

CELOSTNA ZDRAVSTVENA NEGA - ALI IMAMO POGOJE ZA CELOSTNO OBRAVNAVO BOLNIKOV?

MSc (Švedska) Lucija Matič, dipl. m. s.

Srednja zdravstvena šola Ljubljana

Izvleček

Prispevek je razmišljanje o tem, ali imamo v Sloveniji pogoje, ki omogočajo celostno zdravstveno nego, in o tem, kateri so ti pogoji, ki so potrebni za celostno zdravstveno nego. Nezadostno izobraževanje, pomanjkanje časa, nedoločenost koncepta duhovnosti, enačenje duhovnosti z religioznostjo, medicinska naravnost zdravstva, institucionalne omejitve, prepričanje, da duhovna oskrba spada v domeno duhovnikov in profesionalcev, občutek sramu, strah pred vsiljevanjem osebnih prepričanj drugim, pomanjkanje smernic za izvajanje duhovne oskrbe, pomanjkanje literature o duhovni oskrbi, očitno pomanjkanje pozornosti k temu vidiku zdravstvene nege v izobraževalnih programih, pomanjkanje raziskav in teorij s tega področja, pomanjkanje komunikacije z drugimi profesionalci (duhovniki) in dejavniki okolja, kot so pomanjkanje prostora, miru, tišine in zasebnosti, naj bi bili dejavniki, ki omejujejo celostno oskrbo pacientov. Avtorica želi prikazati, da omenjeni dejavniki niso glavni vzroki za omejeno (necelostno) skrb za bolnike.

Gljučne besede: celostna zdravstvena nega, delovni pogoji, osebnostna rast

Celostna zdravstvena nega

V literaturi in na seminarjih o zdravstveni negi najpogosteje zasledimo, da je celostna obravnava tista, ki upošteva človeka kot bio-psiho-socialno celoto. Kadar govorimo o socialni dimenziji, jo najpogosteje povezujemo z odnosi, z družbenimi vlogami ipd. V pogledu na človeka, ki razlaga bio-psiho-socialno celoto, manjkajo določene značilnosti človeka, ki pa so zanj celo bolj bistvene kot se tega zavedamo, to so njegove duhovne značilnosti.

Vsak človek, in sicer ne glede na starost, spol, versko pripadnost, ideološka prepričanja ipd., ima (Ivančič, 1998):

- telesne značilnosti (anatomske, fiziološke),
- duševne značilnosti (intelektualne in čustvene),
- duhovne značilnosti (vrednote, cilje, ljubezen, doživljanje smisla, upanje, vero, povezanost z drugimi ipd.).

Seveda so te človekove značilnosti med seboj tako povezane in soodvisne, da jih včasih le s težavo ločimo med seboj, pa vendar se med seboj razlikujejo. Včasih le s težavo

dojemamo kako lahko določeni ljudje kljub slabim izhodiščem in zmožnostim (telesnim in intelektualnim) živijo tako polno življenje in dosežejo toliko uspehov, medtem ko drugi, ki jim je navzven vse položeno že v zibko, ne dosežejo življenjskega zadovoljstva, ne vidijo smisla, ne zmorejo prestati niti najmanjšega trpljenja ipd.

Kako je vse to sploh pomembno za zdravstveno nego? Verjetno ni tako redko, da v svoji praksi vidimo ljudi, ki bi glede na svojo diagnozo morali biti že davno ali popolnoma odvisni od drugih ali pa bi lahko bili že mrtvi, pa vendar nas presenečajo s svojo voljo, s svojim pogumom, s svojim optimizmom ipd. Bolezen, čeprav smrtna, jih ne pokosi, kot bi pričakovali. Medtem ko imamo na drugi strani primere, ko ljudje hitro podležejo bolezni, ki prognozično ni tako zaskrbljujoča, za katero vemo, da se da z njo še dolgo živeti in da se ji da prilagoditi nov način življenja (Ross, 1994). Znanstveno podprtih odgovorov na take in podobne pojave nimamo in jih verjetno še dolgo ne bomo imeli. Morda se prav zaradi tega v zdravstvu raje opiramo na dejavnike, ki vplivajo na zdravje in ki imajo svoj izvor v materiji (telesu, okolju), bistveno manj pa na dejavnike na duševnem, še manj pa na duhovnem področju. Tako na primer že v primarnem varstvu lahko opazimo, da preventivno zdravstveno varstvo danes deluje predvsem na področju fizičnega zdravja, pri katerem se poudarjajo fizični dejavniki in vplivi na zdravje (gibanje, prehrana, spolnost, higiena, ...), medtem ko se ostali le omenjajo (čustveni in intelektualni dejavniki) ali pa povsem zanemarjajo (odpuščanje, ljubezen, volja, upanje idr.).

