



**Zbornica zdravstvene nege Slovenije
Sekcija medicinskih sester v onkologiji**



**20. IZOBRAŽEVALNI DNEVI IZ ONKOLOGIJE
ZA MEDICINSKE SESTRE**

Z B O R N I K

**ZADOVOLJNA, CELOVITO UREJENA
MEDICINSKA SESTRA
- KAKOVOSTNA ZDRAVSTVENA NEGA**

**Gozd Martuljk - Hotel Špik
15. in 16. maj 1997**

Pokrovitelji prireditve

Onkološki inštitut Ljubljana
Fundacija "Docent dr. J. Cholewa"
NEGA d.o.o. Ljubljana



**Zbornica zdravstvene nege Slovenije
Sekcija medicinskih sester v onkologiji**



**20. IZOBRAŽEVALNI DNEVI IZ ONKOLOGIJE
ZA MEDICINSKE SESTRE**

Z B O R N I K

**ZADOVOLJNA, CELOVITO UREJENA
MEDICINSKA SESTRA
- KAKOVOSTNA ZDRAVSTVENA NEGA**

**Gozd Martuljk - Hotel Špik
15. in 16. maj 1997**

Pokrovitelji prireditve

Onkološki inštitut Ljubljana
Fundacija "Docent dr. J. Cholewa"
NEGA d.o.o. Ljubljana

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.253.5 (063)

IZOBRAŽEVALNI dnevi iz onkologije za medicinske sestre (20 ; 1997 ; Gozd Martuljek)

Zadovoljna, celovito urejena medicinska sestra - kakovostna zdravstvena nega : zbornik / 20. izobraževalni dnevi iz onkologije za medicinske sestre, Gozd Martuljek - Hotel Špik, 15. in 16. maj 1997 ; [uredili Olga Koblar, Jožica Bostič-Pavlovič ; izdala Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije]. – Ljubljana : Fondacija "Docent dr. J. Cholewa", 1997

1. Gl. stv. nasl. 2. Koblar, Olga 3. Bostič-Pavlovič, Jožica. - I.

Pavlovič, Jožica Bostič- glej Bostič-Pavlovič, Jožica
66972928

Uredili:

Olga Koblar, Jožica Bostič-Pavlovič

Izdala:

Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije

Založila:

Fondacija "Docent dr. J. Cholewa"

Lektorica:

Cvetka Šeruga - Prek

Tehnično uredila:

Slavica Hodžič

Naklada:

300 izvodov

Natisnil:

Na podlagi mnenja Ministrstva za kulturo Republike Slovenije št. 415-509/97 z dne 18.4.1997 sodi Zbornik 20. izobraževalnih dnevov iz onkologije za medicinske sestre med proizvode, za katere se plačuje 5-odstotni davek od prometa proizvodov.

VSEBINA

ETIČNA NAČELA MEDICINSKE SESTRE

Vera Grbec

KRITIČNI DOGODKI, STRES IN IZGORELOST

Asja Nina Kovačev

T.I. "IZGOREVANJE" MEDICINSKE SESTRE V PRAKSI

Tatjana Žargi

POMEN SUPERVIZIJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Darja Thaler

VPLIV ONKOLOŠKE ZDRAVSTVENE NEGE NA KAKOVOST BOLNIKOVEGA ŽIVLJENJA

Marina Velepč

VPLIV HUMORJA V ZDRAVSTVENI NEGI

- SMEH NAJBOLJŠE ZDRAVILO

Petra Kersnič

SUPERVIZIJA - PROCES IN METODA POKLICNE REFLEKSIJE

Alenka Kobolt

PRAVNO VARSTVO MEDICINSKE SESTRE

Alenka Šelih

SPONZORJI

20. izobraževalne dneve iz onkologije za medicinske sestre so gmotno podprli:

poleg pokroviteljev

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA
FONDACIJA "DOCENT DR. J. CHOLEWA"
NEGA D.O.O. LJUBLJANA

še

MINISTRSTVO ZA ZDRAVSTVO REPUBLIKE SLOVENIJE
SIMPS'S TRZIN
NOVARTIS PHARMA SERVICES INC., LJUBLJANA
GLAXO WELLCOME EXPORT LTD.
HENKEL-ECOLAB, MARIBOR
HOSPITALIJA, LJUBLJANA
TOSAMA, DOMŽALE

ETIČNA NAČELA V ZDRAVSTVENI NEGI

Vera Grbec

"DA BOM V SLEHERNO HIŠO, KAMOR ME BODO KLICALI, STOPILO SAMO ZARADI KORISTI BOLNIKOV..."

"DA BOM MOLČAL O VSEM, KAR BOM PRI IZVRŠEVANJU PRAKSE VIDEL ALI SLIŠAL..."

"DA BOM VEDO SVOJO VAROVAL VSESKOZI NEOMADEŽEVANO IN POŠTENO..."

Hipokrat

"PREDVSEM NE POČNITE NIČ ŠKODLJIVEGA."

Florence Nightingale

Temeljna načela medicinske etike se od Hipokrata naprej niso bistveno spremenila. S hitrim razvojem znanosti na vseh področjih, še posebej na področju naravoslovja, pa se postavljajo pred medicinsko etiko nove dileme, ki terjajo odgovor na vse zahtevnejša vprašanja. Danes, ko zmoremo zelo veliko, prihaja vse bolj v ospredje moralno vprašanje, ali to smemo.

Osnovno načelo medicinske etike je tudi danes načelo DOBRONAMERNOSTI, delovati v skladu s tem, kar je bolniku v korist. Ob tem je potrebno bolj poudariti tudi zahtevo Florence Nightingale - NE ŠKODOVATI. Nekatere raziskave v svetu kažejo, da je problem iatrogeno povzročene škode bolnikom zaradi različnih napak in nezgod relativno zelo visok.

Leta 1993 smo medicinske sestre in zdravstveni tehniki Slovenije dobili svoj prvi lastni profesionalni kodeks etike, ki je nadomestil prejšnji skupni Kodeks etike zdravstvenih delavcev Jugoslavije iz leta 1963.

V celotni vsebini kodeksa so izražena stališča, prepričanja in vrednote, ki opredeljujejo STROKOVNO FILOZOFIJO zdravstvene nege.

Nanašajo se na:

- splošna načela medicinske etike,
- človekove pravice in
- specifične profesionalne vrednote.

Čeprav med njimi ni ostre ločnice, jih je smiselno predstaviti po časovnem zaporedju predvsem zato, ker so prva nastala najprej in jih poznamo iz Hipokratove prisege. Večina vrednot, povezanih s človekovimi pravicami, je bilo opredeljenih mnogo pozneje, šele v 18. stoletju, ko se je z začetkom renesanse povečala zahteva po enakosti med ljudmi in po vrednosti, ki jo ima vsak posameznik. Specifične profesionalne vrednote zdravstvene nege pa so se izrazile šele pozneje. Povezane so z uveljavljanjem zdravstvene nege kot samostojne strokovne zdravstvene discipline, ki jo je utemeljila Florence Nightingale.

- NAČELO DOBRONAMERNOSTI, bolnikove koristi. Kot smo že v uvodu omenili, je to temeljno načelo in osnova za odločanje. Predstavlja zahtevo, da zdravstveni delavci s svojim delovanjem prispevamo k zdravju, dobremu počutju in zmanjševanju trpljenja bolnikov oziroma varovancev. S tem je skladen koncept "Nursing Advocacy", ki postavlja medicinsko sestro v vlogo zagovornika bolnikovih oziroma varovančevih koristi.

- ZAVEZA MOLČEČNOSTI,
- NAČELO PRAVIČNOSTI IN ENAKOSTI pomeni pravično porazdelitev omejenih virov (kadrovskih, materialnih, prostorskih...) ter preprečevanje vsake diskriminacije ljudi glede na spol, starost, raso, nacionalnost, politično in versko prepričanje, socialni položaj, zdravstveno stanje, izobrazbo itn.

V sklopu človekovih pravic je na področju zdravstva najmočnejše izražena pravica do človekove AVTONOMIJE in človekovega DOSTOJANSTVA.

V zahodni filozofiji pomeni avtonomija osebe največjo vrednost in je temeljni kamen etike in zakonodaje. Iz načela avtonomnosti osebe izhaja:

- pravica bolnika oziroma varovanca, da je o vsem informiran,
- pravica, da sodeluje v procesu odločanja glede zdravljenja in zdravstvene nege,
- pravica, da sprejme končno odločitev na osnovi popolne informiranosti.

Človekovo dostojanstvo je naravna, prirojena pravica. Zato ni odvisno od človekovih pozitivnih ali negativnih telesnih, duševnih ali družbenih značilnosti. "Vsa človeška bitja so rojena svobodna, z dostojanstvom in s pravicami..." (Splošna deklaracija o človekovih pravicah).

Od specifičnih profesionalnih vrednot je treba omeniti predvsem INDIVIDUALIZIRANO ZDRAVSTVENO NEGO, ki jo najlažje in najbolj sistematično uveljavimo z metodo procesa zdravstvene nege in celostno - holistično obravnavo bolnika oziroma varovanca.

V zdravstveni negi je glede na naravo dela posebej občutljivo vprašanje ZASEBNOSTI in INTIMNOSTI. To je pravica posameznika,

da nima stika z drugimi, če tega ne želi. Pri zdravstveni oskrbi bolniki opustijo del svoje zasebnosti. To je sicer nujno, ni pa prav, da jim zdravstveni delavci odvzamemo vso zasebnost. "Načrtovane intervencije se lahko opravijo le ob ustreznem spoštovanju bolnikove zasebnosti in intimnosti. Ob posegu so lahko navzoče le tiste osebe, ki so nujno potrebne, da se poseg opravi, razen če bolnik ne da drugačnega soglasja." (Deklaracija SZO o promociji pravic bolnikov v Evropi, 1994)

Bolniki so zelo ranljivi in njihove pravice se lahko hitro zmanjšajo, še posebej v bolnišnici.

Kako so zaščiteni?

- Z ustrežno zakonodajo,
- s kodeksi etike in deontologije,
- z mednarodnimi kodeksi in določbami (Splošna Deklaracija o človekovih pravicah, Deklaracija SZO o promociji pravic bolnikov v Evropi...)

Veliko lahko pripomorejo tudi različni seminarji, konference in izobraževanje. Najpomembnejši pa so pri tem zdravstveni delavci, ki imajo visoke osebne norme in visoko občutljivost za etična vprašanja v odnosu do bolnika oziroma varovanca.

Literatura:

1. *Badman E. Nursing Ethics in the Life Span. Norwalk: Appleton-Century Crofts, 1985.*
2. *Fry S. Ethics in Nursing Practice. Geneva: International Council of Nurses, 1994.*
3. *Grbec V. Deklaracija SZO o pravicah bolnikov v Evropi. Obzor Zdr N 1995; 29:2-3.*
4. *Grbec V. Etika medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov in današnji čas. Utrip 1994; 11: 8-11.*

5. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1994.
6. Leape L. *Napake v medicini*. *JAMA* 1996; 4: 15-24.
7. Milčinski J. *Medicinska etika in deontologija*. Ljubljana: Univerzum, 1982.
8. Šelih A. *Človekove pravice in kazensko pravo*. *Raziskovalec* 1992; 1-11.

KRITIČNI DOGODKI, STRES IN IZGORELOST

Asja Nina Kovačev

Kritični življenjski dogodki vplivajo na posameznika tako, da načnejo (ali celo porušijo) njegovo psihično ravnovesje. Vplivajo na osebnost v celoti. Njihov vpliv je najbolj opazen na motivacijskem področju. Pri frustraciji gre za oviro na poti do cilja, ki omogoča zadovoljitev določene potrebe, pri konfliktu pa za ambivalentne težnje v odnosu do cilja. Konflikt je že po definiciji povezan s frustracijo, saj se mora posameznik odločiti za eno od dveh (ali več) nezdružljivih dejanj, tako da je lahko zadovoljena le ena potreba. Frustracije in konflikte je mogoče reševati pozitivno (s konstruktivnim reševanjem problema), ali negativno (z agresijo, z begom, s strahom, tesnobo ali z obrambnimi mehanizmi).

Pogosta ali dolgotrajna izpostavljenost obremenitvam pogosto povzroči krizo in stres. Caplan (1963, cit. po Musek, 1988) opredeljuje krizo kot "obdobje neravnovesja, ki jo spremlja psihično in fizično neugodje in katere trajanje je omejeno, v tem času pa močno prizadene sposobnost posamezne osebe, da bi stvari v celoti obvladovala in premagala". Tudi številni drugi avtorji poudarjajo izgubo psihičnega ravnotežja oz. zaplet v gladko potekajočem psihičnem delovanju kot najpomembnejšo značilnost krize. Povzročijo jo lahko zunanji ali notranji dejavniki, prav tako tudi kombinacija obojih in njihovo vzajemno delovanje.

