

POTOVANJE OD KLINIČNE MEDICINSKE SESTRE DO RAZISKOVALKE V ZDRAVSTVENI NEGI*

Prispevek obravnava osebno pot od klinične medicinske sestre do raziskovalke. Ta pot je bila močno prepletena z razvojem zdravstvenonegovalnega raziskovanja v skandinavskih deželah. Avtorica opozori na razvoj odsotnosti zdravstvenonegovalnega raziskovanja in medicinskih sester z akademskimi nazivi v zgodnjih 80. letih do izjemno uspešne akademske profesije zdravstvene nege sedaj. Prispevek tudi pokaže, kako je zdravstvenonegovalna profesija razširila svoj predmet in razumevanje pomembnih raziskovalnih problemov tako, da vključuje tudi znanje, ki nastaja s pomočjo narativne paradigme (kvalitativno raziskovanje) in se ne opira le na deduktivno-logični pristop (kvantitativno raziskovanje) za nadaljnji razvoj razumevanja dejavnosti zdravstvene nege.

Moje ime je Birgit Rasmussen in sem zaposlena kot izredna profesorica na oddelku za zdravstveno nego Medicinske fakultete Univerze Umea na Švedskem ter v samostojnem hospicju v Umei.

Govorila bom o svoji osebni poti od klinične medicinske sestre do raziskovalke v zdravstveni negi. Moja osebna in profesionalna pot je močno prepletena z razvojem profesije zdravstvene nege in raziskovanja na tem področju v Skandinaviji, v zadnjem času zlasti na Švedskem. Ta pot sploh ni bila lahka. Spremljali so jo mnogi dvomi o pomenu zdravstvenonegovalnega raziskovanja – dvomi o tem, ali to raziskovanje res koristi pacientom, njihovim družinam in medicinskim sestram, ki delajo v »realnem svetu prakse«, ali pa je le način za pridobitev ugleda in statusa v naši družbi. Mislim, da je do določene mere oboje, toda danes tudi vem, da imajo vsaj nekateri raziskovalni rezultati možnost, da omogočijo izboljšanje naše skrbi za paciente in njihove družine. Ugotovitve, pridobljene iz mojega lastnega raziskovanja in iz raziskovanja drugih medicinskih sester, so pokazale, da imamo medicinske sestre kot posameznice in kot skupina velikanski vpliv na paciente in njihove družine, to je, naše bivanje in delovanje lahko podpre ali zatre možnosti pacientov in njihovih družin za izboljšanje zdravja.

Ko gledam nazaj in razmišljam o svoji poti, ugotavljam, da je bila moja glavna motivacija ves čas želja, da bi razumela in razvila pojme, koncepte, jezik, s katerim je mogoče opisati in razumeti svet medicinskih sester in zdravstvene nege. Prepričana sem, da brez takega jezika ni mogoče sporočati svetu ali učiti študente, za kaj pri zdravstveni negi sploh gre. In mi moramo razviti tak jezik, kajti dobra zdravstvena nega je velika dragocenost, ko nekdo zboli in postane odvisen od profesionalne skrbi.

Medicinska sestra sem postala na Danskem leta 1974 po triinpolletnem študiju. Takratni program je temeljil na vaje-niškem pristopu k učenju. Poudarek je bil na delu in ne na znanju in razumevanju biti zdravstvene nege. Na primer, učili smo se postopke in pravila posteljne kopeli. Nič pa se nismo učili o tem, kako pacient doživlja posteljno kopel ali o izkušnji boleznih ali o trpljenju, niti nismo razmišljali o pomenu našega lastnega doživljanja skrbi na primer za umirajočega, katerega telo razpada in smrdi. Sprašujem se, ali izo-

braževanje za zdravstveno nego danes po svetu že obravnava te probleme, nisem prepričana. Kulturne in bivanjske dimenzije telesa ter tabuje kot so smrt in spolnost, so na primer šele pred kratkim uvedli v zdravstvenonegovalno izobrazevanje v Umei.

V tistem času sem menila, da je moja izobrazba za zdravstveno nego dobra. Temeljila je na pojmovanju telesa kot stroja, in znanstvena paradigma, iz katere je naš študij izhajal ter jezik, ki smo se ga učili, je bil pretežno biomedicinski, z nekaterimi dodatki iz psihologije in pedagogike. Nič se nismo učili o znanstvenem raziskovanju niti o zdravstvenonegovalnih teorijah, razen opredelitve zdravstvene nege Virginie Henderson, ki seveda ostaja uporabna še danes. Naučila sem se dobro negovati, biti hitra in učinkovita, a ko se danes ozrem nazaj vidim, da sem se naučila delovati kot medicinska sestra, namesto da bi se učila, kaj to sploh zdravstvena nega je. Naučila sem se biti zdravnikova pomočnica in ne samostojna medicinska sestra.