Pogoji za izvajanje celostne zdravstvene nege

Nezadostno izobraževanje, pomanjkanje časa, nedoločnost koncepta duhovnosti, enačenje duhovnosti z religioznostjo, medicinska usmerjenost zdravstva, institucionalne omejitve, prepričanje, da duhovna oskrba spada v domeno duhovnikov in profesionalcev (Goddard, 1995; Newshan, 1998; Shih et al., 2001; Hurley, 1999; Narayanasamy, 1998; Hermann, 2001; Ross, 1995), občutek sramu, strah pred vsiljevanjem osebnih prepričanj drugim (Strang et al., 2002), pomanjkanje smernic za izvajanje duhovne oskrbe, pomanjkanje literature o duhovni oskrbi, očitno pomanjkanje usmerjenosti pozornosti k temu vidiku zdravstvene nege v izobraževalnih programih, pomanjkanje raziskav in teorij s tega področja (Oldnall, 1996, Reed, 1994), pomanjkanje komunikacije z drugimi profesionalci (duhovniki) in dejavniki okolja, kot so pomanjkanje prostora, miru, tišine in zasebnosti, naj bi bili dejavniki, ki omejujejo celostno oskrbo pacientov.

Pomanjkanje literature v zdravstveni negi, ki se ukvarja z duhovnostjo, je očitno, če primerjamo količino obstoječe literature na drugih področjih. Vendar moramo upoštevati ugotovitve Goldbergove (1998), ki v svoji raziskavi ugotavlja, da medicinske sestre nezavedno skrbijo tudi za duhovne potrebe (kljub temu, da tega same ne vidijo in ne znajo ubesediti) in da je mnogo elementov duhovnosti (empatija, etika, medkulturna zdravstvena nega, upanje idr.) pogosto obravnavanih v negovalni literaturi, ne da bi

pri tem sploh omenjali duhovnost. To lahko vodi do domneve, da duhovnost le ni tako zanemarjena, kot se zdi na prvi pogled. Dejstvo, da skrb za duhovne potrebe ni ustrezno prepoznavna, vrednotena in ozaveščena, pa kljub temu ostaja kot klic po spremembah v sodobni zdravstveni negi, ki naj bi bila celovita – holistična.

Razprava

Mnogo vprašanj se nam zastavi, ko analiziramo trenutno stanje:

Ali lahko zagotavljamo profesionalno oskrbo pacientov, če imamo pomanjkljivo znanje o njem? Ali je sodobna zdravstvena nega dolžna skrbeti za samo en segment človeka kot osebe (telesni segment), medtem ko ostali segmenti ostanejo neprepoznalni in zanemarjeni. Če je to tako, kdo je potem usposobljen, da skrbi za človekove duhovne potrebe: pacient sam, svojci, duhovniki, prijatelji, bližnji? Kako smo dolžni dati v zdravstvu prostor tudi tem drugim osebam, če mi sami nismo zmožni zagotavljati vseh pacientovih potreb? Kako lahko upoštevamo človeka kot bio-psiho-socialno celoto, če omejitve (politične, finančne, organizacijske ipd.) narekujejo, da človekove potrebe prikrojimo našim zmožnostim in ne obratno (sobivanje mater z bolnimi otroki, čakalne dobe, nezmožnost individualne obravnave, prenatrpane sobe ipd.). Tako se na primer zgodi, da v zdravstvenih in socialnih zavodih zaradi pomanjkanja časa in preobremenjenosti kadra bolnika ne moremo niti umiti po standardu, kaj šele, da bi se pogovarjali z njim o njegovem doživljanju, o njegovem sprejemanju bolezni ipd. Ob pregledu vseh navedenih dejavnikov, ki vplivajo na omejeno zdravstveno nego, se vprašamo: V kakšnem okolju se zadovoljujejo duhovne potrebe? Duhovne potrebe se zadovoljujejo ob osebni zorenju in rasti. Z izkušnjami in z medsebojno pomočjo dosegamo duhovno zdravje. Včasih človek doseže trdnost, mir in pogum s težkimi preizkušnjami v življenju. Tak človek lahko pomaga drugim pri njihovi duhovni rasti ne glede na slabe pogoje, v katerih opravlja to pomoč. Morda bomo morali namesto tarnanja nad nemogočimi pogoji v, katerih opravljamo zdravstveno nego, delati več na svoji osebni rasti. Le na ta način bomo lahko pomagali tudi drugim, ki se soočajo s težkimi eksistenčnimi vprašanji. Tudi osebna trdnost, da ne prevzemamo nalog, ki presegajo naše zmožnosti, kompetence in odgovornosti, bo pomagala, da se ne znajdemo v situaciji, ko nase prevzamemo »breme celega sveta«, nato pa doživljamo občutke neuspeha, krivde in nesposobnosti.

Medicinske sestre se moramo še posebno truditi, da v okolju, v katerem tempo narekuje pomanjkanje kadra in sredstev, povečanje intenzivnosti zdravljenja in premik zdravljenja v domačo oskrbo ter vedno večja uporaba tehnologije v zdravstvu, ne podležemo rutinski obravnavi, ki upošteva zgolj fizične potrebe, standarde in časovno razporeditev dela, pozablja pa na neponovljivost in enkratnost vsakega izmed nas. Miselnost, ki nas v tem omejuje, je, da je pomembno, koliko ran smo previle, ali smo izpraznile vse urinske vrečke, umile vse bolnike do vizite, vzele vse vzorce krvi in ponovno tudi tiste naročene

naknadno, vmes pa smo z občutkom krivde, da zapravljamo čas, skočile še h gospe, ki nam je razlagala, kako ji misel na nekdanje življenje daje veselje in skrb za vnuke, voljo do ozdravitve. Kljub temu, da se v zdravstveni negi teoretično poudarja pomen celostne obravnave človeka, v praksi določeni dejavniki še vedno narekujejo racionalizem, rutino in hitrost pri obravnavi pacientov.

Spremembe, ki bi se morale zgoditi, so: poglobljene raziskovalne študije (vključno z eksperimentalnimi), postavitve teorije zdravstvene nege (holistične zdravstvene nege), vključevanje duhovnosti v izobraževanje medicinskih sester. Vsebine, kot so celovitost človeka, etika in empatija, bi morale biti temeljni kamen izobraževanja medicinskih sester. Posebna pozornost bi morala biti namenjena praktičnemu pouku, duhovni skrbi, spoštovanju etičnih vrednot, veščinam komunikacije ipd. Trenutno izobraževanje medicinskih sester in sama praksa zdravstvene nege dajeta poudarek telesnemu vidiku zdravstvene nege, posameznim posegom, ne pa toliko celoviti oskrbi in obravnavi človeka. Neverbalna in verbalna komunikacija (dotik, pogovor, intervju, igranje vlog) nimata svojega mesta v poučevanju spretnosti zdravstvene nege, kot je to pri zlaganju rjuh, pri postiljanju, aplikaciji terapije, pri merjenju krvnega pritiska ipd. Tako naši najboljši dijaki/študentje, ki zelo dobro opravijo tehnične posege, niso nujno tisti, ki si jih bi bolniki želeli imeti ob svoji postelji. Izobraževanje medicinskih sester naj bi temeljilo na osebnem odnosu do pacienta, na empatiji in ljubezni do sočloveka. Ostale spretnosti bi morale biti v ozadju ali v nadgradnji tega osnovnega temelja – odnosa do človeka (Matič, 2008).

