



ZDRAVSTVENO VELEUČILIŠTE
U ZAGREBU ORGANIZIRA
11. MEĐUNARODNU KONFERENCIJU

Hrvatsko **sestrinstvo** ususret **Europskoj** uniji

Grand Hotel Adriatic, Opatija, 24. - 26.3.2011.



www.zvu.hr/opatija

ZBORNIK RADOVA

Hrvatsko sestrinstvo ususret Europskoj uniji

Opatija, 2011.

ZBORNİK RADOVA

KONFERENCIJA „Hrvatsko sestrinstvo ususret Europskoj uniji“

24. – 26. ožujka 2011., Opatija, Hrvatska

Izdavač: Zdravstveno veleučilište Zagreb, Hrvatska

Urednici: Jadranka Pavić, prof., Vesna Turuk, prof.

Uredništvo: Maja Čičmir, Ozren Digula, Ivica Kostrec, Irena Kovačević, Sanja Ledinski, Nenad Mojsović, Jadranka Pavić, Ivica Pripeljaš, Martina Smrekar, Mara Županić

Recenzija: Mr.sc. Biserka Sedić, Olivera Petrak, prof.

Grafička priprema: Informatička služba Zdravstvenog veleučilišta

Tisak: PRINTERA GRUPA d.o.o.

Konferencija je vrednovana sukladno odredbama Pravilniku o sadržaju, rokovima i postupcima stručnog usavršavanja i provjere stručnosti medicinskih sestara, sa **10 bodova** za aktivno i **6 bodova** za pasivno sudjelovanje.

CIP zapis dostupan u računalnom katalogu Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu pod brojem 761359

ISBN 978-953-6239-29-0

SADRŽAJ

Usporedba organizacije sestrinske službe u Sveučilišnoj bolnici Zurich i KBC Zagreb	11
<i>Marija Orlić-Šumić, dipl.med.techn.</i>	
Medicinske sestre edukatori na sestrinskim studijima	13
<i>Snježana Čukljek, prof.</i>	
Studij menadžementa u zdravstvu – hrvatska iskustva i europski primjeri	19
<i>Dario Naletilić, dr.med., Slavko Antolić, dr.med., dr.sc.Sonja Kalauz, Nenad Mojsović, dipl.iur., dr.sc.Aleksandar Racz, dr.med.</i>	
Autonomija u sestrinstvu	25
<i>Štefaniya Ozimec Vulinec, prof.</i>	
Hrvatsko sestrinstvo na početku 21. stoljeća	29
<i>Rade Novičić, bacc.med.techn.</i>	
Informatički aspekti primjene sestrinske dokumentacije u praksi	31
<i>Biserka Režek, dipl.med.techn., Željka Benceković, dipl.med.techn.</i>	
Zdravstvena njega u kući – put prema EU u pružanju zdravstvene njege u zdravstvenoj skrbi	39
<i>Zora Grbavac, dipl.med.techn., Ivana Herijan, bacc.med.techn.</i>	
Zdravstvena njega bolesnika u kući – stvarnost djelatnosti u sustavu zdravstva Republike Hrvatske (Kvaliteta usluge i DTP)	43
<i>Vlatka Mrzljak, ms.</i>	
Sestrinstvo u kontroli bolničkih infekcija – stvarnost u Republici Hrvatskoj	47
<i>Smiljana Kolundžić, dipl.med.techn.</i>	
Medicinska sestra kao žrtva mobinga na području Splitsko-dalmatinske županije	53
<i>Ante Buljubašić, dipl.med.techn., dr.sc.Aleksandar Racz, dr.med.</i>	
Izloženost medicinskih sestara mobbingu na radnom mjestu	59
<i>Drago Jurić, mt., Dubravka Jozić, ms., Ivan Kacun, mt., dr.sc.Aleksandar Racz, dr.med.</i>	
Medicinska sestra kao svjedok i žrtva obiteljskog i intimnog partnerskog nasilja	63
<i>dr.sc. Aleksandar Racz, dr.med.</i>	
Sestrinska dokumentacija	75
<i>Snježana Čukljek, prof.</i>	
Standardizirana sestrinska dokumentacija u patronažnoj djelatnosti	79
<i>Mara Županić, dipl.med.techn., Božena Vrabec, dipl.med.techn., Jadranka Pavić, prof. i sur.</i>	
Pravni i ekonomski aspekti vođenja Sestrinske dokumentacije	81
<i>Vitimir Boić, dipl.iur., Nenad Mojsović, dipl.iur., Ivan Markotić, dipl.oec.</i>	
Sestrinska dokumentacija kao indikator zdravstvene njege	85
<i>Dijana Babić, bacc.med.techn., Maša Vico, bacc.med.techn.</i>	
Iskustva u primjeni sastavnica sestrinske liste	89
<i>Milena Fiket, bacc.med.techn.</i>	
Primjena računala u kontroli bolničkih infekcija danas i sutra	93
<i>Prof.dr.sc. Arjana Tambić Andrašević, dr.med., prof.dr.sc. Žarko Nožica</i>	

Sustavi podrške zdravstvenoj njezi u svakodnevnoj kliničkoj praksi	
Odjela za kardijalnu kirurgiju, KB Dubrava	95
<i>Milka Grubišić, dipl.med.techn., Ružica Mrkonjić, dipl.med.techn.</i>	
Utjecaj tehnologije na rad medicinskih sestara u jedinici intenzivnog liječenja	101
<i>Senka Brodarić, bacc.med.techn., Nikolina Veriga, bacc.med.techn., Sanja Ledinski, bacc.med.techn.</i>	
Primjena pozitivne psihologije u upravljanju kvalitetom u zdravstvenoj njezi	105
<i>Martina Smrekar, dipl.med.techn., Vesna Konjevoda, dipl.med.techn.</i>	
Upravljanje rizikom u kontroli bolničkih infekcija	109
<i>Ana Pavičić, dipl.med.techn., Jasminka Horvatić, dipl.med.techn.</i>	
Ideja skrbi kao temelj etike sestrinstva u Republici Hrvatskoj	111
<i> Hrvoje Premuž, bacc.med.techn., Dr.sc.Sonja Kalauz, Marija Brdarević, prof.</i>	
Dijalog u sestrinstvu	119
<i>Marija Brdarević, prof.</i>	
Intersektorski pristup – temelj praćenja i prevencije rizičnog ponašanja adolescenata	123
<i>Marina Golek Mikulić, dipl.med.techn., Marijana Neuberg, dipl.med.techn., mr.sc. Natalija Uršulin – Trstenjak, Jurica Veronek, dipl.med.techn.</i>	
Gripa H1N1 – Protuepidemijske mjere na razini bolničke institucije	129
<i>Asija Delalić, bacc.med.techn., Ana Primorac, dipl.med.techn.</i>	
Zdravstvena njega bolesnika s plućnom embolijom	133
<i>Marija Dominić, bacc.med.techn., Sanja Kunštek, bacc.med.techn.</i>	
Medicinske sestre unutar zemalja Europske unije	139
<i>Vesna Turuk, prof., Gorana Reif, studentica, Martina Škvorc, studentica</i>	
Promjene kao izazov u suvremenom sestrinstvu	145
<i>Mr.sc. Biserka Sedić, Andreja Maček, studentica</i>	
Medicinska sestra kao dio tima eurotransplanta	147
<i>Jelena Žufika, bacc.med.techn., Željka Gavran, bacc.med.techn., Mirela Končar bacc.med.techn., Mirjana Meštrović, bacc.med.techn., Milka Jurenović, bacc.med.techn.</i>	
Prevenција bolničkih infekcija u maksilofacijalnoj kirurgiji	151
<i>Ivana Ružić, bacc.ms., Asija Delalić, bacc.ms.</i>	
Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od disekcije aorte	155
<i>Vesna Markač, bacc.ms., Sanja Piškor, bacc.ms., Verica Ivankić, ms., Biljana Zeba, ms., Igor Ivaniček mt.</i>	
Iskustva studenata na vježbama	161
<i>Snježana Čukljek, prof., Katarina Halužan, studentica, Marija Škreblin, studentica</i>	
Stavovi medicinskih sestara dodiplomskog studija prema specijalističkim diplomskim stručnim studijima	165
<i>Ledinski Sanja, bacc.med.techn., Martina Smrekar, dipl.med.techn., Romana Ivankić, studentica, Anamarija Jukić, studentica</i>	
Stavovi studenata 3.godine studija sestrinstva o sestrinstvu u Hrvatskoj danas	169
<i>Snježana Čukljek, prof., Jelena Karačić, studentica, Boris Ilić, student</i>	

Komparacija stavova medicinskih sestara i liječnika zaposlenih na internističkom i pedijatrijskom odjelu kliničke bolničke ustanove o zanemarivanju i zlostavljanju djece	177
<i>Šarić Matea, dipl.med.techn., dr.sc. Aleksandar Racz, dr.med.</i>	
Razlozi i očekivanja studenata nakon završetka studija sestrinstva	185
<i>Vesna Turuk, prof., Julijana Jozepović, studentica, Kristina Horvat, studentica</i>	
Medicinske sestre u oftalmologiji: stručno usavršavanje i unapređenje prakse unutar zdravstvenog sustava RH	193
<i>Tanja Lupieri, bacc.med.techn., Miroslava Kičić, bacc.med.techn., Marina Rukavina, bacc.med.techn., Marina Vrhovec, bacc.med.techn., Dolores Štefančić, bacc.med.techn.</i>	
Invazivna preoperativna obrada bolesnika s farmakorezistentnom epilepsijom	197
<i>Ljubica Vulje, bacc.med.techn., Jasminka Lenček, bacc.med.techn.</i>	
Proces unapređenja kvalitete života sa inkontinencijom u Krapinsko-zagorskoj županiji	199
<i>Cvjeta Mitić, bacc.med.techn., Marija Mirth, bacc.med.techn., Alojzija Herceg, bacc.med.techn., Davor Šimunović, bacc.med.techn.</i>	
Uporaba neurostimulatora kod kronične neizlječive boli	203
<i>Ljiljana Žarak, bacc.med.techn.</i>	

OPATIJA 2011 – Program konferencije

ČETVRTAK 24.3.2011.

7.30 – 9.00	PRIJAVA SUDIONIKA
9.00 – 10.00	SVEČANO OTVARANJE
10.00 – 11.00	KOKTEL DOBRODOŠLICE
	USKLAĐENOST HRVATSKOG I EUROPSKOG SESTRINSTVA
11.00 – 11.20	Kvaliteta obrazovanja medicinskih sestara u Hrvatskoj u susret europskim standardima - Prof.dr.sc. Jasmina Havranek
11.20 – 11.40	Sestrinstvo u zemljama EU - Dragica Šimunec, bacc.med.techn.
11.40 – 12.00	Usporedba organizacije sestrinske službe u Sveučilišnoj bolnici Zurich i KBC Zagreb - Marija Orlić-Šumić, dipl.med.techn.
12.00 – 12.20	Medicinske sestre edukatori na sestrinskim studijima - Snježana Čukljek, prof.
12.20 – 12.40	Studij menadžementa u zdravstvu – hrvatska iskustva i europski primjeri Dario Naletilić, dr.med., Slavko Antolić, dr.med., dr.sc.Sonja Kalauz, Nenad Mojsović, dipl.iur., dr.sc.Aleksandar Racz, dr.med.
12.40-13.00	RASPRAVA
13.00 – 14.30	RUČAK
	STVARNOST SESTRINSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ
14.30 – 14.45	Autonomija u sestrinstvu - Štefanija Ozimec Vulinec, prof.
14.45 – 15.00	Hrvatsko sestrinstvo na početku 21. stoljeća - Rade Novičić, bacc.med.techn.
15.00 – 15.15	Informatički aspekti primjene sestrinske dokumentacije u praksi - Biserka Režek, dipl.med.techn., Željka Benceković, dipl.med.techn.
15.15 -15.30	Zdravstvena njega u kući – put prema EU u pružanju zdravstvene njege u zdravstvenoj skrbi - Zora Grbavac, dipl.med.techn., Ivana Herijan, bacc.med.techn.
15.30 – 15.45.	RASPRAVA
15.45 – 16.15	PAUZA
16.15-16.30	Zdravstvena njega bolesnika u kući – stvarnost djelatnosti u sustavu zdravstva Republike Hrvatske (Kvaliteta usluge i DTP) - Vlatka Mrzljak, ms.
16.30-16.45	Sestrinstvo u kontroli bolničkih infekcija – stvarnost u Republici Hrvatskoj Smiljana Kolundžić, dipl.med.techn.
16.45-17.00	Medicinska sestra kao žrtva mobinga na području Splitsko-dalmatinske županije - Ante Buljubašić, dipl.med.techn., dr.sc.Aleksandar Racz, dr.med.
17.00-17.15	Izloženost medicinskih sestara mobbingu na radnom mjestu - Drago Jurić, mt., Dubravka Jozić, ms., Ivan Kacun, mt., dr.sc.Aleksandar Racz, dr.med.
17.15-17.30	Medicinska sestra kao svjedok i žrtva obiteljskog i intimnog partnerskog nasilja dr.sc. Aleksandar Racz, dr.med.
17.30 – 17.45	RASPRAVA
20.30	SVEČANA VEČERA

PETAK 25.3.2011

8.00 – 9.30	PRIJAVE SUDIONIKA
	SUSTAVI PODRŠKE U UPRAVLJANJU ZDRAVSTVENOM NJEGOM
9.30 – 9.45	Sestrinska dokumentacija - Snježana Čukljek, prof.
9.45 – 10.00	Standardizirana sestrinska dokumentacija u patronažnoj djelatnosti - Mara Županić, dipl.med.techn., Božena Vrabec, dipl.med.techn., Jadranka Pavić, prof. i sur.
10.15 – 10.30	Pravni i ekonomski aspekti vođenja Sestrinske dokumentacije - Vitomir Boić, dipl.iur., Nenad Mojsović, dipl.iur., Ivan Markotić, dipl.oecc.
10.30 -11, 00	PAUZA
11.00-11.15	Sestrinska dokumentacija kao indikator zdravstvene njege - Dijana Babić, bacc.med.techn., Maša Vico, bacc.med.techn.
11.15 – 11.30	Iskustva u primjeni sastavnica sestrinske liste - Milena Fiket, bacc.med.techn.
11.30 – 11.45	Primjena računala u kontroli bolničkih infekcija danas i sutra - Prof.dr.sc. Arjana Tambić Andrašević, dr.med., prof.dr.sc. Žarko Nožica
11.45 – 12.00	Sustavi podrške zdravstvenoj njezi u svakodnevnoj kliničkoj praksi Odjela za kardijalnu kirurgiju, KB Dubrava - Milka Grubišić, dipl.med.techn., Ružica Mrkonjić, dipl.med.techn.
12.00 – 12.15	Utjecaj tehnologije na rad medicinskih sestara u jedinici intenzivnog liječenja Senka Brodarić, bacc.med.techn., Nikolina Veriga, bacc.med.techn., Sanja Ledinski, bacc.med.techn.
12.15 – 12.30	Primjena pozitivne psihologije u upravljanju kvalitetom u zdravstvenoj njezi Martina Smrekar, dipl.med.techn., Vesna Konjevoda, dipl.med.techn.
12.30 – 12.45	Upravljanje rizikom u kontroli bolničkih infekcija - Ana Pavičić, dipl.med.techn., Jasminka Horvatić, dipl.med.techn.
12.45 – 13.00	RASPRAVA
13.00 – 14.30	RUČAK
	SLOBODNE TEME
14.30 – 14.45	Ideja skrbi kao temelj etike sestrinstva u Republici Hrvatskoj - Hrvoje Premuž, bacc.med.techn., Dr.sc.Sonja Kalauz, Marija Brdarević, prof.
14.45 – 15.00	Dijalog u sestrinstvu - Marija Brdarević, prof.
15.00 – 15.15	Intersektorski pristup – temelj praćenja i prevencije rizičnog ponašanja adolescenata - Marina Golek Mikulić, dipl.med.techn., Marijana Neuberg, bacc.med.techn., mr.sc. Natalija Uršulin – Trstenjak, Jurica Veronek, dipl.med.techn.
15.15 – 15.30	Gripa H1N1 – Protuepidemijske mjere na razini bolničke institucije - Asija Delalić, bacc.med.techn., Ana Primorac, dipl.med.techn.
15.30 -15.45	Zdravstvena njega bolesnika s plućnom embolijom - Marija Dominić, bacc.med.techn., Sanja Kunštek, bacc.med.techn.
15.45 – 16.00	PAUZA
16.00 - 16.15	Medicinske sestre unutar zemalja Europske unije - Vesna Turuk, prof., Gorana Reif, studentica, Martina Škvorc, studentica
16.15 – 16.30	Promjene kao izazov u suvremenom sestrinstvu - Mr.sc. Biserka Sedić, Andreja Maček, studentica
16, 30-16, 45	Medicinska sestra kao dio tima eurotransplanta - Jelena Žufika, bacc.med.techn., Željka Gavran, bacc.med.techn., Mirela Končar bacc.med.techn., Mirjana Meštrović, bacc.med.techn., Milka Jurenović, bacc.med.techn.
16, 45-17, 00	Prevencija bolničkih infekcija u maksilofacijalnoj kirurgiji - Ivana Ružić, bacc.ms., Asija Delalić, bacc.ms.
17, 00-17, 15	Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od disekcije aorte - Vesna Markač, bacc.ms., Sanja Piškor, bacc.ms., Verica Ivankić, ms., Biljana Zeba, ms., Igor Ivaniček mt.
17, 15-18, 00	RASPRAVA

SUBOTA 26.3.

	SLOBODNE TEME
9.30 – 9.45	Iskustva studenata na vježbama Snježana Čukljek, prof., Katarina Halužan, studentica, Marija Škreblin, studentica
9.45 – 10.00	Stavovi medicinskih sestara dodiplomskog studija prema specijalističkim diplomskim stručnim studijima Ledinski Sanja, bacc.med.techn., Martina Smrekar, dipl.med.techn. Romana Ivankić, studentica, Anamarija Jukić, studentica
10.00 – 10.15	Stavovi studenata 3.godine studija sestrinstva o sestrinstvu u Hrvatskoj danas Snježana Čukljek, prof., Jelena Karačić, studentica, Boris Ilić, student
10.15 – 10.30	Komparacija stavova medicinskih sestara i liječnika zaposlenih na internističkom i pedijatrijskom odjelu kliničke bolničke ustanove o zanemarivanju i zlostavljanju djece Šarić Matea, dipl.med.techn., dr.sc. Aleksandar Racz, dr.med.
10.30 – 10.45	Razlozi i očekivanja studenata nakon završetka studija sestrinstva Vesna Turuk, prof., Julijana Jozepović, studentica, Kristina Horvat, studentica
10.45 – 11.00	Medicinske sestre u oftalmologiji: stručno usavršavanje i unapređenje prakse unutar zdravstvenog sustava RH Tanja Lupieri, bacc.med.techn., Miroslava Kičić, bacc.med.techn. Marina Rukavina, bacc.med.techn., Marina Vrhovec, bacc.med.techn., Dolores Štefančić, bacc.med.techn.
11.00 – 11.30	PAUZA
11.30 – 11.45	Invazivna preoperativna obrada bolesnika s farmakorezistentnom epilepsijom Ljubica Vulje, bacc.med.techn., Jasminka Lenček, bacc.med.techn.
11.45 – 12.00	Proces unapređenja kvalitete života sa inkontinencijom u Krapinsko-zagorskoj županiji Cvjeta Mitić, bacc.med.techn., Marija Mirth, bacc.med.techn., Alojzija Herceg, bacc.med.techn., Davor Šimunović, bacc.med.techn.
12.00 – 12.15	Uporaba neurostimulatora kod kronične neizlječive boli Ljiljana Žarak, bacc.med.techn.
12.15 – 12.30	RASPRAVA I ZAKLJUČCI SKUPA, ZATVARANJE SKUPA

USPOREDBA ORGANIZACIJE SESTRINSKE SLUŽBE U SVEUČILIŠNOJ BOLNICI ZÜRICH I KBC ZAGREB

Uspoređujući strukturu organizacije sestrinske službe u Sveučilišnom kliničkom centru Zürich i Kliničkom bolničkom centru Zagreb, pronađeno je više sličnosti nego razlika. Razlike su zasnovane samo na raspoloživim materijalnim resursima, koji impliciraju i mogućnost razvoja ljudskih potencijala.

Iako po strukturi zapovjednog lanca u Sveučilišnom kliničkom centru u Zürichu možemo govoriti o jednom zastarjelom "vojnom" modelu, sama organizacija je zapravo demokratska u kojoj zaposlenici na osnovu svojih kompetencija koje su dobili nakon određene razine školovanja točno znaju što su njihove dužnosti, koja su njihova prava i tko je kome odgovoran.

U Kliničkom bolničkom centru Zagreb postoji vertikalna struktura zapovjednog lanca zasnovanog na povratnim informacijama razina, pa je odgovornost strateškog menadžmenta vrlo velika, jer je i moć odlučivanja centralizirana. Još uvijek nema potpune autonomije rada medicinskih sestara iako pozicija kao što je pomoćnik ravnatelja za sestrinstvo daje određene mogućnosti koje će pretpostavlja se osigurati bolje razvojne resurse ubuduće.

U Kliničkom bolničkom centru Zagreb primjenjuje se organizacijski funkcionalni model (fragmentarna zdravstvena njega) koji je zapravo jedino i

moguć, zbog kroničnog nedostatka medicinskih sestara, posebice stručno visoko obrazovanih, dok se u Sveučilišnom kliničkom centru u Zürichu radi kroz timski profil organizacije, što je dakako veća, ali i ne najbolja razina organizacije rada medicinskih sestara.

U Sveučilišnom kliničkom centru Zürich primjenjuje se sestrinska dokumentacija koja je obavezna i koja ima potporu centraliziranog informatičkog sustava na razini bolnice. Također ima i dovoljan broj visokoobrazovanih medicinskih sestara.

U Kliničkom bolničkom centru Zagreb primjenjuje se sestrinska dokumentacija na razini Pilot projekta. Informatizacija veoma složenog sustava Kliničkog bolničkog centra Zagreb, smještenog na pet lokacija, provođena je parcijalno, a da bi u potpunosti sestrinska dokumentacija zaživjela mora imati dovoljan broj visoko obrazovanih sestara i mora biti podržana razvijenim i centraliziranim informatičkim sustavom.

Ono što je značajna razlika i što je važno za autonomiju medicinskih sestara je potreba izrade jasnih kompetencija medicinskih sestara u Hrvatskoj u skladu s razinom stručne spreme.

Ključne riječi: sestrinstvo, strategija razvoja, organizacijski modeli zdravstvene njege, proces zdravstvene njege, kompetencije medicinskih sestara

MEDICINSKE SESTRE EDUKATORI NA SESTRINSKIM STUDIJIMA

Medicinske sestre predstavljaju najveću skupinu zdravstvenih radnika koja čini osnovu zdravstvene skrbi, bez njih nije moguće zamisliti suvremenu skrb. Očekuje se da tijekom obrazovanja steknu potrebna znanja, vještine i stavove, dakle kompetencije, za samostalno odgovorno i profesionalno provođenje zdravstvene njege. Medicinske sestre moraju usvojiti bazična medicinska znanja, klinička medicinska znanja, znanja iz dijetetike, komunikacijskih vještina, psihologije, informatička znanja te specifična znanja iz područja zdravstvene njege koja obuhvaćaju najveći dio studijskog programa. Stoga je uloga edukatora koji sudjeluju u obrazovanju medicinskih sestara izuzetno značajna, a s obzirom na navedeno vidljivo je da ključnu ulogu u obrazovanju medicinskih sestara moraju imati upravo medicinske sestre jer tko drugi može podučavati zdravstvenu njegu. Pri osnivanju prve škole za medicinske sestre Florence Nightingale je navela da nadzor nad obrazovanjem medicinskih sestara moraju imati medicinske sestre.

Medicinske sestre edukatori na sestrinskim studijima djeluju u skladu sa propisima vezanim uz sustav visokog obrazovanja te propisima vezanim uz sestrinsku profesiju – djelatnost zdravstvene njege.

Sestrinsko obrazovanje

Minimalni standardi sestrinskog obrazovanja (sadržaji i trajanje studija) na razini Europske unije propisani su Direktivom 2005/36/EC, a preporuke direktive uključene su u Zakon o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija prihvaćen u listopadu 2009. godine. Kao glavna područja učenja navode se sestrinstvo, bazične i društvene znanosti. Uz sadržaj programa direktiva navodi da se obrazovanje provodi kroz teoriju i kliničku nastavu u trajanju od najmanje 4600 sati učenja. Pri tome teoretska izobrazba treba obuhvaćati najmanje jednu trećinu minimalnog trajanja izobrazbe, a klinička izobrazba najmanje jednu polovinu minimalnog trajanja izobrazbe.

Značaj sestrinskog obrazovanja naglašen je i uključivanjem sestrinskog obrazovanja u projekt usklađivanja visokoškolskog obrazovanja na razini Europe Socrates Tempus Tuning educational structures in Europe kao prve zdravstvene regulirane profesije. U dijelu koji se odnosi na sestrinstvo Subject Area Nursing 2007. preporuča prvostupničku razinu kao prvu razinu obrazovanja medicinskih sestara, provođenje edukacije medicinskih sestara u visokoškolskom okružju, potrebne uvjete upisa kao i na druge visokoškolske studije te minimalno trajanje studija 180-240 ECTS bodova. Preporuča se mogućnost nastavka studija na specijalističkim i znanstvenim studijima. Navodi se da se sestrinsko obrazovanje mora bazirati na prepoznatljivim kompetencijama (Čukljek, 2010).

Medicinske sestre predavači na sestrinskim studijima

Osnovni preduvjet za izvođenje nastave na visokim učilištima je izbor u odgovarajuće nastavno ili znanstveno nastavno zvanje. Uvjete koje pristupnik mora zadovoljiti da bi bio izabran u odgovarajuće zvanje propisuje Zakon o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, pravilnici matičnih povjerenstva, te pravilnici o izborima u zvanje na sveučilištu odnosno na veleučilištu ili visokoj školi. Za izvođenje nastave na stručnim studijima, na veleučilištu ili visokoj školi, potreban je izbor u nastavno zvanje predavača, višeg predavača ili profesora visoke škole. Za izvođenje nastave na sveučilišnom studiju potreban je izbor u znanstveno nastavno zvanje, a njemu prethodi izbor u znanstveno zvanje. Određene dijelove nastave mogu izvoditi i osobe izabrane u suradnička zvanja asistenata.

Postupak izbora sastoji se od nekoliko koraka, prvo visoko učilište objavi natječaj, pristupnik se javlja i dostavlja dokumentaciju kojom dokazuje ispunjavanje uvjeta iz natječaja, potom stručno povjerenstvo za davanje mišljenja analizira dokumentaciju pristupnika i daje mišljenje. Mišljenje se proslijeđuje

Matičnom povjerenstvu Vijeća Veleučilišta, odnosno na sveučilištu Vijeću područja ili Senatu koji potvrđuju ili odbacuju prethodno mišljenje. Po dobivanju pozitivnog mišljenja pristupnik mora održati nastupno predavanje pred studentima i po pozitivnoj ocjeni nastupnog predavanja Stručno ili Fakultetsko vijeće provodi izbor pristupnika u odgovarajuće zvanje.