Kriza ni nujno negativna, ampak lahko celo spodbudi nadaljnji razvoj. Erikson (1950) jo predstavlja kot normalen razvojni pojav,

Doc. dr. dr. Asja Nina Kovačev, Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Ljubljana

ki ima univerzalno vrednost. V vsakem razvojnem obdobju se namreč po Eriksonu pojavi kriza, ki nastopi, ker se pojavi neka nova sposobnost. Ta zahteva največjo količino psihične energije. Sposobnosti, ki so se pojavile v prejšnji razvojni fazi, še niso dovolj utrjene, zato se psihično ravnovesje poruši (Hrnjica, 1984). Od posameznikove uspešnosti pri reševanju razvojne krize je odvisno, kakšen bo njegov nadaljnji razvoj, tj. ali bo prišlo do temeljnega zaupanja ali nezaupanja, avtonomije ali sramu in dvoma vase, iniciative ali krivde, samovrednotenja ali manjvrednosti, identitete ali identitetne zmedenosti itn. Kriza je tako predstavljena kot nujen razvojni pojav, kot preporodno dogajanje, saj brez nje nadaljnji razvoj ni mogoč. Tudi v poznejših razvojnih obdobjih, tj. v odraslosti in starosti, ima lahko uspešno soočenje s krizo in njeno pre-magovanje pozitivne posledice, ki omogočijo posameznikovo osebno utrditev in okrepitev njegove sposobnosti za nadaljnje spopadanje s psihičnimi in fizičnimi obremenitvami.

Kriza je po Lindemannu (1977) izjemen pojav, ki nastopi, ko posameznik neke obremenitvene situacije ne more več rešiti z razpoložljivimi obrambnimi mehanizmi. Musek (1988) jo opredeljuje kot pomembno prehodno osebno stanje in reagiranje. Krize deli na pričakovane (razvojne) in nepričakovane, preporodne, katastrofalne ipd.

POJEM STRESA IN NJEGOVO PREUČEVANJE

Pojem stresa izvira iz tehnike, kjer ga opredeljujejo kot vsoto sil, ki delujejo na neki material in povzročajo določene posledice. Najhujši stres je dosežen tedaj, ko je predmet tik pred tem, da se zlomi oz. stre. V mehaniki pomeni "stresa prost" brez napetosti. Izraz je popularen predvsem na anglosaksonskem govornem področju, kjer ga povezujejo z različnimi drugimi negativnimi pojavi (npr. "stress of weather" za označevanje vremenskih

nevšečnosti, "stress of poverty" za označevanje nenadne izgube premoženja in hude revščine) (Lindemann, 1977). Povsem nov (in v današnjem času tudi prevladujoč) pomen je dobil izraz "stres" tedaj, ko ga je Seyle (1950) prenesel še v biologijo. Z njim je želel označiti vsoto vseh nespecifičnih učinkov dejavnikov, ki lahko vplivajo na organizem. Kmalu zatem so ga začeli uporabljati tudi v psihologiji, kjer je v zadnjih štiridesetih letih dosegel izjemno popularnost.

Seyle (1950, 1976) opredeljuje stres kot telesno stanje, ki nastane pod obremenitvijo. Karakterizirajo ga napetost, odpor do obremenitve in (pri dlje trajajoči organizmu ponavljajoči se obremenitvi) celo telesne poškodbe. Dražljaje, ki v organizmu povzročajo stres, tj. sprožijo splošni prilagoditveni sindrom ali pa imajo celo škodljiv učinek na organizem, je imenoval stresorje. Toda učinek istega stresorja na različne ljudi je lahko zelo spremenljiv. Odvisen je od njegovih psihičnih in fizičnih značilnosti (predvsem od osebnostnih lastnosti), pa tudi od preteklih izkušenj in trenutne situacije. V reakcijah na različne stresorje tako obstajajo velike interindividualne in celo intraindividualne razlike. To pomeni, da različni ljudje različno reagirajo na določene kritične dogodke, se jim različno upirajo, jih obvladujejo ali jim podlegajo. Razlike pa se lahko pojavijo celo v reakcijah istega subjekta na isto stresno situacijo (v odvisnosti od trenutnega psihofizičnega stanja, vpliva različnih naključnih dejavnikov ipd.).

Preučevanje stresa in njegovih učinkov na človeka so različni raziskovalci osvetlili iz različnih vidikov. Največ pozornosti so namenili trem področjem:

1. odnosu med travmatskimi doživljaji in psihičnim ali fizičnim obolenjem (Baum, Singer, 1987; Elliott, Eisdorfer, 1982),

2. možni povezavi med stresogenim načinom življenja oz. življenjskim slogom ter nagnjenostjo k določenim obolenjem (Friedman, Rosenman, 1974; Glass, 1977; Matthews, 1982) in
3. obremenilnim delovnim in življenjskim razmeram kot možnim vzrokom različnih obolenj (Cooper, Payne, 1978; Dohrenwend, Dohrenwend, 1974; Gunderson, Rahe, 1974; Kahn, 1981).

Na podlagi začetnih Cannonovih (1929, 1932) in Seylejevih (1950, 1976) raziskav, ki so potekale na živalih, so raziskovalci ugotovili pomen psiholoških dejavnikov v stresnem dogajanju. Posebna pozornost nadaljnjih preučevanj je bila namenjena:

- ugotavljanju preoblikovanja objektivnih dogodkov v subjektivne doživljaje ter
- natančnemu opisu dinamike obvladovanja stresa.

Oba omenjena problema preučuje večina sodobnih psiholoških teorij stresa, pri čemer je najpomembnejši Lazarusov prispevek (Lazarus, 1966, Lazarus, Folkman, 1984).

MODELI STRESA IN NJIHOVA INTERPRETACIJA

Seylejev model stresnega delovanja

Osnovni teoretski model stresa je izdelal že Seyle (1950), vendar je še zelo nedodelan, saj osvetljuje le temeljne vidike stresnega dogajanja in zanemara pomembne podrobnosti, ki jih učinkovito pojasnjujejo drugi avtorji (npr. Holmes in Rahe, 1967; Lazarus, 1966, 1984; Lazarus in Folkman, 1986, 1987). Ti osvetljujejo naravo stresa (tj. razliko med pozitivnim in negativnim stresom) ter interakcije med stresnimi dejavniki in drugimi psihološkimi, osebnostnimi, socialnimi in situacijskimi dejavniki.

Seyle (1950) v svojem modelu stresnega delovanja, (ki ga imenuje "splošni prilagoditveni sindrom"), loči tri stopnje:

1. stopnjo alarma,
2. stopnjo odpora in
3. stopnjo izčrpanosti.

Ad 1) Prva stopnja predstavlja alarmno reakcijo na stresor. Deli se na dve podstopnji: stopnjo šoka in stopnjo protišoka. Značilno za alarmno reakcijo je, da se normalna aktivnost najprej zmanjša ali celo ustavi, kmalu zatem pa se reorganizira in stopnjuje. Poveča se dejavnost simpatikusa, ki pripravi posameznika na akcijo. Sprostijo se tudi energetske zaloge, ki so potrebne zanjo, tj. izboljša se prekrvitev, oskrba s hrano in kisikom ipd.

Ad 2) Na drugi stopnji, to je na stopnji odpora se organizem bori s stresorjem. Če ga premaga ali odstrani, je lahko njegov učinek celo pozitiven. Telesni procesi se normalizirajo, parasimpatikus prevlada nad simpatikusom in organizem obnovi svoje energetske rezerve. Kadar je stopnja odpora neuspešno zaključena, nastopi treja stopnja, tj. stopnja izčrpanosti.

Ad 3) Stopnja izčrpanosti se pojavi tedaj, ko stres deluje naprej kljub maskimalnim naporom organizma, da bi opravil z njim. Njegove energetske zaloge se počasi praznijo, aktivnost peša, kažejo se prva znamenja utrujenosti. Opazen je upad imunskih sposobnosti, motnje v telesnih funkcijah ali celo tkivne okvare (Rakovec-Felser, 1991). V skrajnih primerih lahko nastopi smrt.

Seyle je prepričan, da je količina prilagoditvene energije posameznika določena že ob njegovem rojstvu, kar je v nasprotju z dokazanim dejstvom, da je mogoče sčasoma povečati stopnjo odpornosti proti stresu in zvišati svojo frustracijsko toleranco.

Lazarusov model psihičnega stresa

Lazarusov model psihičnega stresa je bistveno bolj izdelan kot Seylejev in je sploh eden najbolj dovršenih modelov stresa. Avtor ga je prvič predstavil leta 1966 in ga pozneje še večkrat revidiral in izpopolnil (Lazarus, Launier, 1978). V svoji najnovejši verziji (Lazarus, Folkman 1984, 1987) predstavlja stres kot odnosni koncept. Zavrača dve enostranski pojmovanji stresa:

- osredotočanje zgolj na zunanje dražljaje (opredelitev, povezana s stresno situacijo) in
- osredotočanje le na tipični reakcijski vzorec (opredelitev, povezana s stresno reakcijo).

Namesto tega predstavlja stres kot svojevrsten odnos (transakcijo) med osebo in okoljem, ki ga ta oseba oceni kot pomembnega za njeno zadovoljstvo in dobro počutje. To okolje postavlja posamezniku določene zahteve, ki lahko ustrezajo njegovim sposobnostim za obvladovanje situacije, ali pa jih presegajo (Lazarus in Folkman, 1986). Kot posrednika v odnosu med subjektom in okoljem tako delujeta dva temeljna procesa:

- spoznavna ocena ("cognitive appraisal") in
- obvladovanje stresa ("coping").

Koncept kognitivne ocene temelji na prepričanju, da so procesi, ki so povezani s stresom, odvisni od pričakovanj določene osebe glede izida njenega soočanja z okoljem v specifični situaciji (Arnold, 1960). Razumevanje tega koncepta je nujno za pojasnitev intenzitete in trajanja določenih stresogenih dejavnikov na različne ljudi in predvsem medosebnih razlik v načinu emocionalnega reagiranja nanje. Vsaka stresna situacija je namreč predmet subjektovega ocenjevanja in od njegove ocene so odvisne tudi reakcije nanjo.

Spoznavna ocena stresne situacije in dejavnikov, ki so povezani z njo, lahko zavzame tri oblike, ki imajo različne funkcije in temeljijo na različnih informacijskih virih. Najprej pride do osnovne oz. primarne ocene ("primary appraisal"). Ta se nanaša na pomembnost in naravo transakcije med posameznikom in okoljem glede na učinek, ki ga ima na njegovo dobro počutje ("well-being"). Pri tem so mogoče tri temeljne ocene. Dogajanje je lahko:

1. nepomembno za posameznikovo splošno blaginjo oziroma dobro počutje,
2. ugodno ali
3. stresno oz. obremenilno.

V prvih dveh primerih ni potrebno nadaljnje ocenjevanje transakcije med posameznikom in okoljem. V zadnjem primeru pa se mu posameznik intenzivno posveti. Pri obremenilnem dogajanju so namreč spet mogoče tri različice:

- Lahko gre za škodo oz. izgubo ("harm-loss"), ki je že storjena, zato posameznik reagira z negativnim stresom oz. "distresom". Spremljajo ga neugodna čustva.
- Lahko gre za grožnjo ("threat"), ki vključuje anticipacijo morebitne izgube ali škode v prihodnosti. Tudi v tem primeru reagira posameznik z distresom.
- Obremenilna situacija lahko predstavlja tudi izziv ("challenge"), ki dopušča možnost za zmago. Ta ocena se povezuje s pozitivnimi emocijami in povzroča t.i. "eustres".

Na podlagi prve ocene se oblikuje druga, sekundarna ocena situacije ("secondary appraisal"). Ta predstavlja posameznikovo oceno:

1. lastnih rezerv (telesnih, duševnih, socialnih, materialnih) in
2. situacijskih možnosti za uspešno rešitev stresnega dogajanja.

Sekundarna ocena povzroči odločitev za akcijo, ki je namenjena obvladovanju stresa ("coping"). Po opravljeni akciji lahko pride

do vnovične ocene, ki nam pove, ali je bilo spoprijemanje s stresom uspešno. Če je bila izvedena akcija neučinkovita, lahko vnovična ocena spremeni primarno in sekundarno oceno.

Strategije spoprijemanja s stresom so lahko usmerjene na:

1. obvladovanje problema (instrumentalno) in
2. uravnavanje emocij.

V prvem primeru se oseba spopada z neposrednimi okoliščinami, ki predstavljajo škodo, grožnjo ali izziv. V drugem primeru gre za manj učinkovito obrambno reakcijo, ki povečuje samokontrolo in skuša odstraniti škodljive učinke negativnih emocij, vendar ne rešuje problema, ki jih je povzročil.

Cohen in Lazarus (1979) navajata pet temeljnih nalog spoprijemanja s stresom:

- zmanjševanje škodljivih vplivov okolja in izboljšanje možnosti za obnovo energetskih rezerv,
- toleriranje negativnih dogodkov, oz. prilagajanje organizma nanje,
- vzdrževanje pozitivne samopodobe,
- zagotavljanje emocionalnega ravnotežja in
- razvijanje sproščujočih odnosov z drugimi ljudmi.

OSEBNOST IN NAČINI PREMAGOVANJA STRESA

Obvladovanje stresa je močno odvisno od posameznikovih osebnostnih lastnosti. Musek (1988) poudarja, da imajo odločilno vlogo pri spoprijemanju z njimi:

- emocionalna stabilnost - labilnost,
- moč jaza,

- samozaupanje - zaskrbljenost in
- visoka - nizka samokontrola.

Najpomembnejša med njimi je prav gotovo prva dimenzija, saj lahko vse druge izpeljemo iz nje.

