s fantom, je to lahko presneto slabo zate.

Če povzamemo: za učinkovito pomoč pri ohranjanju integritete bolnika morajo biti medicinske sestre dobro pripravljene (podkovane z znanjem in izkušnjami), njihov vrednostni sistem mora biti takšen, da se za bolnike zanimajo in zanje skrbijo kot za posameznike (to se kaže z empatijo in sočutjem), biti morajo prijetelega značaja.

## Dejavniki, ki pozitivno vplivajo na zdravstveno nego

Dejavniki, povezani z zviševanjem kvalitete zdravstvene nege, so tisti, ki so značilni za prijazno zdravstveno nego. Takšna nega zahteva tehnično kompetentnost in vzpostavitev plodnega odnosa med medicinsko sestro in bolnikom. Le-ta zahteva dovolj časa, nepretrgan stik med medicinsko sestro in bolnikom ter osebnostne značilnosti, kot sta sposobnost medicinske sestre za empatijo in izkazovanje sočutja. Bolnik mora biti »dober bolnik« in si mora prizadevati, da bi ozdravel. Pomembnost plodnega odnosa med medicinsko sestro in bolnikom je v tem, da vpliva na prav vse elemente prijazne zdravstvene nege. Kvaliteta zdravstvene nege se še poveča, če medicinska sestra prevzame vlogo bolnikove zagovornice. Podpora družine prav tako pozitivno vpliva na kvaliteto.

Ko je ploden odnos med medicinsko sestro in bolnikom vzpostavljen, so bolniki deležni večje pozornosti, medicinske sestre pa se zanje zanimajo kot za posameznike, ne le kot za bolnike. Tudi to zvišuje kvaliteto zdravstvene nege:

To je bilo očitno iz *zavzetosti*, ki so jo izkazovala dekleta... Le-ta pa je bila tesno povezana z njihovo skrbjo in zanimanjem...

Ugotovila sem, da *pridejo pogledat, kako mi je, tudi kadar jim tega ne bi bilo treba...* in ko sem odhajala, so se vse *prišle poslovit od mene in so mi zaželele vse najboljše...*

Obnašale so se tako, kot da sem *najpomembnejši človek na svetu*; morale so me ohraniti pri življenju, pa naj stane, kar hoče. Preprosto čudovite so bile.

Z vidika bolnika je pomembno, da si medicinska sestra vzame čas, sede k njemu in se z njim pogovori, še zlasti, kadar je (bolnik) prestrašen ali zaskrbljen. Izkazalo pa se je, da to pogosto onemogoča časovna stiska.

... da bi imele *čas* za pogovor in se jim ne bi kar naprej mudilo... lahko bi se pogovorile s tabo... če bi le imele čas za to, pa ga najpogosteje *nimajo*.

Vprašani so navajali tudi razloge, zakaj medicinske sestre ne govorijo z bolniki in zakaj bolniki ne nagovorijo medicinske sestre (in tako oljšajo vzpostavljanje stika med njima). Najpogostejši vzrok, ki so ga navajali bolniki, je prezaposlenost medicinskih sester in stalno menjavanje osebja, kar oboje preprečuje razvoj odnosa med medicinsko sestro in bolnikom: »*Kaj hočemo, vedno se jim tako mudi.*«

Vem, da jim primanjkuje osebja, saj so nekajkrat prišle tudi sestre z drugih oddelkov in povedale, da pri nas *le nadomeščajo*.

Bolniki so predlagali, da bi zaposlili več medicinskih sester, kar bi omogočilo razvoj odnosov med njimi:

Potem bi sestre *imele čas*. Ne bi jim bilo treba nenehno *hiteti* k nekemu drugemu. Potem bi človek imel občutek, da jih lahko nagovori, ne pa tako kot zdaj, ko se ti zdi, da jih *zadržuješ*.

Isti bolnica je tudi povedala, da je iz vedenja medicinskih sester sklepala, da se nimajo časa ustaviti ob bolniku in se z njim pogovoriti, čeprav pravzaprav ni vedela, kako zaposlene so v resnici:

Tudi če imajo čas, pravzaprav ne veš, kakšen je njihov načrt, pa se ti zdi, da bi jih le zadrževal, če bi se *hotel pogovarjati...* in si tiho.

