

KOMPLEMENTARNE METODE ZDRAVLJENJA KOT DEL BIOPSIHOSOCIALNEGA MODELA ZDRAVJA

PRIMER MEDICINSKIH SESTER

Povzetek. *Ljudje v moderni družbi čedalje pogosteje iščemo različne alternative tudi na področju izboljševanja in ohranjanja zdravja. V članku bo najprej predstavljena razlika med biopsihosocialnim in biomedicinskim modelom zdravja in kako se razlika reflektira v odnosih med delavci v zdravstvu in pacienti ter odnosih delavcev v zdravstvu do komplementarnih metod zdravljenja. Zaradi negativnega stališča zdravniških organizacij do večine tovrstnih metod bi lahko medicinske sestre prevzele vlogo posrednikov med uradno medicino in komplementarnimi metodami zdravljenja. V nadaljevanju prispevka bodo predstavljeni rezultati ankete med 274 medicinskimi sestrami članicami Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, ki so se udeležile dveh simpozijev z naslovom Spoznajmo komplementarno in naravno zdravilstvo tudi v zdravstveni negi.*

Ključni pojmi: *medicinske sestre, komplementarni način zdravljenja, naravni način zdravljenja, biopsihosocialni model zdravja*

Uvod

V zadnjem obdobju se je močno povečalo število življenjskih alternativ. S procesom industrializacije, modernejšim in hitrim prometom, z velikim povečanjem trga blaga in trga dela se je oblikoval širok spekter možnosti in izbir za posameznika. Prostorska in socialna mobilnost prebivalstva se je prav tako močno povečala. Ta proces je spremenil pogled posameznika na lastno življenje; spremenil je svojo identiteto, ni bil več zavezan določenemu kraju bivanja, pravilom vedenja, verovanjem in navadam. Vsi ti vplivi močno spreminjajo osnove družine, odnose med spoloma, pojmovanje ljubezni, spolnosti, intimnosti in tudi zdravja. Pojmovanja o zdravju in bolezni se spreminjajo v skladu s spreminjanjem vodilnih ideologij, vrednostnih sistemov in kulturnih tradicij. Splošne teorije zdravja in bolezni so se organizirale okrog dominantnih ideologij in verovanj določene kulture (Nastran Ule, 2003: 18). Ikone sodobnega človeka so v zadnjih desetletjih postale varnost, telo in predvsem zdravje. Ljudje posvečajo vedno več pozornosti ohranjanju mladosti in mladostnega videza, zdravi prehrani, telesnim dejavnostim, premagovanju stresa, predvsem pa se veliko posvečajo strahu pred staranjem in starostjo.

* Mag. Andreja Kvas, asistentka na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani.

** Dr. Janko Seljak, docent na Fakulteti za upravo, Univerza v Ljubljani.

V takšnih razmerah smo posamezniki bolj pripravljeni za prihodnost kot pa družbene institucije in njihovi predstavniki (Beck, 2001). Sistem zdravstvenega varstva je institucija, za katero so značilni (zgodovinsko pogojeni) močni hierarhični odnosi. Ti onemogočajo uveljavljanje sprememb, ki so potrebne, da bi se prilagodil novim razmeram in predvsem postal bolj učinkovit pri zagotavljanju zdravja vsem državljanom. Razstavljanje družbenih institucij lahko poteka s pomočjo abstraktnih sistemov, npr. simbolnih sistemov in ekspertnih sistemov (Ule Nastran, 2000). Ekspertni sistemi naj bi, z uradnim dovoljenjem in podporo države, skrbeli za raven kakovosti življenja na določenem področju. Vendar je uspešnost teh sistemov, še posebej na področju zdravja, močno odvisna od sodelovanja ljudi in njihovega zaupanja vanje.

V zgodovini sta se razvila dva temeljna modela pojmovanja problemov zdravja: biomedicinski in biopsihosocialni¹ model. Biomedicinski je v bistvu redukcionističen, to pomeni, da bolezenski pojav zožuje na raven celice oz. kemijskega dogajanja. Bolezen obravnava kot posledico motnje v delovanju človeškega telesa, ki je razumljeno kot biokemijski stroj. Redukcionistično predpostavlja, da so vse človeške motnje povezane s specifičnimi biokemijskimi vzroki v organizmu (celo nekatere duševne bolezni se lahko pojasnijo z biokemijskimi spremembami). Ta model ima vse alternativne poglede za neveljavne in strogo loči telo od duha. Izključuje vse druge vplive, tudi socialne, psihološke in vedenjske razsežnosti človekovega telesnega blagostanja in dobrega počutja. Ker v njegovem kontekstu niso smiselni, jih ignorira ali zavestno pušča ob strani. To je model linearnega, vzročno-posledičnega gledanja na bolezen. Za njen nastanek naj bi bili pomembni le biološki dejavniki; telo in psiha sta torej dve ločeni entiteti, brez vzajemnih povezav in vplivov. G. L. Engel (1997, cit. v Rakovec Felser, 2002: 19) navaja, da je biomedicinski model predvsem model bolezni in ne zdravja, to pomeni, da je v celoti usmerjen v razlage nastajanja bolezni, okoliščine, ki ohranjajo in krepijo zdravje, pa ga ne zanimajo. V njem je pacient dolžan le dati informacije o stanju svojega telesa.