Zaključek

Zdravstvena nega je v fazi odkrivanja definicije duhovnosti in duhovnih potreb. V tem času sta izdelani dve negovalni diagnozi na področju duhovnega zdravja/bolezni. V redkih primerih, ko medicinske sestre prepoznamo duhovno potrebo, ostane vprašanje: Kdo je sploh usposobljen in kompetenten za pomoč pri zadovoljevanju duhovnih potreb? Ali so to zdravstveni delavci, duhovni voditelji, psihologi, bližnji/svojci, ...? V času izobraževanja medicinske sestre ne pridobimo ustreznih znanj za tovrstno pomoč. Tako ostaja zdravstvena nega pri zadovoljevanju duhovnih potreb večinoma nezavedna in pogostokrat nehotena ali naključna. Medicinska sestra, ki bolniku daje upanje, voljo, mu pomaga iskati smisel ipd., se večinoma tega sploh ne zaveda. Tisti, ki že imajo izkušnjo bolezni za sabo, vedo, da tega niso sposobne vse medicinske sestre, zato je celovita zdravstvena nega (to je tista, ki neguje tudi duhovni vidik človeka) tista, ki dela zdravstveno nego znanost in **umetnost**.

Ko se sprašujemo, kje najti čas in znanje za obravnavo duhovnih vidikov in za celovito oskrbo pacientov, moramo vedeti, da ne gre toliko za to KAJ naj bi (še) naredili, temveč za to KAKO delamo to, kar vsakodnevno že počnemo. Pri tem si lahko postavimo dve vprašanji: Ali z našo nego/skrbjo spodbujamo človekovo avtonomijo, dostojanstvo, voljo

do življenja ipd. ali ga obravnavamo kot objekt? Ali se pacient med nami počuti kot zaželen in spoštovan ali kot breme in krivec?

Literatura

- Goddard, NC. (1995) Spirituality as integrative energy: a philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 808-815.
- Golberg, B. (1998) Connection: an exploration of spirituality in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (4), 836-842.
- Hermann, CP. (2001) Spiritual needs of dying patients- A Qualitative Study. *Oncology Nursing Forum*, 28(1), 67-72.
- Ivančič, T. (1998) Otkriče duhovne terapije. Zagreb: Teovizija, 2. izdanje. (Discovery of a spiritual Therapy. Zagreb: Teovision, 2nd edition.).
- Laffrey, SC, Meleis, AI, Lipson, JG, Solomon, M, Omidian, PA. (1989) Assessing Arab-American health care needs. *Social Science and Medicine*, 29, 877-883
- Matic L. (2008) Koncept človeka v zdravstveni negi-zakaj morajo praksa, teorije, izobraževanje in raziskovanje v zdravstveni negi sloneti druga na drugi?, Zbornik predavanj 1. Mednarodne znanstvene konference, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 250-258.
- Narayanasamy, A. (1998) A review of spirituality as applied to nursing. *Journal of Nursing Studies*, 36, 177-125.
- Newshan, G. (1998) Transcending the physical: spiritual aspects of pain in patients with HIV and/or cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1236-1241.
- Oldnall, A. (1996) A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 138-144.
- Ross, L. (1994) Spiritual aspect of Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 439-447.
- Shih, FJ, Gau, ML, Mao, HC, Chen, CH, Kao, CH. (2001) Empirical validation of a teaching course on spiritual care in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 333-346.
- Strang, S, Strang, P, Ternstedt, M. (2002) Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 11(1), 48-58
- Post White, J, Cerosnky, C, Kreitzer ,MJ, Nickelson, K, Drew, D, Mackey, KW, Koopmeiners, L, Gutknecht, S. (1996) Hope, Spirituality, Sense of Coherence, and Quality of Life in Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23 (10), 1571-1579.