Precej več možnosti za razvoj odnosa med medicinsko sestro in bolnikom je tudi, če je bolnik dodeljen eni sami medicinski sestri. To pa se ne zgodi pogosto, vsaj glede na naše podatke ne, razen kadar je bolnik hospitaliziran dlje časa. V takšnih primerih se bolniki pogosto dobro spoznajo z medicinskimi sestrami. Drugi pa so se pritoževali nad nenehnim menjavanjem osebja:

Kar naprej so jih menjavali – videvala sem iste sestre, le menjavale so se kar naprej.

Glede na neprestano menjavanje osebja se odnos težko razvije:

Toliko *različnih sester* je bilo, to je bil glavni *problem... to me je motilo...* Zdi se mi, da so se vseh 16 dni imena spreminjala... Spomnim pa se treh ali štirih, ki so bile resnično prijazne. Zapomnila sem si jih zato, ker so bile prijazne. In *vračale* so se.

## Kaj znižuje kvaliteto zdravstvene nege

Kot smo opisali zgoraj, naslednji dejavniki preprečujejo razvoj odnosa med medicinsko sestro in bolnikom in torej znižujejo kvaliteto zdravstvene nege: prekratek čas, ki ga medicinska sestra prebije ob bolniku, zaradi tega, ker je bolnikov preprosto preveč, nenehno menjavanje zdravstvenega osebja (se pravi, da je istemu bolniku dodeljeno več medicinskih sester), premeščanje bolnikov z oddelka na oddelek ali iz sobe v sobo na istem oddelku. Največje ovire po mnenju bolnikov pa so:

- starost – negativni stereotipi o starih, ki veljajo v družbi;
- pomanjkanje časa za posameznega bolnika, ki je posledica pomanjkanja osebja in velikega števila bolnikov;
- zdravstveno nego izvaja veliko različnih izvajalcev (za posameznega bolnika skrbi več medicinskih sester);

- medicinske sestre se na zvonjenje bolnikov ne odzovejo pravočasno;
- pomanjkljiva koordinacija izvajanja zdravstvene nege (in organizacija delovanja oddelka na splošno);
- problemi v komunikaciji med zdravnikom, medicinsko sestro in bolnikom.

Osebnosti značilnosti medicinske sestre, kot so znanje, veščine, izkušnje (tudi življenjske), vrednote in značaj so dejavniki, ki bodisi omogočajo ali pa preprečujejo ohranjanje bolnikove integritete.

### Sklep

Boljše poznavanje dejavnikov, ki bodisi zavirajo ali pa omogočajo izvajanje visokokvalitetne zdravstvene nege (s stališča bolnikov) bi moralo bolnišnicam omogočiti, da bi spremenile vsaj nekatere od naštetih okoliščin in izboljšale svoje delovanje. Kar precej od tega, kar je pogoj za prijazno zdravstveno nego, ni niti težko izvedljivo niti drago. Za učinkovito izvedbo teh akcij pa bodo kljub vsemu potrebne nekatere spremembe v izvajanju zdravstvene nege bolnikov, vsaj na nekaterih področjih. To še zlasti velja za probleme, kot so pomanjkljiva koordinacija zdravstvene nege, slaba komunikacija (zdravnik – medicinska sestra – bolnik) in nenehno menjavanje medicinskih sester, ki so dodeljene posameznemu bolniku. Bistveni element za ohranjanje integritete (še zlasti na ravni prijazne zdravstvene nege) je kontinuiteta in konsistentnost tistih, ki jo opravljajo. Drugi moteči dejavniki so preseljevanje bolnikov, pomanjkanje osebja in veliko število bolnikov. Nekaterih izmed teh vidikov bi se lahko ponovno lotili in si prizadevali za večjo kontinuiteto zdravstvene nege – in za to, da bi bila enemu bolniku dodeljena ena medicinska sestra.