Biopsihosocialen model zdravja zahteva interdisciplinarni pristop do pacienta. Temelji na splošni teoriji sistemov (po Sheridan, Radmacher, 1992, cit. v Selič, 1994: 152) in ni zanikanje, temveč razširitev prejšnjega modela. Pri odkrivanju težav pacientov morajo sodelovati različni strokovnjaki, saj bodo le tako njihove ugotovitve ustrežnejše. Ta model torej poudarja pomen zdravja in bolezni, ne le bolezni. Zdravje ni več nekaj samo po sebi danega, temveč proces, ki je močno odvisen od izpolnjenosti posameznikovih bioloških, socialnih in psiholoških potreb, za kar se lahko vsakdo aktivno zavzame, zlasti če se nauči prisluhniti sebi. Biopsihosocialni model eksplicitno poudarja odnosni nivo, relacijo med pacientom in zdravstveni

¹ Nastran Ule (2003: 73) navaja, da zunaj biomedicine obstajajo trije modeli, ki obravnavajo bolezen: psihološki, sociološko-družbeni in kulturološko-antropološki. Psihološki se ukvarja z odnosom med boleznijo in posameznikom oz. s človekovim vedenjem v kontekstu zdravja in bolezni, sociološki razširja pomen in kontekst bolezni na analizo družbenih indikatorjev zdravja in bolezni, kulturološki še razširja kontekst bolezni na analizo kulturnih vzrokov bolezni; pri tem je kultura definirana kot kompleks praks, pravil, pomenov in vrednosti, ki si jih delijo ljudje v neki družbeni skupini in družbi.

mi delavci² (zdravniki, medicinske sestre, babice, fizioterapevti, delovni terapevti, radiološki inženirji, psihologi, farmacevti in drugi) ter tudi relacije v zdravstvenem timu³. Če so ti odnosi dobri, zdravljenje poteka hitreje in učinkoviteje, krepi pa se tudi pacientovo zaupanje v ustanovo, kjer se zdravi.

Ena od bistvenih prednosti komplementarnih metod kot dela biopsihosocialnega modela zdravja, je tudi drugačna oblika odnosa med pacientom in zdravilcem. Komplementarne metode se v načinih in učinkovitosti zdravljenja v marsikaterem pogledu ne morejo primerjati z uradno medicino, saj se razlikujejo v pristopih, postopkih in ciljih. Vendar so komplementarne metode zasnovane na ohranjanju pacientove zasebnosti in intime, ker so večinoma nenasilne, še več, pogosto tudi relaksirajoče in prijetne. Komuniciranje s pacienti je sestavni del procesa ohranjanja in izboljševanja zdravja. Proces ponavljajočih postopkov omogoča počasno razvijanje zaupnosti, več poglobljanja v pacientov življenjski stil, psihosocialne interakcije, preprostejši jezik, holistični predlogi za podporo zdravju itn. (Lunder, 2003: 67). Uradna medicina je seveda čvrst temelj za diagnostiko in terapijo bolezni, vendar je lahko dopolnjena s številnimi pristopi, ki bolj upoštevajo pacientovo osebnost, njegovo biografijo in njegove lastne regenerativne potencialne (Mohorič, 2003: 83).

Definicije komplementarnih metod (še bolj pogosto uporabljajo izraz komplementarne terapije) tudi na mednarodni ravni še niso dokončno dogovorjene, vendar pa večina avtorjev uporablja izraz komplementarne metode za tiste, ki niso del konvencionalne zahodne biomedicine (Snyder, Lindquist, 2001: 2) oziroma kot prakse, ki so izven tipičnih ali dominantnih sistemov upravljanja zdravja in bolezni. Teh metod ni najti v predmetnikih uradnih medicinskih šol oziroma jih ni na voljo v uradnih bolnicah (Parkman, 2001: 36). Tako ohlapna opredelitev pa seveda omogoča celo vrsto različnih razlag. Snyder, Lindquist (2001: 3) navajata, da so pri poskusu izdelave klasifikacije komplementarnih in alternativnih metod našteali kar 1800 različnih terapij.

Poglavitna značilnost, po kateri se komplementarne metode razlikujejo od konvencionalnih, naj bi bilo "osredotočanje" na celostnost človeka (pacienta), ki ga sodoben znanstveni redukcionizem moderne biomedicine ne omogoča (Williams, Cooke in May, 1998). Pri odločitvi posameznika za obisk zdravnika ali zdravilca se poleg medicinskih zrcalijo tudi psihološko, sociološko-družbeni in kulturološko-antropološki vplivi, ki močno vplivajo na zdravljenje in na odnose zdravnik - pacient. Dodaten vpliv, ki prav tako lahko olajša ali oteži odločitev za obisk zdravnika, je povezan z vrsto odnosov med poklici v zdravstvenem varstvu oziroma z ustrezno delitvijo vlog, ta pa je spet močno odvisna od modela zdravja, ki je v določenih okoljih prevladujoč. V okviru biomedicinskega modela, v katerem se preučevanje bolezni omeji na kemijsko dogajanje v telesu, ima absolutno oblast samo tisti, ki ta dogajanja pozna (zdravnik) in pri tem modelu enakopravni

² Lundrova meni, da sta sočutje in skrb za druge skozi vso zgodovino medicine veljala za osnovno humanistično motivacijo medicincev. Vendar v današnji medicini za uspešno dejavnost močno manjkata ravno ta dva osnovna vidika (Lunder, 2003: 67).