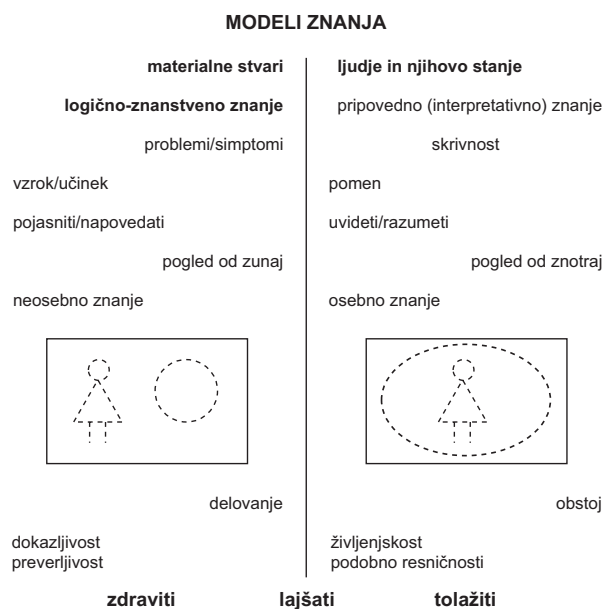
Od leta 1974 do 1986 sem delala kot medicinska sestra, glavna medicinska sestra in učiteljica zdravstvene nege na onkološkem, epidemiološkem in geriatričnem oddelku. Da bi postala učiteljica zdravstvene nege, sem morala študirati še eno leto. V tem času, to je v sedemdesetih in v zgodnjih osemdesetih letih je žensko gibanje v Skandinaviji zaživelo in pridobilo veliko moč, in v tem okviru se je tudi zdravstvena nega kot ženska profesija uveljavljala kot samostojna nasproti zdravniški profesiji kot pretežno moški dejavnosti.

Leta 1980 je bila Astrid Norberg izvoljena in zaposlena kot prva profesorica – raziskovalka zdravstvene nege v Skandinaviji, na Univerzi Umea na severnem Švedskem. Kasneje, v začetku devetdesetih, mi je profesorica Astrid Norberg omogočila raziskovalno delo na svojem oddelku in postala somentorica mojega doktorata, za kar sem ji zelo hvaležna. Zanimivo je, glede na to, kar sem prej rekla, da oddelek oziroma inštitut za raziskovanje zdravstvene nege, ki je leta 1986 formalno postal oddelek Medicinske fakultete ne bi zagledal luči sveta, če ga ne bi podprli nekateri zdravniki, ki so razumeli pomen borbe profesorice Norberg za samostojni raziskovalni inštitut za zdravstveno nego. Mislim, da je danes še vedno, kot je bilo prej, precej natančno mogoče opisati odnos med zdravstveno nego in medicino kot mešanico ljubezni in sovraštva.

Preden nadaljujem opis moje poti, bi vam predstavila sliko, ki bo mogoče olajšala razumevanje mojega razvoja in raziskovalnega dela. Strukturo in glavne elemente slike je razvila profesorica Norberg. Moj prispevek je v povezavi modela s kontekstom (zlasti s kontekstom, kot ga razume kulturni psiholog Jerome Bruner, 1996) in ko pridem do novih razumevanj in znanja, mu dodam nove elemente (graf1).

Po Brunerju (1996, 39) obstajata dva načina, v katerih človeška bitja urejajo in upravljajo znanje o svetu in ki strukturirajo našo neposredno izkušnjo sveta: eden se nanaša na fizične stvari in drugi na ljudi in njihove situacije. Ta dva načina sta poznana kot deduktivno-logično mišljenje in narativno mišljenje. Naše neposredne izkušnje, na primer kaj

* Prispevek na posvetu Medicinske sestre v Sloveniji, 2001. DMS Ljubljana.