Prema Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju u nastavno zvanje predavača na veleučilištu ili visokoj školi može biti izabrana osoba koja ima završen diplomski studij ili stručni specijalistički studij, ispunjene nužne uvjete koje propisuju Rektorski zbor za sveučilište, odnosno Vijeće veleučilišta i visokih škola, najmanje tri godine radnog iskustva u struci, pozitivno ocijenjeno nastupno predavanje pred nastavnicima i studentima, ako se prvi put izabire u nastavno zvanje, te ispunjene uvjete propisane statutom visokog učilišta.

U nastavno zvanje višeg predavača može biti izabrana osoba koja ima završen diplomski studij ili stručni specijalistički studij, ispunjene nužne uvjete koje propisuju Rektorski zbor za sveučilište, odnosno Vijeće veleučilišta i visokih škola, objavljene stručne radove, najmanje pet godina rada u struci, pozitivno ocijenjeno nastupno predavanje pred nastavnicima i studentima ako se prvi put izabire u nastavno zvanje te ispunjene uvjete propisane statutom visokog učilišta.

U zvanje profesora visoke škole na veleučilištu ili visokoj školi može biti izabrana osoba s doktoratom, ispunjenim nužnim uvjetima koje propisuje Vijeće veleučilišta i visokih škola, izvedenim značajnijim projektima, objavljenim radovima koji su znatno unaprijedili struku ili novim radovima nakon izbora u zvanje višeg predavača, najmanje osam godina radnog iskustva u struci, pozitivno ocijenjenim nastupnim predavanjem pred nastavnicima i studentima ako se prvi put izabire u nastavno zvanje te ispunjenim uvjetima propisanim od veleučilišta ili visoke škole.

Suradničko zvanje na veleučilištu i visokoj školi je asistent. Uvjete za izbor u suradničko zvanje asistenta propisuju veleučilište i visoka škola svojim statutom.

Vijeće veleučilišta i visokih škola Republike Hrvatske 2005. donijelo je *Odluku o uvjetima za ocjenu nastavne i stručne djelatnosti u postupku izbora u nastavna zvanja*. Odluka je usmjerena izvođenju nastave na stručnim studijima no ne zanemaruje se niti znanstveni rad nastavnika. Uz osnovne uvjete

propisane Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju potrebno je ispuniti i sljedeće navedene uvjete:

- za izbor u zvanje predavača- prethodni izbor u zvanje i izvođenje nastave kroz 3 godine ili održana javna predavanja iz područja struke; te jedan od sljedećih uvjeta: objavljeni stručni ili znanstveni radovi, izvedeni ili nagrađeni projekt ili studija, patent, magisterij ili doktorat znanosti.
- za izbor u zvanje višeg predavača - prethodni izbor u zvanje te izvođenje nastave kroz 5 godina, najmanje 5 objavljenih stručnih ili znanstvenih radova ili održana javna predavanja iz područja struke; te dva od sljedećih uvjeta: magisterij znanosti, doktorat znanosti, objavljeni recenzirani nastavni materijal za nastavni predmet iz kojeg izvodi nastavu, objavljeni recenzirani prijevod poznatog udžbenika za nastavni predmet iz kojeg izvodi nastavu, objavljeni radovi iz odgovarajuće struke.
- za izbor u zvanje profesora visoke škole - prethodni izbor u zvanje te izvođenje nastave kroz 5 godina, najmanje 10 objavljenih stručnih ili znanstvenih radova ili održana javna predavanja iz područja struke; te dva od sljedećih uvjeta: objavljeni recenzirani nastavni materijal za predmet iz kojeg izvodi nastavu, objavljeni recenzirani prijevod poznatog udžbenika za nastavni predmet iz kojeg izvodi nastavu, objavljeni radovi iz odgovarajuće struke.

U znanstveno - nastavno zvanje docenta, izvanrednog profesora ili redovitog profesora na sveučilištu može biti izabrana osoba koja ima prethodno proveden izbor u znanstveno zvanje znanstvenog suradnika ili znanstvenog savjetnika. Minimalni uvjet za izbor u znanstveno nastavno zvanje je doktorat znanosti, radovi objavljeni u časopisima koji su zastupljeni u Current Contentsu CC, radovi objavljeni u bibliografskim bazama podataka, aktivno sudjelovanje u realizaciji znanstvenog projekta, te nastavna i znanstvena djelatnost.

Suradničko zvanje na sveučilištu je asistent i viši asistent. Uvjete za izbor u suradničko zvanje propisuje visoko učilište. Asistent može biti osoba koja je uspješno završila studij uz upis na doktorski studij. U zvanje višeg asistenta može biti izabrana osoba s doktoratom znanosti.

Navedeni uvjeti omogućavaju da medicinske sestre sa završenim specijalističkim diplomskim stručnim studijima uz zadovoljavanje ostalih propisanih uvjeta budu izabrane u nastavna zvanja na stručnim studijima. Medicinske sestre prvostupnici mogu biti

izabrane u zvanje asistenata i sudjelovati u izvođenju vježbovne nastave koja čini polovinu nastavnog plana i programa.

Budući je minimalni uvjet za izbor u zvanje na sveučilištima (i asistentsko i znanstveno nastavno) za izvođenje sveučilišnih studija doktorat znanosti medicinske sestre sa završenim prvostupničkim ili specijalističkim diplomskim stručnim studijima ne ispunjavaju uvjete za izbor u zvanja i formalno ne mogu sudjelovati u izvođenju nastave.

Uloga sestara predavača

Zdravstvena njega je umijeće i znanost, te zahtijeva razumijevanje i praktičnu primjenu specifičnih na istraživanjima utemeljenih znanja i vještina izvedenih iz humanističkih, bioloških i društvenih znanosti, kao i teorije menadžmenta (SZO 1996, prema Čukljek, 2005.).

Medicinske sestre primjenjuju kognitivne, psihomotorne i interpersonalne vještine u skrbi za pacijente kako bi postigli optimum zdravstvenih potencijala. Umijeće sestrinstva je interpersonalni odnos i interakcijski proces između korisnika i sestre unutar socijalnog okruženja za vrijeme pružanja sestrinske skrbi.

Uloga predavača na sestrinskim studijima je pripremiti studente za samostalno obavljanje sestrinske prakse. Oni pružaju profesionalni model osobama koje ulaze u profesiju i potiču ih na razvijanje primjerenih osobina, primjeren pristup bolesnoj i zdravoj osobi, usvajanje etičkih normi i osiguravanje zadovoljavanja potreba klijenta. Medicinske sestre predavači su pokretači promjena u sestrinskoj praksi.

Sestrinska praksa uvelike je usmjerena usvajanju praktičnih vještina, te je nužna isprepletenost teorijske i praktične nastave kako bi se umanjio rascjep između studija/edukacije i prakse/rada medicinskih sestara u realnim kliničkim i ostalim okruženjima.

U svoj svakodnevni rad medicinske sestre predavači moraju utkati profesionalna pravila zasnovana na profesionalnoj sestrinskoj ideologiji, a to su:

- a) brižnost – empatija, suosjećanje i osjetljivost pri pružanju potrebne zdravstvene njege i osiguravanju zdravstvene skrbi
- b) altruizam – briga za dobrobit drugih, zaganjevanje prava pacijenata i mentorstvo kolegama
- c) autonomnost - profesionalno donošenje odluka i suradnja sa pacijentima pri planiranju njihove zdravstvene njege

- d) ljudsko dostojanstvo – poštivanje i osjetljivost za vrijednosti i jedinstvenost ljudskog bića i zajednica
- e) integritet – pridržavanje Etičkog kodeksa i standarda sestrinske prakse
- f) socijalna pravda – osiguravanje pravednog, nediskriminirajućeg pristupa uslugama zdravstvene skrbi i zdravstvene njege
- g) cijeloživotno učenje – predanost održavanju profesionalnih kompetencija tijekom profesionalne karijere (Mayhew, Ford 1974, prema CCEN, 2002).

Kako bi učinkovito obnašale svoju ulogu, medicinske sestre predavači moraju imati razvijene slijedeće osobine:

- rukovođenje – sposobnost uspostavljanja i ostvarivanja ciljeva usmjerenih unaprjeđenju svojih funkcija, sposobnost formuliranja domena znanja sestre edukatora, mentorstva studenata, kolega i drugih, stvaranje kolegijalne atmosfere između medicinskih sestara, drugih zdravstvenih radnika i zajednice
- otvorenost novim idejama – poštivanje i toleriranje različitih ideja
- neovisnost – u razmišljanju i suočavanju sa problemima, trendovima i smjerovima u sestrinskoj edukaciji i zdravstvenoj njezi
- odgovornost za provedenu edukaciju prema studentima, kolegama, osobama koje će biti korisnici zdravstvene njege
- kompetencije – demonstracija znanja i vještina vezanih uz sestrinsku praksu, podučavanje, evaluaciju, razvoj studijskog programa, istraživački rad, suradnju
- interdisciplinarni pristup – suradnja sa drugim zdravstvenim djelatnicima, edukatorima, i ostalima pri edukaciji (SREB, 1976, 2002).

Medicinska sestra edukator na studijima mora obnašati tri osnovne uloge, biti predavač, istraživač i suradnik.

Predavač

Osnovna uloga medicinske sestre edukatora je uloga predavača. Uloga predavača podrazumijeva prihvaćanje vodeće uloge u izradi studijskog programa, podučavanju –teorijskom – tijekom predavanja, seminara, e- learning, podučavanju praktičnih vještina, superviziji provođenja studijskog programa u kliničkom okruženju, aplikaciji znanja iz didaktike i metodike, stvaranju i održavanju

okoline za učenje. Medicinska sestra edukator primjenjuje znanja i vještine stečene tijekom edukacije te iz iskustva kako bi potakla studente na učenje i širenje spoznaja vezanih uz sestrinsku profesiju, pacijente i zajednicu.

Bitna komponenta ove uloge je sposobnost modeliranja prikladnih, željenih ponašanja u sestrinskoj profesiji.

Bazična znanja i vještine za obavljanje ove uloge obuhvaćaju poznavanje principa, filozofije i teorija učenja, tehnike demonstracije, korištenje tehnologije u podučavanju, poznavanje razvoja studijskog programa, vještina procjenjivanja i ispitivanja usvojenosti praktičnih vještina i teorijskih znanja, poznavanje pravnih standarda prakse, mentoriranje, te učinkovita komunikacija.

Medicinska sestra predavač mora uskladiti ulogu predavača i trenutnu kliničku praksu, odnosno znanja koja podučava i prenosi studentima moraju se moći primijeniti u sestrinskoj praksi. Potrebno je poznavati sestrinsku realnost i trenutnu praksu, no to ne znači spuštanje kriterija i smanjivanje standarda. Potrebno je održati „klinički kredibilitet“ u odnosu prema studentima, ali i kolegama iz prakse (Cave 2005, Halcomb et al 2007). Posebice stoga što je sestrinska djelatnost uvelike bazirana na praktičnim vještinama, te je nužna uska povezanost teorije i prakse, što se postiže uskom suradnjom predavača i asistenata.

Istraživač

Medicinske sestre edukatori doprinose razvoju znanja vezanih uz disciplinu koju predaju kroz istraživanja, integraciju i aplikaciju novih znanja. Njihova uloga je proširivati i produbljivati znanja iz određenog područja, mentoriranje drugih u provedbi istraživanja i demonstriranje osnovnih standarda istraživačkog pisanja radova (jasnoća, relevantnost, točnost, originalnost i intelektualna raznolikost). Cilj istraživačkog rada je širenje najbolje prakse u edukaciji, zdravstvenoj njezi i istraživanjima. Medicinske sestre šire lepezu znanja kroz provedbu originalnih istraživačkih projekata ili čitajući, analizirajući i interpretirajući te aplicirajući znanja i podatke iz drugih istraživanja na nov i kreativan način. Ova uloga zahtijeva da sestra edukator osmisli, surađuje i koristi istraživanja u sestrinskoj edukaciji i sestrinskoj praksi, da traži prilike za interdisciplinarna i intradisciplinarna istraživanja, da bude u toku sa najnovijim znanjima i inte-

grira istraživanja i rezultate istraživanja u edukaciji i sestrinsku praksu.

Kako bi mogla zadovoljiti ovu ulogu mora poznavati istraživačku metodologiju, učinkovito komunicirati, mentorirati, biti svjesna ogromnih izazova, prilika i trendova u sestrinskoj edukaciji i sestrinstvu i posjedovati vještine intuitivnog, kreativnog i analitičkog mišljenja kao i brižan pristup.

Suradnik

Medicinske sestre edukatori ne smiju se usamiti i odvojiti od prakse. One moraju stvarati suradnički odnos sa svim dionicima u edukacijskom i zdravstvenom sustavu. Potrebna je suradnja sa studentima, suradnicima koji sudjeluju u edukaciji studenata, administracijom kao i sa medicinskim sestrama koje provode zdravstvenu njegu, predstavnicima sestrinskih organizacija, pacijentima, te ostalim dionicima iz zdravstvenog sustava. Medicinska sestra edukator mora imati dobre komunikacijske sposobnosti, biti uspješna u timskom radu i po potrebi preuzimati odgovarajuće uloge u timu, imati organizacijske sposobnosti, sposobnosti pregovaranja i reagiranja na promjene. Mora biti umješna u rješavanju problema te poznavati legislativu.

Kompetencije edukatora medicinskih sestara

Kompetencije predstavljaju dinamičku kombinaciju kognitivnih i metakognitivnih vještina, znanja i razumijevanja, međuljudskih i praktičnih vještina te etičkih vrijednosti.

Kao ključne kompetencije edukatora medicinskih sestara navode se (NLN, 2005):

1. Poticanje učenja
 - odgovornost za stvaranje okoline koja potiče učenje studenata i postizanje očekivanih kognitivnih i psihomotornih ishoda, te stavova u predavaonicama, kabinetima, kliničkoj sredini.
2. Poticanje razvoja i socijalizacije studenata
 - prepoznavanje vlastite odgovornosti u pomoći studentima da se razviju u medicinske sestre i razviju i prihvate vrijednosti i ponašanja nužna za profesionalno obnašanje uloge medicinske sestre.
3. Korištenje strategija procjene i evaluacije znanja
 - korištenje različitih strategija procjene usvojenosti znanja i vještina u raznim okruženjima i iz različitih sadržaja.
4. Sudjelovanje u razvoju studijskog programa i evaluacija ishoda programa

- odgovornost za formuliranje ishoda učenja i izradu studijskog programa usklađenog sa trenutnim zdravstvenim trendovima i pripremu diplomanata za učinkovito djelovanje u sustavu zdravstvene zaštite.
- 5. Djelovanje kao pokretač promjena i lider
 - Djelovanje kao pokretači promjena i lideri u osiguravanju željene budućnosti u sestrinskoj edukaciji i sestrinskoj praksi
- 6. Poticati kontinuirano unaprjeđenje kvalitete sestrinskih predavača
 - Prepoznavanje multidimenzionalnosti vlastite uloge i nužnosti neprestane predanosti razvoju i održavanju vlastitih kompetencija
- 7. Sudjelovanje u istraživanjima
 - Prihvaćanje sudjelovanja u istraživanjima kao integralne komponente uloge predavača, te nužnost vlastitog učenja
- 8. Djelovanje u edukacijskoj okolini
 - Poznavanje sredine u kojoj djeluju, te znanje kako politički, institucionalni, socijalni i ekonomski utjecaji utječu na njihovu ulogu edukatora medicinskih sestara

Medicinske sestre asistenti na sestrinskim studijima

Središnji dio edukacije medicinskih sestara mora biti praktičan, prema preporukama Direktive 2005/36/EC najmanje polovina trajanja obrazovanja medicinskih sestara mora biti praktična. Pri izvođenju ovog dijela nastave izuzetno je značajna uloga medicinskih sestara asistenata. U terminologiji se koristi nekoliko naziva – mentor, suradnik, asistent.

Praktična znanja studenti moraju usvajati sa pacijentima u realnim okruženjima. Radilište za izvođenje praktične nastave izabire se s obzirom na vještine i znanja koja student treba usvojiti, s obzirom na problematiku pacijenata, terapijske i dijagnostičke postupke koje je potrebno upoznati i usvojiti.

Sadržaji edukacije koje iznose predavači i asistenti moraju biti usklađeni. Suradnja se na Zdravstvenom veleučilištu ostvaruje kroz tečajeve u organizaciji Katedre za zdravstvenu njegu, stručne sastanke predavača i asistenata gdje se raspravlja o stručnim sadržajima, konzultacije vezane uz sadržaje predavanja, vježbi, dileme koje se javljaju u radu sa studentima, te superviziju izvođenja vježbovne nastave. Asistenti su izuzetno značajni u stvaranju okruženja za učenje u kliničkoj sredini, oni djeluju kao klinički model studentima – odražavaju i održavaju

standarde prakse, djeluju kao učinkovit član sestrinske profesije – posjeduju znanja, kompetencije, brižni su i profesionalni; i značajni su u socijalizaciji studenata. Asistenti potiču kritičko razmišljanje, rješavanje problema i donošenje pravilnih kliničkih odluka vezanih uz zbrinjavanje pacijenata. Asistenti podučavaju studente, oni planiraju sadržaj edukacije, potiču studente na učenje, prepoznaju edukacijske potrebe studenta u određenom kliničkom okruženju, nadziru i ocjenjuju usvajanje znanja i vještina. Djeluju kao supervizori – daju upute studentu vezane uz njegovanje pojedinih pacijenata kada je potrebno, daju povratnu informaciju, uključuju se u pružanje zdravstvene njege pacijentima zajedno sa studentima. Asistenti pružaju podršku, u radu sa studentima preuzimaju mentorsku ulogu, razgovaraju sa studentima o njihovim mogućim karijerama u sestrinstvu.

Zaključak

Obrazovanje medicinskih sestara izazov je za cijelu zajednicu i njemu se pridaje veliki značaj što je vidljivo iz postojanja niza dokumenata usmjerenih standardiziranju sadržaja i trajanja obrazovanja, ali i povjeravanja izvođenja navedene nastave osobama koje ispunjavaju određene kriterije.

Medicinske sestre edukatori najznačajniji su u obrazovanju medicinskih sestara jer samo one, bilo kao predavači, bilo kao asistenti mogu studentima omogućiti stjecanje znanja iz područja sestrinstva.

Edukatori moraju kod studenata poticati razvijanje prikladne uloge medicinske sestre, usvajanje znanja, vještina i stavova potrebnih za samostalno, sigurno i kvalitetno provođenje zdravstvene njege. Medicinske sestre predavači moraju uskladiti svoje uloge predavača, istraživača i suradnika, te uskladiti zahtjeve koje pred njih stavlja akademska zajednica ali i njihova sestrinska profesija.

Literatura

1. Barret D. The clinical role of nurse lecture: Past, present and future. *Nurse Education Today* 2007; 27: 367-374.
2. Council on Collegiate Education for Nursing. *Nurse Educator Competencies*. 2002. Southern Regional Education Board. Preuzeto: www.sreb.org 01.02.2011.
3. Cave I. Nurse teachers in higher education – Without clinical competence, do they have a future? *Nurse Education Today* 2005; 25: 646-651.

4. Carlisle C, Calman L, Ibbotson T. Practice based learning: The role of practice education facilitators in supporting mentors. *Nurse Education Today* 2009; 29:715-721.
5. Carr G. Changes in nurse education: Being a nurse teacher. *Nurse Education Today* 2007; 27: 893-899.
6. Conway J., Elwin C. Mistaken, misshapen and mythical images of nurse education: Creating a shared identity for clinical nurse educator practice. *Nurse Education in Practice* 2007; 7: 187-194.
7. Čukljek S. Osnove zdravstvene njege. Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2005.
8. Čukljek S. Sestrinstvo, znanje i izvrsnost. U. Zbornik radova međunarodne konferencije Sestrinstvo, znanje i izvrsnost. Zagreb, 2010.
9. Davis D, Stullenbarger E, Dearman C, Kelley JA. Proposed nurse educator competencies: Development and validation of a model. *Nursing outlook* 2005; 53: 206-211.
10. Directive 2005/36/EC of the European Parliament. <http://eur-lex.europa.eu> 01.02.2011.
11. Halcomb KA, Gregg AL, Roberts B. Implementing supportive strategies to retain nurse educators. *Teaching and learning in Nursing* 2007; 2: 133-137.
12. Guy J, Taylor C, Roden J, Blundell J, Tolhurst G. Reframing the Australian nurse teacher competencies: Do they reflect the "REAL" world of nurse teacher practice? *Nurse Education Today* 2010; (2010), doi:10.1016/j.nedt.2010.10.025
13. Jowett R, McMullan M. learning in practice-practice educator role. *Nurse Education in Practice* 2007; 7: 266-271.
14. Kenny G. The origins of current nurse education policy and its implications for nurse educators. *Nurse Education Today* 2004; 24: 84-90.
15. National League for Nursing. Core competencies of nurse educators. 2005. Preuzeto: <http://www.nln.org/facultydevelopment/pdf/core-competencies.pdf> 01.02.2011.
16. Pravilnik o uvjetima i postupku izbora u zvanja Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Struktura, metodika i funkcioniranje znanstvenog rada. Ur: Z. Lacković, Medicinska naklada, Zagreb 2009.
17. Saarikoski M., Warne T., Kaila P, Lenio-Kilpi H. The role of the nurse teacher in clinical practice: An empirical study of Finnish student nurse experiences. *Nurse Education Today* 2009; 29: 595-600.
18. Socrates- Tempus. Tuning educational Structures in Europe – Subject area brochure nursing. 2007.
19. Vijeće veleučilišta i visokih škola Republike Hrvatske. Odluka o uvjetima za ocjenu nastavne i stručne djelatnosti u postupku izbora u nastavna zvanja, 2005. Preuzeto: HYPERLINK "<http://www.azvo.hr/hr/vijee-veleuilita-i-visokih-kola> 13.02.2011" <http://www.azvo.hr/hr/vijejee-veleuilita-i-visokih-kola> 13.02.2011
20. WHO. Nurses and midwives for Health, A WHO European Strategy for nursing and midwifery education Copenhagen 1999.
21. Zakon o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju. NN 123/03, 2003.

STUDIJ MENADŽEMENTA U ZDRAVSTVU – HRVATSKA ISKUSTVA I EVROPSKI PRIMJERI

Sažetak

Sustavi zdravstva i prema društvenom i prema gospodarskom značaju spadaju u najvažnije podsustave modernih društvenih zajednica, bilo da se radi o državama, unijama država ili manjim organizacionim jedinicama poput županija, općina i slično. Značajna sredstva troše se godišnje u svim zemljama za podmirenje troškova zdravstvenih sistema. U Republici Hrvatskoj u sustavu zdravstva troši se gotovo petina državnog proračuna. Značaj upravljanja i vođenja sustava zdravstva prepoznat je u suvremenim društvima Evropske unije i svijeta, što je vidljivo i iz brojnih edukacijskih programa koji se nude na tom području, dok hrvatski obrazovni sustav pokazuje izrazitu manjkavost u području obrazovanja stručnjaka iz 'zdravstvenog managementa'.

Ključne riječi: Menadžment, zdravstvo, studij, Hrvatska, Evropska unija

Summary

Healthcare systems are by either social or economical importance among the most important subsystems of modern societies, whether taken into consideration whole states, state unions or smaller organisational units like counties or similar. Significant amount of funds is spent yearly covering costs of healthcare systems in different countries. In Republic of Croatia healthcare system consumes roughly one fifth of the country's national budget. Importance of leadership and management of healthcare systems is well recognised in modern societies of European union which is also obvious from numerous educational programmes in that field, while educational system in Croatia shows significant absence in the field of healthcare management professionals education.

Key words: Management, health-care, study, Croatia, European Union

Uvod

Zdravstveni sustavi predstavljaju i u društvenom i u gospodarskom smislu najznačajnije podsustave dobro organiziranih društvenih zajednica – država, pokrajina, gradova ili slično. Prema standardima i preporukama Svjetske zdravstvene organizacije i Europske unije, na svim razinama zdravstvenog sustava potrebne su stručne i obrazovane osobe za vođenje i upravljanje sustavom zdravstva, koje će vladati znanjima i vještinama iz područja organizacije, upravljanja i rukovođenja u sustavu zdravstva kao specifičnoj društvenoj djelatnosti. Zdravstveni menadžment predstavlja izrazito specifičnu djelatnost, koja treba ujediniti znanja i naročito vještine iz nekoliko velikih i bitno različitih područja kao što su medicina, ekonomija, politička ekonomija ili psihologija. Obrazovanje stručnjaka na području zdravstvenog menadžmenta stoga zahtjeva posebne edukacijske programe koji integriraju ta različita područja dodatno inzistirajući na aplikativnim vještinama svakoga od njih. Dosadašnja iskustva u Republici Hrvatskoj (i dostupni podaci iz Evropske unije) ukazuju na nedostatak visokoškolskih (veleučilišnih i sveučilišnih) studija i/ili programa iz područja menadžmenta u zdravstvu u Republici Hrvatskoj u odnosu na zemlje Evropske unije. Očekivani skori ulazak Republike Hrvatske u puno članstvo u Evropskoj uniji dodatno nameće potrebu za kvalitetnim rješavanjem edukacije budućih stručnjaka za upravljanje u zdravstvenom sustavu.