³ Lundrova (2003: 67) navaja, da raziskave kažejo, da nezdrava situacija čustvene in situacijske opustelosti ne prizadene le pacientov, ampak tudi zdravstvene delavce.

odnosi med poklici v zdravstvu niso možni. V okviru biopsihosocialnega modela, ki vključuje veliko širši zbir različnih dejavnikov, ki jih ne more obvladati samo ena poklicna skupina, pa je veliko prostora še za druge poklicne skupine v zdravstvu (in tudi komplementarne in alternativne poglede). Različnost teh odnosov se posebno reflektira v odnosu pacient - medicinska sestra - zdravnik. Prva oseba, s katero pacient pri obisku zdravnika običajno naveže stik, je medicinska sestra. In v biopsihosocialnem modelu, v katerem je pogovor del zdravljenja, je vzpostavitev kakovostnega komunikacijskega odnosa zelo pomembna. V zgodovini je takšen odnos že obstajal (in med "zdravilci" obstoja tudi danes), vendar je s hitrim razvojem tehnološke medicine in poudarjanjem biomedicinskega modela zdravja postal manj pomemben. K vzpostavitvi kakovostnega odnosa med pacientom in "uradno medicino" morajo prispevati vsi delavci v zdravstvenem varstvu, zlasti tisti, s katerimi se pacienti največ pogovarjajo. In v sedanjem sistemu so to navadno medicinske sestre. Vendar je težko pričakovati kakovostno enakopravno komunikacijo med pacientom in "sistemom zdravstvenega varstva", če so odnosi med posameznimi poklici znotraj tega sistema nekakovostni in neenakopravni.

Za razliko od osredotočanja biomedicine zgolj na posamezen del (bolnega) telesa je celostno obravnavanje človeka vključeno v sam temelj zdravstvene nege kot poklicne dejavnost medicinskih sester. Že F. Nightingale je v sredini 19. stoletja poudarjala celostno skrb za pacienta (Snyder, Lindquist, 2001: 2). Uporaba komplementarnih metod je nedvomno del dediščine zdravstvene nege. Medicinske sestre so del močno hierarhičnega težko spremenljivega sistema zdravstvenega varstva in prevzete vodilne vloge pri posredovanju med konvencionalno medicino in komplementarnim zdravilstvom bi ponudilo medicinskim sestram možnost, da si izbojujejo večjo avtonomnost in pomembnejšo vlogo v zdravstvenem timu. Takšna vloga pa zahteva izobražene in razgledane medicinske sestre, ki so dobro opremljene tako z znanji s področja "uradne medicine", kakor tudi seznanjene z različnimi komplementarnimi metodami. Pacientom naj bi bile kos svetovati, v katerih primerih je možna in zaželena uporaba komplementarnih metod in v katerih primerih je to nevarno. Osnovna predpogoja teh dejavnosti pa sta dobro poznavanje teh metod in osebne izkušnje na temi področju.

V prispevku bo predstavljena skupina medicinskih sester⁴, ki se je udeležila dveh simpozijev s področja komplementarnih metod zdravljenja. Še enkrat je treba poudariti, da gre samo za tiste medicinske sestre, ki se med vsemi najbolj zanimajo za komplementarni način zdravljenja; torej rezultatov v nobenem primeru ne moremo posploševati na populacijo vseh medicinskih sester v Sloveniji. Raziskava, na podlagi katere bi lahko natančno odgovorili na vprašanje, kako veliko je število medicinskih sester, ki delijo enaka mnenje z anketiranimi, v Sloveniji še ni bila izvedena. Okvirne vrednosti bi lahko dobili iz raziskave Medicinske

⁴ V nadaljevanju prispevka avtorja uporabljata izraz *medicinska sestra (MS)* za vse strokovne naslove: *srednja medicinska sestra, zdravstveni tehnik (oz. tehnik zdravstvene nege), višja medicinska sestra/ višji medicinski tehnik, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, diplomirane/i babice/babičarji, profesor/ica zdravstvene vzgoje, medicinske sestre s fakultetno izobrazbo in medicinske sestre z akademsko podiplomsko izobrazbo. Ter za oba spola, ker je na področju zdravstvene nege v Sloveniji zaposlenih bistveno več žensk, kot moških in v raziskavi, ki je podrobneje predstavljena v drugem delu prispevka je sodelovalo le 2 % moških.*

sestre v Sloveniji, ki je bila izvedena na reprezentativnem vzorcu medicinskih sester v Sloveniji leta 2001 (1067 anketirank). V tej raziskavi je 62 % anketiranih izjavilo, da se strinja z alternativnimi metodami zdravljenja, nasprotuje jim le 8 % (Kvas, 2003: 96). Seveda to še ne pomeni, da takšen odstotek medicinskih sester tudi obiskuje seminarje s tega področja, vendar je vidno, da med medicinskimi sestrami ni veliko nasprotnic tega načina zdravljenja.

Metode

V anketi je sodelovalo 274 medicinskih sester, ki so se udeležile 1. in 2. simpozija, ki ju je organiziralo Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana v Kranjski gori novembra 2002 (143 anketirank) in v Ljubljani marca 2003 (131 anketirank) na temo *Spoznajmo komplementarno in naravno zdravilstvo tudi v zdravstveni negi*.

Anketirane predstavljajo skupino medicinskih sester, ki se je pripravljena na tem področju izobraževati. Osebne izkušnje so drugi pomemben element, ki prispeva k poznavanju teh metod. V prispevku bosta oblikovani dve skupini medicinskih sester: tiste, ki so se s komplementarnimi metodami že zdravile in tiste, ki se še niso. Temeljna predpostavka analize je bila, da se ti dve skupini v določenih značilnostih razlikujeta.