Graf 1.

se je zgodilo, ko me je medicinska sestra umila v postelji ali kaj se je dogajalo, ko sem negovala Julijo (pacientko), je uokvirjeno v zgodbo – o svojih izkušnjah pripovedujemo zgodbe, pripovedi. Še bolj pogosto kot drugim, prikazujemo v obliki pripovedi naša življenja samim sebi. To se pravi, da pridobivamo identiteto skozi zgodbe, ki jih pripovedujemo o sebi.

Prvič sem stopila na raziskovalno pot leta 1982, ko sem študirala, da bi postala učiteljica zdravstvene nege na Danskem. V okviru tega študija sem opravila majhno kvalitativno raziskavo o izkušnjah sorodnikov, katerih ljubljena oseba je bila izolirana zaradi nalezljive bolezni. V tem času na Danskem ni bilo nobene medicinske sestre z doktoratom, čeprav jih je nekaj že bilo na poti k temu v Veliki Britaniji in ZDA. Spominjam se svojih težav pri analiziranju pripovedi (intervjujev). Moja mentorica, zelo bistra in spodbudna učiteljica zdravstvene nege, je imela malo raziskovalnih izkušenj in metodološkega znanja, zato sem v glavnem uporabljala svoj zdravi razum in opravila nekaj, za kar danes vem, da je bila analiza vsebine na manifestnem nivoju pripovedi. Spominjam pa se, kako veliko sem se naučila od njih in da sem se spraševala, zakaj se prej kot medicinska sestra nikoli nisem bolj sistematično zanimala za izkušnje pacientov in njihovih sorodnikov. Tako mi je moj mali raziskovalni projekt odprl oči za področje, o katerem prej nisem razmišljala. Spominjam se tudi razprave, ki sem jo imela s kolegi in učitelji o tem ali je bilo to, kar sem naredila, res raziskovanje. Kako naj bi to bilo raziskovanje, če pa ni temeljilo na objektivnih dejstvih, ampak na subjektivnih izkušnjah? Podobne razprave in ugovori iste vrste se nadaljujejo še danes. In če pogledate model, boste videli, da se obe obliki znanja razlikujeta, s tem, da se praviloma logično deduktivna oblika mišljenja enači z raziskovanjem.

Leta 1986 sem se preselila v ZDA, kjer sem delala kot medicinska sestra in hkrati študirala na magistrskem študiju College of Nursing na Univerzi Illinois v Chicagu. Tukaj se mi je odprl popolnoma nov svet na področju zdravstvene nege. Študirala sem zdravstvenonegovalne teorije, negovalne diagnoze, zagotavljanje kakovosti ter kvantitativne in kva-

litativne raziskovalne metode. Spoznala sem mnogo medicinskih sester z magistrskimi in doktorskimi naslovi, ki so zelo dobro obvladale raziskovalno delo na različnih področjih zdravstvene nege, ki so znale razpravljati in razmišljati o zdravstveni negi. Vendar sem šele pri predmetu Kvalitativno raziskovanje prišla v stik z raziskovanjem pripovedne (narativne) oblike vedenja in razmišljanja. Medicinske sestre, ki sem jih spoznala, so vse obvladale kvantitativni znanstveni način razmišljanja in celo kvalitativne raziskave so potekale v okviru te paradigme. Seveda moram omeniti, da so takrat, v poznih osemdesetih, na mnogih fakultetah za zdravstveno nego v ZDA že uporabljali kvalitativne metode, le da jaz nisem prišla v stik z njimi. Članki, ki sem jih napisala v okviru magistrskega študija, so se ukvarjali z negovalnimi diagnozami kot na primer anksioznost, in moja magistrska naloga je obravnavala fenomen akutne zmedenosti pri starejših hospitaliziranih pacientih (Rasmussen and Creason, 1990). Tudi tukaj sem uporabljala deduktivno-logično paradigmo, in jezik, ki sem se ga naučila, je temeljil na tej paradigmi. To je bila v zdravstveni negi takrat vodilna paradigma. Resnično sem se veliko naučila in postajala sem raziskovalka začetnica. Ker je le malo medicinskih sester na Danskem takrat imelo magisterij, je danska zveza medicinskih sester prijazno podprla moj magistrski študij tudi finančno. Na Danskem je šele leta 1991 postalo mogoče vpisati magistrski, leta 1998 pa doktorski študij iz zdravstvene nege.