Značilnosti dimenzije emocionalna stabilnost - labilnost oz. nevroticizem

Nevroticizem je druga najpomembnejša osebnostna dimenzija, ki jo je Eysenck (1947) odkril s faktorsko analizo rezultatov različnih preizkušenj. Nevroticizem opredeljuje kot voljni, motivacijski in vztrajnostni defekt, nevrotike pa označuje kot duševno in telesno načete ter intelektualno podpovprečne osebe s šibko voljo, s slabo emocionalno kontrolo, s slabo ostrino pri zaznavanju in s težnjo po pretiranem trošenju lastnih potencialov. Nevrotik je sugestibilna oseba brez upornosti. Počasen je v mišljenju in delovanju, nesociabilen in teži k potlačevanju neugodnih dejstev.

Močna izraženost te osebnostne lastnosti oziroma visoka stopnja nevroticizma vključuje neravnotežje avtonomnega oziroma vegetativnega živčnega sistema, zato Eysenck (1947) predpostavlja dedno determiniranost te dimenzije.

Poleg teorije o hereditarni predispoziciji, ki skuša nevroticizem utemeljiti kot rezultat različnih konstitucionalnih in genetskih dejavnikov, razlagajo nevroticizem še teorije o vplivu okolja, ki poudarjajo ključni vpliv faktorjev okolja na razvoj nevrotičnosti. Verjetno sta obe vrsti teorij kljub svoji kompleksnosti še vedno nekoliko preveč enostranski in jima je zato mogoče očitati redukcionizem. Nevrotičnost se namreč pri posamezniku ne more razviti brez določenih dednih dispozicij, vendar so za njen nadaljnji razvoj odločilni tudi dejavniki okolja, ki pogosto določajo manifestno obliko nevrotičnosti v vsakem specifičnem primeru.

Eysenck (1947) navaja naslednje razločevalne oziroma operacionalne značilnosti dimenzije nevroticizma:

1. *Klinični indikatorji nevroticizma*: slaba in šibka osebnostna organizacija, odvisnost, ozki interesi, pomanjkanje energije, pojavljanje abnormnosti še pred nastopom bolezni, abnormnost staršev, slab mišični tonus, izoliranost in odsotnost pripadnosti skupini, nezadovoljive domače razmere.
2. *Rezultati na testih osebnosti*: visoka sugestibilnost, pomanjkanje upornosti, počasen telesni ritem oziroma fizična upočasnjenost, slaba fluentnost, togost, močno izražena perseveracija oziroma nagnjenost k ponavljanju že začete, a neustrezne dejavnosti.
3. *Samoocene*: občutki manjvrednosti, živčnost, avtonomni simptomi, nagnjenost k nesrečam, izogibanje naporom in njihovo slabo prenašanje, nezadovoljstvo, občutljivost, razdražljivost in zamerljivost.
4. *Konstitucionalne značilnosti nevroticizma*: slaba fizična vzdržljivost, neustrezna telesna konstitucija in slab vid v mraku ali poltemi.

Eysenck je posvetil dimenziji nevroticizma mnogo manj pozornosti kot dimenziji ekstraverzije - introverzije, tj. usmerjenosti navzven, v okolje - usmerjenosti navznoter, v lastno notranjost. Vendar jo je poskušal povezati s številnimi objektivnimi simptomi in vedenjskimi vzorci abnormnih, nevrotičnih oseb. Navedel je sedem poddimenzij nevroticizma:

- visoko - nizko samospoštovanje,
- srečnost - nesrečnost,
- anksioznost,
- obsesivnost,
- odvisnost,
- hipohondričnost,
- občutje krivde.

Emocionalno labilne osebe, ki nakazujejo nevrotično simptomatiko, imajo nizko samospoštovanje, zato jih pogosto spremljajo depresivnost, plahost in občutja krivde. So negotove, polne skrbi, slutenj, mnogo tuhtajo in se ne čutijo sprejete v družbo. Redko navezujejo socialne stike, vendar tudi ti niso posebno intenzivni. Pogosto se pri njih pojavljajo nevrotski simptomi (npr. motnje spanja) in psihosomatske motnje. V nasprotju z njimi so samogotove osebe z visokim samospoštovanjem umirjene, trdne in prepričane vase. Zato so tudi bolje opremljene za spopadanje s stresom, saj imajo močan občutek kontrole nad lastnim življenjem. Vse navedene lastnosti bi lahko označili z enotnim izrazom: moč jaza. Osebe z močnim jazom so bolj opremljene za spopadanje s stresnimi situacijami, zato tudi prevladujejo v nekaterih stresnih poklicih. Veliko jih najdemo med letalsko posadko, v vrhunskih športih in med zdravstvenim osebjem. Osebe s šibkim jazom težko obvladujejo stresne dogodke. V to kategorijo umeščamo predvsem različne umetnike, ki jim navadno toleriramo določeno stopnjo ekscentričnosti in nesposobnosti za prilagajanje realnemu življenju, pa tudi nekatere predstavnike pisarniškega kadra in učitelje (Musek, 1988).

Emocionalno labilne osebe so pretežno nesrečne in mučijo jih občutki anksioznosti, tj. tesnobe in bojazni. V nasprotju s strahom, kjer se subjekt zaveda česa se sploh boji. Anksioznost tvori svojevrstno podlago frustracijske neodpornosti in neustreznih (največkrat nevrotskih) reakcij (Musek, 1988), Zato je za čustveno labilne osebe značilna nizka frustracijska toleranca (tj. majhna stopnja frustracije, ki jo oseba prenese). Ta se v različnih situacijah različno izraža. Sovpada z močnejšim in spremenljivejšim reagiranjem avtonomnega živčnega sistema. Navadno jo spremljajo bolj ali manj izražene nevro-vegetativne motnje: glavoboli, potenje, prebavne motnje, ipd. (T. Lamovec, 1980).

Anksioznost se lahko pojavi pod vplivom situacijskih dejavnikov kot prehodno stanje organizma (stanjska anksioznost). Ta se kaže kot povečana napetost, tesnoba in povečana aktivnost avtonomnega živčnega sistema. Stanjska anksioznost je normalen pojav, ki navadno spremlja posameznikovo soočanje s kritičnimi življenjskimi dogodki in mine sočasno z njihovo rešitvijo. Poleg nje poznamo še posplošeno, nadsituacijsko anksioznost, ki se pojavlja pri nekaterih posameznikih kot relativno trajna osebnostna poteza. Ta pomeni relativno stabilno nagnjenost k anksioznim reakcijam (Spielberger, 1966, 1972). Anksioznost večinoma negativno vpliva na spopadanje s stresom, saj povzroča t.i. "samocentriranje", tj. pretirano osredotočanje na lastno osebnost, predvsem na uravnavanje lastnih emocij, samovrednotenje, predvidevanje možne neuspešnosti ipd., s tem pa odvrta pozornost od problema, ki ga je treba rešiti. Ta pojav je opazen predvsem pri osebah, ki se nagibajo k zaskrbljenosti kot eni od komponent anksioznosti. Karakterizira jo pomanjkanje zaupanja v lastne sposobnosti, depresivnost, negotovost, skrbi in slutnje, samo-očitanje, občutki krivde in nizko samospoštovanje.

Vse naštete lastnosti dokazujejo, da sta emocionalna labilnost in pomanjkanje kontrole nad lastnimi emocionalnimi reakcijami slabo orožje za spopadanje s stresom in da pogosto vodita v posameznikov poraz. Kot posledica neučinkovitosti se pojavljajo napetosti, bojazni in depresivne reakcije, pa tudi občutja manjvrednosti. Vse to še povečuje že prisotne obremenitve ter zmanjšuje učinkovitost obrambnih in obvladovalnih strategij. Tako je vzpostavljen začarani krog, ki ga posameznik po določenem času ne zna več prekiniti brez ustrezne strokovne pomoči.

SINDROM IZGORELOSTI KOT POSLEDICA DELOVNEGA STRESA

Po daljši izpostavljenosti delovnemu stresu se lahko pojavi sindrom, ki ga označujemo s pojmom "izgorelost". Uvedla ga je Christina Maslach (1982, cit. po McGee, 1989), ki ga opredeljuje kot "sindrom čustvene izčrpanosti, depersonalizacije in znižane osebne izpolnitve, ki se pojavi pri osebah, ki delajo z ljudmi". Sindrom je tako značilen predvsem za čustveno zahtevne situacije. Te vodijo v kronični stres in postopno izčrpavanje posameznikovih energetskih virov. Subjekt se odziva s tremi komponentami sindroma izgorelosti, ki si sledijo po spodaj predstavljenem zaporedju:

1. čustvena izčrpanost se kaže v občutkih preobremenjenosti, izčrpanosti in izrabljenosti, ki so odziv na pogosta stanja prežirane vzbujenosti.
2. Depersonalizacija se pojavi, ko subjekt zaradi preobremenjenosti razvije cinično in dehumanizirano zaznavanje svojih klientov, namesto simpatije in spoštovanja do soljudi. Doseže lahko različne stopnje intenzivnosti, od blage depersonalizacije in zmanjšane skrbi za kliente do brezosebnosti, brezčutnosti, ki so značilne za izgorelost.
3. Znižana osebna izpolnitev se kaže v občutkih neuspešnosti in nekompetentnosti. Občutki neučinkovitosti zmanjšujejo motivacijo za nadaljnje delo, ki se pojavi vedno, ko povečanje naporov ne vodi do pozitivnega rezultata. Razvijejo se znaki stresa in depresije, prenehajo pa tudi prizadevanja za izboljšanje obstoječe situacije (Jackson, Schwab, Schuler, 1986).

Dunham (1992) poudarja, da je izgorelost stanje, ki ga je težko popraviti. Na začetku namreč oseba pojmuje pritiske kot izzive in njena motivacija za spoprijemanje s stresom se povečuje. Če ji to ne uspe, se najprej pojavijo zgodnji opozorilni znaki (anksioznost,

hiperaktivnost, razburjenost, frustracija, razdražljivost ipd.). Sledijo jim upad sposobnosti za koncentracijo, težave pri odločanju in utrujenost, kasneje pa še psihosomatske motnje. Na koncu se pojavita izčrpanost in izgorelost, ki se kažeta tako na psihičnem kot tudi na fizičnem področju.

Številni avtorji so poskušali odkriti načine uspešnega obvladovanja izgorelosti. Vendar je splošno veljavne programe pomoči sila težko razviti. Prilagojeni morajo biti značilnostim poklica in delovnega mesta. Pri vseh oblikah pa je odločilnega pomena vzpostavitev mreže socialne opore, ki omogoča posamezniku, da se spopade s stresom in se nauči samouravnavanja ter nadzora pojavljanja negativnih in motečih čustev.

Literatura:

1. Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality*. (2 Vol.). New York: Columbia University Press.
2. Baum, A., Singer, J. E. (Izd.) (1987). *Handbook of psychology and health*. (Vol. 5): *Stress*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
3. Cannon, W. B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage*. New York: Appleton.
4. Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
5. Cohen, F., Lazarus, R. S. (1979). *Coping with the stresses of illness*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
6. Cooper, C. L., Payne, R. (Izd.) (1978). *Stress at work*. New York: Wiley.
7. Dohrenwend, B. S., Dohrenwend, B. P. (Izd.) (1974). *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: Wiley.
8. Dunham, J. (1992). *Stress and teaching*. London: Routledge.
9. Elliott, G. R., Eisdorfer, C. (Izd.) (1982). *Stress and human health*. New York: Springer.
10. Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton & Kegan.
11. Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. London: Routledge & Kegan.
12. Friedman, H. S., Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.

13. Glass, D. C. (1977). *Behavior patterns, stress, and coronary disease*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
14. Gunderson, E.K. E., Rahe, R. H. (Izd.) (1974). *Life stress and illness*. Springfield, IL: Thomas.
15. Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967). *The Social Readjustment Scale*. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
16. Hrnjica, S. (1984). *Opšta psihologija sa psihologijom ličnosti*. Beograd: Naučna knjiga.
17. Jackson, S. E., Schwab, R.L, Schuler, R. S. (1986). *Towards an understanding of the burnout phenomenon*. *Journal of Applied Psychology*, 71 (4), 630-640.
18. Kahn, R. L. (1981). *Work and health*. New York: Wiley.
19. Lamovec, T. (1980). *Eksperimentalni priročnik iz psihologije motivacije, emocij, osebnosti in učenja*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
20. Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
21. Lazarus, R. S. (1984). *Puzzles in the study of daily hassles*. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 375-389.
22. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
23. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1986). *Cognitive theories of stress and the issue of circularity*. New York: Plenum.
24. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1987). *Transactional theory and research on emotions and coping*. *European Journal of Personality*, 1, 141-170.
25. Lazarus, R. S., Launier, R. (1978). *Stress-related transactions between person and environment*. New York: Plenum.
26. Lindemann, H. (1977). *Premagani stres*. Ljubljana. Cankarjeva založba.
27. Matthews, K. A. (1982). *Psychological perspectives on the type A behavior pattern*. *Psychological Bulletin*, 91, 293-323.
28. McGee, R. A. (1989). *Burnout and professional decision making: An analogue study*. *Journal of Counseling Psychology*, 36 (3), 345-351.
29. Musek, J. (1988). *Osebnost in kritično življenjsko dogajanje*. *Anthropos* 18 (1-3), 165-182.
30. Rakovec-Felser, Z. (1991). *Človek v stiski, stres in tesnoba*. Maribor: Založba Obzorja.
31. Seyle, H. (1950). *The physiology and pathology of exposure to stress*. Montreal: Acta.
32. Seyle, H. (1976). *The stress of life (revised edition)*. New York: McGraw-Hill.