Veljavnost hipotez je bila pri nominalnih spremenljivkah preverjena z testom o neodvisnosti spremenljivk, pri intervalnih pa z analizo ANOVA za testiranje hipoteze o enakosti aritmetičnih sredin posameznih skupin (F- testom).

Rezultati

Najprej je bilo treba ugotoviti, kaj anketiranke razumejo pod pojmom komplementarno zdravljenje. Na prvo splošno vprašanje je 89 % anketiranih medicinskih sester odgovorilo pravilno (da je to dopolnilno zdravljenje k medicinskemu načinu zdravljenja in dopolnilne metode naravnega zdravljenja). V okviru tako razumljene definicije so anketiranke odgovarjale na naslednje vprašanje o uporabi komplementarnih metod.

Med vsemi anketiranimi jih je 45 % izjavilo, da so se že zdravile s komplementarnimi metodami. Glede na raziskave med medicinskimi sestrami v drugih državah (Tovey, 1997: 1130; Brolinson, Price, Ditmyer, 2001: 175-189) in glede na to, da anketiranke to področje zelo zanima (udeleženske seminarja), je ta odstotek nekoliko nizek.

V okviru naslednjega vprašanja nas je zanimalo, katere komplementarne metode uporabljajo anketirane medicinske sestre in kako pogosto. Zaradi možnosti primerjave s celotno slovensko populacijo je bilo vprašanje oblikovano podobno kot v anketi Slovensko javno mnenje - SJM. Največ anketiranih medicinskih sester je uporabljalo zdravljenje z zelišči (že uporabilo 60 %) in dietami oz. postom (56 %). Približno tretjina jih uporablja refleksologijo, masaže, kiropraktiko, meditacijo, bioenergijo, aromaterapijo, jogo in plesne terapije (Tabela 1). Nedvomno so vse te metode med anketiranimi medicinskimi sestrami zelo razširjene.

Večina (89 %) medicinskih sester je pravilno opredelila komplementarne metode (da je to dopolnilno zdravljenje k medicinskemu načinu zdravljenja)⁵, pri konkretizaciji teoretične opredelitve pa so takoj nastali problemi. Če primerjamo odgovora na zgornji dve vprašanji lahko ugotovimo, da je le 45 % vprašanih odgovorilo, da uporabljajo komplementarne metode, 60 % pa uporablja zdravljenje z zelišči in nekoliko manj diete in post. Odgovori na zgornje vprašanje kažejo, da vsaj del anketiranih medicinskih sester nekaterih metod, ki jih teorija nedvomno uvršča med komplementarne, ni navajal. Zdravljenje z zelišči, post in diete, so naravne metode zdravljenja, ki so v Sloveniji del tradicije običajnega načina življenja (petkov post, pitje zeliščnih čajev ipd.). Izsledki ankete kažejo, da se zdijo medicinskim sestram tako običajne, da jih sploh ne uvrščajo med komplementarne metode zdravljenja. Lahko bi jih imenovali *domorodne* komplementarne metode zdravljenja. V okviru komplementarnih metod so medicinske sestre tako navajale le metode, ki smo jih v Sloveniji prevzeli iz tradicije drugih narodov oz. kultur.

TABELA 1: Uporabe nekaterih komplementarnih metod zdravljenja - primerjava (v % od vseh vprašanih)

| | MS - LJ-2003 | SJM01 ₃ | MS - ZDA-2001 |
|--|------------------|--------------------|------------------------|
| Uporaba zdravljenja z zelišči | 59.8 | 26.3 | - ⁽³⁾ |
| Uporaba diete, posta, makrobiotike | 56.1 | 26.6 | 9 ⁽¹⁾ |
| Uporaba refleksologije, masaže, kiropraktike | 35.6 | 18.5 | 3/30/14 ⁽²⁾ |
| Uporaba meditacije, avtogenega treninga | 35.6 | 7.1 | 30/- |
| Uporaba bioenergije, radiestezijske | 32.6 | 9.1 | - ⁽³⁾ |
| Uporaba aromaterapije | 31.1 | - ⁽³⁾ | 20 |
| Uporaba joge, tai, chi, plesne terapije | 29.5 | 5.2 | 10/5/1 |
| Uporaba bioritma, astrologije, numerologije | 20.5 | 2.0 | - ⁽³⁾ |
| Uporaba akupunkture, akupresure, shiatsu | 12.9 | 5.7 | 4/6 |
| Uporaba hemeopatije | 10.6 | 1.8 | 6 |
| Uporaba drugih metod | 8.3 | - ⁽³⁾ | - ⁽³⁾ |
| Uporaba dodatkov k hrani - multivitamini | - ⁽³⁾ | - ⁽³⁾ | 27 |
| Uporaba dodatkov k hrani - antioksidanti | - ⁽³⁾ | - ⁽³⁾ | 23 |
| Humor | - ⁽³⁾ | - ⁽³⁾ | 18 |

⁽¹⁾ Vprašanje je zajemalo samo makrobiotično dieto, diete za čiščenje telesa in dieto z organsko hrano

⁽²⁾ V okviru te skupine metod je bilo v anketi v ZDA vprašanje postavljeno za vsako metodo posebej. Številke torej pomenijo, da je uporabljalo refleksologijo 3 % anketirank, masaže 30 % in kiropraktiko 14 % . Enako so navedene številke tudi pri drugih skupinah metod.