Ekonomski značaj sustava zdravstva

Prema uglednoj i dobro posjećenoj internetskoj stranici 'Visualeconomics' (www.visualeconomics.com) u razvijenim zemljama svijeta kao i u Evropskoj uniji na zdravstvo se troši između 8% (Irska; Velika Britanija) do 16% (Sjedinjene Američke Države) bruto društvenog dohotka. Po glavi stanovnika to iznosi od 2.886, 00 dolara za zemlju poput

Current health care expenditure in euro per capita by selected financing agents, 2003 and 2005												
	All financing agents (HF.1-HF.3)		General government (including social security) (HF.1)				HF.2 Private sector					
			Total HF.1		of which: Social security funds (HF.1.2)		Total HF.2		of which: Private insurance enterprises (including private social insurance) (HF.2.1 + HF.2.2)		of which: Private household out-of-pocket expenditure (HF.2.3)	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
Belgium	2576	2782	1803	1972	1564	1850	755	789	91	148	630	621
Bulgaria	173	215	106	128	52	72	67	87	0	1	66	84
Czech Republic	567	673	507	593	464	555	60	80	1	2	59	76
Denmark	2988	3362	2505	2805	0	0	483	557	24	53	434	502
Germany	2724	2792	2153	2160	1941	1951	571	632	246	264	302	345
Estonia	319	415	245	318	210	276	74	96	0	1	65	85
Spain	1414	1668	988	1185	76	78	425	483	95	111	320	360
France	2725	2949	2147	2336	2010	2187	578	613	350	380	205	210
Cyprus	919	1047	380	421	0	0	539	626	34	55	499	562
Lithuania	:	347	:	232	:	207	:	115	:	1	:	114
Luxembourg	4219	4893	3803	4428	3164	3545	416	465	76	88	296	327
Netherlands	2631	2867	1718	1858	1617	1748	908	1004	479	557	210	220
Poland	300	375	208	257	188	230	93	117	2	2	83	104
Portugal	1220	1370	887	986	11	11	332	384	53	58	272	318
Romania	120	190	93	142	76	117	24	46	5	8	19	37
Slovenia	1054	1154	768	836	746	810	286	318	144	156	132	149
Norway	:	:	2740	:	686	:	:	:	676	:	:	:
Switzerland	4468	4597	2613	2744	1812	1955	1855	1853	401	406	1410	1404
Japan	2316	:	1874	:	1507	:	442	:	7	:	416	:
United States	4936	5055	2218	2302	:	:	2718	2753	1838	1886	683	678

Tablica 1. Troškovi za zdravstvo u EU (per capita) prema izvorima financiranja (preuzeto iz EC Eurostat, Healthcare expenditure, April 2008, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthcare_expenditure)

Australije, preko 3, 847, 00 dolara u Švicarskoj odnosno do 5, 711, 00 dolara godišnje u Sjedinjenim Američkim Državama. Iz Tablice 1 vidljivo je da troškovi za zdravstvo rastu u svim zemljama EU, i to čini se brže u državnom nego u privatnom sektoru. Iako ne postoje potpuni podaci, sustav zdravstva već je danas i u Republici Hrvatskoj najznačajniji ekonomski podsustav na koji se troši gotovo dvadeset posto godišnjeg državnog proračuna ili gotovo 25 milijardi kuna. Kada bi to grubo preračunali došli bi do zdravstvene potrošnje od otprilike 1100, 00 dolara godišnje po stanovniku u Republici Hrvatskoj, u čemu s najvećim udjelom troška sudjeluju plaće za gotovo 65.000 uposlenika u zdravstvenom sektoru. Osim opće društvene uloge koju ima svaki sustav zdravstva iz prethodnih financijski pokazatelja jasna je i ekonomska uloga te gospodarski potencijal zdravstvenog sustava u svakoj organiziranoj zajednici odnosno državi, te je stoga potreba za kvalificiranim, stručnim i vještim upravljačima takovih sustava apsolutno razumljiva.

Sustav obrazovanja menadžera u zdravstvu u RH

Sustav visokoškolskog obrazovanja u Republici Hrvatskoj trenutno ne obrazuje niti izbliza dovoljno stručnjaka koji bi mogli udovoljiti stvarnim potrebama upravljanja u zdravstvu. Napose, jedini studijski programi koji se mogu naći u zemlji u zadnjih nekoliko godina svode se na poslijediplomski

master studij na ŠNZ A. Štampar, Leadership and Management in Healthcare Sector, Preddiplomski i diplomski sveučilišni studij Organizacija, planiranje i upravljanje u zdravstvu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, te Studij menadžmenta u sestrinstvu Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu. Nažalost i ovi programi, odnosno upisi u nabrojane studije ne provode se redovito i kontinuirano, pa niti ne ulazeći u brojnost, kvote, kvalitetu i organizaciju pobrojanih studijskih programa lako se da zaključiti potpuna nedostatnost sustavnog obrazovanja stručnjaka za upravljanje – menadžera – u sustavu zdravstva u Republici Hrvatskoj.

Ovdje posebice treba istaknuti da je samo na spomenutom Studiju menadžmenta u sestrinstvu Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu omogućeno i medicinskim sestrama pratiti programe menadžmenta u zdravstvu.

Međunarodni studij menadžmenta u zdravstvu (LMHS, ŠNZ A. Štampar)

Na Školi narodnog zdravlja 'Andrija Štampar', Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu od 2000. godine do 2010. godine upisane su četiri generacije u ukupnom broju od 200 studenata.

Zadnje dvije godine ne upisuju se novi studenti, a odluka za školsku godinu 2011/2012 još nije donesena. Svrha studija je implementirati program sustavne multidisciplinarne edukacije ključnog zdravstvenog

osoblja za potrebe vođenja i upravljanja zdravstvenim sustavom, njegovim podsustavima, institucijama i osobljem. Time unaprijediti funkcioniranje zdravstvenog sustava te građanima omogućiti lakši dostup bolje organiziranim i sigurnijim zdravstvenim uslugama uz racionalnije trošenje sredstava poreznih obveznika.

Cilj studija: je omogućiti studentima stjecanje teoretskih i praktičnih znanja o menadžmentu zdravstvenog sustava i zdravstvenih usluga; studentima predstaviti recentne znanstvene spoznaje u području istraživanja zdravstvenih sustava i zdravstvenih usluga ("health system research" i "health services research") te njihovu primjenu u upravljanju kliničkim procesima (clinical management) vođenju pacijenta i bolesti (disease managementu) te ključnim resursima (osoblje, objekti, programi, institucije) i procesima (financiranje, planiranje, unapređenje kvalitete) u skladu sa principima medicine temeljene na dokazima (evidence based medicine); omogućiti studentima stjecanje znanja o ponašanju građana i pacijenata u traženju zdravstvene usluge, o zdravstvenim profesionalcima, o mjestu davanja usluga, o tehnologijama i procesima pružanja zdravstvenih usluga te o mogućnostima racionalnog, organiziranog i na znanosti utemeljenog upravljanja i vođenja tim procesima.

Profesionalna i akademska titula - Magistar iz područja zdravstvenog menadžmenta.

Organizacija, planiranje i upravljanje u zdravstvu (Medicinski Fakultet, Rijeka)

Preddiplomski i diplomski sveučilišni studij Organizacija, planiranje i upravljanje u zdravstvu zamišljen je kao specijalistički studij Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci u suradnji s Ekonomskim fakultetom Sveučilišta u Rijeci. Preddiplomski studij se sastoji od 3 godine (6 semestra), a Diplomski studij traje 2 akademske godine, odnosno 4 semestra. Po završetku preddiplomskog studija student stječe titulu Akademski prvostupnik (baccalaureus, baccalaurea) organizacije, planiranja i upravljanja u zdravstvu. Kompetencije koje stječe su: poslovni tajnik zdravstvenih institucija i tvrtki pridruženih potrebama zdravstva, priprema i analiza podataka za istraživanje i planiranje u zdravstvu, kontrola i cirkulacije medicinskih informacija. Odluči li se za nastavak ovog studija, može prijeći sa sveučilišnog Studija Medicine, Stomatologije, Sanitarnog inženjerstva i istih fakulteta u Republici Hrvatskoj i inozemstvu, uz određene ECTS bodove

(180), određenih studijskim programom. Po završetku diplomskog studija student stječe titulu Magistar organizacije, planiranja i upravljanja u zdravstvu. Kompetencije koje stječe su: samostalno rukovođenje zdravstvenih institucija, odjela, klinika i tvrtki pridruženih zdravstvu, planiranje istraživanja i analize podataka u zdravstvu, rukovođenje institucija, zdravstvenog i socijalnog osiguranja institucija njege, odjela socijalne i zdravstvene skrbi lokalne uprave, odjela farmaceutskih tvrtki i proizvođača medicinske opreme te organizacija vezanih uz zdravstvo. Studij je pohađalo ili ga još pohađa od školske godine 2005/2006 otprilike sedamdesetak studenata. Točan broj studenata koji su upisali i završili ovaj studij nepoznat je autorima do trenutka predaje ovog rada.

Poslijediplomski specijalistički studij Menadžment u zdravstvu (MF, Rijeka)

Ovaj studij organizira Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci u suradnji s Ekonomskim, Pravnim i Filozofskim fakultetom Sveučilišta u Rijeci, Sveučilištem u Trstu i Maxine Goodman Levin College of Urban Affairs, Cleveland State University, USA. Poslijediplomski stručni studij organiziran kroz jednu i pol akademsku godinu (90 ECTS). Studij je namijenjen visoko obrazovanim kadrovima koji su uključeni u upravljanje zdravstvenim ustanovama, odjelima i odsjecima. Svrha studija je dobiti specijalizirano znanje usmjereno modernim metodama rukovođenja i interdisciplinarni pristup složenom sustavu kakav su zdravstvene ustanove, a završetkom studija stječe se stručni naziv specijaliste menadžmenta u zdravstvu. Točan broj studenata koji su upisali i/ili završili ovaj studij nepoznat je autorima do trenutka predaje rada.

Diplomski specijalistički studij - Menadžment u sestrinstvu (ZVU, Zagreb)

Ciljevi ovog studija koji traje četiri semestra, a čiji je nositelj Zdravstveno veleučilište u Zagrebu uz suradnju s Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu, Školom narodnog zdravlja "Andrija Štampar", Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Ekonomskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu dijele se na opće i specifične:

Opći ciljevi imaju zadaću:

- Pripremiti studenta da sposobno i odgovorno obavljaju funkciju organiziranja i upravljanja u sestrinstvu, zasnovanu na etičkim postavkama, te ga usmjeriti u stalno obnavljanje znanja i praćenje najnovijih dostignuća.

- Osposobiti studenta da obavlja poslove iz područja organizacije i upravljanja na različitim radnim mjestima koja su predviđena razinom obrazovanja. Znanja potrebna za upravljanje i organizaciju potrebno je razvijati kroz stručni i znanstveni rad, kako bi se postigli najviši standardi prakse.
- Osposobiti studenta za timski rad i suradnju sa svim stručnjacima uključenim u sve oblike organizacije i upravljanja u sustavu zdravstvene zaštite

Specifični ciljevi će kod studenta razviti:

- Specifična znanja, vještine i stavove potrebne za rad u sustavu upravljanja i organizacije u sestrinstvu
- Znanja, vještina i stavove za mogućnost dobre procjene potreba zdravstvene organizacije ili njenog posebnog dijela (sestrinstva), za izbor najbolje strategije razvoja, upravljanja, koordinacije i evaluacije zdravstvene njege u različitim situacijama, i na različitim radnim mjestima.
- Znanja, sposobnosti i stavove potrebne za rad na promjenama unutar društvene zajednice u svrhu promicanja zdravlja i kvalitete zdravstvene njege
- Vještinu kritičke analize, sinteze i evaluacije poslova vezanih uz organizaciju i upravljanje
- Sposobnost donošenja odluka u/ ili o postupcima u zdravstvenoj njezi u nepredviđenim okolnostima
- Sposobnosti prepoznavanja i određivanja prioriteta kod složenih problema, te pronalaženja mogućih puteva za njihovo rješavanje

Završetkom studija stječe se 120 ECTS bodova i naziv specijalista menadžmenta u sestrinstvu.

Diplomski specijalistički studij Menadžment u sestrinstvu na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu je od školske godine 2005/2006 do sada (2011 g.) pohađalo ili pohađa 211 studenata, od kojih je preko 100 diplomiralo. Planiran je upis nove generacije studenata za školsku godinu 2011/2012.

Studiji Menadžmenta u zdravstvu u Evropskoj uniji

Ne postoji integralni popis svih studija Menadžmenta u zdravstvu u Evropskoj uniji, čemu doprinosi i različitost programa studija, ali i samih naziva pojedinih programa, no radi se o izuzetno brojnim studijima i studijskim programima na jednako brojnim visokim učilištima u gotovo svim zemljama Evropske unije.

Prema bolonjskom procesu radi se o diplomskim i poslijediplomskim studijskim programima honoriranim odgovarajućim brojem ECTS-a koji se izvode na raznim sveučilištima u većini zemalja EU.

Primjera i jednostavnosti radi ovdje ćemo navesti samo IZBOR najčešćih naziva studija odnosno studijskih programa, odnosno ustanove (učilišta) gdje se izvode :

MASTER STUDIJI/PROGRAMI

- MBA in Healthcare Management, MBA, Brunel University
- MBA International Health Care Management, University of Aberdeen

Business School

- International Health Care Management Economics and Policy, SDA Bocconi School of Management
- Public Health: Healthcare Policy, Innovation and Management, M.Sc., Maastricht University
- Health Care Management, M.Sc., University of Surrey
- Healthcare Governance, Loughborough University
- Health Economics, Policy and Law, M.Sc. ; Erasmus University Rotterdam,
- International Hospital & Healthcare Management, MBA, Frankfurt School of Finance & Management
- International Healthcare Management, MBA, University of Aberdeen
- Executive MBA Healthcare Management, MBA, Munich Business School
- Health Services Management, M.Sc., University of Dublin Trinity College
- Leadership for Health Services Improvement, M.Sc., University of Birmingham
- MSc Healthcare Management, Manchester Business School
- MA in Health Economics, Policy and Management, University of Oslo

BAKALEURATSKI I DRUGI PROGRAMI

- Health Care Management (B.Sc.), Hochschule Niederrhein University of Applied Sciences – Krefeld
- Nonprofit, Social & Health Care Management (B.A.), MCI Management Center Innsbruck
- Process Management in Health Care PMG (B.A.), Upper Austria University of Applied Sciences

- Health Combined Degrees, University of Greenwich – London
- Medicine, B.Sc., Pompeu Fabra University
- Nursing, Tampere University of Applied Sciences
- Biotechnology (Enterprise) (B.Sc.), The University of Manchester – Manchester
- Bachelorstudiengang Biopharmaceutical Science (B.Sc.), Provadis School of International Management and... – Frankfurt
- Bachelor of Science in Physiotherapy (B.Sc.), Bern University of Applied Science – Berne
- Bachelor of Business Administration (Public Health) (BBA), Windesheim University of Applied Sciences – Zwlle
- Medizinpädagogik (B.A.), BSP Business School Potsdam – Potsdam
- BTEC HND in Health and Social Care, OPAL College London
- Executive Specialized Master in Healthcare Management, Hospital Management, ESCP EUROPE
- Health Care Management Pre-Master's Diploma, International College Wales Swansea

Posebno i dodatno se mogu istaknuti brojni kraći ili duži obrazovni programi izuzetno popularni u zemljama EU (a naročito u Velikoj Britaniji i SAD) namjenjeni usavršavanju profesionalaca koji već rade u sustavu zdravstva ili se to spremaju, poput:

- Leadership in Healthcare Practice, University of Bedfordshire
- Leadership and Management (Health and Social Care Services, University of Chichester
- Health Promotion and Management, University of Brighton
- Leadership for Healthcare Improvement, University of Derby
- Leadership in Health and Well-Being, University of Portsmouth

Samo jedna internetska stranica specijalizirana za pretrage studija biznisa (MBA) [studybusinessmasters](http://www.studybusinessmasters.com) (www.studybusinessmasters.com) nudi čak 89 različitih programa od master studija do treninga i tečajeva na respektabilnim sveučilištima iz šireg područja upravljanja i vođenja u zdravstvu.

Različito nazivlja studija reflektira i različitosti u studijskim programima, trajanju studija, kao i u nazivima akademskih titula, a posljedični i važnije i očekivanim kompetencijama koje se stiču završet-

kom studija. Posljedice su to ne samo različitosti u kulturi i organizaciji visokoškolskog obrazovanja, nego značajnije različitosti zdravstvenih sustava koje djeluju unutar zemalja EU, te potrebama koje iz toga proizlaze, kao i različitosti programa unutar osnovnih biomedicinskih struka koji se bave javnim zdravstvom, menadžmentom i administracijom. Istovremeno brojnost i različitost ponuđenih programa ukazuje na potrebe koje postoje u društvu za obrazovanjem takovih i sličnih profila stručnjaka.

Umjesto zaključka

Različito, brojnost, raširenost i ukupna prisutnost studijskih programa iz područja zdravstvenog menadžmenta u zemljama EU jasno je vidljiva već i iz prikazanog izbora diplomskih i poslijediplomskih studija, te najrazličitijih specijalnih obrazovnih programa. Veliki broj učilišta u različitim zemljama koje nude programe iz zdravstvenog menadžmenta, kao i veliki broj internetskih stranica koje se bave tim studijima ukazuju na popularnost istih. Ukupni brojevi kako studenata tako i programa nisu bili predmet interesa autora, već je to bila razlika koja se uočava između brojnosti i raznolikosti programa u EU u odnosu na Republiku Hrvatsku. Vrlo vrijedne, ali ipak skromne opcije (pobrojane u ovom radu) koje su na raspolaganju hrvatskim studentima i djelatnicima u zdravstvenom sustavu koji imaju potrebu za usvajanjem ovih specifičnih znanja i vještina, te žele u domovini studirati zdravstveni menadžment trebalo bi stoga proširiti, prije svega radi rastućih potreba za vođenjem i upravljanjem koje ima hrvatsko zdravstvo, ali i društvo u cjelini.

Literatura

1. Bruce Bartlett, Health Care: Costs And Reform, 07.03.2009., <http://www.forbes.com/2009/07/02/health-care-costs-opinions-columnists-reform.html> (29.01.2011.)
2. EC Eurostat, Healthcare expenditure, April 2008, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthcare_expenditure (10.02.2011)
3. ESCP EUROPE, <http://www.escpeurope.eu/escp-europe-programmes/executive-specialized-masters/ems-healthcare-management-hospital-management> (29.01.2011.)
4. Master Programme Leadership and Management of Health Services, [http://lmhs.snz.hr/hr/\(29.01.2011.\)](http://lmhs.snz.hr/hr/(29.01.2011.))

5. Medicinski fakultet Rijeka, 26. 03. 2010., <http://www.medri.uniri.hr/studiji/index.htm>, (30.01.2011.)
6. NationMaster.com, Health Statistics > Total expenditure on health as % of GDP http://www.nationmaster.com/graph/hea_tot_exp_on_hea_as_of_gdp-health-total-expenditure-gdp (31.01.2011.)
7. Studybusinessmasters.com, <http://www.studybusinessmasters.com/courses/healthcare/9/> (30.01.2011.)
8. Studyportals.eu, Bachelorsportal.eu, <http://www.bachelorsportal.eu/> (29.01.2011.)
9. Studyportals.eu, Mastersporta.eu, <http://www.mastersportal.eu/> (29.01.2011.)
10. Visualeconomics, http://www.visualeconomics.com/healthcare-costs-around-the-world_2010-03-01/ (29.01.2011.)
11. Zdravstveno veleučilište, Menadžment u sestrinstvu, <http://www.zvu.hr/studij/management/management.htm> (29.01.2011.)

AUTONOMIJA U SESTRINSTVU

Sažetak

Kronološki gledano sestrinstvo se je u svijetu razvijalo od poluprofesije do profesije s refleksivnim razvojem i u našoj zemlji. Specijalna znanja i vještine stečena obrazovanjem, osposobljenost za primjenu tih znanja i vještina u interesu drugih pod vodstvom visokih etičkih standarda glavne su postavke sestrinske profesije i omogućavaju stalnu evoluciju. Evoluciju svake profesije omogućavaju autonomija, altruizam, edukacija u cilju profesionalnog razvoja svih članova. Autonomija je esencijalni element profesionalnog statusa i definira se kao postojanje kontrole, pravo i mogućnost samoodređenja, pravo na odluku i slobodu izbora. Studije, istraživanja koja su do sada rađena o profesijama, o sestrinskoj i ostalih zdravstvenih djelatnika indiciraju autonomnost kao značajan čimbenik u izražavanju zadovoljstva poslom.

U mnogim slučajevima, karakteristike, obilježja odjela, radnog mjesta uvelike doprinose percepciji autonomnosti. Percepcija autonomnosti medicinskih sestra pod utjecajem je osobnih karakteristika svake osobe i utjecajem strukturalnih obilježja radnog mjesta, a manifestira se kroz proces edukacije, upravljanje i donošenje kliničke prosudbe.

Ključne riječi: autonomija, medicinske sestre, sestrinska praksa, profesija, edukacija, upravljanje, klinička prosudba

Uvod

Autonomija je temeljni princip poštovanja osobe, primarni moralni princip. Florence Nightingale kao utemeljica sestrinstva, govori o sestrinstvu kao profesiji. Sve vodeće med. sestre na početku 20. stoljeća željele su da se sestrinstvo prepozna kao profesija. Još su davne 1899. god. udruga med. sestara iz Australije ATNA (Australian Trained Nurses Association) i Engleske (College of Nursing) koristile su termin sestrinska profesija (Chiarella, 2002). U pokušajima da definira profesiju Abraham Flexner je 1915. godine identificirao 8 kriterija za profesiju.

Kriteriji za profesiju prema Flexneru (Chiarella, 2002):

1. Svaka profesija uključuju esencijalne intelektualne operacije ukomponirane u značajnu individualnu odgovornost.
2. Osim neprestanog obnavljanja znanja u svakodnevnom radu, stalno treba usvajati nova znanja, činjenice kroz edukaciju i istraživanja
3. Usvojena znanja osim akademskih i teoretskih, moraju biti i praktična.
4. Komunikacija unutar profesije i otvorenost ka različitim disciplinama
5. Samoorganiziranje, aktivnosti, obaveze i odgovornosti koje kompletno uključuju pripadnike u razvijanju grupne svijesti.
6. Profesionalna odgovornost javnim interesima, briga o pojedincu, sprječavanje socijalne izolacije i zadovoljenje socijalnih potreba pojedinca.
7. Postojanje etičkog kodeksa koji je jasan i prihvatljiv.
8. Pružanje zadovoljstva i financijske satisfakcije pripadnicima profesije.

Flexnerove postavke dovele su do razvoja definicije profesije. Danas se profesija najčešće definira kao grupa pojedinaca koji slijede visoke etičke standarde, prihvaćena je od javnosti, posjeduje specijalna znanja i vještine stečene obrazovanjem na visokoj razini i osposobljava pojedince za primjenu tih znanja i vještina u interesu drugih.

Pod profesionalnom kvalifikacijom podrazumijeva se "posjedovanje, na određenoj razini, znanja potrebnih pojedincu koji se bavi nekim zanimanjem". Prema standardu Afnor X50-750 razina kvalifikacije je i "mjesto pojedinca na mjernoj ljestvici koja znanje i umješnost u jednom zanimanju (ili u skupini sličnih zanimanja) dijeli u različite funkcije. Razina kvalifikacije uzima u obzir znanja pojedinca (osobito tehnička), složenost poslova za koje odgovara i stupanj njegove autonomnosti, odlučnosti i sposobnosti anticipacije." Riječ je o vrlo osebujnom pojmu

i teško je točno odrediti nečije mjesto na ljestvici. Zato treba uzeti u obzir tri spomenuta, očito heterogena, elementa: znanja (tehnička), relativno objektivna i vidljiva, pa zato i mjerljiva; razinu složenosti različitih preuzetih odgovornosti. Tri osobine profesionalnih kvalifikacija su autonomnost, odlučnost i anticipacija, odlike su koje su po svojoj prirodi teško mjerljive, ali uvelike definiraju profesiju.

Karakteristike profesije uključuju vještine temeljene na teorijskom znanju, formalni vid obrazovanja, profesionalna udruženja, mogućnosti provjere kompetencija, proces uvođenja u profesiju (indukcija), profesionalni razvoj, licenciranje, altruizam, autonomiju i etički kodeks profesije. Komparirajući Flexnerova stajališta i današnje karakteristike profesija evidentno je proširivanje i nadopunjavanje profesionalnih karakteristika kako bi se svaka profesija mogla što bolje izdiferencirati i pronaći svoje mjesto.

Profesija i sestrinstvo

Početkom 20. stoljeća, ali posebno u drugoj polovici 20. st. razvoj sestrinske profesije nastojao je slijediti Flexnerove odredbe o profesiji sa značajnim pomacima u području autonomije. Autonomija je bazirana na znanju i ekspresivna je snaga profesije. U skladu s profesionalnom autonomijom kontroliraju se uvjeti, standardi prakse, profesionalni autoritet u domeni opasne i kritične ljudske aktivnosti skrbi za bolesne osobe. Vještine i znanje medicinskih sestra u 20. st. sve više dolaze do izražaja, rastu edukacijski standardi i profesionalizam. Sestrinstvo je profesija koja uključuje specijalna znanja i vještine. Danas u sestrinskoj profesiji imamo medicinske sestre s različitim razinama obrazovanja, od srednjoškolske naobrazbe do doktorata znanosti. Unutar sestrinske profesije mora postojati mehanizam samoregulacije, ulazak u sestrinsku profesiju mora biti reguliran od strane regulatornog tijela, medicinske sestre trebaju kontrolirati standarde sestrinske prakse s ciljem razvoja kvalitete skrbi i osiguranja profesionalnog razvoja. Kliničko sestrinsko znanje, ekspertiza trebaju imati mjesto i značaj u medicini u donošenju kliničkih odluka. Vodeće medicinske sestre u svijetu nastojale su regulirati profesiju kroz regulatorna (zakoni, komore), edukacijska (studijski programi –dodiplomski, diplomski i poslijediplomski) i administrativna tijela, kao i kroz sudjelovanje u donošenju kliničkih odluka. Razvoj standarda sestrinske prakse prioritet je od 1952.godine, a začetnica te ideje bila je Nightingale Pladge. Održanje standarda moguće je kroz provo-

đenje edukacije i očuvanje moralnih standarda. Temeljem tih postavki International Council of Nurses izdaje Etički kodeks medicinskih sestara 1953. god., sa amandmanima 1965.godine, 1973.godine i 1989.godine kao glavnim vodičem u profesiji. U području upravljanja sestrinska profesija je u svijetu održala svoju upravljačku liniju u sestrinstvu, u području zdravstvene njege, ali i ne značajniju poziciju unutar zdravstvenog financijskog sustava. Kronološki gledano sestrinstvo je bilo vezivano sa formalnim teoretiziranjem ženskih poslova, kasnije je vezivano sa znanstvenom disciplinom, sa sličnim karakteristikama kao medicina, samo različitim sadržajima i u zadnjoj etapi, sestrinstvo je znanstvena disciplina bazirana na istraživanjima.

Manifestiranje autonomije u sestrinstvu

Profesionalni razvoj sestrinske profesije započeo je velikim dijelom u Sjedinjenim Američkim Državama, a jedan od razloga je bila usmjerenost na tercijarni sektor. Razvoj medicine i tehnologije i razvoj zdravstvene njege, posebno progresivne zdravstvene njege doveli su značajnih pomaka u razvoju profesionalne autonomnosti. Autonomija se u sestrinstvu manifestira kroz područje edukacije, upravljanja i kliničkog prosuđivanja. Razvoj sestrinskog kurikulumu i formalnog obrazovanja počinje još od Florence Nightingale. U počecima sestrinski kurikulum je obuhvaćao znanje i aktivnosti o održavanju higijene pacijenta i prevenciji infekcija. Do 50. i 60. ih godina 20. stoljeća zdravstvena njega je bila orijentirana prema bolesti, a ne prema bolesniku. U drugoj polovici 20. stoljeća razvojem progresivne zdravstvene njege, definiranjem i primjenom teorija zdravstvene njege (Henderson, 1969) usmjerenih na potrebe bolesnika mijenja se cjelokupni princip skrbi. U isto vrijeme Američka udruga medicinskih sestara svoj Etički kodeks koji je bio usmjeren na odanost prema liječnicima preformulirala je na odanost prema pacijentima. U periodu od 1970- 1980. mijenjaju se kontinuiteti skrbi. Teorije zdravstvene njege fokusirane su na odnos medicinska sestra – pacijent, mijenja se metodologija zdravstvene njege u znanstvenu formu. Na kraju 20. st. uvelike se prepoznaje jedinstveni profesionalni doprinos medicinskih sestara u provođenju zdravstvene njege, vidljiv i kroz istraživanja, edukaciju i u mnogim zemljama kroz političko djelovanje. Područje kliničke prosudbe je najosjetljivije područje u sestrinstvu i odlučivanje medicinskih sestara u tom segmentu je limitirano. Osjetljivost medicinskih sestara na potrebe pacijenta i prepoznavanje

tih potreba utječe na kliničko prosuđivanje i pomaže u sagledavanju procesa liječenja s drugog aspekta i ponekad dovodi u pitanje svrsishodnost i potrebu provođenja istog, što se u velikom broju slučajeva reflektira na odnose unutar tima. Razvojem profesije od 1980. godine i na tom području učinjeni su znatni pomaci. Sestrinstvo je autonomna profesija koja može očuvati svoj identitet i u upravljačkom segmentu, svakodnevno organizirajući provođenje zdravstvene njege, sudjelujući u organiziranju rada zdravstvenih ustanova i cjelokupnog zdravstvenog sustava kao i mogućnost sudjelovanja u donošenju političkih odluka. U mnogim zemljama taj upravljački dio je na zavidnoj razini, dok u mnogim zemljama možemo govoriti o počecima.