Eden od dejavnikov, za katerega je iz dobljenih podatkov povsem jasno, da povečuje občutek ranljivosti pri prav vseh bolnikih, je nepravčasen odziv na bolnikovo zvonjenje. Čeprav so bolniki sami iskali opravičila za takšno ravnanje medicinskih sester, je očitno, da je to eden izmed ključnih dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno nego. Videti je, da dodeljevanje ene medicinske sestre enemu bolniku po svoje preprečuje, da bi bila le-ta bolnikom vedno na voljo. Povsem jasno je, da medicinska sestra, ki se ukvarja z enim od svojih bolnikov, nima časa, da bi se odzvala na zvonjenje drugega, tega pa ne stori tudi nihče drug. Takšna zamuda je lahko kar dolga in predstavlja veliko grožnjo bolnikovi integriteti. Če se zavedamo takšnih napač v zdravstveni negi, jih tudi lažje odpravimo.

Drugi dejavnik, ki je povezan z izvajanjem zdravstvene nege, je povezan z neustrezno zdravstveno nego. Kadar je v vsaki izmeni bolniku dodeljena ena medicinska sestra, je ta tudi odgovorna za kvaliteto zdravstvene nege. Slabe zdravstvene nege druge medicinske sestre, ki se ukvarjajo s svojimi bolniki, niti ne opazijo. Poleg tega pa bolniki nimajo nikogar, na kogar bi se obrnili, če z zdravstveno nego niso zadovoljni. Dodatni vidik tega se nanaša na medicinske sestre, ki so pravkar diplomirale in delajo samostojno, brez mentorstva ali nadzora bolj izkušenih sodelavk. Ta področja bo treba ponovno pregledati in jim posvetiti posebno pozornost, če hočemo izboljšati kvaliteto zdravstvene nege. Koristilo bi, če bi medicinske sestre naučili prepoznavati bolnikovo ranljivost ter uskladiti prijeme ustrezne in prijazne zdravstvene nege glede na potrebe posameznega bolnika. Tako bi lahko, kadar je dela preveč, manj ranljive bolnike pač prikrajšale za nekatere ukrepe prijazne zdravstvene nege in jih pr hranile za tiste, ki so bolj ranljivi.

Poleg sprejemanja ukrepov, ki omogočajo vgraditev procesov, potrebnih za ohranjanje integritete v samo zdravstveno nego, priporočamo, da odgovorni poiščejo načine, kako bi odpravili ali pa omilili dejavnike, za katere je ugotovljeno, da zvečujejo ranljivost bolnikov v bolnišnici. To še zlasti velja za dejavnike, kot so odnos do starejših ljudi, pomanjkljive informacije ali priprave, zloraba pozicije moči s strani tistega, ki izvaja zdravstveno nego (neustrezna zdravstvena nega). Te ugotovitve so pomembne za tiste, ki vzgajajo medicinske sestre, za klinične medicinske sestre, za medicinske sestre – menedžerke, za upravjalce bolnišničnih služb in za raziskovalce.

### Literatura

1. Glaser B. Theoretical sensitivity. Mill Valley, CA: Sociology Press, 1978.
2. Irurita VF. From person to patient: Nursing care from the patient's perspective (Unpublished report). Perth, Western Australia: Department of Nursing Research, Sir Charles Gairdner Hospital, 1993.
3. Irurita VF. Preserving integrity: A theory of nursing. In: Greenwood J ed. Nursing theory in Australia: Development and application. Sydney: Harper Educational, 1996: 203–99.
4. Irurita VF. Hidden dimensions revealed: Progressive grounded theory study of quality care in hospital. Qualitative Health Research. Special Issue: Advances in Grounded Theory 1996; 6: 331–49.
5. Seidel JV. The Ethnograph. Version 3.0 [computer program]. Corvallis, OR: Qualis Research Associates, 1988.
6. Stewart-Amidei C. What is quality care? Journal of Neuroscience Nursing; 1989; 21: 335–5.
7. Strauss A. Qualitative analysis for social scientists. New York: Cambridge University Press, 1987.
8. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park, CA: Sage, 1990.