T. I. "IZGOREVANJE" MEDICINSKE SESTRE V PRAKSI

Tatjana Žargi

Moderna doba nalaga medicinski sestri vse več opravil, hitrejši delovni tempo, nove metode dela, vse večjo odgovornost in vedno globlji in zahtevnejši odnos do bolnika. Obveznosti na delovnem mestu, ki se jim pridružijo še tiste v zasebnem življenju, včasih privedejo do psihofizične izčrpanosti in demotiviranosti, ta pa lahko vodi v krizo.

V svetu se z raziskovanjem t. i. "izgorevanja" zdravstvenih delavcev ukvarjajo šele v zadnjih desetletjih. Med prvimi in najbolj zaslužnimi tovrstnimi raziskovalci je Američanka Cristina Maslach, ki je podala tudi definicijo tega sindroma.

"Izgorevanje" (burn out) je posledica kroničnega stresa tistih oseb, ki delajo z bolnimi in trpečimi ljudmi, pri čemer je potrebna velika mera odgovornosti ter osebne in čustvene angažiranosti.

ZNAKI "IZGOREVANJA"

- * Občutek izpraznjenosti, votlosti, odmaknjenosti od oseb in dogajanja
- * Negativno razpoloženje v odnosih do bolnikov in sodelavcev
- * Izguba interesa in entuziazma
- * Občutek krivde in nekoristnosti, ki vodi v izgubo samospoštovanja na osebni in poklicni področji

Tatjana Žargi, VMS, Onkološki inštitut Ljubljana

POSLEDICE SE KAŽEJO NA:

osebnem področju na fizični, čustveni, duševni in socialni ravni
fizična raven - pomanjkanje energije, stalna utrujenost, slabost, potrtost, nespečnost, bolečine v hrbtenici, slaba koncentracija, apatija...

čustvena raven - negotovost v odločanju, razburljivost, izguba kontrole in smisla za humor, prepirljivost, pasivnost;

duševna raven - osamljenost, občutek notranje praznine, želja po zamenjavi delovnega mesta ali poklica;

socialna raven - nasprotja in napetosti v kolektivu, osamitev, nezainteresiranost za sodelovanje.

V odnosu do bolnika

- poslabšanje osebnih stikov z bolnikom in svojci,
- nezadostna kakovost zdravstvene nege s terapevtskimi posledicami.

Zmanjšujejo ugled zdravstvene nege in ustanove.

Negativno vplivajo na osebno življenje in na odnose v lastni družini.

VZROKI

Vrsta dela

- stalno delo z neozdravljivo bolnimi in umirajočimi,
- stalen stik s človeškim trpljenjem,
- vprašanja bolnikov o diagnozi in prognozi,
- osebna navezanost na posamezne bolnike,
- smrt bolnika in žalovanje,
- prehode delovne obremenitve,
- odgovornost, da ne pride do napak (delo s citostatiki, nova zdravila, močni analgetiki...)

Neustrezna organizacija dela

- turnusno in nočno delo,
- pomanjkanje osebja,
- slabi delovni prostori (svetloba, zračnost),
- slaba razporeditev dela v skupini,
- vedno isto, težko delovno mesto,
- pomanjkanje znanja in poznavanja novih postopkov,
- slabi medsebojni odnosi v ožji skupini, pomanjkljiva komunikacija.

Pomanjkanje strokovnega izpopolnjevanja

PREPREČEVANJE "IZGOREVANJA" je možno na administrativni ravni z ustrežnejšim načinom zaposlovanja in boljšo organizacijo dela ter na osebni ravni.

Organizacija dela

- razmejitev osebnih dolžnosti in odgovornosti, opis dela in nalog,
- razporeditev delovnega časa in prostih dni, ki naj upošteva želje posameznikov,
- menjavanje delovnega mesta znotraj delovne organizacije na željo posameznika,
- načrtovanje kratkih odmorov med delovnim časom,
- izboljšanje delovnih razmer,
- vzpodbujanje delovne skupine k druženju tudi zunaj delovnega mesta (proslave, izleti, večerje),
- takojšnje odpravljanje morebitnih nesporazumov ali celo preprirov z odkritim pogovorom,
- vzpodbujanje in organiziranje strokovnega izpopolnjevanja in motiviranje osebja za zdrav način življenja,
- organizacija skupnih oddelčnih sestankov, na katerih naj bi v sodelovanju s psihologom poiskali psihično podporo delavcem,
- namesto kontrole dela bi si morali prizadevati za kakovostno delo,
- pohvale zaslužnim delavcem.

Osebnostna merila

- vzdrževanje in obnavljanje notranje motivacije, ki je pripomogla k izbiri tovrstnega poklica;
- vzpodbujanje altruističnega egoizma na podlagi samospoštovanja, v smislu pozitivne naravnosti, vedrosti in smisla za humor;
- varovanje zasebnega življenja, ločevanje službene in zasebne plati življenja, različne aktivnosti v prostem času, ki niso v zvezi s poklicem - hobiji, šport, rekreacija, kultura itn.;
- pazljivo poslušanje sebe in drugih, sprejmimo se takšne, kot smo, in ne iščimo vedno krivde drugih;
- ne dovolimo, da mali nesporazumi povzročijo napeto in razburljivo situacijo;
- ločimo med stresom, ki ga povzroča preobilica dela in tistim, ki nastane zaradi pomanjkanja osebne motivacije;
- naučimo se reči ne, kadar nam ob preobremenitvi nalagajo še dodatno delo;
- poiščimo si čas za meditacijo, sprostitvev in počitek, spreminjajmo rutinska opravila s kančkom domiselnosti;
- razmišljajmo o duhovnosti in osebni filozofiji, o poteku, vrednotah in smislu življenja, naši vlogi pri negi hudo bolnih in o neizbežnosti smrti. S pogovori o smrti bomo morda spremenili lastno in tudi bolnikovo mnenje o tem dokončnem dogodku;
- bogatimo svoj notranji svet z zadovoljstvom ob delu.

Nihče ni popoln, zato sprejmimo življenje tako kot je. Stresne situacije in "izgorevanje" naj nam bodo izziv in cilj, ki prinaša možnost izboljšanja in spremembe. Naučimo se opaziti znake, ki napovedujejo hude stresne situacije in jih preprečimo že na samem začetku.

Najboljša, resnično dobra delovna skupina zdravstvenih delavcev ni le skupina, ki je skupaj samo v dobrem, prijetnem vzdušju, ampak skupina, ki zna skupaj doživljati težke in žalostne trenutke, pa tudi

reševati raznovrstne probleme.

V onkološki ZN je žalostnih trenutkov in problemov še posebno veliko, zato je toliko bolj pomembna dobra skupina in nepretrgano delo v smeri supervizije, sodelovanja, dela v skupinah, da se rane, ki nastajajo tudi zaselijo, oz. pozitivno rešijo problemi

Star pregovor pravi, da so ozdravljene brazgotine močnejše od normalne kože, in če že ni mogoče spremeniti smeri vetra, lahko vsaj obrnemo jadra.

Literatura:

1. Glaus A., Senn H.J.: *WHO Cares for the care givers? (Support care cancer 1996-4).*
2. Lucentini M., Pannacci P.: *La sindrome del burn out (Quadernidi cure palliative 1993-3).*
3. Gobba F., Sali D.: *Rischi professionali in Ambito Ospedaliero (1994-195-202).*
4. James V., Field D.: *WHO Has the Power? (European Journal of Cancer Care 1996-5).*
5. Maslach C.: *La sindrome del burn out (Asisi, Citadella 1992).*
6. Astudillo W, Mendinuetta C: *Exhaustion Syndrome in Palliative Care (Support Care cancer 1996-4).*

POMEN SUPERVIZIJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Darja Thaler

Uvod

Za medicinsko sestro oz. njeno poklicno delo so temeljni človeško-strokovni stiki, obenem pa tudi skrb za najrazličnejše potrebe drugih ljudi, ki so tako ali drugače od nje odvisni.

Pri svojem delu se nenehno srečuje z življenjsko pomembnimi situacijami in jih skupaj z varovanci in drugimi sodelavci rešuje. Mnogokrat so le-te nepredvidljive in nenadne. Velikokrat se znajde v hudi stresni situaciji, kjer je zaradi nujnosti takojšnjega ukrepanja pri svoji odločitvi osamljena in prepuščena lastni presoji. Zato "sindrom izgorevanja" in tudi fluktuacija kadrov (beg iz poklica) v zdravstveni negi nista redkost.

Vedno hitrejši tempo dela, zahtevnost in napor, potrebni za kakovostno strokovno delo, so družbo pripeljali do najrazličnejših razmišljanj in s tem do vprašanj v zvezi s potenciali in zmožnostmi človeka samega. Pri iskanju in načinu spodbujanja človekove notranje motivacije so se razvile in se še razvijajo različne metode uspešnega učenja, komuniciranja, vodenja, razmišljanja itn., ki naj bi pozitivno, predvsem pa bolj uspešno in v smeri boljše kakovosti delovale na zunanje dejavnike okolja.

V takem pomenu moramo razumeti tudi vlogo supervizije z vsemi njenimi elementi. V superviziji so namreč predmet dela prav osebna vprašanja, povezana s strokovnim delom. Supervizija predstavlja učno situacijo, ki omogoča osebnostni in profesionalni razvoj.

Darja Thaler, VMS, dipl. org. dela, supervizor, Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Ljubljana

Opredelevanje supervizije

Sama beseda supervizija je latinskega izvora in je sestavljena iz predložne besede "super", kar pomeni "nad", "čez", "prek" in glagola "videre" - "videti", "gledati", zato je v praksi pogosto rabljena v smislu nadzora, kontrole ali strokovnega svetovanja.

Dejanski pomen supervizije je v tem, da je namenjena strokovnjaku (medicinski sestri) kot neposredna pomoč, posredno pa tudi njenim varovancem in sodelavcem, pri opravljanju njenega strokovnega dela.

Supervizija omogoča procese učenja (didaktični pomen) ter s tem pridobivanje, poglobljanje, preverjanje in dopolnjevanje strokovnega znanja (izobraževalni pomen). Namenjena je medicinski sestri v strokovno oporo in podporo, izkazuje razumevanje, obremenitev, odgovornost in odločitev pri izvajanju strokovnega dela, pri postavljanju meja svojega delovanja, iskanju profesionalne distance, preprečevanju stresa, otopelosti, nemotiviranosti in izogrevanju (suportivni pomen).

S tem supervizija omogoča povezavo konkretnega praktičnega dela s teoretičnimi, formalnimi znanji ob hkratnem osebnostno-socialnem učenju.

Gre za t.i. izkustveno učenje s pomočjo refleksije. Izkustveno učenje temelji na naših lastnih doživljanjih samega sebe, drugih ljudi in celotnega sveta - okolja nasploh. Refleksija pa predstavlja učenje ob analizi lastnih izkušenj v smislu samoocenjevanja in ne samokritike.

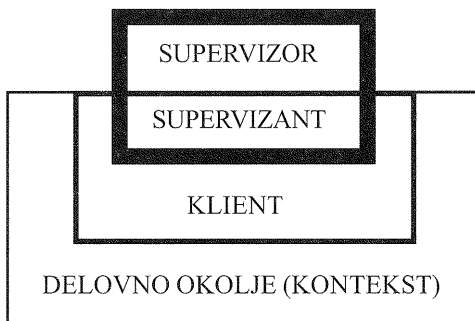
Temeljni elementi v superviziji

Supervizija zajema najmanj štiri elemente, in sicer (slika 1):

- supervizorja
- supervizanta(te)
- supervizantove kliente (varovance, bolnike)
- supervizantovo delovno okolje

Supervizor in supervizant sta v supervizijskem procesu neposredno navzoča, medtem ko klient in delovno okolje predstavljata posredne elemente, saj sta navzoča le prek supervizantove predstavitve. Izjema je le supervizija v živo. Ta poteka neposredno na delovnem mestu supervizanta.

Slika 1: Prikaz temeljnih supervizijskih elementov in njihova medsebojna povezanost



Osnovni pogoji za supervizijo

Pred vsakim začetkom pravega supervizijskega procesa, ki je kontinuiran učni proces, moramo zagotoviti nekatere osnovne pogoje. Ne glede na obliko supervizije (individualna, skupinska ali dualna) izdelamo nekakšen delovni načrt, v katerem s skupnim dogovorom opredelimo:

- . cilje ali namen supervizijskih srečanj
- . povezavo med delom in učenjem (nujno redno strokovno delo in neposreden stik z ljudmi)
- . število in trajanje posameznih srečanj
- . stalen prostor (nemoteno delo)
- . vlogo supervizorja (kakovost in način dela)
- . vlogo supervizanta(ov) (motivacija)
- . varno ozračje (zaupnost, molčečnost)
- . finančno plat itn.

Že pred začetkom supervizijskega procesa naj bi se dogovorili o čim več stvareh, kar omogoča razumevanje vseh sodelujočih in boljšo preglednost.

Supervizijsko srečanje - seansa

Supervizija je sistematičen proces učenja, ki zahteva za vsako srečanje jasno strukturo. Za proces učenja sta odgovorna tako supervizor kot supervizant.