Elementi koji doprinose dobroj sestrinskoj praksi, ali i razvoju profesije su edukacija, organizacijski modeli rada, metode rada, sestrinska terminologija i klasifikacije sestrinske prakse, dokumentacija, informatizacija cjelokupnog sustava, metodološki pristup radu i istraživanju. U proteklih 20 godina i u našoj zemlji su učinjeni značajni profesionalni pomaci u razvoju autonomije u sestrinstvu. Devedesetih godina mijenja se sestrinski kurikulum, uvodi se kolegij « Proces zdravstvene njege » i područje zdravstvene njege se počinje u teorijskom dijelu usmjeravati prema bolesniku sa značajnim pomacima i u praksi. 2003. godine sukladno odredbama Zakona o sestrinstvu i Zakona o zdravstvenoj zaštiti osnovana je Hrvatska komora medicinskih sestara kao strukovna i samostalna organizacija medicinskih sestara sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima, koja

vodi registar medicinskih sestara, daje, obnavlja i oduzima odobrenja za samostalan rad i provodi stručni nadzor nad radom medicinskih sestara. Hrvatska komora medicinskih sestara izdaje i novi Etički kodeks 2005. godine. Promjenama u obrazovnom sustavu, uvođenjem Bolonjskog procesa 2005. godine omogućava se medicinskim sestrama stjecanje novih znanja i vještina na dodiplomskoj i diplomskoj razini na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, kao i generiranje novih profila struč-

njaka unutar same profesije u području edukacije i upravljanja. Radna skupina medicinskih sestara pri Hrvatskoj komori medicinskih sestara izradila je 2006. godine i Razvrstavanje pacijenata u kategorije ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom. U izradi su i standardi sestrinske prakse kao još jedan značajan pomak u razvoju sestrinske prakse i sestrinske profesije.

Zaključak

Razvoj profesije i profesionalnih karakteristika ovisi o samim članovima, pripadnicima te profesije. Pravac razvoja sestrinstva kao profesije trebao bi biti usmjeren u nekoliko različitih područja, a to su samoreguliranje, definiranje i uspostava standarda, razvoj edukacije i istraživanja, te uspostava upravljanja i kliničkog autoriteta. Postoji jasna poveznica između autonomnosti i odgovornosti, ako pripadnici određene profesije žele biti autonomni moraju preuzeti odgovornost za svoje postupke i rezultate svog djelovanja, odgovornost je primarna posljedica autonomnosti. Autonomija na radnom mjestu i profesionalna autonomija vode ka zadovoljstvu medicinskih sestara na radnom mjestu, zadovoljstvu što su pripadnici te profesije, što rezultira i vlastitim angažmanom u razvijanju i promoviranju iste.

Literatura

1. Chiarella, M.(2002). The legal and professional status of nursing. Edinburgh: Churchill Livingstone
2. Cherry, B., Jacob.S.(2005). Contemporary Nursing. St.Louis: Mosby
3. Donahue, P.(1996). Nursing The Finest Art. St.Louis: Mosby
4. Fučkar, G.(1996). Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju

Internet stranice:

»Nurse« <http://en.wikipedia.org/wiki/> (11.02.2011.)
»Accountability, autonomy and standards« <http://www.nursingtimes.net> (10.02.2011.)

HRVATSKO SESTRINSTVO NA POČETKU 21. STOLJEĆA

Sažetak

Na početku 21. stoljeća sestrinska struka u Republici Hrvatskoj u smislu obrazovanja ima najveće mogućnosti u svojoj povijesti. Hrvatsko sestrinstvo u ovom stoljeću konačno je postalo zakonom regulirana struka odnonsa, to je struka koja je regulirana posebnim zakonom. To je struka koja ima svoje strukovno regulacijsko tijelo i brojne stručne asocijacije, točnije dvadesetak stručnih asocijacija u obliku udruga, udruženja i društava. Domaće sestrinske udruge i udruženja kao i Hrvatska komora medicinskih sestara participiraju u radu brojnih međunarodnih sestrinskih asocijacija. Obrazovanje medicinskih sestara postupno se usklađuje s propisima Europske unije, a sestrinska struka priprema se za ulazak Republike Hrvatske u Europsku uniju. Sestrinstvo u Hrvatskoj poprima obilježja profesije. Na prvi pogled moglo bi se zaključiti kako je u hrvatskom sestrinstvu sve idealno i gotovo idilično. Međutim, problema i nedorečenosti ima još jako puno. O standardima obrazovanja, rada cjelokupnog profesionalnog djelovanja i razvoja sestrinske struke još uvijek odlučuju različite institucije vlasti i to uglavnom pod utjecajem različitih interesnih skupina i lobija na nivou dnevno-političkih težnji, a argumentirana mišljenja i težnje struke ne samo da se nedovoljno uvažavaju nego se i ignoriraju. Obrazovanje medicinskih sestara još uvijek nije jasno definirano. O modelu i kvaliteti obrazovanja suvereno odlučuju različita ministarstva i obrazovne institucije, a sestrinska struka nekritično poštuje i izvršava takve odluke. Unatoč obrazovanju medicinskih sestara na diplomskoj razini, osim u rijetkim slučajevima, u sistematizacijama radnih mjesta zdravstvenih ustanova i drugih institucija nisu definirana radna mjesta za prvostupnice, a naročito nisu prepoznate diplomirane medicinske sestre. Prvostupnice se još uvijek tretiraju kao više medicinske sestre, a diplomirane medicinske sestre ne mogu dobiti radna mjesta koja im pripadaju su-

kladno obrazovanju. Poslodavci nemaju zakonsku obvezu poštovati razinu obrazovanja medicinskih sestara kako u sistematizaciji tako niti u vrednovanju rada. U praksi su prisutni još brojni primjeri da zdravstvenom njegom upravljaju medicinske sestre s bazičnim obrazovanjem, a da u njihovim timovima kao neposredni izvršitelji rade medicinske sestre s trogodišnjim ili diplomskim stručnim studijem. Naravno da niti koeficijenti složenosti poslova nisu na tragu priznavanja stupnja obrazovanja. Ovo posljednje ima posebnu težinu uz činjenicu da troškove svog obrazovanja medicinske sestre snose same, da se obrazuju uz rad i to nerijetko uz brojne barijere koje im postavljaju uprave ustanova u kojima imaju zasnovan radni odnos. U svjetlu aktualnih kretanja govoriti o sestrinstvu kao profesiji bilo bi gotovo neozbiljno. Struka, iako najbrojnija grupacija u zdravstvu, nema svoju autonomiju. Visoko obrazovanje nije jasno definirano, a trenutna diplomatska razina obrazovanja medicinskih sestara nema perspektivu u smislu zapošljavanja kadrova. Ukoliko se u obzir uzme i činjenica da su na scenu stupili i sveučilišni studiji sestrinstva, perspektiva medicinskih sestara koje su diplomirale na stručnim studijima još je više upitna, a postavlja se i pitanje perspektive medicinskih sestara koje će se obrazovati na akademskoj razini. Jednako tako upitan je i znanstvenoistraživački rad u sestrinstvu s obzirom na promociju i financiranje. Generalno gledajući, hrvatsko sestrinstvo nalazi se na vrlo složenom raskršću putova napretka. Nedostatak imanentnog profesionalnog djelovanja i etičkog intelektualizma onemogućava struku da sama odlučuje o svom razvoju, da se transformira iz poluprofesije u profesiju i stekne monopol koji će štiti jedinstvenim i kvalitetnim visokim obrazovanjem. Sestrinska struka u Hrvatskoj ima dovoljno kadrovskih resursa, stručnih i povijesnih iskustava za stvaranje vlastite strategije razvoja i njezine implementacije u praksi.

INFORMATIČKI ASPEKTI PRIMJENE SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U PRAKSI

Ključne riječi: sestrinska struka, poluprofesija, profesija, strategija

Sestrinstvo i informatika

„U Boga vjerujemo. Svi ostali moraju koristiti dokaze.“ (1) Medicinske sestre koriste podatke na svim radnim mjestima, posebice u odlučivanju u zdravstvenoj njezi, te za potrebe rukovođenja. (2) Prikupljanje podataka je neophodno za unaprjeđenje kvalitete i upravljanje ishodima. Podaci su medicinskim sestrama potrebni kako za kliničke tako i za upravljačke odluke. (3) Smatra se da opstanak profesije ovisi o prikupljanju podataka, njihovoj analizi i uvođenju promjena temeljenih na znanjima dobivenim analizom. (4) Medicinske sestre imaju središnju i ključnu ulogu u prikupljanju i obradi podataka u zdravstvenom sustavu. (5)

S obzirom da se medicinske sestre u svom radu sreću sa velikom količinom podataka potrebno je voditi brigu o ispravnosti i potpunosti tih podataka. Treba naglasiti važnost kvalitete podataka kojima se sestre koriste. Krivi podaci, kao i podaci koji su nesuvisli, su ne samo nevažni, već mogu biti štetni. (1 ibidem)

Danas je upravljanje informacijama u sestrinstvu postalo neophodno. Primjena kompjutera omogućuje precizniju, izvodljiviju i bržu analizu, što je prednost, jer omogućava bolje donošenje odluka, bolje upravljanje i unaprjeđenje kvalitete. Sve su to je razlozi zbog kojih su medicinskim sestrama potrebna znanja, vještine i oprema da mogu koristiti informatiku i upravljati podacima zbog ostvarenja bolje kvalitete i uspješnosti rada. (3 ibidem)

Važnost informatike u radu medicinskih sestara

Proces zdravstvene njege, kao okvir rada sestrinske prakse, pretpostavlja sistematičan pristup u rješavanju pacijentovih problema i dokumentiranje tijekom cijelog procesa. (6)

Dobar odabir podataka, pohranjivanje i analiza su preduvjet da brojni podaci postanu važne informacije koje medicinske sestre koriste u procesu zdravstvene njege, ali i u organizaciji rada medicinskih sestara. Informacije iz zdravstvene njege su potrebne medicinskim sestrama, ostalim zdravstvenim djelatnicima, široj zajednici, ali i njihovim pacijentima. Sestrinska dokumentacija se koristi kod primjene procesa zdravstvene njege, praćenja stanja bolesnika, vrednovanja sestrinskog rada.

Informatika kombinira kompjuterske i informacijske znanosti. Kompjuteri su alat koji upravljaju složenošću, kontroliraju i koordiniraju velike količine podataka. (5 ibidem)

Informatika u sestrinstvu se definira kao upravljanje i obrada sestrinskih podataka. (7) Ona uključuje upravljanje informacijama da se olakša sestrinski rad, edukacija, administracija i istraživanje. (8) Učinkovita istraživanja su ona koja povezuju probleme iz zdravstvene skrbi, intervencije, ciljeve i troškove analizirajući velike količine podataka.

Informacijski sustav povezuje sustav za prikupljanje, pohranjivanje, ponovno korištenje i obradu prikupljenih podataka. Pohranjeni podaci koji se pretvaraju u korisno znanje koriste se za upravljanje i kontrolu resursa, te korištenje tih resursa za specifične ciljeve. (9) Taj sustav predstavlja kombinaciju opreme, programa i ljudi zbog ispunjenja specifičnih zadataka. (2 ibidem) Neophodan je ljudima koji upravljaju za donošenje odluka. Može se koristiti i za prikupljanje kliničkih podataka vezanih uz direktnu njegu i upravljanje procesom zdravstvene njege. Povezan je s drugim podacima kao što su laboratorijski nalazi, propisana terapija, vitalni znaci. Pri tome su opisni zapisi manje zastupljeni.

Klinički informacijski sistem se može koristiti za praćenje indikatora kvalitete, neželjenih događaja, pridržavanja standarda i pronalaženje potencijalnih problema. (3 ibidem)

Može se konstatirati da potrebe medicinskih sestara za podacima obuhvaćaju nekoliko kategorija. To su: podaci vezani uz skrbi za bolesnika, sestrinski kadar, administrativni i organizacijski podaci, te znanja dobivena istraživanjem za praksu utemeljenu na dokazima.

Primjena informatike u sestrinskoj dokumentaciji kroz povijest

Dokumentacija se koristi kroz cijelu ljudsku povijest, a zapisi o sestrinskim intervencijama se nalaze čak i na papirusu u starom Egiptu. Indijski zapisi opisuju osobine sestara i vještine koje su im potrebne. (6 ibidem) Kroz povijest se sestrinska dokumentacija slabo spominje jer sestrinske vještine kao: kupanje, pranje, hranjenje, nisu smatrane kao značajne i često nisu spominjane. Za Florence Nightingale takvi su podaci bili od iznimne važnosti. Noću je zapisivala podatke prikupljene tokom dana, inzistirala je na izvješćima na osnovu kojih je planirala i organizirala rad sestara. (10) Virginija Henderson se također zalagala za kontinuirano bilježenje podataka. I ona naglašava važnost dokumentiranja. Primjeni sestrinske dokumentacije posvećuje se veća pažnja uvođenjem procesa zdravstvene njege.

Potreba za dokumentiranjem u zdravstvenoj njezi dolazi do izražaja sredinom 20. stoljeća kad je osnovano Vijeće za zdravstvenu njegu i Odjel za sestrinstvo pri ICN-u, koji se između ostalog usmjeravaju vođenju dokumentacije o izučavanju raznih vidova zdravstvene njege. (31)

Važnost i potreba za dokumentiranjem u sestrinstvu u Republici Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj se ističe i potreba za centraliziranim informacijskim sustavom koji će objediniti sve strukture zdravstva. Naglašava se potreba za povezanošću svih procesa unutar i izvan ustanove u jedinstven informacijski zdravstveni sustav. (11) Potreba za informatizacijom javlja se u svim dijelovima zdravstvenog sustava, pa i u sestrinstvu. Dolazi do prelaska sa papirnatih zapisa na iste takve zapise u digitalnom obliku. To za medicinske sestre predstavlja veliki izazov.

Nakon osnivanja Hrvatske komore medicinskih sestara i donošenja Zakona o sestrinstvu medicinske sestre imaju i zakonsku obavezu vođenje sestrinske dokumentacije. Komora je izradila Sestrinsku listu i Kategorizaciju pacijenata. Primjenom Sestrinske liste prikupljaju se podaci o određenom bolesniku i prilagođavaju sestrinske intervencije njegovim po-

trebama. Kategorizacijom bolesnika dobiva se uvid u njegove potrebe za zdravstvenom njegom i na taj način se nastoji pravilno raspodijeliti sestre sukladno potrebama.

Zakon o sestrinstvu koji propisuje standarde obrazovanja, prakse, te dužnosti medicinskih sestara, između ostalog navodi da je medicinske sestra obavezna voditi sestrinsku dokumentaciju kojom se evidentiraju svi postupci provedeni tijekom dvadeset i četiri sata. Zakon definira sestrinsku listu kao «skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege». (12)

Sestrinstvo kao profesija ima svoje područje rada i odgovornosti, sustav obrazovanja, potrebu za provođenjem istraživanja u sestrinstvu i primjenu znanja dobivenih istraživanjima. U svom radu medicinske sestre slijede visoke etičke principe i teže napretku obrazujući se na visokoj razini. U brojnim zdravstvenim sustavima one posjeduju potpunu autonomiju u području zdravstvene njege.

Sve su to razlozi zbog kojih je potrebna kontinuirana evaluacija sestrinske profesije i stalno podizanje kvalitete zdravstvene njege. Za dobru evaluaciju je potrebna kvalitetna dokumentacija. Pojedini autori navode da je dokumentacija podupiranje neke tvrdnje dokumentima, dokazivanje pisanim svjedočanstvima. (13)

Vidljivo da je sestrinska dokumentacija ima stručne i zakonske aspekte. Ona je definirana kao skup dokumenata koje sestra koristi za zapisivanje ili ispunjavanje podataka o svojim postupcima tijekom procesa zdravstvene njege. Ima za cilj sustavno praćenje stanja pacijenta, planiranje, vrednovanje kontroli postignutog, a ne samo učinjenog. (14, 15) Važno je da obuhvaća specifičnosti procesa zdravstvene njege i podržava holistički pristup pacijentu. Procjena, trajno praćenje, revizija planiranog zahtjeva kontinuirano dokumentiranje. (1 ibidem) Sestrinska dokumentacija može biti dokaz primjene znanja, vještina, kritičkog mišljenja, te pridržavanja standarda sestrinske prakse. (16) Može se koristiti za medicinsko pravne analize, a osim toga ona znatno olakšava rad svim uključenim u zbrinjavanje pacijenta.

Izvori znanja koji koriste medicinske sestre, osim njihovog osobnog znanja i iskustva, mogu biti: znanja njihovih kolegica, pravila ustanova, ali najučinkovitija su znanja utemeljena na dokazima. S obzirom da je sestrinska profesija u razvoju, i potrebno joj je kontinuirano obrazovanje i napredovanje, neophodna su istraživanja u sestrinstvu i znanja

utemeljena na dokazima. Metodologija sestrinstva utemeljenog na dokazima obuhvaća traženje informacija, kritičku prosudbu, sažimanje informacija i njihovu primjenu u svakodnevnoj praksi, te ocjenu ishoda. (17)

Na žalost, postoje brojne prepreke vezane uz primjenu sestrinske dokumentacije, pa tako i uz njenu primjenu i u Republici Hrvatskoj. Te prepreke mogu biti osobne prirode, ali i organizacijske.

Dokumentacija u sestrinskom menadžmentu

Sestrinska dokumentacija ima važnu ulogu i u sestrinskom menadžmentu. Menadžment je definiran kao proces rada se i pomoću drugih kako bi se ostvarili ciljevi organizacije. On uključuje: planiranje, organiziranje, vođenje, upravljanje ljudskim potencijalima, te kontrolu. (18) Pokazatelji kvalitete zdravstvene njege, standardi i kriteriji vezani uz pokazatelje, pomažu sestrama uočavati važna područja vlastita djelovanja. (19) Korištenje pokazatelja zdravstvene njege, uz primjenu sestrinske dokumentacije, prioritet je ne samo zbog procjene kvalitete, već i dokaza o postignuću ciljeva i učinkovitosti zdravstvene njege. U zdravstvenoj njezi potrebni su pokazatelji koji mjere sigurnost, kompetencije medicinskih sestara, procedure, učinkovitost, efikasnost i kontinuitet zdravstvene njege. Kontinuirani proces mjerenja i uspoređivanja s najboljima pretpostavlja «benchmarking» u zdravstvenoj njezi. (18 ibidem) Bilježenje podataka u sestrinsku dokumentaciju nužno je za provjeru i usporedbu, te kvalitetnu raspodjelu resursa u zdravstvenoj njezi.

Važna prednost dokumentacije u sestrinstvu je i u njenom utjecaju na organizacijsku strukturu sestrinstva. Sustavi podrške u zdravstvenoj njezi osiguravaju mehanizme za razvoj organizacijske kulture i strukture sestrinske službe. Sestrinska dokumentacija uz standardne operativne procedure, je izvor podataka za izračun potrebnog vremena za direktnu i indirektnu njegu. Ako su sestrinske intervencije opisane, primjereno evidentirane olakšana je kontrola i procjena kadra potrebnog za njihovo izvođenje. (20)

Informatizacija zdravstvenog sustava

Devedesetih godina prošlog stoljeća je u Hrvatskoj započela informatizacija zdravstvenog sustava. (21) Ona je imala za cilj pojednostavniti korištenje i smanjiti ogroman broj papirnatih zapisa, koji su često beskorisni zbog trenutne nedostupnosti i gubitka. Isticala se potreba za povezivanjem svih di-

jelova zdravstvene zaštite u jedinstven informacijski sustav s ciljem racionalizacije u zdravstvu (22) Informacijski zdravstveni sustav predstavlja skup ljudi, materijalnih sredstava i postupaka koji služe prenošenju informacija za potrebe zdravstvenog sustava. (23) U taj skup se ubrajaju korisnici zdravstvenih usluga i osobe koje te usluge pružaju. Informacijski zdravstveni sustav može postojati na lokalnoj (zdravstvene institucije, timovi i sl.) i regionalnoj razini (povezanost opće prakse sa bolnicama, fondovima zdravstvenog osiguranja). Postoji mogućnost internacionalne povezanosti zdravstvenog informacijskog sustava za potrebe međunarodne zdravstvene suradnje.

Elektronički zdravstveni zapis predstavlja skup kompjuterski pohranjenih zdravstvenih informacija o jednoj osobi koje se mogu povezati zahvaljujući identifikatoru određene osobe. To je skup važnih podataka o pacijentu nastalih tijekom njegovih kontakata sa zdravstvenim sustavom. (21 ibidem) Ti podaci mogu biti pohranjeni, a pristup do njih je brz i pouzdan uz pomoć ključa za prepoznavanje. Svi pohranjeni podaci moraju biti čitljivi, razumljivi, dostupni, a sam sustav mora imati mogućnost dodavanja podataka.

Sigurnost podataka u informacijskom sustavu

Brojne su prednosti informatizacije, ali ona može imati i neželjene učinke ako informacije dospiju na uvid nekome tko nije ovlašten, te ih može zlorabiti i time nanijeti štetu. Iz tog razloga je sigurnost podataka vrlo važna. Ona se bazira na pravu svake osobe na čuvanje njegovih privatnih podataka. U općoj deklaraciji o ljudskim pravima se navodi: «Nitko ne smije biti podvrgnut samovoljnom miješanju u njegov privatni život, obitelj, dom ili podatke, niti napadima na njegovu čast i ugled. Svatko ima pravo na pravnu zaštitu protiv takvog miješanja ili napada.» (24)

U zdravstvenom sustavu to se odnosi na podatke vezane za zdravstveno stanje, ali i zdravstvenu njegu. Bez obzira da li se dokumentacija nalazi u papirnatom ili digitalnom obliku mora biti zaštićena po najvišim standardima. Papirnata dokumentacija mora imati fizičku, etičku i tehničku zaštitu, a elektronska i tehničku. Tehnička zaštita podrazumijeva šifriranje i dešifriranje pomoću ključa. Ključ je jedan ili više podataka koji dovode do početnih i obratno. (32)

Zakon o informacijskoj sigurnosti ističe da se „utvrđuju mjere i standardi informacijske sigurnosti

nosti klasificiranog i neklasificiranog podatka koji se obrađuje, pohranjuje ili prenosi u informacijskom sustavu“.(25)

Informatizacija zdravstvene njege

Sestrinstvo i zdravstvena njega su također uključeni u suvremene trendove, pa tako i u proces informatizacije. Podaci s kojima se služe medicinske sestre ne koriste samo njima, već i ostalim članovima zdravstvenog tima, ali i bolesniku i zajednici. Prva faza procesa zdravstvene njege se upravo odnosi na prikupljanje podataka, ali su podaci iznimno važni i u svim ostalim fazama tog procesa. Važno je i da podaci budu dostupni medicinskim sestrama i da ih one mogu primjereno i pravovremeno pronaći.

Informatizacija zdravstvene njege je proces kojim se olakšava protok spremanje i pristup informacijama. Taj proces se odvija u nekoliko faza. Najprije je potrebno sestre opskrbiti računalnom opremom. Pri tome je važno da raspoloživa sredstva budu raspoređena svrhovito, da sestre budu osposobljene i da u potpunosti koriste informacije za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege. (26)

Da se olakša informatizacija i komunikacija unutar profesije izrađena je nomenklatura djelatnosti koja prema određenim principima i kriterijima označava tu djelatnost. Međunarodna klasifikacija sestrinske prakse (International classification for nursing practice – ICNP) je specifični, internacionalni rječnik kojim se evidentira rad medicinskih sestara i opisuje zdravstvene njega. (27) Klasifikacija sestrinske prakse olakšava informatizaciju zdravstvene njege. Za formiranje digitalnog oblika sestrinske dokumentacije potrebne su sve važne sastavnice sestrinske dokumentacije. Te sastavnice mogu biti: sestrinska lista, kategorizacija pacijenata, obrasci funkcioniranja Majrory Gordon, minimalni set podataka u zdravstvenoj njezi, klasifikacija sestrinskih dijagnoza NANDa, te međunarodna klasifikacija sestrinske prakse. Pri formiranju digitalne sestrinske dokumentacije potrebno se je usmjeriti na osnovne sestrinske termine i podatke međusobno povezati. Sadržaj te dokumentacije mora biti usklađen sa sestrinskim povjerenstvima i nadležnim tijelima, mora slijediti trendove u zdravstvenoj njezi i usklađivati se s promjenama u sestrinstvu. Osnovu za bazu podataka sestrinskog dijela informatike predstavlja sestrinska lista. (28)

Elektronički zdravstveni zapis u sestrinstvu je skup podataka zapisan na elektroničkom mediju i pri-

mjereno organiziran. Skup zapisa čini bazu podataka koja je najviši stupanj organizacije, a podaci u bazi moraju biti povezani na način da je omogućen lagan pristup i analiza. Vrlo često zapisi imaju propisanu strukturu.

Entitet odnosno objekt promatranja u zdravstvenoj njezi jest pacijent, a obilježja tog entiteta (atributi) su: ime, prezime, spol, datum rođenja, mjesto i adresa boravka bolesnika, te njegova kategorija. Vrijednost atributa je činjenica koja ga opisuje i naziva se podatak.

Ti podaci mogu biti kvantitativni, označavaju se brojem, kao na primjer vrijednost krvnog tlaka i kvalitativni koji se izražavaju riječima. (23) Vrlo često se podaci moraju kombinirati, promatrati zajedno da se dobije bolji uvid u stanje promatranog bolesnika. Podaci se nakon prikupljanja obrađuju, provjeravaju, verificiraju, sortiraju, pohranjuju i svrstavaju u određene kategorije. Na taj način se dobiva uvid u bolesnikovo stanje i olakšava se odabir primjerenih intervencija.

Iz mnoštva podataka, uz pomoć stručnog znanja, sažima se sestrinska dijagnoza kao temelj za odlučivanje o ciljevima i postupcima za pojedinog bolesnika. Korištenje podataka je potrebno kombinirati sa direktnim kontaktom s bolesnikom i kontinuiranim praćenjem njegova stanja.