⁽³⁾ Vprašanje ni bilo zastavljeno ali ni bilo zastavljeno na primerljiv način.

⁵ Vendar takšna opredelitev omogoča vrsto različnih razlag. Anketiranke so imele možnost naštetih, katere komplementarne metode uporabljajo. Navedenih je bilo 47 različnih metod.

Rezultate ankete smo primerjali z rezultati dveh drugih anket (Tabela 1). Anketa Slovensko javno mnenje je bila izvedena na reprezentativnem vzorcu prebivalcev Slovenije in mnenja, izražena v tej anketi, naj bi pomenila mnenje prebivalcev Slovenije (Toš, Malnar, 2002: 132). Večina vprašanj je bila enako zastavljena v obeh anketah, zato so podatki primerljivi. Iz zgornje tabele vidimo, da so anketirane medicinske sestre pogosteje uporabljale komplementarne metode kot drugi prebivalci Slovenije. Glavni razlog je, da kot zaposlene v zdravstvu bolj skrbijo za svoje zdravje in iščejo različne načine za njegovo ohranjanje oziroma izboljšanje. Vendar so tudi med poklici v zdravstvu razlike. Tovey (1997: 1132) je pri analizi za Veliko Britanijo ugotovil, da se odnos različnih poklicnih skupin znotraj zdravstva do komplementarnih metod zdravljenja zelo razlikuje. Zdravniki specialisti jih večinsko odklanjajo, za medicinske sestre pa ugotavlja, da so nad njimi navdušene, pri čemer vrsta komplementarnih metod ni pomembna.

Druga primerjalna anketa je bila izvedena na reprezentativnem vzorcu medicinskih sester v ZDA (Brolinson, Price, Ditmyer, 2001: 184). Vprašanja v tej anketi so zajela večji izbor komplementarnih metod, ki so bile bolj natančno opredeljene. V tabeli so predstavljene samo primerljive skupine metod. Tako je npr. izpuščena primerjava zdravljenja z zelišči, ker je imelo vprašanje v ameriški raziskavi popolnoma drugačno obliko. Tam so bile v okviru skupine zeliščne in botanične terapije (Herbal and Botanical Therapies) navedene: česen, ginseng, ginko in St. John's Wort. Anketiranke v slovenskih anketah si nedvomno pod zdravljenji z zelišči predstavljajo še mnogo drugih metod oz. terapij.

Primerjava anketiranih medicinskih sester v Sloveniji in ZDA je pokazala, da so vsaj pri metodah, pri katerih so vprašanja primerljiva, rezultati podobni. V obeh skupinah so anketirane pogosto uporabljale: masaže, meditacijo, avtogeni trening, aromaterapijo, kiropraktiko. Prav pri metodah, ki so bile v eni ali drugi državi najpogosteje uporabljene, pa so razlike v razumevanju vsebine posamezne metode in tudi pri obliki postavljenega vprašanja tako velike, da rezultati niso primerljivi. V Sloveniji ni bilo postavljenih vprašanj o uporabi dodatkov k hrani, ki so jih medicinske sestre v ZDA najpogosteje uporabljale (37 % multivitamine oz. 23 % antioksidante), metode zdravljenja z zelišči in uporaba diet pa so v ZDA veliko ožje opredeljene kot v Sloveniji. Pri primerjavi podatkov o komplementarnih metodah med državami je treba opozoriti, da močno primanjkuje enotnih definicij in je razumevanje, kateri postopki so zajeti v okviru določene metode v ZDA, lahko popolnoma drugačno kot v Sloveniji. Popolno primerljivost podatkov je tako možno zagotoviti samo, če bodo zbrani na podlagi enotnih definicij, ki jih bodo uporabljali v posameznih državah. Da bi to dosegli, bi bilo potrebno vse te metode natančno popisati in jih uniformirati. Vprašanje pa je, če ne bi prav s tem izgubile svojo ključno prednost, ki jo imajo pred uradno medicino?

V nadaljevanju prispevka sta oblikovani dve skupini medicinskih sester: eno skupino sestavljajo tiste, ki so izjavile, da so se s komplementarnimi metodami že zdravile (samoopredelitev), drugo tiste, ki mislijo, da ne. Osredotočili smo se na skupini vprašanj, ki kažeta, kako se lahko v prihodnosti spreminja položaj zdravstvene nege v modelih zdravja.

V okviru prve skupine vprašanj smo anketiranke vprašali, ali lahko ocenijo

svoje zaupanje v učinkovitost različnih metod zdravljenja (oz. zaupanje v skupine oseb, ki določene oblike zdravljenja izvajajo) (Tabela 2). Udeleženske seminarjev so na lestvici od 1 (ne zaupam) do 5 (zelo zaupam) najvišjo oceno dodelile zdravnikom, ki razen medicinskega zdravljenja uporabljajo še eno od komplementarnih metod zdravljenja (4.1)⁶. Medicinsko zdravljenje in strokovno izobražen zdravilec pa sta dobila enako oceno (3.8).