Supervizantova naloga je v tem, da za srečanje pripravi "zgodbo", "dogodek", "lastno izkušnjo" v pisni obliki. Mogoče je tudi, da leto v ustni obliki v celoti poda šele na srečanju, vendar ta način ni tako uspešen, kot če jo na kratko pisno predstavi. Na tej osnovi se izdelata supervizijsko vprašanje, ki ga skupaj z evalvacijo prejšnjega srečanja posreduje supervizorju. Če pa gre za skupinsko obliko

supervizije, pa to posredujemo tudi ostalim supervizantom v skupini. Ti že pred srečanjem pozorno preberejo celotno poročilo in si pripravijo vprašanja, ki jih bodo zastavili na srečanju.

Samo srečanje običajno poteka po naslednjem vrstnem redu:

- . individualna predstavitev lastnega trenutnega počutja (ogrevanje)
- . diskusija o poročilih s prejšnjega srečanja (vplivi in posledice za supervizante)
- . skupni dogovor oz. izbira teme za tokratno srečanje (obravnavana "zgodbe" in supervizijskega vprašanja, povezanega s to vsebino, analiza okoliščin in trenutnih emocij ali vnovična obravnava nedokončanih vsebin iz prejšnjega srečanja)
- . predstavitev izbrane vsebine
- . poglobljeno razmišljanje o srečanju
- . dogovori glede naslednjega srečanja.

Po končanem srečanju mora vsak supervizant narediti evalvacijo s svojega zornega kota, najkasneje do naslednjega srečanja, kjer bo v diskusiji prispeval svoj delež.

O številu, dolžini in pogostnosti srečanj se dogovorijo vsi sodelujoči. Vendar pa obstajajo določena pravila oz. priporočila. Srečanja naj bi si sledila nepretrgoma v razmaku dveh do treh tednov. To je najboljša možnost. Samo srečanje naj bi trajalo tri šolske ure, vseh srečanj pa naj bi bilo od 10 do 15.

Sestava supervizijske skupine naj se praviloma ne bi spreminjala in vsi člani naj bi bili, če je le mogoče, navzoči na vseh srečanjih, ne glede na trenutno potrebo oz. počutje.

Razmišljanje za konec

Čas, ki ga medicinska sestra namenja strokovnemu izobraževanju in izpopolnjevanju zaradi boljše kakovosti dela in večjega zadovoljstva, bi moral v prihodnje v večji meri vsebovati tudi učenje za osebno rast in razvoj.

Le medicinska sestra, ki bo najprej kot posameznik, kot človek srečna, zadovoljna in uspešna, bo lahko kos vsem težkim strokovnim nalogam in poslanstvu, ki si ga je s tem izbrala.

Morda je prav supervizija možnost za uresničitev te želje.

Literatura:

1. *Hawkins P., Shohet R. Supervision in the helping professions. Open university press, 1990.*
2. *Butterwoth T., Faugier J. Clinical supervision and mentorship innursing. Chapman & Hall, 1992.*
3. *Hanekamp H. Intervision. Nijmegen: Hogeschool, 1992.*

VPLIV ONKOLOŠKE ZDRAVSTVENE NEGE NA KAKOVOST BOLNIKOVEGA ŽIVLJENJA

Marina Velepč

V letu 1989 je komisija EONS (European Oncology Nursing Society) pripravila core curriculum za postbazično izobraževanje na področju onkološke zdravstvene nege. Filozofijo onkološke ZN, predstavljene v programu, smo osvojile mnoge medicinske sestre iz različnih evropskih držav. V prispevku izhajam iz nekaterih trditvev filozofije EONS, saj je rdeča nit, ki prepleta posamezne trditve, zagotovilo kakovostne, sodobne zdravstvene nege, katere nepogrešljiva sestavina je prav skrb za kakovost bolnikovega življenja.

Verjamemo, da so oboleli za rakom najprej in predvsem individuumi z osebnimi potrebami, ki imajo pravico živeti kvalitetno in umreti dostojanstveno.

S to trditvijo prevzemamo onkološke medicinske sestre odgovornost za holističen pristop pri obravnavi bolnika in pri zagotavljanju zanj potrebne zdravstvene nege. Obvezujemo se, da bomo spoštovale kodeks etike medicinskih sester in pravice bolnikov. Z uporabo procesa zdravstvene nege, kjer zdravstveno nego načrtujemo, organiziramo, izvajamo in evalviramo, dosegamo ob seveda dobrem poznavanju bolnika, njegovih osebnih potreb in potreb zdravljenja, z uporabo bolniku najprimernejšega modela teorije zdravstvene nege in optimalnimi standardi zdravstvene nege, kakovostni zdravstveni negi in neposredno vplivamo na kakovost njegovega življenja.

Verjamemo, da ima vsak bolnik z rakom pravico do najboljšega možnega načina zdravljenja, nege in pomoči. Znanje in izkušnje,

Marina Velepč, VMS, Onkološki inštitut Ljubljana

kako natančno spoznati bolnikove potrebe iz pogovora z njim, sta najboljša načina za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege.

Medicinska sestra spremlja bolnika ob diagnostičnih postopkih, postavitvi diagnoze, različnih metodah zdravljenja, rehabilitaciji, v napredujočem stadiju bolezni in končno ob smrti.

Žal v svetu vsak bolnik z rakom zaradi različnih načinov zdravstvenega zavarovanja in finančnega stanja ni deležen vsega, kar danes medicina zmore in zna. Pogosto si medicinske sestre ob tem zastavljamo vprašanje, ali je bolniku sploh potrebno ponuditi vse možne načine za ohranjanje njegovega življenja, če s tem negativno vplivamo na kakovost njegovega življenja? Kakovost bolnikovega življenja bi vsekakor morala biti vrednota, glede katere se morata sporazumeti bolnik in zdravnik. Kot bolnikove zagovornice bi medicinske sestre morale zagovarjati bolnikovo stališče in spodbujati izražanje njegovih potreb in zahtev, saj nam poznavanje bolnika ter pristen in pošten odnos z njim in njegovo družino, dajeta to pravico.

In kaj sploh je kakovostno življenje? V literaturi zasledimo mnogo definicij in težko bi se odločili, katera je tista prava. Kakovostno življenje je kompleksen pojem in nanj vplivajo različne ravni človekovega življenja - od fizičnih, psiholoških, socialnih do duševnih. Odvisno je od lastnega zadovoljstva z življenjem, vrednot, ki so v različnih kulturah različne, in obvladovanja stresnih situacij, s katerimi se srečujemo na vsakem koraku. Človeku z rakom se ta pojem bistveno spremeni. Spremeni se tudi njegova lestvica življenjskih vrednot. Marsikaj, za kar si je prizadeval v življenju, postane nepomembno. Strah ga je trpljenja, bolečine in smrti.

Ugotavljanje in lajšanje bolečine sta prednostni nalogi v zdravstveni negi onkološkega bolnika. Neobvladana bolečina jemlje

bolniku dostojanstvo, ga sili v razmišljanje o smrti, slabi pripravljenost svojcev za bivanje z njim in povzroča občutek nemoči, jeze in frustracije tudi za medicinsko sestro. Danes ni več razloga, da bolečine ne bi obvladali. Ne dopustimo, da bolnika boli, opozorimo zdravnika in mu pomagajmo pri iskanju pravilne poti za obvladovanje bolečine.

Dober odnos s svojci je za bolnika zelo pomemben. Medicinska sestra lahko prek dobrega stika z bolnikovimi svojci tudi bolje spozna bolnika. Bolniku in tudi svojcem je potrebno dati priložnost, da spregovorijo o svojih stiskah, ponuditi jim moramo tudi ustrezno čustveno podporo.

Preprečevanje zaskrbljenosti zaradi pomanjkanja informacij je ena osnovnih aktivnosti medicinske sestre, ki bistveno vpliva na kakovost bolnikovega življenja. Z ustreznimi načini verbalne komunikacije zagotavljamo potrebne informacije in mu vlivamo pogum za boj z boleznijo. Marsikdaj je ob umirajočem bolniku največ, kar lahko zanj storimo, le poslušanje brez besed. Ustrezen način komuniciranja z bolnikom je umetnost, vendar je tudi nujno potrebno znanje, ki bi ga medicinske sestre morale obvladati.

Problemi onkoloških bolnikov se razlikujejo glede na stadij bolezni, načine zdravljenja, stranske in toksične učinke ter psihično stanje bolnika. Pri načrtovanju zdravstvene nege se tako srečujemo z celo vrsto negoval-nih diagnoz in naše intervencije so usmerjene v zmanjševanje bolnikovih problemov, cilj pa je doseči boljšo kakovost njegovega življenja. Negovalne diagnoze kot nesprijaznjenje z diagnozo, bolečina, spremenjena telesna podoba, motnje v prehranjevanju, fatigue, spremembe gibanja, spremembe v seksualnem delovanju organizma, spremembe kože, sluznic, nausea in bruhanje, motnje dihanja, govora, smrad, strah pred izolacijo, brezupnost so le nekatere izmed težav, s katerimi se dnevno srečujemo. Identifikacija

problemov, dobro izvedeni postopki zdravstvene nege, medicinsko tehnični posegi in čustvena podpora so odločilni za izboljšanje bolnikovega življenjskega udobja in prava pot za uspešno opravljeno zdravstveno nego.

Bolnika in njegove svojce moramo opogumiti in jih naučiti, kako naj aktivno sodelujejo pri postavljanju in doseganju njihovih lastnih realističnih ciljev.

Verjamemo, da je zdravstvena vzgoja bolnika sestavni del vloge medicinske sestre v odnosih z bolnikom, pri čemer se oziramo na bolnikova življenjska pričakovanja in kakovost njegovega življenja.

Izobraževanje bolnikov je zelo pomemben in nepogrešljiv del negovalnega procesa. Znanje, ki ga dajemo njemu in njegovim najbližjim, ima odločilen vpliv na kakovost bolnikovega življenja. Le obogaten z znanjem bo lahko aktivno sodeloval v procesu zdravljenja, zdravstvene nege, rehabilitacije in samooskrbe. Oskrbimo ga z ustreznim pisnim gradivom, opogumljajmo ga za sodelovanje v skupinah bolnikov, ki so pred njim prehodili trnovo pot bolezni, in bodimo navzoče vselej ko nas potrebuje.

Bolnike z rakom medicinske sestre srečujemo v zdravstvenih domovih, specialističnih onkoloških centrih, na splošnih in kirurških oddelkih za starejše in otroke, v enotah intenzivne nege, domovih za starejše občane in v njihovih lastnih domovih. Kjerkoli delujemo, se moramo zavedati pomembnosti individualizirane zdravstvene nege zanje in za njihove svojce. Vodimo jih varno po neznani poti, ponudimo jim roko, da se bodo lahko oprli na nas, pomagajmo jim najti smisel življenja in stojmo jim ob strani, ko bodo umirali. Pri tem nikdar ne pozabimo, da kakovost bolnikovega življenja ni le to, kar si predstavljamo mi, je predvsem to, kar si predstavlja on sam.

Literatura:

1. *Tiffany, Robert H. Borley, Derryin: Oncology for nurses and health care professionals. Harper & Row Ltd., London, 1989.*
2. *Susan L. Groenwald, Margaret Hansen Frogge, Michelle Goodman, Connie Henke Yarbrow: Issues and resources for the Cancer Nurse. Jones and Bartlett Publishers, Boston, 1992.*
3. *Ruth McCorkle, Marcia Grant: Cancer Nursing. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1994.*
4. *Jane C. Clark, Rose F. McGee: Core curriculum for Oncology Nursing. W. B. Saunders company, Philadelphia, 1992.*
5. *Verena Tschudin: Nursing the patient with cancer. 1988.*
6. *A Core curriculum for a Post-Basic Course in Cancer Nursing. Prepared by the European Oncology Nursing Society. 1989.*
7. *Metka Klevišar: Spremljanje umirajočih, Družina, Ljubljana 1994*

VPLIV HUMORJA V ZDRAVSTVENI NEGI - SMEH NAJBOLJŠE ZDRAVILO

Petra Kersnič

Smeh in humor sta spremljevalca našega vsakdanjika. Strokovnjaki najrazličnejših področij razlagajo pomembnost humorja in smeha v človekovem življenju. Pri tem pa hkrati ugotavljamo, da na tem področju ni dosti raziskanega niti zapisanega. Javnomnenjske raziskave humor najpogosteje enačijo s smehom. V literaturi lahko najdemo kar nekaj strokovnjakov, ki ugotavljajo, da je smeh edino zdravilo, ki ga lahko vsak zaužije v neomejeni količini, ter da nobena količina tega zdravila ni škodljiva. Za smeh velja, da nima stranskih učinkov, če pa jih ima, za človeka niso škodljivi, temveč mu dajejo pozitivno moč in energijo.

Humor najpogosteje označujemo kot sposobnost razumeti smešno stran nekega dogodka. Obenem humor razlagamo tudi kot nezlobno prikazovanje smešnih situacij, dogodkov, človekovih pomanjkljivosti in slabosti v nežaljivi in smešni obliki.

Anton Trstenjak pravi, da je humor izključno človeška posebnost in ga označuje kot duševno stanje. Imeti humor pomeni presegati situacijo in tudi samega sebe. Humor človeka dviga, ga dela žlahtnega in plemenitega - je simbolično dvigalo, ki ne dviga le človeka kot posameznika, temveč potegne za seboj vso družbo.