Unos podataka započinje već kod prijema bolesnika, te se nastavlja tijekom njegova boravka u zdravstvenoj ustanovi, a uvid u njegovo stanje i potrebe je olakšan brzim pretraživanjem i grafičkim prikazima (npr temperature, diureze i sl.)

S obzirom da o bolesniku istovremeno brine više profila zdravstvenih djelatnika nužna je njihova međusobna komunikacija.(29) Povezanost liječničke i sestrinske dokumentacije omogućuje osoblju da lakše prati primjenu terapije i druge postupke, te olakša planiranje otpusta bolesnika.

Uspostava sestrinske e-dokumentacije

Kod uvođenja sestrinske dokumentacije u informacijski zdravstveni sustav potrebna je dobra priprema. Sustav treba ustrojiti i uključiti medicinske sestre na svim razinama, od sestara koje su rukovoditelji, do onih uključenih u direktni proces rada, kao i ostale profesije, posebice informatičare.

Iznimno važna je uspostava računalne infrastrukture, opremanje računalnom opremom i edukacija svih korisnika sustava. Nužno je formirati radne stručne projektne timove koji će planirati, organizirati i kontrolirati primjenu informatiza-

cije zdravstvene njege. Važno je da osobe tog tima stručnjacima informatičarima daju sve nužne informacije potrebne za informatizaciju zdravstvene njege. Novim načinom dokumentiranja zdravstvene njege dosadašnji način je potrebno pretvoriti u elektronski oblik.

Nakon pripremne faze provodi se testiranje, kojim se uočavaju nepravilnosti i izvršava njihova korekcija. Nakon toga se kreće u realizaciju novog načina dokumentiranja. (30)

S obzirom da sestrinska dokumentacija sadrži brojne i različite podatke, neophodno je da se iz starih oblika pretvore u nove koji će biti primjereni za potrebe zdravstvene njege. Kad se jednom uspješno uvede novi način dokumentiranja, stari se više ne koriste.

Uvođenje elektronskog oblika sestrinske dokumentacije za medicinske sestre je, uglavnom za sada, velika nepoznanica zahtjeva edukaciju i motiviranje osoba za njenu primjenu. Neophodno je da pri tome medicinske sestre surađuju kako međusobno, tako i sa informatičarima. Korisne su zajedničke rasprave, prijedlozi i sugestije, te usporedba s ustanovama koje uspješno primjenjuju sestrinsku elektronsku dokumentaciju, da bi se postojeći sustav trajno usavršavao. Idealno je kada kod primjene sestrinskog informacijskog sustava postoji integrirani bolnički informacijski sustav. S obzirom da je bolnički informacijski sustav podijeljen u podstave, podsustav sestrinske dokumentacije se može povezati s njima.

Podsustav sestrinske dokumentacije obično uključuje obrasce koji sadržavaju: smještaj bolesnika po bolesničkim sobama, sestrinsku anamnezu, fizikalni pregled, podatke o osnovnim ljudskim potrebama, klasifikaciju pacijenata u kategorije, procjenu i evidenciju vitalnih znakova, stanja svijesti, djetetu, plan zdravstvene njege, sestrinsko otpusno pismo, trajno praćenje bolesnika i sl. Taj podsustav se može spojiti sa ostalim podsustavima kao što je: naručivanje pretraga, lijekova, materijala, liječnička temperaturna lista i povijest bolesti i sl.

Kompletna elektronska dokumentacija bolesnika znači da su povezani elektronski zapisi svih profesija uključenih u skrb za bolesnika i oblikovani informacijski tijekovi. Nakon uspostave informacijskog sustava unutar ustanove moguća je njegova povezanost s drugim ustanovama. Tako se može povezati primarna zdravstvena zaštita sa bolnicama, ljekarnama, osiguravajućim kućama i sl. Na taj način se dobiva cjelina u centraliziranom informa-

cijskom sustavu, uvid u kronologiju zbivanja, bolesnikove potrebe i stanje, te se olakšava suradnja i uključivanje na svim razinama zdravstvene zaštite. Pri tome je izuzetno važna sigurnost podataka. (21 ibidem)

Uvođenje sestrinske e-dokumentacije u K.

B.»Sestre milosrdnice«

U sklopu pilot-projekta Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, na klinici za Neurokirurgiju KB "Sestre milosrdnice" se započelo s uvođenjem sestrinske e-dokumentacije 15.11.2010. Temeljem originalne dokumentacije koju je izradila Hrvatska komora medicinskih sestara, informacijski sustav pod nazivom "e-NJEGA" je instaliran na sva dostupna računala klinike.

Tijekom prvih mjesec dana izvršena je pojedinačna edukacija svih medicinskih sestara i tehničara, a kao glavni dokument za edukaciju koristila se elektronska Sestrinska lista, koja predstavlja i centralnu poveznicu informacijskog sustava. Narednih mjesec dana su postupno uvedeni i drugi dijelovi dokumentacije poput procjene kategorije, procjene stanja, trajnog praćenja bolesnika i slično, koji također postali sastavni dio rada osoblja klinike.

Za vrijeme pilot projekta uvidjelo se da je potrebno povezati i djelokrug rada medicinskih sestara u operacijskoj sali, koji inicijalno nije bio predviđen pilot-projektom. Nakon izrade novih programskih cjelina, došlo je do povezivanja odjela i operacijske sale kroz zajednički protok informacija. Potrebno je istaknuti da je zbog potrebe ordiniranja terapije dozvoljen i pristup odjelnim lječnicima u sustav sestrinske dokumentacije. Naime, poznato je da liječnik ordinira, a sestra primjenjuje terapiju, te da nije moguće razdvojiti jedno od drugog.

Klinika za Neurokirurgiju je u roku od 60 dana uspješno uvela kao paralelni proces klasičnoj dokumentaciji i elektronsku sestrinsku dokumentaciju. Korištenjem Internet tehnologije omogućen je pristup sustavu "e-NJEGA" sa svih odjelnih računala bez dodatnih investicija od strane nevedene zdravstvene ustanove.

Za vrijeme pilot-projekta uspješno su upisane sve sestrinske liste zaprimljenih pacijanata, a sustav nije zabilježio ni jedan sistemski ispad, uz redovno otklanjanje svih uočenih grešaka u radu same aplikacije. Dodatno je ključnim osobama za upravljanje sustavom, a to su ravnatelj, glavna sestra bolnice, te glavna sestra klinike, omogućeno primanje svih bitnih informacija o stanju na klinici automatskom

SMS porukom, čime se izbjegavaju bespotrebni prekid, a pruža kvalitetna informacija na tehnološki primjeren način.

Zaključak:

U literaturi su navedeni dokazi koji govore u prilog potrebi i važnosti upravljanja informacijama u zdravstvenoj njezi. Danas su razvijeni brojni načini koji sestrama olakšavaju upravljanje informacijama. Jedan od tih načina je i primjena elektronske sestrinske dokumentacije. Primjer iz naše prakse govori da je e-dokumentaciju moguće uspješno primijeniti svakodnevni rad medicinskih sestara. Vrijeme će pokazati kolike su prednosti takovog načina dokumentiranja.

Literatura:

1. Walton, M. The Deming management method. Perigee Books: 1986.
2. Newbold, S. Information systems for managing patient care. In J.A. Dinemann (Ed.). Nursing administration: Managing patient care (2nd ed.) Stamford, CT: Appelton & Lange. 1998: 323-338.
3. Huber, D. Oermann, M. Do outcomes equal quality? Outcomes management for Nursing Practice, 3(1). 1999:1-3.
4. Davidson, AM., Sanders, CB. Data management and integrated information systems. In SA. Price., MW. Koch., S.Baset (Eds.), Health care resource management: Present and future challenges. St.Louis: Mosby. 1998:155-164.
5. Mowry. M., Korpman. R., Managing health care cost, quality and technology: Product line strategies for nursing. Rockville MD; Aspen:1996.
6. Čukljek. S. Osnove zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište: 2005.
7. Graves. J., Corcran.S. The study of nursing informatics. Image 21(4), 1989:227-231.
8. Schwirian, P.The NI pyramid-A model for research in nursing informatics. Computers in Nursing, 4, 1986: 134-136.
9. Ein-Dor. P., Segev.E. Managing management information systems. Toronto: Lexington Books: 1978.
10. Brown. P. Florence Nihtigale. Zagreb: Illyricum, 3P&T.1995.
11. Luić. LJ. Što zapravo znači integracija u integriranom zdravstvenom informacijskom sustavu?HČZJZ:1 3. <http://www.hczjz.hr/clanak.php?id=12545&rnd=7fb738d34d3fe5ca01a22bb9e06446c5> (available at 28.11.2009)
12. Zakon o sestrinstvu. Narodne novine 2003; 121: 4517-4520.
13. Anić. V. Riječnik hrvatskog jezika. Zagreb: Novi liber; 2000:177.
14. Fučkar. G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 1992.
15. Mrakovčić. N. Sestrinska dokumentacija. www.medri.hr (available at 20.11.2009)
16. Čukljek. S. Teorija i organizacija u zdravstvenoj njezi-nastavno tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2008.
17. Petrak. J. Znanstveno istraživački rad u sestrinstvu-nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2008.
18. Kalauz. S. Osnove menadžmenta-nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2007.
19. Kalauz. S. Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj njezi--nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2008.
20. Kalauz. S. Upravljanje resursima u zdravstvenoj njezi- nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2009.
21. Mravinac. M., Mrkuš. S., Baždarić. K., Bilić ZL., Petrovečki. M. Elektronički zdravstveni zapis - središnji dio informacijskog sustava. <http://www.medri.hr/katedre/Medicinska%informatika/assets/EZZ.pdf> (available at. 23.12.2009)
22. Stevanović. R., Integralni informacijski sustav. Hrvatski časopis za javno zdravstvo 2005; 1 3: <http://www.hczjz.hr/clanak.php?id=12536&rnd> (available at. 20.11.2009)
23. Deželić. Đ. Medicinska informatika. Zagreb: Hrvatsko društvo za medicinsku informatiku, 1997.
24. Opća deklaracija o ljudskim pravima. <http://www.ffzg.hr/hree-dc/Deklaracijaljp.pdf> (available at.26.11.2009.)
25. Zakon o informacijskoj sigurnosti. Narodne novine.2007, 79: <http://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/298919.html> (available at 14.12.2009)
26. <http://limun.hr/main.aspx?id32697&Page> (available at 14.12.2009)
27. Hrvatska udruga medicinskih sestara (ur.) Međunarodna klasifikacija sestrinske prakse.

Zagreb: Med-ekon d.d i Kikagraf d.o.o., 2003.

28. Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinska lista. http://www.hkms.hr/data/1240836418_273_mala_Sestrinska_lista_613432971.pdf (available at 20.11.2009)
29. Gordon. M. Nursing diagnosis-proces and application. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1987:299-376.
30. Vuković. D. Uvođenje integriranog bolničkog informacijskog sustava. Medix 10 (54/55); 2004:104-106.
31. Henderson. V. Osnovna načela zdravstvene njege. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju; 1994.
32. Kern. J, Mrkota. M. Zaštita podataka u medicini i zdravstvu. http://www.snz.hr/cms/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=217&Itemid=80 (available at 12.12.2009)

ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI

- PUT PREMA EU U PRUŽANJU ZDRAVSTVENE

NJEGE U ZDRAVSTVENOJ SKRBI

1. Uvod

Produžetak životne dobi, promjene stila života, promjene socijalnog i ekonomskog stanja dovode do porasta kroničnih bolesti, kardiovaskularnog sustava, težih oštećenja lokomotornog sustava, težih neuroloških poremećaja te porasta malignih oboljenja. Liječenje u bolnicama najčešće je i najskuplji način skrbi za oboljelu osobu pa se u razvijenim zemljama svijeta pokušava smanjiti njegov udio u ukupnom trajanju u procesu skrbi. Istraživanja pokazuju da je model stvaranja mreža ustanova za zdravstvenu njegu u kući jedan od najboljih oblika pružanja zdravstvene skrbi koji pretpostavlja integrirani, multisektorski pristup u kojem je bolesnik u centru. Ustanove za zdravstvenu njegu u kući svojim korisnicima trebaju pružati kontinuiranu i integriranu skrb. To može uključivati prevencije komplikacija kod kroničnih bolesti, poboljšavanje ili očuvanja kvalitete života kroz nastavak zdravstvene njege nakon otpusta iz bolnice, provođenje njege u terminalnim stanjima kroz palijativnu ili hospicijsku skrb. Zdravstvena njega u kući ima niz prednosti: ne prekida se proces skrbi, njega se obavlja u poznatom, vlastitom okruženju, povećava se osjećaj sigurnosti i zadovoljstva korisnika usluga, u zdravstvenoj njezi sudjeluju i članovi obitelji, a pristup je holistički i individualan. Razvoj mreža zdravstvenih ustanova trebao bi pratiti aktualne zdravstvene potrebe stanovništva, isto tako i regionalne potrebe jer su zdravstveni indikatori različiti. Važno bi bilo zdravstvenu njegu učiniti dostupnom svakom pojedincu, odnosno proširiti mjeru djelatnosti zdravstvene njege u kući te osigurati dostatna financijska sredstva za njezino provođenje uz stalno unaprjeđivanje kvalitete pružanja usluga edukacijom medicinskih sestara i tehničara.

2. Sadašnje pružanje usluga Ustanova za zdravstvenu njegu u kući u RH

Usluge zdravstvene njege u kući pružaju se u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (N/N 121/03). Osiguranim osobama Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje u sklopu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja osigurava plaćanje zdravstvenih usluga, ukoliko izabran liječnik predloži takvu uslugu. Zdravstvenu njegu u kući provodi medicinska sestra/tehničar općeg smjera u ustanovi za zdravstvenu njegu u kući ako imaju sklopljen ugovor za provođenje te vrste usluga sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. Cijena provođenja ugovorene zdravstvene njege bolesnika utvrđuje prema stupnju zahtjevnosti zdravstvene njege.

Obveze ustanova za zdravstvenu njegu u kući odnosno privatnih praksi osobnim radom propisane su odredbama općeg akta Zavoda za zdravstveno osiguranje o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu njegu u kući bolesnika. Zdravstvena se njega smije provoditi u skladu s prethodno izdanim odobrenjem izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite. Provođenje zdravstvene njege u kući može se odobriti najviše 7 puta tjedno kroz 30 dana, a iznimno kod najtežih bolesnika posebno onih s definiranim trajnim stanjem, može se odobriti u trajanju od 90 dana u jednom odobrenju. Prema novom pravilniku o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (N/N 67/09., 116/09., 4/10 i 13/10.), Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje uredilo je ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe. Izabrani liječnik propisuje provođenje zdravstvene njege u kući osiguranoj osobi nakon što je izvršio uvid u medicinsku dokumentaciju,

obavio pregled i utvrdio zdravstveno stanje osigurane osobe, te stupanj zahtjevnosti zdravstvene njege. Prema stupnju zahtjevnosti, zdravstvena njega dijeli se u 4 osnovne kategorije. Njega 1, minimalna zdravstvena njega, u trajanju od 30 min., koja uključuje minimalnu zdravstvenu njegu teško pokretnog bolesnika, edukaciju bolesnika i obitelji, uzimanje materijala za laboratorijske pretrage, kateterizaciju mokraćnog mjehura žena, primjena i.m. i s.c. injekcija, zdravstvenu njegu stome. Njega 2, pojačana zdravstvena njega bolesnika s povećanim potrebama, u trajanju od 60 min. Kompletna je njega teško pokretnog bolesnika. Uključuje stavke iz NJ1, te provjeru vitalnih znakova, previjanje rane 1. i 2. stupnja, te hranjenje sondom. Njega 3, opsežna zdravstvena njega nepokretnog bolesnika, u trajanju od 90 min., uključuje stavke iz NJ1, NJ2, te previjanje rane 2. i 3. stupnja te primjenu oksigenoterapije. Njega 4, zdravstvena njega izrazito teškog bolesnika ili bolesnika u terminalnoj fazi, u trajanju od 120 min. Uključuje NJ1, NJ2, NJ3 te previjanje rane 4. stupnja.

Uvode se i dodatni postupci zdravstvene njege. Njega 5, primjena klizme, Njega 6, toaleta i previjanje rane 1. i 2. stupnja, Njega 7, toaleta i previjanje rane 3. i 4. stupnja, Njega 8, postavljanje i primjena nazogastrične sonde.

Zdravstvena njega u kući polako postaje važan čimbenik u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske jer pokazalo se osigurava bolje zbrinjavanje i nadzor oboljelih od kroničnih bolesti, usko surađuje s timom obiteljske medicine i patronažnom djelatnošću, obavlja zdravstvenu edukaciju ne samo korisnika usluga već i ostalih članova njegove obitelji, te upošljava značajan broj zdravstvenih djelatnika. Svojim djelovanjem smanjuje troškove bolničkog liječenja

3. Problemi sadašnjeg modela zdravstvene njege u kući

Uz prednosti, sadašnji model pružanja zdravstvene njege u kući u Republici Hrvatskoj pokazuje niz nedostataka.

Mala mreža kapaciteta koja ne zadovoljava društveni kontekst i aktualne potrebe (predlaže se 1 medicinska sestra na 3000 stanovnika), te neujednačenost popunjenosti mreže na državnoj i regionalnoj razini.

Djelatnost bez prepoznatljivog imidža

Nije ujednačen pristup procesu zdravstvene njege (sestrinska dokumentacija/anamneza, dijagnoze, in-

tervencije/standardne operativne procedure i evaluacija)

Nerealno određene i nejasno definirane kategorije zdravstvene njege u kući s obzirom na čimbenike kategorizacije ZNJK.

Kompliciran i zahtjevan administrativni postupak dobivanja odobrenja za zadovoljavanjem potreba za zdravstvenom njegom

Nedostatna financijska podrška sa strane HZZO-a, te iz proračuna jedinica lokalne samouprave.

U sukobu između liječničke odgovornosti i sestrinske kompetencije.

4. Konceptija zdravstvene njege u kući prema EU

Suvremeni model zdravstvene njege u kući morao bi u Hrvatskoj doživjeti niz promjena s ciljem postizanja kvalitetnije usluge zdravstvene njege.

Mjere koje bi dovele do toga jesu:

Osigurati dostupnost zdravstvene njege svim stanovnicima u državi na regionalnoj razini. Primjerice, Ličko-senjska županija ima najmanji broj stanovnika, ali vrlo veliku površinu, tako da je pružanje zdravstvenih ustanova vrlo otežano. Mreža zdravstvenih ustanova za zdravstvenu njegu i privatnih praksi osobnim radom mora biti planirana u skladu s demografskim i zemljopisnim pokazateljima, s jasnom vizijom, misijom i ciljem.

Postaviti jasne kriterije za definiranje potreba za zdravstvenom njegom kroz suvremenu kategorizaciju bolesnika, te cijene usluga uskladiti s vrstom i složenošću intervencija. Broj medicinskih sestara treba uskladiti s vremenom utrošenim u provođenje zdravstvene njege i aktivnostima indirektna zdravstvene njege (savjeti, dogovori, organizacija prijevoza, vrijeme prijevoza ...).

Zdravstvenu njegu određivati prema smjernicama za određivanje stupnja zahtjevnosti zdravstvene njege u kući bolesnika. (Osobna higijena, hranjenje, eliminacija, pokretljivost, stanje svijesti, terapijski postupci).

Administrativni postupak dobivanja odobrenja za zdravstvenu njegu u kući mora biti brz, jednostavan i učinkovit.

Izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite zdravstvenu njegu bolesnika u kući, trebao bi odrediti prema stvarnom stanju bolesnika u pripadajuću kategoriju zdravstvene njege.

HZZO je dužan osigurati financijska sredstva za pružanje zdravstvene njege u kući u skladu sa stvar-

nim potrebama bolesnika, a u tome ga mogu podržati proračuni jedinica lokalne samouprave.

Zaključak:

Smatra se da je pružanje skrbi bolesniku u kući jedan od najboljih oblika zdravstvene skrbi uopće. Osim što se skrb bolesniku pruža u poznatom i bliskom prostoru, smanjuju se značajno troškovi liječenja u nekim od stacionarnih ustanova. Za kvalitetno pružanje zdravstvene njege po principu holističkog pristupa, potrebno je učiniti još niz promjena. U skoroj budućnosti očekuje se veliki porast potražnje usluga zdravstvene njege.

Jedino radeći na usavršavanju postojećeg modela zdravstvene njege u kući možemo se približiti standardima EU u razvoju zdravstvene njege u kući.

Literatura :

1. R. Rice, Home Health Nursing Procedures, Second Edition, Mosby, 2000.
2. The national of medical society library, Journal of primary care medicine, 2009.
3. M. Stanhope, R. N. Knoll mueller, community-Based and home Health Nursing Prattice, Third Edition, Mosby, 2000.
4. Tomek- Roksandić S., Budak A.: Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi, 1990.Guidelines for Health Care for the Elderly 1999, Akademija med. znanosti Hrvatske, Zagreb, 1999., 1- 316.

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA U KUĆI-STVARNOST DJELATNOSTI U SUSTAVU ZDRAVSTVA R.H.(KVALITETA USLUGE I DTP)

Sažetak

Zdravstvena nega bolesnika u kući kao iznimno zahtjevna djelatnost ne može djelovati ni postojati bez timskog rada, vođenje sustava za upravljanje kvalitetom, primjene dijagnostičko-terapeutskih postupaka te visoko obrazovanih zdravstvenih djelatnika. Nedvojbeno je da je rad medicinskih sestara/tehničara kvalitetan i profesionalan, ali se nameće pitanje opstanka i zadovoljstva djelatnosti s obzirom na vrlo tešku ekonomsku situaciju u R.H.

Glavne riječi: medicinska sestra, kvaliteta zdravstvene njege, DTP

Uvod

Zdravstvena nega bolesnika u kući djelatnost je koju provode medicinske sestre/tehničari u sustavu primarne zdravstvene zaštite. Rad tih sestara odnosi se na zbrinjavanje najtežih bolesnika u njihovom domu. Svi postupci provode se u uvjetima koji zahtijevaju dodatna znanja, iskustvo i napore medicinskih sestara. Iz važećih zakonskih propisa jasno je vidljivo da je medicinska sestra UVIJEK ODGOVORNA za sve postupke koje provodi bez obzira o kojem se mjestu i kakvim uvjetima radilo. Upravo iz tog razloga potrebno je razumjeti što to znači kad govorimo o „kvalitetno“ pruženoj usluzi, potrebno je razumjeti što to rade medicinske sestre u djelatnosti zdravstvene njege bolesnika u kući i kako su prihvaćene i koliko cijenjene u svom radu.

Obrada teme

Zdravstvena nega bolesnika u kući djeluje u sustavu primarne zdravstvene zaštite, a provode je medicinske sestre i tehničari u mjestu gdje bolesnik živi ili boravi i to je vrlo zahtjevan i odgovoran zadatak. „Bolesnici koji ostvare pravo na pružanje ove zdravstvene usluge su u pravilu bolesnici s visokom razinom potreba za zdravstvenom negom. Medicin-

ska sestra provoditelj zdravstvene njege bolesnika u kući član je TIMA primarne zdravstvene zaštite koji čini izabrani liječnik, patronažna služba i služba zdravstvene njege bolesnika u kući. Zdravstvena nega predstavlja nastavak kontinuirane skrbi, ne može se uspješno provoditi bez suradnje svih spomenutih djelatnosti“(1). Ulaskom u kuću bolesnika medicinske sestre/tehničari preuzimaju odgovornost za provođenje i rezultate zdravstvene njege. Upravo iz tih razloga izuzetno je važno da se strogo drže svih propisanih pravila postupanja, te da bez iznimke bilježe sve učinjeno i primijećeno. Svaka medicinska sestra/tehničar koji provodi zdravstvenu negu u kući ima jasan cilj: poticati bolesnika na što veću samostalnost u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba te očuvati i unaprijediti kvalitetu života.

Kvaliteta zdravstvene njege označava njenu valjanost, primjerenost određenim zakonima, normama i zahtjevima. Kako bi se postiglo zadovoljstvo korisnika i samog zdravstvenog radnika velika pozornost posvećuje se unapređenju kvalitete zdravstvene njege bolesnika u kući.

Kako postići kvalitetnu uslugu zdravstvene njege u R.H.?

1. ADEKVATNIM OBRAZOVANJEM MEDICINSKIH SESTARA

„Medicinska sestra-PRVOSTUPNICA-odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege u svim okruženjima u svrhu promicanja zdravlja, prevencije bolesti, skrbi za bolesne i rehabilitaciju.“ (Savjet Europe, 1993.)(3.). Cilj obrazovanja jest pripremiti medicinsku sestru za PROFESIONALNO i STRUČNO provođenje zdravstvene njege bolesnika. Činjenica je da se u R.H. većina medicinskih sestara bazira na srednjoškolskom obrazovanju, no isto tako svima u prilog ide i činjenica da sve veći broj medicinskih sestara postaje

osvješten i odlučuje se na daljnje školovanje kako bi mogle zadovoljiti i pratiti nadolazeće promjene u segmentu zdravstva.

2. DOSTIZANJEM I PROVOĐENJEM MEĐUNARODNO PRIHVAĆENIH STANDARDA ZDRAVSTVENE NJEGE

Standard predstavlja definiranu razinu kakvoće i stručnosti koja se očekuje u danim okolnostima, a odnosi se na kriterij stručnosti i kvalitete sestrinske skrbi i opisuje što se u pojedinom slučaju očekuje. Standard može biti temeljni i standard izvrsnosti. Temeljni standard definira minimalnu razinu prihvaćene kvalitete, dok se standard izvrsnosti odnosi na najvišu razinu kvalitete.

3. PRIDRŽAVANJEM I PROVOĐENJEM SVIH KRITERIJA DEFINIRANIH PROTOKOLOM ZDRAVSTVENE NJEGE BOLESNIKA U KUĆI

Protokol-smjernice sadržavaju detaljne specifične upute za provođenje određenog postupka, definiraju način na koji treba tretirati učestala stanja i osoblje koje sudjeluje u provođenju postupaka.

Udruga zdravstvene njegu bolesnika u kući uz potporu HKMS izradila je 2009. godine „Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi u kući”. Osnovna zadaća primjene smjernica za provođenje postupaka u zdravstvenoj njezi u kući je praćenje, mjerenje i unapređenje razine kvalitete usluga. Imajući u vidu da danas gotovo i ne postoji ustanova za zdravstvenu negu bolesnika u kući koja nema zaposlenu medicinsku sestru prvostupnicu ili barem nije u tijeku obrazovanje iste, u „Smjernicama” je jasno dat opis aktivnosti medicinske sestre koja pruža uslugu zdravstvene njegu u kući. Tako se mora ispoštovati da: PRVOSTUPNICA SESTRINSTVA prikuplja podatke (sestrinska anamneza), analizira podatke, procjenjuje stanje bolesnika, postavlja sestrinske dijagnoze, odabire prioritet, izrađuje plan rada koji mora biti individualiziran i postavlja ciljeve. Planiranje i provođenje zdravstvene njegu moraju biti zasnovani na poštivanju profesionalne etike i poštivanju prava bolesnika. Ona također koordinira rad s voditeljicom i medicinskim sestrama iz tima, a koje provode zdravstvenu negu bolesnika u kući, te provodi kratkoročnu i dugoročnu evaluaciju ciljeva zdravstvene njegu.