TABELA 2: Zaupanje v učinkovitost različnih metod zdravljenja

| Ali zaupate v učinkovitost: | Aritmetične sredine | | | F test | Stopnja tveganja |
|--|---------------------|------------------|--------|--------|------------------|
| | Zdravile s KM | Ne zdravile s KM | Skupaj | | |
| - zdravnika, ki uporablja medicinsko zdravljenje? | 3.8 | 3.8 | 3.8 | 0.2 | 0.622 |
| - zdravnika, ki razen med. zdr. uporablja še eno od kompl. metod zdravljenja? | 4.3 | 3.9 | 4.1 | 5.1 | 0.026 |
| - zdravljenja zdravilca, ki se je za svoje delo več let strokovno izobraževal? | 4.1 | 3.5 | 3.8 | 14.3 | 0.000 |
| - zdravljenja zdravilca samouka, ki ga je nekdo priporočil? | 2.3 | 2.2 | 2.2 | 0.7 | 0.404 |
| - zdravljenja zdravilca samouka, ki ga je nekdo priporočil? | 2.2 | 2.0 | 2.1 | 1.3 | 0.266 |

(1 - ne zaupam; 5 - zelo zaupam)

Bistvene razlike med skupinama so se pokazale pri dveh vprašanjih. Medicinske sestre, ki so že uporabljale katero od komplementarnih metod, bistveno bolj zaupajo v učinkovitost zdravljenja zdravnika, ki razen medicinskih metod uporablja tudi eno do komplementarnih metod zdravljenja in pa v učinkovitost zdravljenja zdravilca, ki se je več let strokovno izobraževal. Kot kažejo rezultati, imajo z zdravilci več dobrih izkušenj.

V okviru druge skupine vprašanj so anketiranke odgovarjale na vprašanja o poklicni uporabi komplementarnih metod. 17 % vseh anketiranih je pri svojem delu že uporabilo katero od komplementarnih metod (Tabela 3). Med tistimi, ki so se s temi metodami že zdravile, je ta odstotek sicer nekoliko višji (23 %), vendar statistično značilnih razlik med skupinama ni.

⁶ Do podobnih ugotovitev je prišel tudi Mohoric, ki pravi, da bi bilo za pacienta idealno, da bi bil terapevt, ki se ukvarja s komplementarnimi metodami zdravljenja, zdravnik, ki pa ima poleg tega široko teoretično znanje in praktične izkušnje z različnimi metodami komplementarnega zdravljenja (Mohoric, 2003: 85).

TABELA 3: Poklicna uporaba komplementarnih metod in izobraževanje

| | Odstotek anketiranih, ki je na posamezno vprašanje odgovoril z da | | |
|---|---|------------------|--------|
| | Zdravile s KM | Ne zdravile s KM | Skupaj |
| Ali že uporabljate katero od komplementarnih in naravnih metod pri svojem delu - v praksi? | 22.6 | 12.3 | 16.7 |
| Ali si želite katero od metod kompl. zdravljenja uporabljati tudi poklicno? | 67.5 | 39.8 | 52.6 |
| Ali menite, da je potrebna formalna izobrazba medicinskih sester za uporabo komplementarnih in naravnih metod zdravljenja v praksi? | 90.7 | 86.5 | 88.3 |

Več kot polovica vseh vprašanih si želi uporabljati katero od komplementarnih metod tudi poklicno. Pri tem vprašanju so se med skupinama pokazale velike razlike: ()): medicinske sestre, ki so se že zdravile s komplementarnimi metodami, si pogosteje želijo poklicno uporabljati tovrstne metode, kot tiste, ki jih osebno še niso preizkusile. Večina medicinskih sester (skoraj 90 %) tudi meni, da morajo imeti medicinske sestre, ki se ukvarjajo s komplementarnimi in naravnimi metodami zdravljenja, formalno izobrazbo. Razlik med skupinama ni.

Razprava

Bistvo biopsihosocialnega modela zdravja je celostni pristop do pacienta, ki je v današnjem sistemu zdravstvenega varstva (tudi v Sloveniji) zanemarjen. Glavna ovira pri vpeljavi celostnega pristopa so močni hierarhični odnosi, ki onemogočajo uspešno komunikacijo med udeleženci. Ključen del uradnega zdravstvenega sistema je namreč že odločitev za obisk zdravnika in raziskave kažejo, da veliko ljudi čuti svojevrsten strah pred vstopom v uradni zdravstveni sistem (Rakovec Felser, 2002: 30-32). Med drugim se pacienti z zdravnikom zaradi njegove dominantne vloge niso pripravljene odkrito pogovarjati o svojih težavah. Pri zdravilcih strah in bojazen vsaj delno izgineta: ljudje so se jim pripravljene "odpreti" in se jim zaupati. Pri uradni medicini bi lahko komuniciranje izboljšale medicinske sestre, ki so običajno prve osebe, s katerimi pacienti navežejo stik. To bi bilo smiselno samo, če bi jih zdravniki vključili v zdravstveni tim, v katerem bi si izmenjevali podatke o pacientih in določali potek zdravljenja. S tem bi storili vsaj majhen korak k celostni obravnavi pacienta, ki ima za končen cilj zagotavljanje ustrezne zdravstvene oskrbe prebivalcev, tudi z vključitvijo uspešnih komplementarnih metod.