Ivo Andrič, Nobelov nagrajenec, je nekoč zapisal: "Humor je kakor kruh."

Petra Kersnič, VMS, prof. zdravstvene vzgoje, Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Ljubljana

V razvoju smisla za humor obstajajo velike individualne razlike. Najpogosteje ljudi delimo na tiste, ki humor imajo in tiste, ki ga nimajo. Tisti s smislom za humor so pogosto ne le tisti, ki se hitro zasmejejo, temveč humor tudi proizvajajo. V njih lahko opazimo veliko mero zadovoljstva, sreče in življenjskega optimizma. Tisti, ki jih označujemo kot ljudi brez humorja, redko ali težko razumejo šale, sami pa največkrat niso sposobni ustvarjati humorja. Takšni so nezadovoljni, črnogledi in pogosto tudi nesrečni.

"Dan brez smeha je izgubljen dan"

In koliko se smejejo? V ZDA so v neki raziskavi ugotovili, da se otroci zasmejejo 400 krat na dan, odrasli pa 15 - 20 krat. Francoski psihologi govorijo o podatkih, da so se ljudje v povprečju leta 1939 smejali 19 minut na dan, 1980 leta pa le še 6 minut - torej se ljudje vse manj smejejo oziroma so za smeh vse manj razpoloženi.

Smeh je naraven pojav, ki nastaja v različnih čustvenih stanjih. Največkrat je to posledica zadovoljstva. Smeh koristi človeku. Strokovnjaki pravijo, da je smeh tudi ventil. Sprošča namreč človekove notranje konflikte in ga osvobaja notranjih spopadov in napetosti. Smeh in jok imata zelo podobne naloge - oba človeku pomagata sproščati njegove notranje napetosti. Hkrati trdijo, da pet minut intenzivnega radoživega in sproščenega smeha na dan praviloma zadostuje za sprostitev in pripomore k optimističnemu počutju in dobremu razpoloženju. Kemizem smeha se prične s sproščanjem endorfinov (endogenih kateholaminov, opiatov - tako imenovanih hormovno sreče), ki pripomorejo k vsesplošnemu sproščanju in čustveni potešenosti.

Smeh sodi med najbolj naravne sprostitelje, ki služijo zdravju in vitalnosti, saj vzpodbujajo delovanje imunskega sistema. Pozitivna čustva, mednje štejejo poleg smeha še veselje, občutek sreče,

ljubezni in podobno, učinkujejo dvakrat dlje in močnejše od njihovih negativnih možnosti, kot so jeza, strah, razburjenje, sovraštvo.... Angleži so v eni od študij, kjer so testirali prostovoljce, ugotovili, da egocentrični, introvertirani, asocialni in vedno nezadovoljni ljudje pogosteje obolevajo kot njim nasprotni - zadovoljni, empatični, ekstrovertirani in nasmejani ljudje.

Ameriški psiholog dr. Arthur Stone je zapisal, da eno samo pristno veselo, radostno doživetje spodbuja pri človeku 48 ur učinkovanja imunskega sistema, medtem ko pojav negativnega čustva, bolečine oziroma neprijetne izkušnje zavre in ohromi moč telesne obrambe za celih 24 ur.

Nekaj najpogostejših odgovorov na vprašanja, zakaj je smeh zdrav?

1. Smeh je precizna mišična vaja, ki jo lahko imenujemo tudi jogging na mestu.
2. Smeh sprošča hormone v žlezah z notranjim izločanjem.
3. Smeh vpliva na izločanje katecholamina (adrenalin, noradrenalin, dopamini), ki delujejo kot nevrottransmiterji.
4. Smeh vpliva na duševne reakcije in na hitrost reagiranja.
5. Ko se človek smeji, krči in napetosti popustijo, pospeši se dihanje, delovanje srca in presnova zaradi poživljenega krvnega obtoka.
6. Koža in podkožje sta bolj prekrvavljena, koža postane sijoča, gladka in napeta.
7. Človek z nasmehom postane nekako lepši, privlačnejši.
8. Dokazano je, da se optimističnim ljudem hitreje celijo rane, zdravijo akutna obolenja in kronični potek bolezni poteka umirjeno in z manj recidivi in zapleti.
9. Vedro razpoloženje, ki ga izzove smeh, omogoča človeku učinkovitejše, bolj prilagojene in optimalno naravnane psihofizične in telesne dejavnosti.

10. Smeh vzpodbuja človekovo telesno in duševno zdravje ter krepi njegovo socialno blaginjo.

Za smeh trdijo, da pomeni neke vrste poroštvo potrebne duševne higijene in psihične uravnoteženosti. Za tiste, ki znajo smeh doživeti, ki znajo izraziti svoja čustva, pravijo in tudi dokazujejo, da so običajno bolj čvrstega značaja. Redko ali nikoli ne zapadejo v čustvene in psihične krize. Robert Holden pravi, da je smeh zdravilo, ki učinkuje na otipljivo fizično plat in finejšo čustveno, miselno in duhovno plat človekove biti. Pravi, da sodobne medicinske raziskave o radosti, veselju in smehu potrjujejo zamisel o celostnem modelu zdravljenja, ki kaže, da človekov občutek sreče in celosti podpira in vzpodbuja zdravje.

Delo medicinskih sester ima močan vpliv na zdravje in kakovost življenja ljudi. Izhajala bom iz dejstva, da je medicinska sestra med vsemi poklici v zdravstvu najpogosteje tista, ki prva sprejme človeka, ki pride na svet in je ob njem zadnja, ko konča svojo življenjsko pot.

Medicinske sestre smo opredelile svoje delo z definicijo, ki pravi, da medicinska sestra pomaga bolnemu ali zdravemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi in vrnitvi zdravja ali mirni smrti in ki bi jih le-ta lahko opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje.

Povezanost humorja, smeha in našega dela v zdravstveni negi izhaja iz temeljnega izhodišča obravnave varovancev, ki postavlja v središče pozornosti človeka z vsem njegovim bistvom in njegovo enkratnostjo. Holističen pristop je torej pravilo, v skladu s katerim ravnamo medicinske sestre pri svojem delu.

Univerzalno pravilo 5P lahko v povezavi s humorjem prevedemo tudi v pravilo **5H**:

- **pravi humor**
- **humor na pravi način**
- **humor v pravi količini**
- **humor pravemu varovancu**
- **humor ob pravem času**

Uresničevanje tega pravila zahteva od medicinske sestre poleg naravne pozitivne naravnosti do življenja tudi veliko strokovnega znanja iz najrazličnejših področij. Znanje, s katerim bo medicinska sestra v svoje delo uspešno vključevala humor in smeh, je najpogosteje povezano s področjem osebnosti in komunikacije. Pravilen in ustrezen izbor poti do človeka ter sprejemanje človeka z vsemi njegovimi lastnostmi, torej z odlikami in s slabostmi, so pogoj za učinkovito delo v zdravstveni negi.

S svojim strokovnim znanjem bo medicinska sestra lahko ocenila varovančevo stanje, analizirala njegove osebnostne poteze ter potrebe, ki izhajajo iz njegovega trenutnega zdravstvenega stanja. Tem ugotovitvam bo prilagodila svoj komunikacijski pristop, s katerim bodo vzpostavljeni odnosi med njo in varovancem ter tudi z vsemi tistimi, ki sodelujejo pri obravnavi varovanca.

Zavedati se moramo, da so človeški odnosi največkrat neizmerljiva kategorija. V vsakdanjem življenju, še posebej pa med delom, ki ga opravljamo medicinske sestre, se ti odnosi izkazujejo kot: prijaznost, ljubeznivost, čustvena in srčna toplina, spoštovanje, iskrenost, realnost, sočustvovanje, zabavnost, ustrežljivost, nasmejanost, dobronamernost, poslušnost, humornost in še bi našli izraze, ki jih naši varovanci v vsakodnevni praksi uporabljajo, ko ocenjujejo naše delo.

Beseda je izrazna moč in sila, s katero tudi lahko dosežemo komunikacijo. Pri tem moramo tudi upoštevati naslednje podatke, ki jih je objavila Univerza iz Pensilvanije in ki pravijo, da ljudje komunicirajo na tri neodvisne načine:

- 7 % z besedami
- 38 % z višino in barvo glasu
- 55 % s fiziologijo oziroma z neverbalno komunikacijo - pogled, drža, dihanje....

Izobraževanje za uspešno in etično komunikacijo je pogoj, da lahko medicinske sestre pri svojem delu uporabljajo humor in da pri varovancih izzovejo smeh. Varovanci in bolniki pogosteje ocenjujejo našo odzivnost prek naše komunikacije kakor prek strokovne intervencije. Pomembno je, da se tega zavedamo in našim besedam, telesu in izrazu obraza dodajamo humorno prvino v takšni količini, da bo, po Andriču, učinkovala kot kruh za varovance in za nas.

Dr. Cristian Barnard, srčni kirurg, je na vprašanje, kako se zoperstaviti srčnemu infarktu, ki je danes ena najpogostejših bolezni, rekel: "Najboljše sredstvo je smeh - enkrat dnevno smejanje od srca infarkt najuspešneje prepreči."

Na Standfordski univerzi so potrdili, da srcu najbolj koristi, če se človek stokrat na dan zasmee - to aktivnost so izenačili s polurnim veslanjem ali igranjem tenisa. Aktivnost, kakršna je smeh, je torej najcenejša in najlažja telovadba oziroma je primerna za vsakogar izmed nas.

Kaj ste zase in za druge storili danes vi?

"Na svetu bo lepo takrat, ko bodo ljudem tekle solze samo , ko se bodo smejali."

Ljudski pregovor

Literatura:

1. *Medved D. Multisatira. Celje, Perfekta, 1995.*
2. *Pavlekovič G. Humor in zdravje, Alpe Jadran, Dobrna 1996.*
3. *Mazi N. Smeh in zdravje, Alpe Jadran, Dobrna 1996.*
4. *Kersnič P. Zdravstvena nega, besede in kanček humorja, Alpe Jadran, Dobrna 1996.*
5. *Štebe V. Razumevanje sporočil, Alpe Jadran, Dobrna 1996.*

SUPERVIZIJA - PROCES IN METODA POKLICNE REFLEKSIJE

Alenka Kobolt

Uvodne misli

Kot pri vseh drugih poklicih velja tudi za delo medicinske sestre, da sta poklicna pristojnost in identiteta povezani tako s kognitivnimi kot z osebnostnimi elementi. Poleg strokovnega znanja, ki doživlja nenehen razvoj z novimi spoznanji in s spreminjanjem medicinske stroke v najširšem pomenu besede, je pri delu medicinske sestre pomemben tudi njen osebnostni prispevek. S tem razumem njeno v obe smeri potekajoče sodelovanje oziroma odnos z ostalimi strokovnimi delavci, prav tako pa tudi njen odnos do klientov - pacientov. Predvsem pri poklicnih odnosih prihaja v poštev supervizijska metoda, saj nam omogoča postanek, razmislek, samospraševanje in novo učenje o opravljanju poklica.

Večkrat sem v različnih člankih ob predstavljanju supervizije zapisla, da je "delo z ljudmi" tisto področje, kjer si ne moremo pridobiti dokončne poklicne pristojnosti in dokončnega znanja, saj so razmere, v katerih uporabljamo strokovno znanje večdimenzionalne, mnogopomenske in spreminjajoče se. Tudi ob povečani občutljivosti za sindrom izgorelosti, se je supervizija izkazala kot eno izmed sredstev, s katerimi lahko nekatere prvine, ki do tega pojava vodijo, pravočasno ovrednotimo in delno zmanjšamo. To nalogo pripisujejo zlasti podporni usmerjenosti supervizije, ki omogoča, da posameznik izrazi svoja doživljanja, se jih ove, jih v supervizijskem procesu ubesedi ter nato išče drugačne možnosti pri poklicnem ravnanju.

Doc. dr. Alenka Kobolt, dipl. psih. Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta

V prispevku predstavljam nekatere vidike razvoja supervizije kot refleksije o poklicnem delovanju pri tistih poklicih, kjer je delo z ljudmi temeljna prвина. Takšno je tudi delo medicinske sestre. V nadaljevanju razčlenjujem značilnosti supervizijske metode in različno usmerjenost supervizijskega procesa glede na potrebe udeležencev. V tem delu posvečam posebno pozornost superviziji kot metodi spremljanja, učenja ter reševanja problemov v delovanju strokovne skupine.

Ne glede na morebitno neposrečenost izraza supervizija, ki ga nismo slovenili in nosi s seboj obremenjenost, kakor da gre za metodo dodatnega strokovnega nadzora, menim, da se je izraz pri nas že toliko usidral, da bi ga težko prevajali. Morda ne bo odveč določena previdnost pri njegovi uporabi in pojasnilo, kaj termin danes v strokovni literaturi pomeni.

Kratka predstavitev razvojnih usmeritev supervizije

Razvoj supervizije bi lahko v grobem razdelili v štiri postopno si sledeče razvojne faze, ki hkrati pomenijo njeno spreminjanje, dopolnjevanje in širjenje na nova področja (primerjaj Wieringa, 1997).

Supervizija se je ob koncu prejšnjega stoletja, zlasti v ZDA, razvila iz potrebe po širjenju strokovnega znanja na področju socialnega dela. Takrat je bil v ospredju predvsem didaktični vidik, torej prenos znanja in podpora pri pridobivanju poklicne kompetence. Danes, ko je supervizija postala spremljevalka mnogih "pokliccev pomoči", je ta usmerjenost le ena izmed mnogih.