Ko sem se vrnila nazaj na Dansko leta 1990 sem postala raziskovalna asistentka na Danskem inštitutu za raziskovanje zdravja in zdravstvene nege. Tu sem nadaljevala svoje delo na zdravstvenonegovalnem jeziku s pomočjo preučevanja negovalnih diagnoz v danskem kontekstu. To je bilo povezano z nečim kar se danes imenuje Mednarodna klasifikacija prakse zdravstvene nege (ICNP). Tudi tukaj v Sloveniji preskušate ICNP v patronažni zdravstveni negi in vaš partner iz Evropske unije je Danski inštitut za raziskovanje zdravja in zdravstvene nege. Zelo me zanimajo vaše izkušnje z ICNP.

Za kratek čas sem ostala na Danskem, nato sem se preselila na Norveško, kjer sem z lahkoto dobila delo na Visoki šoli za zdravstveno nego v Trondheimu, kajti leta 1991 je le malo norveških medicinskih sester imelo magisterij iz zdravstvene nege. Ko sem bila pred šestimi tedni, oktobra 2001, spet v Trondheimu, sem ugotovila, da imajo zdaj praktično vsi učitelji magisterij, trije pa že doktorat znanosti. Na Norveškem sem se ukvarjala z razvijanjem študijskega programa zdravstvene nege. Delala sem na programu, organiziranem okoli zdravstvenonegovalnih fenomenov, kot so na primer zaprtje, bolečina, utrujenost, negibnost, trpljenje, tolažba, dostojanstvo in domačnost.

Jeseni leta 1992 sem se preselila na Švedsko in imela srečo, da sem najprej postala raziskovalna asistentka, kasneje pa plačana doktorska studentka na oddelku za zdravstveno nego Medicinske fakultete Univerze Umea. Kot v ZDA, sem spet vstopila v svet zdravstvene nege, ki mi je bil popolnoma tuj. V nasprotju z mojo ameriško izkušnjo, ko sem vstopila v okolje, navdahnjeno z deduktivno-logičnim mišljenjem, sem v Umei vstopila v svet narativne paradigme.

Ko pravim, da sem tako v ZDA kot na Švedskem vstopila v svet zdravstvene nege, ki mi je bil popolnoma tuj to pomeni, da je bil to obakrat svet, v katerem so za govor o zdravstveni negi uporabljali jezik, ki ga nisem razumela. Da bi lahko postala medicinska sestra in raziskovalka, je bilo potrebno naučiti se in obvladati ta jezik in delovati v skladu z

njim. Če torej govorimo o običajnem problemu, kot je utrujenost pri pacientu z rakom, potrebujemo temeljito razumevanje pojma ali fenomena utrujenost v zvezi z rakavimi oboolenji. In potrebujemo jezik in torej razumevanje iz obeh paradigem – načinov mišljenja, deduktivno-logičnega in interpretativnega ali narativnega. Deduktivno-logično znanje, kot so simptomi, vzroki, obravnava in prevalenca utrujenosti je eno od znanj, ki bodo pomagala izbrati negovalne intervencije. Vendar pa so raziskave dokazale, da brez razumevanja in vključevanja pomena na primer utrujenosti, kot jo doživlja pacient, z našo intervencijo verjetno ne bomo uspeli zmanjšati njegovega trpljenja. Če utemeljimo naše intervencije le na znanje pridobljeno iz deduktivno logične paradigme, kot so biomedicinski pristopi, ločimo telo od duha, kar povzroča trpljenje. Pomeni utrujenosti, ki jih doživljajo pacienti z rakom, so tesno povezani s simboliko smrti. Edini način, da zremo o pomenih pacientovih doživljanj, je s pomočjo pacientovih pripovedi, in na teh moramo zasnovati naše intervencije, naše bitje in delovanje.

V Umei sem vstopila v svet pripovedi, v interpretativno paradigmo. Tukaj je bil cilj različnih raziskovalnih študij opisati in osvetliti pomen živih izkušnje fenomenov kot so skrb, nega, ki spodbuja integriteto, skrb za ljudi z demenco, etično težavne situacije, povezanost, tolažba, in domačnost, kot jih doživljajo medicinske sestre, pacienti, njihovi sorodniki in tudi zdravi ljudje. Soočila sem se s tako kompleksnimi pojmi kot svet življenja, živa izkušnja, pomeni, pripovedi, fenomenologija, eksistencializem in hermenevtika in bila sem očarana. Postopoma sem se naučila jezika in raziskovalnih metod, ki so imele smisel za mojo izkušnjo dela v zdravstveni negi in zame osebno. Izpolnile so praznino, za katero sem vedela, da obstaja, o kateri pa prej nisem znala govoriti.