MEDICINSKA SESTRA ili medicinski tehničar pripremaju materijal i pomagala za provođenje postupaka, provode postupke u skladu s profesionalnim kompetencijama, provode i kratkoročnu i dugoroč-

nu evaluaciju ciljeva zdravstvene njegu, OBAVEZNO vode sestrinsku dokumentaciju (sestrinska lista), te planiraju aktivnosti potrebne za unapređenje kvalitete života bolesnika. Sestrinska dokumentacija u djelatnosti zdravstvene njegu bolesnika u kući sastoji se od: sestrinske liste zdravstvene njegu u kući (prvi dolazak s procjenom stanja bolesnika i plan zdravstvene njegu), mjesečne sestrinske liste (koje se upućuju HZZO-u), sestrinske liste ZNJUK-a koje sadrže sve provedene postupke kod bolesnika (od DTP1-DTP8). Inače od 01.08.2010. godine uz suglasnost HZZO-a, zdravstvena nega u kući provodi se po dijagnostičko-terapeutskim postupcima (DTP1-DTP8) što je djelatnost podiglo na višu razinu kvalitete što se tiče pruženih usluga i općeg zadovoljstva bolesnika koji tu istu uslugu prima.

4. METODAMA POBOLJŠANJA KVALITETE

Metode poboljšanja kvalitete mogu biti unutarnje i vanjske. Unutarnje se odnose na razgovor, pregled, smjernice-protokole, dok vanjske sačinjavaju akreditaciju i certifikaciju.

Sigurnost bolesnika i samog zdravstvenog djelatnika predstavlja kvalitetno provedene zdravstvene njegu. Da bi se zdravstvena nega bolesnika provela kvalitetno i profesionalno potrebno je ispoštovati sljedeće zakone i propise: „Zakon o zdravstvenoj zaštiti”, iz 2003., „Zakon o sestrinstvu” iz 2003., „Nacionalna strategija razvitka zdravstva 2006.-2011.”, „Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite” iz 2007. godine.

U R.H. danas postoje registrirane Agencije za kvalitetu i akreditaciju čija je inicijativa uspostava sustava prema-ISO9001:2000- najrašireniji međunarodni prihvaćeni standard.

5. INDIKATORIMA

Što se tiče indikatora kvalitete neophodno je važno mjeriti zadovoljstvo bolesnika / klijenta izradom raznih anketa, upitnika. Medicinske sestre zakonski su obvezne provoditi edukaciju sebe samih kako bi tijekom godine dana postigle 15 potrebnih bodova za održavanje licence za samostalan rad. Važno je voditi svu potrebnu dokumentaciju, navoditi sve pa i najmanje pomake kod bolesnika, evidentirati npr. dekubitus-Braden skala-da li je zatečen ili dobiven tijekom provođenja zdravstvene njegu.

6. TIMSKIM RADOM

Zdravstvena nega danas u RH ne može djelovati ukoliko nije prisutan timski rad u kojeg su uz ZNJUK uključene: patronažna služba, izabrani liječnik i sam bolesnik. Svi članovi trebaju sudjelovati kod definiranja vizije, ciljeva, strategija te izra-

de dokumentacije sustava kvalitete. Orijentiranost kod bolesnika podrazumijeva povjerenje i suradnju te protok svih potrebnih informacija.

Timski rad pruža slijedeće rezultate: povećava se poslovna efikasnost, stvara se povjerenje među članovima tima, manji stres i na zadovoljstvo djelatnika te zajedničke kreacije poslovnog pravca. Od neophodne su važnosti poticanje druženja, pohvale i zahvale članovima tima.

Kvaliteta zdravstvene njege kroz svoju djelatnost uključuje: zdravstvenu negu bez pogreške, kontinuirano praćenje i poboljšanje, usmjerenost prema bolesniku, adekvatne kriterije i mjerila, HOLISTIČKI PRISTUP te PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE koji predstavlja aktualne i visoko rizične aktivnosti u dužini sestrinskih dijagnoza, omogućava vizualizaciju, evidenciju i validaciju provedenih postupaka te olakšava kontrolu provedene zdravstvene njege. U obavljanju svakodnevnog rada iz područja djelatnosti zdravstvene njege u kući dolazi i do problema unutar tima, a to su: nedostatak vremena (koji je zahvaljujući uvođenju DTP-a sveden na minimum), nedostatak osoblja - sve starije populacije stanovništva RH, a po normativima i važećim zakonskim propisima jedna medicinska sestra skrbi za 3 500 osiguranih osoba, nedostatak motiviranja - nemogućnost adekvatno plaćenog rada medicinske sestre. Naime, plaća medicinske sestre sukladno kolektivnim ugovorom za djelatnost zdravstva i zdrav. osiguranja (ZAKON O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI-

N.N.67/09, 155/09) =

OSNOVICA: 5.108,84 KN

Koeficijent: 1.05

Dodaci: 0,5 % PO GODINI STAŽA

6% NA UVJETE RADA

4-10% NA RADNI STAŽ U ZDRAVSTVU

(OBVEZA ZZZ čl.42 st.2 tč.9)

=

Prosjeck: 7.052,29 kn / 1 Medicinska sestra

Ova pravila isplate plaća u djelatnosti zdravstvene njege u kući nemoguće je ispoštovati iz razloga što je maksimalan prihod koji HZZO priznaje po 1 medicinskoj sestri mjesečno 9.485 kn. Prihod po ugovoru s HZZO nije utvrđen po načelu paušala, nego koliko napraviš toliko naplatiš (ali do maksimalno utvrđenog iznosa). Postavlja se pitanje isplate i obračuna plaće (po kolektivnom ugovoru ili ne, svejedno) kad sestra ne ostvari puni fond sati. Trenutna gospodarska situacija dovela je

do minimuma usluge koje se pružaju u privatnom sektoru (izvan ugovora s HZZO-om), i poslodavci zdravstvene njege u kući neće biti u mogućnosti ispoštovati propisima utvrđene obveze s obzirom na uveden sustav Koncesija od 2010. godine (a prvo ga je uvela Krapinsko – zagorska županija). Vrlo je upitan opstanak djelatnost i zdravstvene njege u kući upravo iz tog razloga što se ne mogu ispuniti međusobno utvrđene obveze koncesionara i koncedenta. Velik dio Ustanova za zdravstvenu negu u kući tijekom 2010. g. uveo je u rad sustav upravljanja kvalitetom. Ove godine svi koji to nisu učinili, nemaju izbora osim učiniti isto jer u protivnom neće moći pratiti i nadzirati rad svojih sestara.

Zaključak

Medicinska sestra je osoba pred kojom su postavljeni veliki zahtjevi. Ona treba djelovati autonomno, pružati sigurnu i kompletnu skrb, evaluirati svoja znanja, kritički razmišljati, kreativno pružati sestrinsku skrb u skladu s promjenama u okolini. Mora učinkovito djelovati unutar TIMA. Svi važeći zakoni, norme, standardi bez obzira na sve sposobnosti medicinskih sestara zahtijevaju kvalitetnu, visokoobrazovanu, odgovornu, poštenu, moralnu i časnu medicinsku sestru koja će danas i ubuduće provoditi zdravstvenu negu bolesnika. Sestrinska profesija i izvrsnost proizlaze isključivo iz obrazovnog sustava, a ne iz radnog mjesta med.sestre. Adekvatno obrazovanje medicinskih sestara u Hrvatskoj je pravi izazov što zbog nemotiviranosti samih sestara, loših financijskih uvjeta, nepriznavanja i neplaćanja stečenog statusa visokoobrazovanih medicinskih sestara, no jedino obrazovanje jest stvarni put do IZVRSNOSTI i KVALITETE rada.

Literatura

1. Hršak B., Mioković V., Plužarić J., Plavšić V., Pintarić Lj., Kreković A., Kovačević B., Husinec V., Cetina N. "Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi u kući" Hrvatska komora medicinskih sestara, Udruga zdravstvene njege u kući, Zagreb 2009.
2. Rogić M. "Kratki vodič za medicinske sestre" Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb 2009.
3. Savjet Europe;1993.
4. <http://www.znjuk.hr/> 14.02.2011.
5. <http://www.hkms.hr/> 14.02.2011.
6. <http://www.nn.hr/> 14.02.2011.
7. <http://www.eudict.com/> 14.02.2011.

SESTRINSTVO U KONTROLI BOLNIČKIH INFEKCIJA – STVARNOST U REPUBLICI HRVATSKOJ

Uvod

Prevenција i kontrola bolničkih infekcija prepoznata je kao važan dio zdravstvenog sustava diljem svijeta, a profesionalno osoblje koje se bavi tom djelatnošću u punom radnom vremenu obavezna je kategorija zaposlenika svake bolničke ustanove u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. Ustanove koje nemaju razvijenu kontrolu bolničkih infekcija, odnosno u prvom redu imenovani Tim za kontrolu infekcija kojeg redovito čine liječnik (mikrobiolog, epidemiolog) i sestra za kontrolu bolničkih infekcija (visokoobrazovana sa višegodišnjim iskustvom rada u visokorizičnom odjelu), a istodobno i imenovano Bolničko povjerenstvo za kontrolu bolničkih infekcija, ne mogu dokazati da imaju razvijen i kontroliran sustav smanjenja rizika za nastanak bolničkih infekcija na najmanju moguću mjeru, a time niti osiguranje kvalitete rada i sigurnog okruženja za bolesnika. Sestrinstvo u kontroli bolničkih infekcija može se razmatrati kroz broj zaposlenih sestara za kontrolu infekcija u odnosu na aktivnosti koje su dužne obavljati u okviru svog posla, ali i kroz interakcije medicinskih sestara sa ostalim profilima zdravstvenih i nezdravstvenih radnika u zdravstvenom sustavu kada djeluju u službi prevencije i kontrole bolničkih infekcija.

Organizacija kontrole bolničkih infekcija

Kontrola infekcije sastavni je dio kvalitete zdravstvenog sustava i predstavlja važan čimbenik za osiguranje sigurnosti bolesnika, osoblja i posjetioca, a obuhvaća sva radilišta bolnice, kako bolničke odjele tako i sve zajedničke službe poput centralne sterilizacije, praonice, bolničke kuhinje itd. Organizacijski temelj strukture osoblja zaduženog za planiranje, provođenje i evaluaciju programa za kontrolu infekcija čini Tim za kontrolu bolničkih infekcija u sastavu: liječnika (mikrobiologa, epidemiologa) i medicinske sestre za kontrolu bolničkih infekcija, a koji su ujedno sastavni dio Povjerenstva za kontro-

lu bolničkih infekcija te svakodnevno aktivno djeluju u provođenju programa za kontrolu bolničkih infekcija. Tim za kontrolu bolničkih infekcija treba imati informacijsku opremu i prostor za profesionalne sastanke i edukaciju.

U Republici Hrvatskoj jedino medicinska sestra za kontrolu bolničkih infekcija je profesionalac u sustavu koji je potpuno posvećen djelatnosti sprečavanja bolničkih infekcija u punom radnom vremenu, dok je ostalim profesionalcima u timu to zapravo dodatan, ali ujedno i sastavni posao uz postojeći. U sastav Bolničkog povjerenstva za kontrolu bolničkih infekcija implementirani su članovi uprave bolnice, jer bez podrške istih primjena programa kontrole infekcija teško može biti djelotvorna. Takvu organizacijsku strukturu profesionalaca posvećenih kontroli bolničkih infekcija definirao je Pravilnik o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija NN 93/02. Prema navedenom Pravilniku poslove sestre za kontrolu bolničkih infekcija može obavljati samo više obrazovana sestra sa dodatnom edukacijom iz tog područja. Od 2002. do danas brojne promjene su se dogodile u zdravstvenom sustavu, ali i sustavu obrazovanja medicinskih sestara pa je realno očekivati reviziju navedenog Pravilnika. Prvi Pravilnik o kontroli bolničkih infekcija u našoj zemlji donesen je sredinom 70-tih godina prošlog stoljeća, ali tek 1998. godine po prvi put u Pravilniku se navodi da u svakoj bolnici mora biti imenovana sestra za kontrolu bolničkih infekcija u punom radnom vremenu na tim poslovima, a potom slijedi intenzivan razvoj te djelatnosti u cijeloj Hrvatskoj uz brojne edukacije liječnika i medicinskih sestara pod okriljem Referentnog centra za bolničke infekcije.

Danas o bolničkim infekcijama govorimo kao infekcijama povezanim sa zdravstvenom skrbi, jer infekcije postaju zajednički problem na svim razinama zdravstvene zaštite pri čemu je jedan od vodećih problema značajan porast rezistencije mikroorgani-

zama u cijelom svijetu. Promjene u zdravstvenom sustavu pogađaju i same sestre za kontrolu infekcija, jer su posljednjih godina, a osobito unazad 5 godina, povećani zahtjevi posla u odnosu na poslove praćenja infekcija, nadzora i edukacije osoblja što često rezultira nesrazmjerom očekivanja i realnih mogućnosti izvršenja svih potrebnih aktivnosti u odnosu na raspoloživo vrijeme, osoblje i sredstva. Kontrola infekcija se brzo razvija u skladu s promjenama u zdravstvenom sustavu što povećava opseg poslova na svim razinama sustava, ali i nameće potrebe za visokoobrazovanim kadrovima u kontroli bolničkih infekcija.

Razvoj sestrinstva u kontroli bolničkih infekcija u svijetu i kod nas

U svijetu, a poglavito u Engleskoj, sestre za kontrolu bolničkih infekcija (infection control nurses) postoje od 60-tih godina prošlog stoljeća, a zapravo prva medicinska sestra za kontrolu bolničkih infekcija u svijetu imenovana je 1959.godine u Velikoj Britaniji, a u SAD-u od 1968.godine. U Republici Hrvatskoj sestre za kontrolu bolničkih infekcija postoje od druge polovine 90-tih godina prošlog stoljeća. U KB Merkur radno mjesto sestre za kontrolu bolničkih infekcija otvoreno je 01.01.2001. godine, premda bolnička dokumentacija potvrđuje postojanje programa kontrole bolničkih infekcija od 1993.godine, a to znači da su aktivnosti predviđene navedenim programom bile dodatan posao drugim zaposlenicima bolnice.

U svijetu su sestre za kontrolu bolničkih infekcija u početku razvoja svoje profesije bile pojedinci koji su znanja i iskustva stjecali kroz rad i trening od strane liječnika za kontrolu infekcija (mikrobiologa), a na poticaj vodećih liječnika mikrobiologa (između ostalih: prof.dr. Smilje Kalenić i prof. dr. Arjane Tambić Andrašević i drugih) i u Republici Hrvatskoj ta sestrinska specijalizacija ugledala je svijetlo dana, jer upravo su liječnici mikrobiolozi dali suradničko mjesto medicinskim sestrama u svom timu po uzoru na «infection control nurses» u Engleskoj.

Razvojni put, kako u razvijenim zemljama svijeta tako i u Republici Hrvatskoj, počeo je učenjem kroz rad i učenjem od liječnika iz Tima za kontrolu infekcija te kroz tečajeve trajnog stručnog usavršavanja, pa sve do organiziranih oblika edukacije u sustavu formalnog obrazovanja. U svijetu obrazovanje sestara za kontrolu bolničkih infekcija počinje 70-tih godina prošlog stoljeća i danas seže do

magisterija i doktorata na tom području, a kod nas je velik napredak za razvoj sestrinstva na području kontrole bolničkih infekcija postignut 2010.godine kroz otvaranje novog diplomskog specijalističkog stručnog studija «Kliničkog sestrinstva» s modulom «Kontrole bolničkih infekcija» na drugoj godini, a kojeg je otvorilo Zdravstveno veleučilište u Zagrebu. U zdravstvenom sustavu među sestrama za kontrolu bolničkih infekcija sve je više diplomiranih medicinskih sestara, dakle visokoobrazovanih sestara koje su završile specijalističke diplomske stručne studije smjera «Menadžmenta u sestrinstvu» koji postoji od 2005.godine i smjera «Javnog zdravstva», a naziv «viša medicinska sestra za kontrolu bolničkih infekcija» posato je dio sestrinske povijesti budući da je sada prva razina visokog obrazovanja prvostupništvo. Potrebe današnjeg zdravstvenog sustava sestrama nameću brojne i složene aktivnosti zbog kojih u timu za kontrolu bolničkih infekcija treba postojati klinički specijalizirana sestra sa dodatnim menadžerskim znanjima i vještinama odnosa s ljudima i administrativnim sposobnostima.

Odnos broja i aktivnosti sestara za kontrolu bolničkih infekcija

U mnogim zemljama svijeta postavljen je standard da se na 250 bolničkih kreveta imenuje jedna sestra za kontrolu bolničkih infekcija u punom radnom vremenu na temelju SENIC studije (The Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control) iz 70-tih. Tako je i u našem Pravilniku o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija NN 93/02 određen omjer: jedna viša medicinska sestra za kontrolu bolničkih infekcija na 250 kreveta. Zdravstvena skrb se danas uvelike promijenila od vremena kada je postavljen navedeni standard i to u smislu kraćeg boravka bolesnika u bolnici, ali većeg broja bolesničkih dana u dnevnim bolnicama, pa više ne govorimo o bolničkim infekcijama, nego o infekcijama povezanim sa zdravstvenom skrbi što obuhvaća sve razine zdravstvenog sustava od primarne do tercijarne. Osim toga, povećala se kompleksnost skrbi za bolesnike uz brojne tehnološke napretke u medicini. Stvarnost u svijetu i u Republici Hrvatskoj je porast multirezistentnih mikroorganizama što značajno utječe na porast aktivnosti tima za kontrolu infekcija. Posljednjih godina sve više se u stručnim krugovima profesionalaca na području kontrole infekcija u razvijenim zemljama svijeta raspravlja i predlaže da se oficijelni broj medicinskih sestara za kon-

trolu infekcija treba izračunavati u odnosu na broj prijema ili broj bolesničkih dana, pa bi na 5000 prijema ili 36 364 bolesničkih dana godišnje trebala biti jedna sestra za kontrolu infekcija te da sam broj kreveta nije dobar denominator za izračun potrebnog broja sestara za kontrolu bolničkih infekcija u punom radnom vremenu. Postoje stavovi da se omjer sestara za kontrolu bolničkih infekcija treba razmatrati i u odnosu na vrstu ustanove i vrstu bolesnika, jer je jasno da se u bolnicama sa kirurškim djelatnostima i visokorizičnim odjelima (broj kreveta u jedinicama intenzivnog liječenja) i visokorizičnim bolesnicima (kao što su primjerice bolesnici nakon transplantacije koštane srži ili solidnih organa, primjene kemoterapije i dr.) opseg posla sestre za kontrolu bolničkih infekcija značajno povećava u odnosu na primjerice istu vrstu poslova u psihijatrijskoj bolnici. Postoje literaturni podaci da odnos između broja liječnika i sestara u timu za kontrolu infekcija treba biti 1 : 5 temeljem razmatranja broja akutnih kreveta, vrste bolesnika i obima zdravstvenog rada s njima. No ipak se najviše govori o odnosu broja sestara prema broju bolesničkih kreveta. Prema američkim literaturnim podacima trebala bi biti jedna sestra za kontrolu infekcija na 100 kreveta, a prema nizozemskim postoje izračuni da treba biti jedna sestra na 178 kreveta akutne bolnice. U Kanadi su objavljeni standardi da na 500 kreveta dolaze 3 sestre za kontrolu bolničkih infekcija, a to znači jedna na 167 kreveta. Standarde izračuna potrebnog broja osoblja trebalo bi reevaluirati svakih 5 godina sukladno promjenama u zdravstvenom sustavu.

Prema podacima iz Godišnjeg izvješća o sprečavanju i suzbijanju bolničkih infekcija u bolnicama u Republici Hrvatskoj u 2009. godini evidentan je nedovoljan broj sestara za kontrolu bolničkih infekcija u odnosu na Pravilnik iz 2002. godine, a kamoli kad bi razmatrali stvarne potrebe u odnosu na vrstu bolesnika i ustanova. 20 % bolnica (13/65) nema dovoljan broj medicinskih sestara prema Pravilniku pri čemu se to odnosi na značajan broj kliničkih i općih bolnica, a 13, 8 % bolnica (9/65) još uvijek nema imenovanu sestru za kontrolu bolničkih infekcija, ali većina zadnje navedenih se odnosi na rehabilitacijske ustanove gdje najčešće glavne sestre bolnica obavljaju posao sestre za kontrolu bolničkih infekcija. Iz navedenog izvješća može se izvući podatak da su u našoj zemlji u 2009. godini zaposlene 64 medicinske sestre za kontrolu bolničkih infekcija, ali da su realne potrebe sustava značajno veće.

Aktivnosti sestara za kontrolu infekcija su brojne, a mogu se grupirati na slijedeći način:

- Praćenje bolničkih infekcija (prikupljanje podataka, analiza, interpretacija, izvješćivanje)
- Izrada protokola i implementacija na radilišta
- Izvidi (audit) – kontrola primjene protokola = poslovi nadzora
- Poslovi vezano uz sastanke povjerenstva i/ili tima za kontrolu infekcija
- Samoedukacija – biti *up-to-date*
- Edukacija osoblja
- Savjetovanje osoblja – strukturirano i *ad hoc*
- Praćenje i suzbijanje epidemija
- Aktivnosti u odnosu na multirezistentne mikroorganizme
- Aktivnosti u odnosu na izvješćivanje zaraznih bolesti

Druge aktivnosti:

- Administracija i evidencija rada, unos podataka u baze
- Prijave ubodnih incidenata / hepatitis B
- Istraživanja, uzorkovanje nežive okoline prema potrebi
- Menadžment (upravljanje rizicima, rješavanje problemskih situacija)

Sve aktivnosti u funkciji prevencije i kontrole bolničkih infekcija imaju za cilj smanjenje stopa bolničkih infekcija, odnosno unapređenje ishoda zdravstvene skrbi. Postoje razne metode kalkulacije i procjene radnog opterećenja sestara za kontrolu bolničkih infekcija odnosno izračuna sati ili utrošenog vremena na svaku od aktivnosti. Poslovi praćenja bolničkih infekcija (prikupljanje i analiza podataka te izvješćivanje) su temeljni i neophodni, jer se u konačnici kroz stope infekcija ogleda rezultat i svih ostalih aktivnosti kao što su edukacija osoblja i poslovi nadzora nad provođenjem mjera za sprečavanje infekcija. Ukoliko je prisutno preveliko radno opterećenje praćenjem infekcija, premalo vremena ostaje za aktivnosti u službi sprečavanja i suzbijanja infekcija. Zato je potreban optimalan broj osoblja za kontrolu infekcija kako bi se osigurala potrebna ravnoteža aktivnosti te u konačnici ostvarilo smanjenje stopa bolničkih infekcija na najmanju moguću mjeru.

Interes za područje kontrole bolničkih infekcija u sestrinstvu sigurno nadilazi brojnost sestara

koje su toj djelatnosti posvećene u punom radnom vremenu, budući da nema grane medicine i sestrinstva u kojoj kontrola bolničkih infekcija nije njezin sastavni dio.

Interakcije medicinskih sestara i drugih profila radnika u zdravstvu s ciljem prevencije i kontrole bolničkih infekcija

Medicinske sestre imaju vitalnu ulogu u zdravstvenom sustavu na području prevencije i kontrole bolničkih infekcija, jer se nalaze na prvoj liniji pružanja skrbi za bolesnika tijekom 24 sata i jer ulaze u interakcije sa svim profilima zaposlenika. Uloga medicinskih sestara neovisno na kojoj razini sestrinske hijerarhije se nalazile je jedinstvena, jer sudjeluju u razvoju, implementaciji i monitoringu svih aktivnosti prevencije i kontrole infekcija. Sestre za kontrolu bolničkih infekcija najviše su u interakciji sa glavnom sestrom bolnice i glavnim sestrama klinika i odjela koje su ujedno i «link-sestre» ili «sestre za vezu», jer su najčešće upravo one spona između tima za kontrolu infekcija i ostalog osoblja na radilištima te daju ključne informacije o kliničkoj praksi na radilištima.

Medicinske sestre na odjelima sudjeluju u prikupljanju podataka, ukazuju na promjene u praksi i često su inicijatori promjena u suradnji sa sestrom za kontrolu bolničkih infekcija, a dio su multidisciplinarnog tima na svom odjelu i često mogu identificirati tko je odgovoran u kojem dijelu procesa rada. One često utječu na pravilnu primjenu standardnih mjera zaštite od strane ostalog zdravstvenog (liječnici, fizioterapeuti, rtg-inženjeri i drugi) i nezdravstvenog osoblja (spremačice i pomoćno osoblje).

Najvažnije interakcije odnose se na uspješnu suradnju cjelokupnog osoblja s timom za kontrolu bolničkih infekcija koja se mora temeljiti na odnosu povjerenja i izgradnji kulture sigurnosti bolesnika. Važno je da svi zaposlenici bolnice osvijeste svoju odgovornost za nastanak bolničkih infekcija, odnosno da su svi dužni pravilno primjenjivati mjere za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija u okviru svog djelokruga rada. Sestre za kontrolu bolničkih infekcija često istovremeno obavljajući poslove nadzora nad provođenjem mjera za sprečavanje bolničkih infekcija djeluju na suradnike edukativno i moraju posjedovati vještinu motivacije osoblja na promjenu ponašanja kada je ista potrebna sukladno procjeni aktualnih i potencijalnih rizika za nastanak infekcija.

Zaključak

Sestre za kontrolu bolničkih infekcija prepoznate su u Republici Hrvatskoj kao ključni profili neophodni za uspješnu implementaciju programa za kontrolu infekcija u kliničku praksu, a svaka bolnica trebala bi ih imati u dovoljnom broju i sa adekvatnim obrazovanjem i iskustvom da bi iste mogle biti učinkovite. Iz svih aktivnosti sestre za kontrolu bolničkih infekcija razvidno je da one trebaju biti visokoobrazovane, klinički specijalizirane sestre sa administrativnim sposobnostima i dodatnim menadžerskim vještinama u odnosima s ljudima. Ulaganje u obrazovanje sestara za kontrolu infekcija, kao i u programe sprečavanja i suzbijanja širenja bolničkih infekcija stvara ekonomsku uštedu u zdravstvenom sustavu, ali u konačnici spašava ljudske živote.