S področja socialnega dela se je metoda preselila na področje psihoterapije, kjer je doživela pravi razcvet. Temu obdobju mnogi avtorji pravijo faza "psihologizacije" supervizije. Vsaka psiho-

terapevtska šola je v svoje izobraževanje vgradila tudi supervizijo kot posebno didaktično in samorefleksivno metodo priprave na opravljanje in spremljanje psihoterapevtskega dela. Poleg didaktične usmerjenosti je supervizija s tem pridobila specifičnosti posameznih metod, poudarek na samoanalizi ter podpori za nadaljno strokovno rast. Ta razvoj je trajal od šestdesetih let tega stoletja, tedaj pa se je supervizija začela širiti v nove kontekste in pridobivati vedno več sociološkega razumevanja.

To zaznamuje tretjo fazo v razvoju supervizije, ki jo nekateri imenujejo "sociologizacija" supervizije (Wieringa, 1979). V ospredje pozornosti supervizije prihajajo delovne skupine -timi, njihova dinamika in podpora pri razvoju in usklajevanju delovnih nalog.

O četrti razvojni stopnji supervizije lahko govorimo kot o fazi diferenciacije, pluralizacije in specializacije. Gre za proces, ki traja od sedemdesetih let do danes, ko posamezna področja prilagajajo osnovna načela supervizijske metode svojim specifičnim potrebam. Zaradi tega smo danes priče raznolikosti v poudarkih in usmerjenosti supervizije. Lahko bi rekli, da je skrajna oblika diferenciacije v tem, da supervizijsko metodo lahko prilagajamo potrebam udeležencev ter na tej osnovi gradimo dodatne prvine supervizijskega procesa.

Temeljne prvine supervizijskega procesa

Kljub diferenciaciji ostajajo nekatere prvine skupne. Prav te temeljno opredeljujejo supervizijo kot metodo poklicne refleksije. Menim, da so te prvine naslednje:

- supervizija je proces, kar pomeni, da mora biti dogovorjena kot serija srečanj, katerih vsebina je obravnava različnih

poklicnih izkušenj, predvsem takšnih, ki posameznikom v supervizijski skupini predstavljajo problem;

- pravila tega procesa morajo biti vnaprej dogovorjena, utemeljena in usklajena s potrebami in pričakovanji udeležencev. Od tega je odvisna usmerjenost supervizijskega procesa. Ali bo usmerjenost didaktična (nova znanja), podporna (supportivna) oziroma bo usmerjena predvsem v analizo delovnega okolja, (organizacijska usmerjenost), (primerjaj Hawkins in Shohet, 1990, str. 43), je odvisno od zgoraj omenjenih potreb, pričakovanj in na tem temelječem dogovoru vseh udeležencev;
- razlike glede usmerjenosti supervizijskega procesa delno določajo tudi uporabo metod, tehnik in vodenja supervizijskega procesa;
- od vseh doslej opredeljenih elementov je odvisna tudi sestava supervizijske skupine, tip dela in tudi izbira supervizorja (notranji supervizor - zunanji supervizor);
- ne glede na razlike, je supervizija proces "izkustvenega učenja" in iskanja novih odgovorov na vprašanja, ki si jih strokovni delavci ob opravljanju svojega dela zastavljajo. To pomeni, da je njihova motivacija za tovrstno učenje temeljni pogoj za uspešnost supervizijskega procesa.

Supervizija kot proces izkustvenega učenja

Supervizija je vsekakor učni proces, vendar ne takšen, ki bi ga supervizor nadzoroval, popolnoma usmerjal in določal. Je učni proces, ki temelji na postopni analizi posameznih supervizantovih izkušenj iz delovne situacije. Če želimo biti v tem procesu uspešni, se moramo spomniti na temeljna načela izkustvenega učenja, ki jih navajata Walter in Marks (po S. Žorga 1994 in B. Marentič 1987):

- Učimo se le, kadar se res želimo učiti. To pomeni, da supervizijski proces ne sme biti vsiljen. Vanj naj se vključi le tisti

strokovni delavec, ki ga zanima refleksija lastnega dela in ki se zaveda, da lahko svoje delo opravlja tudi nekoliko drugače, kakor ga opravlja danes.

- Pri načrtovanju učnega procesa naj sodelujejo vsi udeleženci. Supervizor, kakor sem že omenila, ni tisti, ki popolnoma določa proces, temveč ga le organizira in usmerja po vnaprej ali sproti sprejetih dogovorih.
- Izkustveno se lahko učimo le, kadar nam odgovori niso vnaprej jasni in če lahko oblikujemo svoje odgovore na doživljene poklicne situacije.
- Učimo se na osebni, individualni način in predvsem na osnovi čustvenih izkušenj. Ti dve načeli pomenita za supervizorja (primerjaj S. Žorga, 1994), da mora v supervizijskem procesu upoštevati individualne učne stile, po katerih se posamezniki pri učenju med seboj razlikujemo. K temu dodajam, da mora biti supervizor tudi ustrezno senzibilen, da zazna in podporno deluje v smeri razbremenjevanja in tudi soočanja z nasprotujočimi se in konfliktnimi občutki, povezanimi s supervizantovo poklicno izkušnjo. Za supervizanta to pomeni, da v superviziji evalvira predvsem tista vprašanja, ki so zanj posebej problematična, nejasna in ob katerih je praviloma čustveno udeležen.
- Izkustveno učenje ni le dodajanje novih izkušenj, je predvsem "poustvarjanje" že izkušenega. Bistvo supervizije je v tem, da si znova prikličemo v spomin že izkušeno in si to ogledamo iz drugačne perspektive in razdalje. Na tej osnovi lahko pridobi supervizant svoj lasten "pogled od zgoraj". /Tako tudi sama razumem pomensko prevajanje angleškega izraza supervizija. Ne kot pregled in nadzor drugega nad mano, temveč kot lasten pogled od zgoraj ali iz nove perspektive./ Ta pogled nam razkrije nove vidike lastne udeležnosti v situaciji, razgrne in odpre nam vpogled v nove povezave. Poveča

naše razumevanje poklicne situacije, kar je osnovni pogoj, da lahko spremenimo svoje ravnanje.

Učenje pomeni spreminjanje. V supervizijskem procesu kot supervizanti spreminjamo predvsem sami sebe na svojem strokovnem področju. Spreminjamo se, ker smo se naučili postavljati nova vprašanja, iskati odgovore nanje, slišati in poskušati razumeti odgovore sodelavcev.

Na tem mestu ne bo odveč ponovno poudariti, da supervizija ne more biti vsiljena. Le supervizantova resnična želja, da bi poglobljeno razmislil o svojem delu, je tisti pogoj, ki omogoča, da bo supervizijski cikel ustvarjal in da bo vodil do novih kognitivih, komunikacijskih emocionalnih spoznanj in spoznanj na področju odnosov. (primerjaj Kobolt, 1996).

Kaj lahko supervizija ponudi?

A. Auckenthaler in D. Kleiber (1993) pravita, da je supervizija postala ena izmed pomembnih prvin tako dodiplomskega kot permanentnega izobraževanja ter poklicnega spremljanja na širokem področju vse od klinične psihologije, psihoterapije, do psihosocialnega, pedagoškega in področja zdravstvene nege. Uveljavila se je kot metoda izboljševanja prakse, saj praktikom omogoča, da svoja praktična znanja in spretnosti razvijajo, dopolnjujejo ter povečujejo sposobnost samorefleksije in analize poklicnega dela.

Ob tem si velja zastaviti vprašanja, kot so na primer: Kako je mogoče, da je supervizija postala tako popularna, da je na nekaterih področjih že kar predpisana? Kaj prinaša novega praktikom v "poklicih pomoči"? Ali je mogoče, da lahko na tako različnih področjih uporabljamo isto metodo? Odgovori na zastavljena vprašanja niso dokončni in enopomenski. Kljub temu bom skušala povzeti nekaj odgovorov, ki delno osvetljujejo ta vprašanja: temeljijo na evalvaciji odgovorov

tistih, ki so sami preizkusili supervizijski proces kot udeleženci, in nekaterih analizah, ki so bile narejene tudi v našem prostoru (primerjaj Kobolt 1992).

Najprej k prvemu. Kaj je prispevalo k popularnosti supervizije v tujini in tudi pri nas? Izkušnje tistih, ki so bili udeleženci v superviziji, kažejo, da so v tem procesu imeli možnost razmisliti o tem, kako pravzaprav delajo in kaj se ob tem dogaja z njimi osebno. Imeli so priložnost usmeriti se na nekatre prvine opravljanja poklica, ki so bile dotlej premalo osvetljene. Gre zlasti za analizo lastnih odzivov, stališč, pričakovanj. Tako so lahko tudi prepoznali in spoznali iste prvine - pričakovanja, stališča, ravnanja svojih sodelavcev. Vemo, da je ravno ta del, ki bi ga lahko poimenovali psiho-socialni in psiho-dinamični vidik skupine za končni rezultat delovne skupine zelo pomemben. Hkrati je bil za mnoge udeležence supervizijski proces priložnost, da so doživeli podporo sodelavcev in "uglaševanje" med njimi.

Supervizijski proces je bil tudi prostor za učenje in spoznavanje različnih "gledanj" na poklicne probleme. Ni novo spoznanje, da nam sposobnost, da lahko zavzamemo perspektivo drugega, širi socialno kompetenco, pogloblja našo strokovnost in ponuja več alternativ za ravnanje. Izkušnje udeležencev so vzpodbudne in kažejo, da motiviranemu praktiku supervizija resnično ponudi veliko tistega, kar obeta.

Odgovor na zadnje vprašanje, ali lahko uporabljamo isto metodo na tako različnih področjih, je bolj teoretične narave. Prej našete skupne prvine vidim kot temeljne, da lahko poklicni refleksiji rečemo supervizija. To so elementi, za katere menim, da v supervizijskem procesu ne smejo manjkati. Ne glede na to na katerem poklicnem področju supervizijo uporabljamo.

Kakšen naj bo supervizijski proces?

Upošteva je doslej povedano poskušam odgovoriti na vprašanje, kakšen naj bo supervizijski proces, da bo zadostil teoretičnim zahtevam in hkrati izpolnil pričakovanja sodelujočih. Navajam nekaj načel, ki nam lahko koristijo pri izvajanju supervizijskega procesa. Navedbe so sicer v obliki pogojnika oziroma izražajo željo. Menim, da se tem načelom ne da izogniti, če želimo, da bo supervizijski proces konstruktiven in ploden. Če jih upoštevamo, povečamo komunikacijsko razvidnost v supervizijski skupini ter s tem olajšamo procese učenja:

- supervizijska srečanja naj temeljijo na natančnih dogovorih;
- sledijo naj ciljem, ki zadovoljujejo konkretne potrebe udeležencev;
- udeležencem moramo načela supervizijskega procesa razložiti in na tej osnovi naj se odločijo o svoji udeležbi v takšni skupini;
- nikogar ne silimo k udeležbi, vsiljena supervizija ne koristi;
- motivacija za proces refleksije omogoča, da so udeleženci v procesu aktivni ter sami analizirajo svoje izkušnje;
- supervizor naj postopno skrbi za možnost odprte komunikacije in razvidnega dogajanja v supervizijski skupini;
- analiza naj poteka v varnem ozračju, kar pomeni, da se mora posameznik čutiti sprejetega pri ostalih članih in dovolj varnega za samoekspresijo in samoanalizo;
- za vsakega udeleženca v procesu mora biti dovolj prostora in časa;
- v superviziji se ukvarjamo le s poklicnimi problemi, zagatami in vprašanji in ne z zasebnimi. Če ravno je mnogo poklicnih problemov povezanih z našim doživljanjem, razumevanjem in osebnostnimi značilnostmi, ki se jih v superviziji tudi nujno dotikamo, supervizija ni svetovanje in priložnost za reševanje zasebnih problemov;

- bistvo supervizijskega procesa je iskanje novih odgovorov na stara vprašanja in s tem odkrivanje novih poti za reševanje poklicnih dilem.

Oblike supervizije

Upošteva različnost supervizijskih procesov nas ne preseneča tudi raznolikost v oblikah supervizije. Tako poznamo **individualno** supervizijo, pri kateri supervizant ob spremljavi supervizorja analizira svoja poklicna vprašanja. Ta oblika zagotavlja dovolj prostora in pomeni intenzivno učenje, saj ima supervizant (tako imenujemo tistega, ki analizira svoje poklicne izkušnje) dovolj prostora in je pozornost supervizorja namenjena le njemu. Ta oblika supervizije lahko v celoti sledi učnemu tempu posameznika. Pravijo, da je tovrstna oblika najbolj primerna takrat, ko je supervizant začetnik na poklicnem področju in je v opredju didaktična oziroma mentorska usmerjenost supervizijskega procesa.

Ob tem bi rada opozorila na podobnost in hkrati tudi različnost med supervizijo in konzultacijo. Konzultacija kot metoda strokovnega posvetovanja in svetovanja pomeni zlasti preverjanje kognitivnih vidikov opravljanja poklica. Supervizija pa je poleg kognitivnih usmerjena tudi na doživljajske in emotivne plasti, ki zlasti prihajajo do izraza pri poklicnih odnosih.