V prispevku so predstavljeni rezultati ankete, kjer smo skušali ugotoviti, kako so za ta prehod pripravljene medicinske sestre. Rezultati ankete med medicinskimi sestrami, ki so se udeležile seminarjev s področja komplementarnih metod zdravljenja kažejo:

- da komplementarne metode dobro poznajo (89 % anketiranih medicinskih sester).
- da jim zaupajo. Anketiranke najbolj zaupajo v učinkovitost zdravljenja zdravnika, ki razen medicinskih metod uporablja tudi eno od komplementarnih metod zdravljenja. Nedvomno v veliki meri zaupajo v uradno medicino in njene formalne izobraževalne sisteme, vendar v povezavi z novimi pristopi. Komplementarne metode razumejo dobesedno: to naj bi bile metode uradne medicine, dopolnjene z drugimi, ki lahko prispevajo k boljšemu zdravju pacientov.
- da jih zasebno uporabljajo. Med vsemi anketiranimi medicinskimi sestrami je 45 % izjavilo, da so se že zdravile s komplementarnimi metodami. V skladu s tradicijo naravnega zdravilstva v Sloveniji je bilo najpogosteje uporabljeno zdravljenje z zelišči in razne diete oziroma posti, približno tretjina anketiranih pa uporablja tudi refleksologijo, masaže, kiropraktiko, meditacijo, bioenergijo, aromaterapijo, jogo in plesne terapije.
- da jih uporabljajo in so jih pripravljene še pogosteje uporabljati tudi pri svojem delu. 17 % vseh anketiranih je pri svojem delu že uporabilo katero od komplementarnih metod (poklicna uporaba). Teh je med tistimi, ki so se s komplementarnimi metodami že zdravile, nekoliko več (23 %). Ta odstotek je celo nad pričakovanji. V prihodnosti si želi več kot polovica anketiranih medicinskih sester komplementarne metode uporabljati tudi poklicno, med skupino, ki je te metode že osebno uporabljala je takšnih celo 68 %.
- da menijo, da bi bilo potrebno organizirati določene oblike formalnega izobraževanja, ki bo nadomestil trenutno množično uporabljene neformalne oblike. Večina anketirank (skoraj 90 %) meni, da morajo imeti medicinske sestre, ki se ukvarjajo s komplementarnimi in naravnimi metodami zdravljenja, tudi formalno izobrazbo s tega področja.

Svetovna zdravstvena organizacija pojmuje zdravstveno nego kot avtonomno dejavnost. Kritični pogled na to opredelitev pa pokaže, da gre v Sloveniji bolj za usmeritev v prihodnost kot za značilnost sedanosti. Na vrhu izrazito hierarhične strukture zdravstvenega varstva so zdravniki, ki niso pripravljene "žrtvovati" dominantne vloge nad pacienti in nad predstavniki drugih poklicnih skupin ter navezati enakopravnih komunikacijskih odnosov z njimi. Larkin (v Colbourn, Willis 2000: 383) meni, da je državna regulacija poklicev odnose v zdravstvu zgolj formalizirala z zakoni in da ti zakoni jasno izražajo nadzor zdravnikov nad drugimi sodelavci v zdravstvenem varstvu (mišljeni so tudi alternativni in komplementarni zdravilci).

V Sloveniji večino institucij, odgovornih za področje zdravja, vodijo zdravniki. Ti se vedejo v skladu z interesi profesionalne skupine, ki ji pripadajo in v veliki meri zavračajo spremembe, ki bi lahko zmanjšale njihov dominantni položaj (npr.: Beck 2001: 311; Giddens 1997: 123; Turner 1995: 137). Zdravniške stanovske organizacije v Sloveniji imajo do komplementarnih metod odklonilno stališče in tudi zakonodaja na tem področju še ni urejena (Lesjak, 2003: 55; Velikonja, 2003: 59). Vendar pa obstajajo med zdravniki tudi drugačna mnenja. Oblikovala se je "Skupina za odprti dialog o komplementarni medicini", ki naj bi pokazala, da obstajajo med nekaterimi zdravniki v Sloveniji tudi drugačna mnenja, kot je še vedno uradno stališče medicinskih organizacij, ki je izključujoče. Komplementarne meto-

de so stvarnost, ki se ji uradna medicina in državni organi ne morejo več izogniti (Lesjak, 2003: 55-58).

Vprašanje je, kaj bi lahko povzročilo spremembe na področju uveljavljanja komplementarnih metod in biopsihosocialnega modela zdravja. V večini razvitih držav je do njih prišlo predvsem zaradi denarja. V ZDA naj bi državljani leta 1997 za komplementarne metode zdravljenja porabili 27 milijard USD (ocene), kar je primerljivo s celotnim plačilom samoplačniških storitev v "uradnem zdravstvenem sistemu" (Eisenberg, 1999: 1574). Nesporno je, da je trg alternativnih in komplementarnih storitev tako velik, da bi bil medicinski lobi nespameten, če bi ga ignoriral (Gams, 2003: 175). Ta vpliv je, seveda, viden tudi v šolstvu. Lunder (2003: 68) navaja, da številne medicinske fakultete v Angliji, ZDA, Nemčiji in še drugod uvajajo različne vsebine komplementarnih metod v svoje učne programe kot adut, ki privabi več študentov. Gre za fenomen spreminjanja izobraževanja zaradi pritiska uporabnikov, saj se morajo prilagajati konkurenci.