Ko sem pričela s svojim doktorskim študijem, sem imela srečo, da je bil profesor PO Sandman moj glavni mentor in profesorica Astrid Norberg moja somentorica. To je bila zame popolna kombinacija, kajti čeprav sta oba mentorja obvladala tako kvantitativno kot kvalitativno metodologijo je bil profesor Sandman bolj usmerjen na deduktivno-logično paradigmo in profesorica Norberg na narativno. Obe paradigmi sta bili vključeni v mojo doktorsko disertacijo. Splošni cilj moje doktorske študije je bil opisati in osvetliti dejavnost zdravstvene nege v hospicu z vidika medicinskih sester in pacientov. Znotraj deduktivno-logične paradigme smo izvedli dve študiji, ki sta proučevali in primerjali dejavnosti pacientov in medicinskih sester v hospicu in na onkološkem oddelku bolnišnice (Rasmussen and Sandman, 1998, 2000). V narativni paradigmi pa so bile izvedene tri študije, ki so osvetlile pomen zdravstvene nege v hospicu, kot jo doživ-

ljajo medicinske sestre in pacienti (Rasmussen, Norberg and Sandman, 1995, Rasmussen, Sandman and Norberg, 1997, Rasmussen, Jansson and Norberg, 2000). Kombinacija obeh paradigem in rezultati, pridobljeni z njihovo uporabo, so bili bistveni za moje razumevanje zdravstvene nege v hospicu, in lahko bi rekla, zdravstvene nege nasploh. To razumevanje ne bi bilo mogoče, če bi uporabljala le en pristop.

Naj na kratko povzamem moje ugotovitve. Čeprav dobra zdravstvena nega v nekem okolju zajema interakcijo medicinskih sester, pacientov in njihovih družin, je poleg tega še veliko več. Je tudi vzdušje, atmosfera, ki vključuje pogled skozi okna, bližino narave in družine, barve in opremo sob, zvoke, duh tovarštva, gostoljubje, radost, žalost in čudovito hrano in lepo pogrnjene mize. Dobra zdravstvena nega je vzdušje, je atmosfera, zdravje spodbujajoče okolje. Izgleda, da se moramo vrniti k Florence Nightingale, da bi jo lahko v celoti razumeli. Za Florence Nightingale je moč za ozdravljenje v pacientu samem, in umetnost negovanja je v vzpostavitvi okolja, ki bo pacientu omogočilo, da bodo naravne sile ozdravljenja lahko delovale (glej Rasmussen, 1999). Eno od mojih sedanjih raziskovalnih področij je tesno povezano s tem, o čemer sem pravkar govorila. Skupaj s profesorjem Sandmanom kot komentorjem, vodim doktoranta Davida Edvardssona, katerega raziskovanje je usmerjeno k opisu in pojasnitvi okolja skrbi, ki podpira lastne zdraviteljske potencialne pacientov in njihovih družin.

Tako smo torej opravili dolgo pot v zdravstveni negi tako v Skandinaviji kot v svetu, odkar sem začela svojo raziskovalno pot pred dvajsetimi leti. Švedska je bila, in mislim, da je še vedno, tista skandinavska država, ki ima največ medicinskih sester z doktorati. Bila sem osemnajsta medicinska sestra, ki je doktorirala na oddelku za zdravstveno nego Univerze v Umei, in vsem je bila mentorica ali somentorica profesorica Astrid Norberg. Januarja 2002 bo vsega 36 medicinskih sester doktoriralo na tem oddelku. Danes je na Švedskem 16 univerzitetnih profesorjev in profesorice zdravstvene nege in več kot 200 medicinskih sester z doktoratom znanosti.

Želim vam veliko sreče pri vašem raziskovanju, ki ste ga začeli tukaj v Sloveniji. To je težavna in utrudljiva pot, toda dokler vaši raziskovalni rezultati koristijo pacientom, njihovim družinam in medicinskim sestram v praksi, je zelo vredna in pomembna. Na koncu bi rada še omenila »nov« koncept v zdravstveni negi – evidence based nursing (na znanosti zasnovana zdravstvena nega). Pozivam vas, da ne prevzamete le ozke definicije tega koncepta, ki temelji na deduktivno-logični paradigmi in načinu mišljenja, ampak da uporabljate tudi rezultate, ki temeljijo na narativnem, pripovednem mišljenju. Hvala vam.

Birgit H. Rasmussen

Prevod: Majda Pahor