Skupinska supervizija, v kateri sodelujejo strokovni delavci iz iste ustanove ali tudi iz različnih ustanov, ponuja možnost učenja **drug od drugega** v majhni skupini. Poudarjam, da mora biti skupina majhna, sicer proces izkustvenega učenja ni mogoč. V skupinski superviziji se pridruži vrsta novih prvin, izhajajočih iz zakonitosti delovanja skupine, kijih je v procesu potrebno upoštevati. Skupinska supervizijaje nadreden pojem za vrsto različnih supervizijskih oblik. Predstavila bom tri najbolj pogoste in sicer: intervizijska skupina, supervizija

skupine s člani iz različnih ustanov in supervizija delovne skupine.

Pri **intervizijski** skupini gre za srečanje strokovnjakov (brez supervizorja), ki se pri vodenju izmenjavajo in sami dogovarjajo za vsebino in potek srečanj, na katerih analizirajo poklicne probleme. Praviloma so iz različnih ustanov, srečujejo se s podobnimi poklicnimi vprašanji. Intervizijska srečanja jim pomagajo evalvirati načine reševanja podobnih poklicnih situacij v različnih ustanovah, pomenijo jim medsebojno podporo in ne nazadnje tudi jačanje poklicne identitete, če je predstavnik tega poklicnega profila v ustanovi v manjšini ali celo en sam.

Kot drugo obliko skupinske supervizije uvrščajo avtorji **supervizijo med seboj neodvisnih članov skupine**. Gre za skupino strokovnjakov, ki pripadajo različnim ustanovam, njihova srečanja vodi supervizor. Cilje in pričakovanja udeležencev je potrebno, kakor je že bilo povedano, opredeliti na začetku srečanj ter temu ustrezno supervizijski proces tudi voditi. Vodenje takšne skupine je manj zahtevno od vodenja delovne skupine, saj se odnosna mreža in komunikacija v skupini razvija hkrati s supervizijskim procesom. Prednosti takšne oblike so v že omenjenem učenju drug od drugega ter v relativni neodvisnosti med člani. Prednost te oblike pred intervizijo pa naj bi pomenila supervizorjeva prisotnost in vodenje. Naj še dodam, da se komunikacijska mreža poveča in da skupinska supervizija ponuja več pogledov na isti poklicni problem. Ustvari se razširjena mreža socialnega učenja in medsebojne podpore med člani skupine, pozornost pa je potrebno posvetiti temu, da bo imel vsak sodelujoči dovolj prostora, da bo lahko povedal svoja poklicna vprašanja in dileme.

V ta krog sodi tudi **supervizija delovne skupine** ali **tima**, kjer sodelujejo vsi ali le nekateri člani, ki so pri delu odvisni drug od drugega. Supervizija delovne skupine pomeni posebno podzvrst

skupinske supervizije, za katero so značilni že ustvarjeni medsebojni odnosi, povezave in tudi odvisnosti. To pomeni, da se moramo pri superviziji delovne skupine ukvarjati tudi z obstoječo dinamiko v skupini in nameniti del prostora tudi analizi delovanja ustanove, v kateri skupina dela. S supervizijo delovnih skupin se je ukvarjalo mnogo avtorjev na različnih delovnih področjih. Francis in Young (1979) idealno delovno skupino opredeljujeta kot skupino ljudi, ki usmerjajo svojo delovno energijo v doseganje skupnih ciljev (funkcionalnost skupine), pri čemer posamezni člani delajo z zadovoljstvom (ugodna "klima" v skupini). Če sta oba pogoja izpolnjena, bodo rezultati njihovega dela boljši. Supervizija delovnih skupin je naravnana na oba cilja. Na mnogih področjih je delo z delovnimi skupinami tako pomembno, da lahko govorimo že o razvoju delovne skupine (team development), kar je že širše od supervizije. Mnogo nalog, ki so povezane z razvojem delovne skupine, je menedžerske narave in sodijo v okvir vodenja in organizacije dela. Zato od supervizije ne smemo in ne moremo pričakovati, da bo nadomestila dobro vodenje in primerno organizacijo.

Zaključne misli

Naj predstavitev sklenem z mislijo, da ni splošnega, za vse primere najboljšega supervizijskega procesa. Vsaka supervizija je individualen proces, če tudi je doživiljen v skupini. Šteje le tisto, kar se je posameznik skozi ta proces naučil novega o sebi in svojem delu. Zato velja poskusiti kljub morebitnim zadržkom in odporom. Vendar je treba poskusiti tako, da se udeleženci in tisti, ki so ga izbrali za supervizorja, natanko dogovorijo za cilje in namene srečanj. Sproti naj evalvirajo, kako napredujejo skozi ta proces in kaj jim prinaša. Le tako supervizija ne bo dodaten "nadzor" ampak priložnost, da praktik evalvira svoja poklicna ravnanja.

Literatura:

1. Auckenthaler, A., Kleiber D.(ur.) (1994). *Supervision in Handlungsfeldern der psychosozialen Versorgung, tuebinger Reihe 13, DVGT.*
2. Bernler, G., Johnsson, L., (1993): *Supervision in der Psychosozialen Arbeit, Integrative Methodik und Praxis, Edition Social, Beltz, str. 11*
3. Frances, D., Young, D., (1979): *Improving Work Groups, A practical Manual for teambuilding, University Associates, Inc., 1979, str. 54.*
3. Hawkins P., Shohet R. (1990). *Supervision in the helping professions, str. 43, Open University Press.*
4. Kadushin, A., (1977) *Consultation in Social Work, New York, Columbia University Press.*
5. Kobolt, A., (1992). *Supervizija -možnost in potreba na področju socialno-pedagoškega dela, Iskanja, štev. 11.*
6. Kobolt, A., (1995): *Supervizija, metoda spremljanja in suporta v socialnih in pedagoških poklicih, Supervizija v izvendružinski vzgoji: izbrane študije primerov, Univerza v Ljubljani, Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti, Ljubljana, stran 14-33.*
7. Kobolt, A., (1996): *Supervizija -možen prispevek k poklicnemu razvoju in identiteti vzgojiteljice, v Zbornik s posveta: Profesionalnost v vrtcih, Skupnost vrtcev Slovenije, Ljubljana.*
8. Marentič-Požarnik, B., (1987): *Nova pota v izobraževanju učiteljev, DZS, Ljubljana.*
9. Wieringa C., (1979). *Supervision inihren unterschiedlichen Entwicklungsphasen, V Akademie fuer Jugendfragen (izd.), Supervision im Spannungsfeld zwischen Person und Institution.*
10. Žorga, S., (1994), *Model supervizije na področju pedagoških dejavnosti, Psihološka obzorja, Vol. 3, št. 3,4, Društvo psihologov Slovenije.*

PRAVNO VARSTVO MEDICINSKE SESTRE

Alenka Šelih

I. Uvod

Poklic medicinske sestre kot eden izmed poklicev v zdravstvu se po nekaterih značilnostih močno približuje zdravniškemu poklicu: obema je brez dvoma skupna posebna zavezanost delu, ki ga oba omenjena poklica obsegata, to pa je delo z bolnikom in zanj.

Če želimo govoriti o pravnem varstvu tega poklica, moramo najprej ugotoviti, kakšne so dolžnosti pri opravljanju določenega poklica. Pravno varstvo katere koli vrste je namreč mogoče le, če so te dolžnosti izpolnjene oziroma če niso prekršene.

Dolžnosti vsakega poklica opredeljuje stroka. Pri nekaterih poklicih - in poklic medicinske sestre je med njimi - so ta pravila posebej pomembna in tudi opredeljena: gre za pravila stroke, *lex artis*; ta prevzemajo pravila deontološkega kodeksa in raznovrstna ter številna pravna pravila. Pravna pravila so pri tem vedno odvisna od pravil stroke in od norm poklicnega kodeksa, saj prav ta obsegajo poklicne in strokovne standarde, ki poklic zavezujejo k prav določenemu (poklicnemu) ravnanju. Kršitev teh norm se nam tako lahko kaže kot kršitev etične norme, norme poklicnega kodeksa ali kot kršitev pravne norme.

Dr. Alenka Šelih, profesorica, Univerza v Ljubljani, Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti

II. Pravno varstvo in oblike pravne odgovornosti medicinske sestre

Pravno varstvo za pripadnika katerega koli poklica - in seveda tudi medicinske sestre - zagotavlja pravo takrat, kadar pripadnik poklica ne krši pravnih norm. Ker te pretežno temeljijo na poklicnih normah, lahko rečemo, da je pravno varstvo zagotovljeno tedaj, kadar pripadnik posameznega poklica ne prekrši poklicnih norm. Kršitve poklicnih norm pa imajo za posledico pravno odgovornost. In prav različne vrste in oblike odgovornosti ter pogoji zanjo so tisti okvir, ki opredeljuje tudi okvir pravnega varstva. Obstaja več vrst poklicnih odgovornosti: moralna odgovornost, poklicno-deontološka odgovornost in različne vrste pravne odgovornosti. Med slednjimi razločujemo disciplinsko odgovornost, odškodninsko odgovornost in kazensko odgovornost. Tu obravnavam samo zadnji dve.

Posebnost poklicne vloge medicinske sestre obstaja v tem, da je pri nekaterih poklicnih opravilih podrejena zdravniku, nekatere svoje delovne naloge pa opravlja povsem samostojno.

Zakon o zdravstveni dejavnosti v 55. členu opredeljuje temelje za odgovornost zdravstvenega delavca (torej tudi medicinske sestre) takole:

- vsak zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo,
- je zanj usposobljen
- ter ima na razpolago ustrezno opremo.

Ti pogoji so dani kumulativno. Narava odgovornosti je vedno osebna.

Odškodninska (materialna) odgovornost se nanaša na zahtevke po povračilu škode, ki je nastala v primeru, ko je zaradi neustreznega zdravstvenega posega oziroma nege posameznik (oškodovanec) utrpel škodo. Temeljno pravno pravilo v zvezi s škodo pravi, da se je vsak dolžan vzdržati ravnanja, s katerim bi utegnil drugemu povzročiti škodo. Če pa je škoda povzročena, se uveljavlja pravilo o odškodninski odgovornosti, ki jo določa 154. člen ZOR takole:

Kdor povzroči škodo drugemu, jo je dolžan povrniti, če ne dokaže, da je škoda nastala brez njegove krivde.

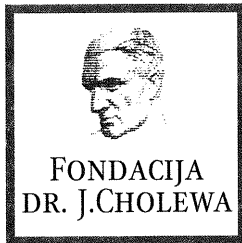
Kazenska odgovornost medicinske sestre je najtežja med različnimi vrstami odgovornosti; je pa tudi najredkeje uporabljena. Skupni pogoji za to vrsto odgovornosti so, da je storilec **izvršil** ravnanje, ki ga določa zakon; da je ravnal **krivdno** in da je iz njegovega ravnanja nastala **prepovedana posledica**. Med kaznivimi dejanji sta pomembni dve: malomarno zdravljenje (2. odstavek 190. člena KZ) in opustitev zdravstvene pomoči (1989. člen KZ). Pri prvem gre za to, da zdravstveni delavec pri svoji zdravstveni dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravstvene stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje. Pri drugem pa gre za to, da zdravstveni delavec v nasprotju s svojo poklicno dolžnostjo ne pomaga bolniku ali komu drugemu, čigar življenje je v nevarnosti.

III. Obseg pravnega varstva medicinske sestre

Pravni sistem daje medicinski sestri pravno varstvo v tistih primerih, ko ugotovijo (praviloma je to sodišče), da niso izpolnjeni pogoji za njeno odgovornost. Če je ugotovljeno, da manjka kateri izmed pogojev za obstoj odgovornosti, to izključuje njeno odgovornost. Če je medicinska sestra tožena za škodo, ki naj bi nastala zaradi njenega ravnanja, pa sodišče ugotovi, da škoda ni nastala

zaradi njenega ravnanja, temveč iz drugih vzrokov, ali da sploh ni nastala oziroma ni nastala zaradi njene krivde - v takšnih primerih medicinska sestra ni kazensko odgovorna. To velja za vse tiste primere, ko kateri koli izmed pogojev za odgovornost ni izpolnjen. Podobno je mogoče reči tudi za kazensko odgovornost medicinske sestre: pravo jo varuje v vseh tistih primerih, ko ji njene odgovornosti ni mogoče dokazati.

Najpomembnejši element, za to, da takšne odgovornosti ni mogoče dokazati, pa je prav gotovo spoštovanje poklicnih pravil, pravil stroke. Zato je mogoče reči, da pomenijo ta pravila najpomembnejšo obliko varstva medicinske sestre pred pravno odgovornostjo. Zato bi bilo prav, če bi stroka v okviru zdravstvene nege, društva medicinskih sester ter stanovskih združenj posvetila posebno pozornost opredeljevanju poklicnih pravil in poklicnih dolžnosti medicinskih sester na različnih področjih in na različnih delovnih mestih. Treba bi bilo opraviti čimbolj natančno opredelitev in hkrati tudi razmejitev med poklicnimi dolžnostmi tega poklica in drugih, ki so z njim povezani (npr. zdravniškega). Prav katalog poklicnih opravil in dolžnosti ter standardi, ki jih opredeljujejo, bi pomenili pomembno poklicno - in tudi pravno - gotovost za medicinske sestre.



*Za
raziskovanje
rakastih
bolezni je
treba veliko
naporov,
sposobnosti
in sredstev*