V Sloveniji je vse na področju zdravstvenega varstva odvisno od močne profesije zdravnikov, ki imajo nadzor nad celotnim sistemom in s tem tudi nad vsemi drugimi poklicnimi skupinami. Na vprašanje, ali in kako v družbi zmanjšati vlogo močnih profesij (zdravnikov, sodnikov, univerzitetnih profesorjev) je težko najti odgovore (npr. Colbourn, Willis, 2000). Zdravniki pri vodenju procesa zdravljenja uporabljajo metode, ki so značilne za procese z razmeroma nizko kvalificirano delovno silo: uveljavljanje reda in discipline z jasno opredeljeno hierarhijo poklicev. V prehodu v postmoderno pa je potrebno oblikovati zdravstveni tim visoko izobraženih delavcev različnih poklicev ter jih motivirati in spodbujati k ustvarjalnosti. Medicinske sestre, ki so v veliki meri ujetnice zdravniške profesije, morajo pri svojih prizadevanjih za uveljavljanje samostojnejše vloge zdravstvene nege delovati na različnih področjih. Uveljavljanje celostnega pristopa pri obravnavi pacienta in uvajanje komplementarnih metod v zdravstveno varstvo je nedvomno eno do njih. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana je z organizacijo simpozijev, medicinske sestre posameznice pa z množično udeležbo na njih, naredilo prvi korak pri seznanjanju s temi metodami. Naslednja faza je vključitev nekaterih komplementarnih metod v formalne programe izobraževalnih institucij. Kdaj bo do tega prišlo, pa ni odvisno samo od zakonodajalca, ampak od pripravljenosti zaposlenih v teh institucijah na spremembe in spremenjene načine razmišljanja. Medicinske sestre (in tudi posamezni zdravniki) so pokazale, da so pripravljene na spremembe, kdaj bodo pripravljene tudi družbene institucije?

LITERATURA

- Beck, U.(2001): Družba tveganja. Na poti v neko drugo moderno. Ljubljana: Knjižna zbirka Temeljna dela.
- Brolinson, GP., Price, JH., Ditmyer, M.(2001): Nurses' perceptions of complementary and alternative medical therapies, *J of Community Health*, 26: 175 - 89.
- Coburn, D., Willis, E. (2000): *The medical Profession: Knowledge, Power, and Autonomy*. V: Albrecht, G.L.; Fitzpatric, R., Scrimshaw, SC. (ur): *Social Studies in Health&Medicine*. London: Sage, 377-393.

- Eisenberg, M.D. idr. (1999): Trends in alternative medicine use in the US: 1990-1997; JAMA, 280: 1569-1575.
- Gams, M. (2003): Znanstveno o alternativni. V Kononeko I., Jerman I.(ur.): Kognitivne znanosti: Zbornik C 6.mednarodne multi-konference Informacijska družba IS 2003, 173-176. Ljubljana: Inštitut Jožef Stefan.
- Giddens, A. (1990): The Consequences of Modernity, Oxford: Polity Press.
- Giddens, A. (1997): Sociology (third edition). Oxford: Polity Press.
- Kvas, A. (2003): Razlike v odnosu do izobraževanja in zdravja, vrednot, etike in samopodobe medicinskih sester v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Lesjak, M. (2003): Za odprt dialog o komplementarni medicini. V Kononeko I., Jerman I.(ur.): Kognitivne znanosti: Zbornik C 6.mednarodne multi-konference Informacijska družba IS 2003, 55-58. Ljubljana: Inštitut Jožef Stefan.
- Lunder, U. (2003): Sporazumevanje in zdravljenje. V Kononeko I., Jerman I.(ur.): Kognitivne znanosti: Zbornik C 6.mednarodne multi-konference Informacijska družba IS 2003, 66-68. Ljubljana: Inštitut Jožef Stefan.
- Mohorič, I. (2003): Zdravnik in komplementarna Medicina. V Kononeko I., Jerman I.(ur.): Kognitivne znanosti: Zbornik C 6.mednarodne multi-konference Informacijska družba IS 2003, 82-85. Ljubljana: Inštitut Jožef Stefan.
- Nastran Ule, M. (2000): Sodobne identitete v vrtincu diskurzov. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Nastran Ule, M. (2003): Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Ljubljana: Aristej.
- Parkman, C. (2001): Alternative therapies are here to stay. Nursing Management, 32: 36-9.
- Payne S., Walker, J.(2002): Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy.
- Rakovec Felser, Z. (2002): Zdravstvena psihologija. Maribor. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
- Selič, P. (1994): Biopsihosocialni model zdravja. Anthropos 26 (4-6), 150-69.
- Snyder, M., Lindquist, R. (2003): Issues in Complementary Therapies: How We Got To Where We Are, Online Journal of Issues in Nursing, <http://nursing-world.org/mods/mod330/cethfull.htm>, 20.05.2003.
- Toš, N., Malnar, B. (2002): Družbeni vidiki zdravja. Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede - Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij.
- Tovey, P. (1997): Contingent legitimacy: U.K. alternative practitioners and inter-sectoral acceptance. Social Science & Medicine, 45 (7): 1129-33.
- Tschudin, V. (1999): Nurses Matter. London: Macmillan Press Ltd.
- Turner, BS. (1995): Medical power and social knowledge (second edition). London: Sage Publications.
- Velikonja, K. (2003): O Društvu Komplementarnega in naravnega zdravilstva Slovenije - KONAZ. V Kononeko I., Jerman I.(ur.): Kognitivne znanosti: Zbornik C 6.mednarodne multi-konference Informacijska družba IS 2003, 59 - 61. Ljubljana: Inštitut Jožef Stefan.
- Williams, A., Cooke H., May, C. (1998): Sociology, Nursing and Health. Butterworth: Heinmann.