Literatura:

1. Damani NN. Priručnik o postupcima kontrole infekcija. 2. izd. (2004) Zagreb: Merkur A.B.D. i Referentni centar za bolničke infekcije MZ RH.
2. Dettenkofer M. et al. Infection control – a European research perspective for the next decade. *J Hosp Infect* 2011; 77:7-10.
3. Elliott P. Infection control a psychosocial approach to changing practice. (2009) Oxford: Radcliffe Publishing.
4. Godišnje izvješće o sprečavanju i suzbijanju bolničkih infekcija u bolnicama u republici Hrvatskoj u 2009. godini. Zagreb: Referentni centar za bolničke infekcije Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi RH; rujan 2010.
5. Haley RW. et al. The SENIC project – Study of the efficacy of nosocomial infection control. *American Journal of Epidemiology* 1980; 111: 472-485.
6. Hass JP. Measurement of infection control department performance: State of the science. *Am J Infect Control* 2006; 34:543-9.
7. Horton R., Parker L. Informed infection control practice. 2nd ed. (2002) London: Churchill Livingstone.
8. IFIC Međunarodni savez za kontrolu infekcija. Kontrola infekcija: temeljna načela i edukacija. 2. izd. (2004) Zagreb: Merkur A.B.D. i Referentni centar za bolničke infekcije MZ RH.
9. Jarvis RW. Bennett & Brachman's Hospital Infections. 5th ed. (2007) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

10. Joint Commission Resources. The Nurse's Role in Infection prevention and control. (2010) Illinois, USA: Department of Publications Joint Commission Resources.
11. Kalenić S. Kontrola bolničkih infekcija u Hrvatskoj – kratki osvrt na povijest. iz Knjige sažetaka 1. Hrvatskog simpozija o bolničkim infekcijama s međunarodnim sudjelovanjem. Zagreb, 17.-19.05.2007.
12. Larson E. A retrospective on infection control. Part 2: Twentieth century-The flame burns. *Am J Infect Control* 1997;25:340-9.
13. Sanchez-Paya J. et al. Nosocomial infection surveillance and control: current situation in Spanish hospitals. *J Hosp Infect* 2009; 72:50-56.
14. Trundle CM. et al. GRASping infection: a workload measurement tool for infection control nurses. *J Hosp Infect* 2001; 49:215-221.
15. Turner JG et al. Job analysis 1996: Infection control professional. *Am J Infect Control* 1999; 27:147-57.
16. Van den Broek PJ. et al. How many infection control staff do we need in hospitals? *J Hosp Infect* 2007; 65:108-111.

MEDICINSKA SESTRA KAO ŽRTVA MOBINGA NA PODRUČJU SPLITSKO -DALMATINSKE ŽUPANIJE

UVOD

Mobing kao pojava psihičkog uznemiravanje i **zlostavljanja** na radnom mjestu, **predstavlja jedan od najtežih oblika** agresivne emocionalne zloporabe usmjerene na osobnost žrtve koja je razara prema modelu razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja i utječe na njezino emocionalno okruženje, ponajprije na obitelj (Leymann 1990). Zbog svoje dugotrajnosti dovodi do mentalne, psihosomatske i socijalne patnje s trajnim posljedicama po zdravlje. Loša kombinacija ekonomske racionalizacije, rastuća kompetitivnost zdravstvenih radnika, izmijenjena dinamika rada i "macho" stil rukovođenja, kreiraju kulturu ponašanja u zdravstvu u kojoj mobing "cvjeta" (Field 2003). Mobing u zdravstvu je izraz negativne energije koja proizlazi iz namjernog nerješavanja svakodnevnih konflikata i namjernog održavanja ozračja nerazumijevanja. (Davenport i sur. 1999).

Iako mobing značajno pogađa sve djelatnosti i sve dobne skupine, rizik da žena budu žrtvom mobinga 75% je veći nego za muškarce (Jokić-Begić i sur. 2003, Pasquale 2002), pri čemu su spolne razlike djelomično posljedica stereotipne postojeće podjele muško-ženskih uloga u društvenim odnosima (Pearson 1998). Podataka o incidenciji izloženosti mobingu među zdravstvenim radnicima, a posebno među medicinskim sestrama među kojima je 95% žena u Hrvatskoj nema iako se sukladno rezultatima prvog istraživanja o mobingu 2002. godine u Zagrebu u općoj populaciji mogu očekivati visok broj budući da u općoj populaciji na 500 ispitanika utvrđeno 15,4% do 53,4% onih koji su doživjeli neki oblik mobinga (Koic 2003) što opravdava smislenost provođenja istraživanja.

CILJ ISTRAŽIVANJA:

1. Utvrditi postojanje, oblike i raširenost mobinga u profesiji medicinskih sestara/tehničara na ra-

zini primarne i tercijarne odnosno izvanbolničke i bolničke zdravstvene zaštite.

2. Utvrditi tko su osobe počinitelji mobinga i smatraju li žrtve da izloženost mobingu utječe na kvalitetu radnih aktivnosti.
3. Utvrditi spremnost medicinskih sestara za prijavljivanje mobinga, te razloge zbog kojih prijavljivanje izostaje.

UZORAK I METODE

Istraživanje je bilo provedeno u Zdravstvenim ustanovama Splitsko – dalmatinske županije, na slučajnom, prigodnom uzorku 321 zdravstvenog djelatnika koji rade na radnom mjestu medicinske sestre – tehničara.

Ispitanici su bili podijeljeni u četiri skupine:

I skupina – medicinske sestre zaposlene u KBC „Split“ - u (u daljnjem tekstu bolnica) (NN = 19)

II skupina – medicinske sestre zaposlene u ustanovama za zdravstvenu njegu u kući (u daljnjem tekstu kućna njega) (NN = 32)

III skupina – medicinske sestre zaposlene u službi patronažne djelatnosti DZ Splitsko – dalmatinske županije (u daljnjem tekstu patronaža) (NN = 16)

IV skupina – medicinske sestre zaposlene u ambulantom obiteljske medicine (u daljnjem tekstu ambulanta) (NN = 30).

Podaci su prikupljeni anonimnim anketiranjem od strane obučenog anketara, po nacrtu poprečnog presjeka, od srpnja do rujna 2010. Godine

U statističkoj obradi rezultata standardnim SPSS paketom korištene su standardne metode deskriptivne statistike. Za testiranje statističke značajnosti razlike izabranih varijabli primijenjen je χ^2 -test. Statistički značajna razlika među varijablama smatrana je ako je $p < 0,05$.

REZULTATI

Tablica 1. Osnovna obilježja ispitanika

	Broj ispitanika	Postotak
DOB ISPITANIKA		
Ispod 25 godina	85	27
Između 25 i 34 godine	81	25
Između 35 i 44 godine	76	24
Između 45 i 54 godine	39	12
Između 55 i 65 godina	40	12
SPOL		
Muški	15	5
Ženski	306	95
BRAČNI STATUS		
Neudane/neoženjeni	173	54
Udane/oženjeni	138	43
Rastavljene/rastavljeni	3	1
Udovice/udovci	6	2
Izvanbračna zajednica	1	0
STRUČNA SPREMA		
SSS	225	70
VŠS/VSS	96	30

Tablica 2. Samoprocjena uvjeta na radnom mjestu

	BOLNICA		KUĆNA NJEGA		PATRONAŽA		AMBULANTA	
	(%)		(%)		(%)		(%)	
	BROJ	%	BROJ	%	BROJ	%	BROJ	%
Izuzetno loši	48	27	6	17	0	0	0	0
Loši	64	36	26	72	0	0	10	13
Prosječni	53	29	4	11	2	6	41	55
Dobri	14	8	0	0	29	94	24	32
Izuzetno dobri	0	0	0	0	0	0	0	0

Tablica 3. Samoprocjena učestalosti izloženosti sebe kao žrtve mobinga na radnom mjestu?“

	BOLNICA	KUĆNA NJEGA	PATRONAŽA	AMBULANTA
	(%)	(%)	(%)	(%)
Nikad	13	19	96	44
Rijetko	12	26	4	27
Ponekad	21	32	0	29
Često	52	23	0	0
Uvijek	2	0	0	0

Tablica 4. Učestalost izloženosti mobingu od strane liječnika

	BOLNICA			KUĆNA NJEGA			PATRONAŽA			AMBULANTA		
	(%)			(%)			(%)			(%)		
	P	F	S	P	F	S	P	F	S	P	F	S
Nikada	23	98	61	97	100	100	100	100	100	39	93	96
Jednom	17	2	36	3	0	0	0	0	0	36	5	4
Više puta	59	0	2	0	0	0	0	0	0	23	2	0
Stalno	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0

Legenda: P – psihičko zlostavljanje F – fizičko zlostavljanje S – seksualno zlostavljanje

Tablica 5. Učestalost izloženosti mobingu od strane glavne medicinske sestre

	BOLNICA			KUĆNA NJEGA			PATRONAŽA			AMBULANTA		
	(%)			(%)			(%)			(%)		
	P	F	S	P	F	S	P	F	S	P	F	S
Nikada	4	21	100	55	26	100	79	100	100	100	100	100
Jednom	26	43	0	34	39	0	19	0	0	0	0	0
Više puta	39	32	0	17	29	0	2	0	0	0	0	0
Stalno	31	4	0	4	6	0	0	0	0	0	0	0

Legenda: P – psihičko zlostavljanje F – fizičko zlostavljanje S – seksualno zlostavljanje

Tablica 6. Učestalost izloženosti mobingu od strane kolegica medicinskih sestara

	BOLNICA			KUĆNA NJEGA			PATRONAŽA			AMBULANTA		
	(%)			(%)			(%)			(%)		
	P	F	S	P	F	S	P	F	S	P	F	S
Nikada	0	0	100	27	81	100	96	98	100	94	96	100
Jednom	7	7	0	39	16	0	4	2	0	2	4	0
Više puta	87	86	0	32	3	0	0	0	0	4	0	0
Stalno	6	7	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0

Legenda: P – psihičko zlostavljanje F – fizičko zlostavljanje S – seksualno zlostavljanje

Tablica 7. Učestalost izloženosti mobingu od strane pacijenta

	BOLNICA			KUĆNA NJEGA			PATRONAŽA			AMBULANTA		
	(%)			(%)			(%)			(%)		
	P	F	S	P	F	S	P	F	S	P	F	S
Nikada	0	1	46	28	74	70	89	100	100	0	54	88
Jednom	6	13	28	23	7	28	9	0	0	3	23	9
Više puta	25	27	16	32	16	2	2	0	0	16	17	3
Stalno	69	59	2	17	3	0	0	0	0	81	6	0

Legenda: P – psihičko zlostavljanje F – fizičko zlostavljanje S – seksualno zlostavljanje

Tablica 8. Spremnost na prijavu mobinga

	BOLNICA	KUĆNA NJEGA	PATRONAŽA	AMBULANTA
	(%)	(%)	(%)	(%)
Nikad	100	100	100	100
Rijetko	0	0	0	0
Ponekad	0	0	0	0
Često	0	0	0	0
Uvijek	0	0	0	0

Tablica 9. Samoprocjena utjecaja mobinga na kvalitetu obavljanja radnih aktivnosti?

	BOLNICA	KUĆNA NJEGA	PATRONAŽA	AMBULANTA
	(%)	(%)	(%)	(%)
Nikad	0	0	0	0
Rijetko	0	0	0	0
Ponekad	2	4	6	5
Često	6	7	7	57
Uvijek	92	89	87	38

Tablica 10. Razlozi ne prijavljivanja izloženosti mobingu na radnom mjestu

	BOLNICA (%)	KUĆNA NJEGA (%)	PATRONAŽA (%)	AMBULANTA (%)
Ništa se ne bi promijenilo	43	45	46	43
Boji se sankcija jer sam nezaštićen/nezaštićena	20	7	15	24
Nemam kome prijaviti	36	42	39	31
Bojim se da bi bilo još gore	1	6	0	2
Ostalo	0	0	0	0

Tablica 11. Rješenja izloženosti mobinga

	BOLNICA (%)	KUĆNA NJEGA (%)	PATRONAŽA (%)	AMBULANTA (%)
Zadužiti osobu za primanje pritužbi	23	26	25	24
Edukacija o mobingu	2	6	3	9
Mogućnost anonimne dojava o mobingu	15	14	7	13
Uključivanje HKMS u borbu protiv mobinga	4	6	4	4
Pravna pomoć	10	9	9	8
Kompetentni rukovoditelj	0	1	0	1
Određivanje kompetencija medicinskih sestara	45	37	52	41
Ostalo	1	2	0	0

DISKUSIJA

Istraživanjem su bile obuhvaćene 321 osobe zaposlene kao medicinske sestre/tehničari na području Splitsko dalmatinske županije koje su bile podijeljene u četiri stratum, obzirom na radno mjesto. Od ovih ispitanika 306 (95%) su bile žene. Ukupno 30% ispitanika je imalo višu ili visoku stručnu spremu, pri čemu je na razini primarne zdravstvene zaštite bilo 10% ispitanika koji rade kao patronažne medicinske sestre, 11% ispitanika koji rade kao medicinske sestre iz područja pomoć i njega u kući, 23% ispitanika koji rade kao u ambulanti primarne zdravstvene zaštite, dok je 56% ispitanika bilo zaposleno u KBC-u Split. (Tablica 1)

Pri procjeni uvjeta na radnom mjestu, 27% zaposlenih u bolnici i 17% zaposlenih u kućnoj njezi uvjete je procijenilo izuzetno lošim, dok ih je daljnjih 36% iz stratum bolničkih sestara i 72% iz stratum patronažnih sestara proglasilo lošim. Statistički značajno znatno više (94%) patronažnih sestara uvjete rada smatra dobrim, u odnosu na 8% zaposlenih u bolnici i 24% u ambulantama. Zanimljiva je činjenica da se nitko od ispitanika nije opredijeo

lio za kategoriju da radi u izuzetno dobrim uvjetima. (Tablica 2)

Dobiveni rezultati o učestalosti izloženosti mobingu u Splitsko – dalmatinskoj županiji ukazuju bitnu razliku u izloženosti mobingu između zaposlenika u primarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti. Naime, iz Tablice 3 vidljivo je da medicinske sestre koje rade u bolnici statistički značajno više smatraju da su „često“ (52%) i „uvijek“ (2%) izložene mobingu u odnosu na medicinske sestre zaposlene u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, budući da se niti jedna sestra zaposlena u ambulanti i patronažnoj službi ne osjeća žrtvom mobinga, dok je takvih među onima koje rade u kućnoj njezi 23%. Sukladno navedenom, nikad žrtvom mobinga nije bilo 96% patronažnih medicinskih sestara što je statistički značajno više nego 19% izloženih mobingu među zaposlenim u kućnoj njezi i 13% zaposlenih u bolnici. Testom razlika utvrđeno je da se s obzirom na radno mjesto kao diskriminantu skupina ispitanika koja je imala iskustvo mobinga statistički značajno razlikuje od skupine ispitanika koji nemaju iskustvo mobinga ($p < 0,001$). Iako je najveći broj

ispitanika koji se izjasnio kao žrtva mobinga bio u dobnoj skupini od 25 – 34 godine, nije utvrđena statistički značajna razlika među ispitanicima koji su imali iskustvo mobinga i onih koji to nisu prema dobnim skupinama ($p = 0,379$). Prema spolnoj podjeli uočava se jednakomjerna zastupljenost žrtava, iako je nemoguće provesti statističko uspoređivanje grupa budući da je bio uključen premali broj ispitanika muškog roda u odnosu na ženski (5%/95%).

Dobivene rezultate možemo komparirati s rezultatima inozemnih istraživanja prema kojima Qiunea (1999.) na 1100 zaposlenih zdravstvenih radnika u Nacionalnom zdravstvenom sektoru u Velikoj Britaniji, iznosi da je mobingu izloženo 38% ispitanika, dok je 42% njih svjedočilo mobingu nad drugima. Isto istraživanje je pokazalo da je 1 od 3 ispitanika zdravstvenog osoblja izjavio da je bio žrtva mobinga tijekom prethodne godine. Istraživanje Pranjića i sur. (2006.) među liječnicima u 7 zdravstvenih centara u BiH pokazuje da je 76% liječnika imalo iskustvo mobinga u prethodnoj godini, što je znatno veće nego broj prijavljenog mobinga u prethodnim studijama.

Odgovori na grupu pitanja prikazanih tablicama 4. – 7. prikazuju koga žrtve identificiraju kao mobbera, odnosno zlostavljača počinitelja mobinga. Dobiveni rezultati pokazuju da se kao najčešći mobberi navode kolegica koja je hijerarhijski jednako pozicionirana ispitaniku, te sami pacijenti. Nisu zanemarivi podaci da je 59 % zaposlenih u bolnici izjavilo da je više puta bilo izloženo psihičkom mobingu od strane liječnika, što je značajno više nego onih (23%) izloženih istom obliku nasilja u ambulanti.

Glavna sestra kao mobber navedena je kao najčešći jednokratni zlostavljač, pri čemu mobing u svojoj definiciji kao oblik nasilja traži kontinuitet i opetovanost, pa bi se prije pojedinačni navedeni ispadi trebali karakterizirati kao sukobi, prekoračenje ovlasti, neadekvatno ponašanje, kršenje odredbi ugovora o radu, a ne kao sustavno zlostavljanje. Neovisno, podatak o 43% medicinskih sestara koje su doživjele jednokratno fizičko nasilje od strane glavne medicinske sestre u bolnici, te 34% njih zaposlenih u kućnoj njezi, kao i podatak o 26% bolničkih sestara, 34% patronažnih sestara, te 19% sestara iz kućne njege izloženih jednokratnom psihičkom nasilju traži pomnu pažnju. Treba posebno skrenuti pažnju na podatak da je 39% ispitanika zaposlenih u bolnici, 17% zaposlenih u kućnoj njezi više puta bilo izloženo psihičkom nasilju, a njih 32% zapo-

slenih u bolnici i 29% zaposlenih u kućnoj njezi fizičkom nasilju od strane glavne sestre. Alarmanan je podatak da 31% sestara zaposlenih u bolnici stalno trpi psihičko nasilje, a 4% fizičko nasilje od strane glavne sestre. U bolničkom stratumu čak 87% ispitanika tvrdi da je više puta bilo izloženo psihičkom, a 86% i fizičkom nasilju od strane kolegice, medicinske sestre, dok je tog oblika psihičkog nasilja evidentirano kod 32% ispitanica zaposlenih u kućnoj njezi. Istovremeno u patronažnoj službi nema niti jednog slučaja opetovanog višekratnog psihičkog nasilja, dok je takvog nasilja među kolegicama zaposlenih u kućnoj njezi 32%.

Iako samo naizgled neočekivano za osobe koje ne rade zdravstvenom sustavu, ovo istraživanje potvrđuje „javnu tajnu“ o izloženosti medicinskih sestara višekratnom učestalom nasilju, tj. mobingu od strane pacijenata i to psihičkom kod 25%, fizičkom kod 27% i seksualnom kod 16% zaposlenih u bolnici, te stalnoj izloženosti psihičkom mobingu kod njih 69%, fizičkom mobingu kod strane 59%, te seksualnom kod 2% njih. Podatke o opetovanom psihičkom nasilju nalazimo i kod ispitanika zaposlenih u kućnoj njezi (32%) i u ambulanti (16%). Posebnu pažnju treba posvetiti podatku da u ambulanti 16% medicinskih sestara smatra da su višekratno izložene psihičkom nasilju od strane pacijenata, a njih čak 81% stalnom, kontinuiranom psihičkom nasilju, što zapravo pokazuje da gotovo sve medicinske sestre zaposlene u ambulanti, njih 97% pacijente koji dolaze po pomoć i medicinsku skrb doživljavaju kao zlostavljače, što ukazuje na vrlo ozbiljne probleme u njihovom poimanju vlastite profesionalne uloge i dovodi pod sumnju profesionalnost postupanja. Podatak je tim važniji kad se dopuni podatkom iz Tablice 9 da 38% ispitanika zaposlenih u ambulanti smatra da izloženost mobingu utječe na kvalitetu obavljanja radnih aktivnosti. Zabrinjava dobivena činjenica prikazana Tablicom 10 kako se baš nitko od ispitanika nije odlučio prijaviti niti bi prijavio mobing. Kao objašnjenje se navodi da „ništa ne bi promijenilo“ koje je označilo 43% ispitanika zaposlenih u bolnici, 45% zaposlenih u kućnoj njezi, 46% u patronaži, te 43% u ambulanti. Kao drugi najčešći odgovor ističe se odgovor „nemam kome prijaviti“ kojeg je navelo 36% zaposlenih u bolnici, 42% zaposlenih u kućnoj njezi, u 39% patronaži, te 31% u ambulanti.

Zanimljiv je i rezultat u kojem sve medicinske sestre, bez obzira na radno mjesto, stručnu spremu, dob, spol, bračni status i godine radnog iskustva

smatraju da bi se na smanjenje mobinga moglo najviše utjecati određivanjem kompetencija medicinskih sestara (45% zaposlenih u bolnici, 37% kućnoj njezi, 52% patronažnoj službi i 41% u ambulanti) te određivanjem osobe za primanje pritužbi (23% zaposlenih u bolnici, 26% kućnoj njezi, 25% patronažnoj službi i 24% ambulanti) Zanimljivo, edukaciju o mobingu vrlo mali broj ispitanika smatra važnim za rješenje mobinga, dok kompetentnost ravnatelja uopće ne smatraju važnom za rješavanje problema (Tablica 11).

ZAKLJUČAK

1. Ovim istraživanjem utvrđeno je da samo 43% ispitanika nisu nikada bila izloženi nasilju kojeg procjenjuju mobingom, dok su ostali ispitanici rijetko, ponekad, uvijek ili često bili žrtve mobinga. Medicinske sestre koje rade u bolnici najizloženije su mobingu u zdravstvenom sustavu, pri čemu statistički značajno više smatraju da su „često“ (52%) i „uvijek“ (2%) izložene mobingu u odnosu na medicinske sestre zaposlene u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Skupina koja je najmanje bila izložene mobingu (0%) su patronažne medicinske sestre, što objašnjava činjenica da su one samostalne djelatnice koje usko svakodnevno ne surađuju s drugim medicinskim sestrama. Testom razlika potvrđeno je radno mjesto kao diskriminanti čimbenik ($p < 0,001$). Iako je najveći broj ispitanika koji se izjasnio kao žrtva mobinga bio u dobnoj skupini od 25 – 34 godine, nije utvrđena statistički značajna razlika među ispitanicima koji su imali iskustvo mobinga i onih koji to nisu prema dobnim skupinama ($p = 0,379$).
2. Pri identifikaciji osobe zlostavljača utvrđeno je da 31% sestara zaposlenih u bolnici stalno trpi psihičko nasilje, a 4% fizičko nasilje od strane glavne sestre. Međutim značajno više, preko 85% ispitanika zaposlenih u bolničkom stratumu tvrdi da je više puta bilo izloženo psihičkom,

i fizičkom nasilju od strane kolegice, medicinske sestre. Zabrinjavajuće je da 97% ispitanika zaposlenih u ambulantama upravo pacijente doživljavaju kao zlostavljače.

3. Baš nitko od ispitanika nije odlučio prijaviti niti bi prijavio mobing, a kao objašnjenje se navodi da se „ništa ne bi promijenilo“ ili da „nemaju kome prijaviti“.
4. Budući da preko polovine ispitanika prepoznaje na izloženost mobingu negativno utječe na njihovu kvalitetu rada, a s obzirom na visoku incidenciju izloženosti zaposlenika u tercijarnoj zdravstvenoj razini, sve veći broj prijavljenih medicinskih greški se možda dijelom krije u izloženosti nasilju na radnom mjestu. Svako dovoljno svjesno društvo trebalo bi biti zainteresirano za rano otkrivanje i suzbijanje mobinga pa ovo istraživanje ukazuje na opravdanost njegovog proširenja.

LITERATURA

1. Davenport N., Schwartz DR, Elliott PG. (1999) Mobing. Emotional Abuse in the American Workplace. Civil Society Publishing Ames Iowa.
2. Field T. Workplace bullying. BMJ. 326, 2003: 776-777.
3. Francois H., Duguay P., Massicotte P. Les actes violents en milieu de travail: des différences selon le sexe. Montreal: 6th World Conference, Injury Prevention and Control, 2002.
4. Godin IM.: Bullying, worker's health, and labour instability, J. Epidemiol. Comm. Health. 2004; 58: 258-259.
5. Leymann H., Mobing and psychological terror at workplaces. Violence Vict 1990; 5 (2): 119-26.
6. Leymann H. The Mobing Encyclopaedia. Bullying: Whistleblowing. Information about Psycho terror in the Workplace. 1992.

m.t. Jurić Drago – KBC Zagreb,
m.s. Jozić Dubravka – Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“, Slavonski Brod
m.t. Kacun Ivan – Županijska bolnica Čakovec
Dr. Sc. Racz Aleksandar; Zdravstveno veleučilište Zagreb

IZLOŽENOST MEDICINSKIH SESTARA MOBBINGU NA RADNOM MJESTU

Ključne riječi: zlostavljanje, zakon, zdravstveni radnici

UVOD

Mobing je specifični oblik ponašanja na radnom mjestu, kojim jedna osoba ili skupina njih sustavno psihički (moralno) zlostavlja i ponižava drugu osobu, s ciljem ugrožavanja njezina ugleda, časti, ljudskog dostojanstva i integriteta, sve do eliminacije s radnog mjesta (1). Osnovno je obilježje mobinga neuvažavanje ličnosti na osobnoj i profesionalnoj razini te ignoriranje i diskriminacija u različitim oblicima (2). To je vrlo rasprostranjena, patološka društvena pojava. Mobing je bolest civilizacije, ali i bolest koju civilizacija stvara. Posljedice se odražavaju na socijalno okruženje, radnu sredinu, ali i na privatni život i zdravlje pojedinca, pa se problem promatra sa medicinskog, sociološkog, pravnog i psihijatrijsko - forenzičkog stajališta (3). Odvija se uglavnom na psihološkoj razini pa je teško dokaziv u materijalistički orijentiranom svijetu. Svako dovoljno svjesno društvo trebalo bi biti zainteresirano za rano otkrivanje i suzbijanje mobinga. Sedativi i povremena bolovanja zbog posljedica mobinga predstavljaju samo simptomatsku terapiju kratkotrajnog djelovanja. Bez rješavanja uzroka, tj. mobingovog nasilnog ponašanja i uvjeta koji to omogućuju, proces će se sigurno nastaviti i dovesti do ozbiljnijih posljedica. Iako malobrojna, istraživanja incidencije i prevalencije mobinga upozoravaju na opseg problema, a stručnu javnost uče prepoznavati mobing sa ciljem sprečavanja njegovog javljanja sustavnom primarnom prevencijom, informiranjem, edukacijom i konkretnim zahvatima npr. osobnim treningom komunikacijskih vještina, zaštitnim zakonodavstvom i organizacijskom politikom i zakonodavnom praksom.

CILJ

Osnovni cilj pilot istraživanja bio je proučiti raširenost izloženosti mobingu na radnom mjestu među zdravstvenim radnicima, poglavito onim medicinskim sestrama i tehničarima koji su uključeni u program stručne izobrazbe na izvanrednom stručnom studiju, te analizirati oblike zlostavljanja kojem su pojedini ispitanici izloženi.

Kao sporedni cilj, željelo se proučiti stavove medicinskih sestara i tehničara o uzrocima i štetnim posljedicama mobinga, te načinima njegove prevencije.

MATERIJAL I METODE

Istraživanje je kao pilot istraživanja provedeno u sklopu metodičkih vježbi na kolegiju Javno zdravstvo na prigodnom stratificiranom uzorku polaznika 3. godine izvanrednog stručnog diplomskog studija isključivo među onim ispitanicima koji su u aktivnom radnom odnosu.

Način provođenja istraživanja bio je anketnim upitnikom, uz osiguranu anonimnost. «Drop out» je bio 7% što je prihvatljiv broj s obzirom na specifičnost i delikatnost istraživanja izloženosti nasilju. Na kraju je ukupno bilo obrađeno 108 valjano ispunjenih i dostavljenih upitnika. Rezultati su obrađeni jednostavnim statističkim metodama distribucije u EXCELL MS Office 2003 i prikazani su relativnim frekvencijama.

REZULTATI I DISKUSIJA

Istraživanjem je bilo obuhvaćeno 108 ispitanika, medicinskih sestara i tehničara, od čega je bilo 92% ženskih ispitanika i 8% muških ispitanika. Prema obrazovnoj strukturi utvrđeno je 4 (3.7%) sa visokom stručnom spremom, te 104 (96, 3%) sa srednjom stručnom spremom.

S obzirom na duljinu aktualnog radnog odnosa niti jedan ispitanik nije bio u radnom odnosu kraće od 6 mjeseci. Njih 2 (1, 9%) zaposleni su bili u razdoblju od 6 – 1 mjeseci, 12 (11%) u periodu od 12 – 36 mjeseci, te 23 (21%) u trajanju radnog odnosa od 48 – 120 mjeseci, te najviše čak 71 ili 65, 5 % dulje od 120 mjeseci ili deset godina kod istog poslodavca. Svih 108 ili 100% ispitanika čulo je za termin mobing i procjenjuju da znaju njegove glavne odrednice. Također njih 63 (58%) je upoznato s pravima žrtve i postupkom zaštite, dok ih 35 (32, 4%) nije upoznato ili su se upoznali tek na vlastiti zahtjev poslodavcu 10 (9, 3%).

Na direktno pitanje o doživljaju sebe kao žrtve mobinga tijekom radnog vijeka, 74 (68, 5%) odredilo se kao žrtvom mobinga na sadašnjem radnom mjestu, a 7 (6, 5%) smatraju se žrtvom mobinga na prijašnjem radnom mjestu, dakle gotovo 75% ili tri od četiri ispitanika su bili ili još uvijek jesu žrtve mobinga. Od ukupnog broja, 24 (22%) nisu se odredili kao žrtve, dok ih troje (2, 7%) nisu znali ili željeli odgovoriti.

Znatno veći broj, njih 84 (77, 8%) bili su svjedoci nasilja nad kolegama s posla, dok ih je 17 (16%) izrijekom reklo da nisu nikad svjedočili mobingu, uz 7 (6, 5%) neizjašnjenih ispitanika na to pitanje. Dobiveni rezultati još su porazniji od rezultata dobivenih u istraživanju provedenom od strane Hrvatske udruge medicinskih sestara čiji rezultati pokazuju da se medicinske sestre najviše žale na omalovažavanje (39%), vikanje (38%), vrijeđanje (31%), ignoriranje njihova mišljenja (28%), privilegiranje pojedinih članova tima pri podjeli poslova (28%), komentiranje privatnog života (23%) itd. Kao osobe koje se najčešće tako ponašaju navedeni su neposredno nadređeni (40%) i kolege iz užega radnog okruženja (24%).(2)

U istraživanju kojim je bilo obuhvaćeno 1354 medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u zdravstvenim ustanovama na području 21 županije, njih 52, 65 % odgovorilo je potvrdno da je bilo izloženo nekim od oblika nasilničkog ponašanja što je niži postotak od podatka koji je dobiven ovim istraživanjem i iako je uzorak prigodan i ne dozvoljava generalizacije, upućuje na daljnje povećanje broja žrtava zlostavljanja na radnom mjestu u zdravstvenoj struci (2).

Prema istraživanju portala www.posao.hr, kojim je bilo obuhvaćeno 812 ispitanika, na pitanje o tome jesu li se ikada našli u situaciji da ih kolege, podređeni ili nadređeni psihički zlostavljaju, čak 84 % ispitanika je odgovorilo pozitivno (2).

Za mobing su posebno rizične osobe s niskom stručnom spremom. Najčešće žrtve uznemiravanja tihe su, mirne i povučene radnice niže razine obrazovanja, koje šute i trpe, često zastrašene i osjećajem manje vrijednosti, kojima se može lako manipulirati (1). Među zaposlenicima visoke stručne sprema najčešće su žrtve mlade osobe pune entuzijazma, čija je karijera u usponu i nije u skladu s očekivanjima okoline ili planovima nadređenih osoba. Intenzitet i vrsta posljedica ovise o tri kategorije čimbenika: intenzitetu mobinga (moralnog zlostavljanja), dužini trajanja i karakteristikama žrtve (crtama ličnosti). Mobing je usmjeren prema ponižavanju i uništavanju žrtvinog samopouzdanja. Upravo tako, poniženo se osjećalo 74 (69%) ispitanika, ranjivo 39 (36%), zaplašeno 31 (29%), te odsutno 16 (15%). Iako je bolovanje vrlo često izlaz iz zlostavljajuće situacije, bolesnim se osjećalo samo 3 (2, 8%) ispitanika. Rezultati su bliski onima iz istraživanja Staffordshire University, provedenom u Velikoj Britaniji, prema kojem 75, 6% žrtava mobinga ima zdravstvene posljedice, pati od depresije i ima pad samopoštovanja (2).

Svaka žrtva mobinga traži pomoć, no budući da je izolacija jedna od metoda mobinga, bilo je zanimljivo istražiti koga ispitanici navode kao osobu s kojom su razgovarali o mobingu. Oni su najčešće istaknuli prijateljicu 46 (43%), člana obitelji 40 (37%) i kolegu s posla 33 (30, 5%). Vrlo je zanimljivo da nadležnog ili nadređenog u službi žrtva ne doživljava kao osobu od povjerenja i s njim je razgovaralo samo 10 (9, 3%) ispitanika, a još je poražavajući podatak da s liječnikom je razgovaralo samo 3 (2, 8%) ispitanika, manje i od onih koji nisu razgovarali ni s kim, njih 4 ili 3, 7%.

Posljedice mobinga su višestruke i zahvaćaju i područje rada i područje privatnog života. Izuzetno negativno utječe na zdravlje i život pojedinca, na kvalitetu pružanja usluga, na ekonomske posljedice u zajednici. Najveći postotak ispitanika, njih 63 (58%), osjećao je pojačani stres, dok je 28 (26%) osjećalo smanjenu radnu efikasnost, 41 (38%) gubitak koncentracije i 53 (49%) gubitak motivacije. Kao posljedicu doživljenog, čak 43 (43%) razmišljalo je da promijene radno mjesto ili 18 (17%) nije htjelo ići na posao. Istraživanje iz 2005. godine provedeno na uzorku od 1152 ispitanika dobilo je vrlo slične podatke. Konkretno, na pitanje kako je mobing utjecao na njihov odnos prema radnom mjestu, u tom istraživanju ispitanici najčešće su osjećali pojačani stres (64%), preko polovine (53%) ih je

razmišljalo da napusti sadašnji posao; pola (50%) je osjećalo smanjenu radnu učinkovitost i gubitak koncentracije (49%) (2). Više od 40% osjetilo je gubitak motivacije i nije htjelo ići na posao, a četvrtina (24%) je počela češće odlaziti na bolovanje. Prema švedskoj statistici brojke za 1991. godinu pokazuju da je oko 25% radnika iznad 55 godina umirovljeno ranije, a od toga 20-40% ranijih je umirovljenja nastalo zbog oboljenja čiji je osnovni uzrok loši psihosocijalni radni uvjeti, između ostalog i mobing (2). Na privatnom planu 60 ispitanika, tj. 55, 5% osjećalo je pojačani stres, 30 (28%) pojačani umor, 61 (57%) nezadovoljstvo, 24 (22, 2%) depresiju, 47 (44%) nesanicu, 26 (24%) iritiranost, te 15 (14%) strah. I u citiranom istraživanju iz 2005., dobiveni su podaci da im je u privatnom životu mobing uzrokovao pojačani stres, umor, nezadovoljstvo, depresiju i nesanicu (2).

Na pitanje da li je poslodavac svjestan pojave i negativnih posljedica mobinga na rad, većina ispitanika, njih 60 (55, 5%) smatra da nije, dok samo 15 (14%) vjeruje da jesu, uz 30 (28%) ispitanika koji nisu dali precizan odgovor. Međutim, poražavajući je odgovor da je samo 3 ispitanika (2, 8%) imao doživljaj da je poslodavac bio zainteresiran da čuje kako se ispitanik osjećao kao žrtvom, dok ostali, njih 70 (65%) smatraju da poslodavac nije bio zainteresiran ili 25 (23, 1%) ne znaju da li je bio zainteresiran.

Kao razloge nastanka mobinga ispitanici su u najvećem postotku naveli osobne karakteristike počinitelja (82%), zavist (46, 3%), jaku konkurenciju (32, 4%), te karakteristike žrtve (20, 4%), što vrlo jasno pokazuje da ispitanici uočavaju samo jedan dio problema: osobni odnos zlostavljača i žrtve, ne prepoznajući strukturalne probleme koji dovode do pojave zlostavljanja na radnom mjestu.

ZAKLJUČAK

1. Pilot istraživanje je potvrdilo pretpostavku da je mobing izuzetno raširena pojava među zdravstvenim radnicima, napose medicinskim sestrama

ma budući da je mobingu bilo izloženo 74 (68, 5%) ispitanika obuhvaćenim ovim pilot istraživanjem, tijekom radnog vijeka na sadašnjem radnom mjestu, a 7 (6, 5%) bili su žrtvom mobinga na prijašnjem radnom mjestu.

2. Uzroke nastanka mobinga medicinske sestre pozicioniraju u sferu psihopatologije zlostavljača najčešće navodeći osobne karakteristike počinitelja (82%) ili zlostavljačevu zavist (46, 3%) kao najčešće označene uzroke.
3. Ispravo je prepoznati široki spektar posljedica koje mobing ostavlja na poslovnom i privatnom planu pri čemu oni ispitanici koji su bili izloženi nasilju na poslu ističu kao najistaknutiji simptom stres (58%) i gubitak motivacije (49%).
4. Izlaz iz nastale situacije medicinske sestre češće predviđaju u promjeni posla (43%) nego u traženju pomoći od nadređenih ili liječničkog osoblja u timu ili ustanovi (2, 8%).

S ciljem unapređenja kvalitete rada i odnosa u zdravstvu potrebno je prekinuti začarani krug stalne napetosti i straha na poslu dijelom prouzrokovani nasiljem na poslu, sve kako bismo stvorili uvjete za siguran i kreativan rad najvrjednijeg segmenta što zdravstvo ima – medicinskih sestara i tehničara i na taj način aktivno doprinijelo unaprjeđenju zdravlja ljudi.

LITERATURA

1. Kostelić Martić A. Mobbing: psihičko maltretiranje na radnom mjestu, Školska knjiga, Zagreb, 2005.
2. Udruga za pomoć i edukaciju žrtava mobinga, URL://<http://www.mobbing.hr>
3. Russo A. Mobbing – od zlostavljanja do zdravlja na radnom mjestu. U: Mustajbegović J. ur. Zdrave organizacije ili kako promicati zdravlje na radnom mjestu. Motovun: Motovunski glasnik broj 43. Suportivni centar Hrvatske mreže zdravih gradova, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, 2004.

MEDICINSKA SESTRA KAO SVJEDOK I ŽRTVA OBITELJSKOG I INTIMNOG PARTNERSKOG NASILJA

Ključne riječi: medicinska sestra, intimno partnersko nasilje, obiteljsko nasilje, incidencija, rizični faktori

SAŽETAK

Budući da se stavovi i ponašanje pomagača prema žrtvi intimnog partnerskog nasilja oblikuju i pod utjecajem osobnog iskustva sa doživljenim i proživljenim nasiljem, ovim istraživanjem su se, na reprezentativnom uzorku 600 medicinskih sestara zaposlenih u sustavu zdravstva, prikupili dosad nepostojeći epidemiološki podaci o izloženosti medicinskih sestara obiteljskom i intimnom partnerskom nasilju, učestalosti i oblicima nasilja, te mogućim rizičnim faktorima. Prema podacima prikupljenim anketnim upitnikom u istraživanju po tipu poprečnog presjeka provedenim 2009. godine, ukupno 26,8% medicinskih sestara u djetinjstvu je svjedočilo nasilju među roditeljima, dok ih je 15,7% bilo i osobno zlostavljano od strane roditelja. Svaka jedanaesta medicinska sestra (9,3%) bila je žrtvom zlostavljanja u bivšim bračnim/partnerskim vezama, a 2,8% su zlostavljane u sadašnjem braku, vanbračnoj zajednici ili partnerskoj vezi. Među njima, 54% ih je najmanje jednom doživjelo neki oblik verbalnog, 23% psihičkog, 18% fizičkog, 7% seksualnog, a 6% ekonomskog nasilja. Ukupno 15% medicinskih sestara se subjektivno osjeća zlostavljano ženom, neovisno o obliku, vremenu i počinitelju doživljenog zlostavljanja. χ^2 test ($F=9,003$, $df=1$, $p=0,027$) potvrdio je da one medicinske sestre koje su u djetinjstvu svjedočile nasilju među roditeljima u odrasloj dobi su češće bivale žrtvama nasilja u bivšim partnerskim/bračnim vezama, kao i da sebe statistički značajno češće smatraju zlostavljanim ženama. Primjenom χ^2 testa potvrđeno je da su medicinske sestre koje sebe smatraju zlostavljanim ženama bile statistički značajno više izložene

neposrednom fizičkom nasilju od strane roditelja ($F=11,866$, $df=1$, $p<0,01$), kao i da one medicinske sestre koje su bile neposredne žrtve nasilja u bivšim vezama su statistički značajno češće žrtve nasilja i u aktualnim intimnim partnerskim vezama ($F=139,955$; $df=1$; $p<0,01$). Zbog važne uloge medicinskih sestara u sustavu zdravstva na poslovima trijaže, identifikacije i skrbi o pacijenticama - žrtvama nasilja u intimnim partnerskim vezama, one medicinske sestre koje su i same žrtve zlostavljane ili se takvima osjećaju moramo prepoznati i pružiti im svu potrebnu pravnu, psihološku i medicinsku pomoć, te psihosocijalnu rehabilitaciju.

UVOD

Uloga zdravstvenih radnika, a pogotovo medicinskih sestara, u cjelokupnom sustavu zaštite žena od nasilja je izuzetno važna i neupitna (Walsh, 1996), tim više što medicinske sestre u raznim sustavima zdravstva igraju ključnu ulogu pri detekciji i prevenciji nasilja nad ženama. Naime, one su dio jedinih institucija koje imaju priliku doći u interakciju sa svakom ženom u određenom razdoblju njenog života, te su u jedinstvenom položaju da holistički pristupe i interveniraju prema žrtvi, budući da su najčešće i prve osobe kojima se žrtva obraća nakon pretrpljenog čina zlostavljanja (Heise i sur., 1999). Njihova uloga nažalost sve više dobiva na važnosti budući da je nasilje nad ženom poprimito razmjere epidemije. Statistike kažu da uslijed nasilnog akta svakih 7 sekundi jedna žena biva pretučena (Hodges, 1993), svakih šest minuta jedna žena silovana (UN, 1996), a 4 dnevno ubijene (Felder, 1996). Vijeće Europe (2002) objavilo je podatke da je 20 do 50% žena u Europi tijekom života bilo žrtvama obiteljskog nasilja, te time nasilje nad ženom predstavlja najčešći oblik kršenja ljudskih prava u Europi (Appelt, 2002). Prije četiri godine

(2005) objavljena je posljednja u nizu studija SZO o nasilju nad ženom u obitelji (*Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*) koja je potvrdila nalaze prethodnih utvrdivši između 13% i 61% fizički zlostavljanih žena tijekom njihovog životnog vijeka, 6% do 59% seksualno zlostavljanih, odnosno kombinaciju fizičkog i seksualnog zlostavljanja kod 15% do 71% žena.

Pretpostavka je da su «izvanbolničke» medicinske sestre kao dio izabranog tima opće/obiteljske medicine pri domovima zdravlja na razini primarne zdravstvene zaštite, kao i „bolničke“ medicinske sestre koje rade u općim i specijalnim bolnicama na razini sekundarne zdravstvene zaštite, a posebice medicinske sestre koje rade na klinikama, u kliničkim bolnicama i kliničkim centrima na razini tercijarne zdravstvene zaštite (u centralnoj hitnoj prijemnoj službi, na traumatološkim, hitnim prijemnim kirurškim ambulancama, hitnim prijemnim ORL ambulancama, te prijemnim psihijatrijskim odjelima) više od drugih profesija u situaciji da žene žrtve nasilja u obitelji identificiraju, a nasilje prijavljuju i interveniraju prema žrtvi i obitelji. Međutim, osobna izloženost medicinske sestre nasilju može se odraziti na njeno izbjegavanje ispitivanja pacijenata o pretrpljenom nasilju iz straha da suočavanje sa tuđom traumom ne izazove zrcaljenje vlastite pretrpljene traume. S druge strane, neki autori ističu da osobno iskustvo doživljenog nasilja može poticajno djelovati na medicinsku sestru da s više empatije pomogne pacijentici žrtvi nasilja (Holm i sur. 1989). Radovi o ovom problemu evidentno ne upućuju na jednoznačni zaključak. Dok Dickson i Tutty (1996) na uzorku 125 kanadskih medicinskih sestara dobivaju podatke prema kojima su se one medicinske sestre koje su imale iskustvo sa nasiljem (bilo osobno doživljeno iskustvo kao žrtve ili tek saznanje o nasilju među prijateljima ili unutar obitelji) pokazale korisnijima i više sklonima pomaganju žrtvama u usporedbi sa sestrama koje nisu imale iskustvo sa zlostavljanjem, Coleman (1993) dobiva izostanak pozitivne povezanosti između osobnog iskustva doživljenog nasilja u bračnim/partnerskim vezama i stavova (empatije) prema žrtvama zlostavljanja.

Upravo zbog vodeće uloge medicinskih sestara u međusektorskoj koordiniranoj provedbi akcijskog plana borbe protiv nasilja nad ženom, a budući da se uvjerenja, stavovi i ponašanje prema pacijentici žrtvi obiteljskog nasilja oblikuju i pod utjecajem osobnog iskustva sa doživljenim nasiljem u obitelji i intimnim partnerskim vezama, vrlo je važno anali-

zirati u kojoj mjeri su medicinske sestre istovremeno i same bile ili jesu žrtve obiteljskog i intimnog partnerskog nasilja kako bi im se pružila adekvatna i neophodna psihosocijalna pomoć, te na taj način pravovremeno prepoznale i otklonile moguće barijere njihovoj (ne)objektivnosti pri prepoznavanju i zaštiti žrtava nasilja među pacijenticama.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Pregledom dostupne literature kod nas nisu pronađeni podaci o incidenciji i prevalenciji izloženosti intimnom partnerskom nasilju među medicinskim sestrama. Cilj rada bio je prikupiti dosad nepoznate epidemiološke podatke o prevalenciji i specifičnim vrstama nasilja kojem su bili ili jesu izložene medicinske sestre u bivšim i sadašnjim bračnim/partnerskim vezama, podatke o izloženosti obiteljskom nasilju u djetinjstvu, te istražiti neke rizične faktore izloženosti nasilju.

UZORAK I METODE

Istraživanje je provedeno na slučajnom, stratificiranom uzorku 600 medicinskih sestara među aktivno zaposlenim medicinskim sestrama u sustavu zdravstva. Medicinske sestre bile su svrstane u dva stratum prema unaprijed određenim kriterijima: “stratum A – izvanbolničke medicinske sestre (IB)” zaposlene u ustanovama primarne zdravstvene zaštite i “stratum B – bolničke medicinske sestre (BO)” zaposlene u bolničkim ustanovama na razini sekundarne zdravstvene zaštite i na unaprijed odabranim kliničkim i hitnim prijemnim odjelima kliničkih bolnica i kliničkim bolničkih centara na razini tercijarne zdravstvene zaštite. U istraživanje je u “**stratum A**” bilo uključeno 100 VŠS/VSS patронаžnih medicinskih sestara (PS), 50 SSS medicinskih sestara općeg smjera koje rade u ustanovama za pomoć i njegu u kući (UPK) te 100 SSS medicinskih sestara općeg smjera zaposlenih u ordinacijama opće i obiteljske medicine (OOOM) (ukupno **250 ispitanica** iz “stratuma A”). U “**stratum B**” bilo je uključeno 50 VŠS/VSS medicinskih sestara i 100 SSS medicinskih sestara općeg smjera na razini sekundarne zdravstvene zaštite (SZZ) i 50 VŠS/VSS medicinskih sestara i 150 medicinskih sestara općeg smjera na razini tercijarne zdravstvene zaštite (TZZ) (ukupno **350 ispitanica** iz “stratuma B”). Kao mjerni instrumenti korišteni su *Upitnik osnovnih socio-demografskih i radno profesionalnih obilježja*: (Racz, 2009.) i *Upitnik osobnog i profesionalnog iskustva sa nasiljem nad ženom u obitelji* (Ajduković, Racz, 2009). Podaci su obrađeni upo-

Tablica 1. Bračni/partnerski status medicinskih sestara (distribucija frekvencija po stratumima s obzirom na mjesto rada)

bračni/partnerski status medicinskih sestara													
	nisam u bračnoj/ partnerskoj vezi		u partner- skoj sam vezi - imam dečka - ali ne živimo zajedno		živim u bračnoj zajednici		živim u izvanbračnoj zajednici izjednačenoj s bračnom zajedn		rastavljena		udovica		Total
	Fre- kven- cija	%	Frekv encija	%	Fre- kven- cija	%	Fre- kven- cija	%	Frekv encija	%	Frekv encija	%	
IB u OOOM	19	19,0	21	21,0	42	42,0	9	9,0	4	4,0	5	5,0	100
IB u PS	7	7,0	7	7,0	78	78,0	3	3,0	2	2,0	3	3,0	100
IB u UPK	13	26,0	12	24,0	21	42,0	4	8,0					50
BO na razini SZZ	23	15,3	27	18,0	80	53,3	14	9,3	5	3,3	1	,7	150
BO na razini TZZ	35	17,5	40	20,0	103	51,5	15	7,5	5	2,5	2	1,0	200
Total	97	16,2	107	17,8	324	54,0	45	7,5	16	2,7	11	1,8	600

trebom standardnih programa za obradu podataka i prikazani tablicama kontingencije uz prikaz frekvencije i relativni prikaz. Prilikom obrade podataka korištene se uobičajene metode iz statistike razlika, univarijatne i multivarijatne metode obrade.

REZULTATI

Istraživanjem su prikupljeni podaci o bračnom ili partnerskom statusu medicinskih sestara koji pokazuju da ih više od polovine (54%) živi u bračnoj zajednici. Promatrano prema mjestu rada u sustavu zdravstvene zaštite najviše je udanih (78%) u skupini patronažnih medicinskih sestara, dok je manje udanih (42%) u skupinama zaposlenih u ordinacijama opće/obiteljske medicine i ustanovama za pomoć i njegu u kući. Uočena razlika može se objasniti razlikama u dobnoj strukturi medicinskih sestara zaposlenih u pojedinim segmentima zdravstvenog sustava. Konkretno, broj udanih je manji u onih stratumima u kojima je najviše medicinskih sestara mlađe živote dobi.

Zabilježen relativno mali broj medicinskih sestara koje žive u izvanbračnoj zajednici (7,5%) sukladan je trendovima u hrvatskom društvu. Očekivano, s obzirom na dobnu strukturu, najmanji ih je u skupini patronažnih medicinskih sestara (3%), dok je nešto veći i gotovo podjednak postotak izvan-

bračnih zajednica u kojima žive medicinske sestre u svim drugim skupinama (7,5%-9,3%).

Zanimljiv i neočekivan je podatak o malom broju rastavljenih medicinskih sestara (2,7%). Postotak rastavljenih medicinskih sestara se kreće između 2,0% u skupini patronažnih medicinskih sestara do 4,0% u skupini medicinskih sestara u ordinacijama opće/obiteljske medicine. Istraživanjem dobiveni podatak o samo 2,7% rastavljenih medicinskih sestara u nerazmjeru je sa službenim podacima o divorcijalitetu u RH promatranom kroz pedesetogodišnje razdoblje, budući da broj razvedenih brakova u RH kontinuirano raste unazad posljednjih 50 godina. Izuzmemo li mogućnost da je dio ispitanica izbjegao pravi odgovor na to pitanje ne želeći se izjasniti o ovom dijelu privatnog života, to može upućivati i na pretpostavku da su osobe koje su odabrale pomagačko zanimanje sestrinstva kao svoj poziv svjesnije brojnih negativnih posljedica rastave po sve članove, a posebice djecu, te ulažu dodatni napor ne bi li sačuvala bračnu zajednicu. S druge strane može se promišljati i na način da ekonomska situacija i niske plaće u zdravstvenom sustavu, kao i rad u smjenama u kojima je vrlo teško samohranim medicinskim sestrama osiguravati kontinuitet skrbi o djeci, obeshrabruju u odluci na brakorazvodni postupak.

Promatrajući duljinu trajanja zajednica, a budući da se radi o zanimanju sa pretežno mlađim zaposlenicima, ne iznenađuje podatak da je 37% medicinskih sestara u bračnoj zajednici koja traje kraće od 7 godina. Dobnom strukturom može se objasniti i podatak da među medicinskim sestrama koje nisu u vezi, najmanje ih je u skupini patronažnih medicinskih sestara (9, 0%), a najviše u skupini medicinskih sestara u ordinacijama opće/obiteljske medicine (23%), odnosno ustanova za pomoć i njegu u kući (24, 0%).

Također očekivano, s obzirom na veći postotak zaposlenica u srednjim godinama u skupini patronažnih medicinskih sestara, ne iznenađuje uočeno

na razlika u odnosu na druge skupine budući da je među njima najviše medicinskih sestara (36%) koje su preko 25 godina u sadašnjem braku/izvanbračnoj/partnerskoj vezi. Dobnu strukturu slijede i podaci dobiveni među medicinskim sestrama u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti u kojoj je na razini SZZ najviše (29, 3%) medicinskih sestara u sadašnjoj vezi 3 – 7 godina, dok je među onima na razini TZZ najviše (26, 5%) u vezi između 8 -15 godina. Dobiveni podaci da svaka šesta medicinskih sestara nije u bračnoj/partnerskoj vezi sukladni su s općim podacima o odgađanju stupanja u veze, a pogotovo sa posljedičnim sve kasnijim stupanjem u bračnu zajednicu.

Tablica 2. Osobna izloženost medicinskih sestara svjedočenju nasilju među roditeljima u djetinjstvu (distribucija frekvencija po stratumima s obzirom na mjesto rada)

	osobna izloženost nasilju - kao dijete bila očevidac nasilja među roditeljima				Total
	Ne		Da		
	Frekvencija	%	Frekvencija	%	
IB u OOOM	78	78,0	22	22,0	100
IB u PS	76	76,0	24	24,0	100
IB u UPK	40	80,0	10	20,0	50
BO na razini SZZ	113	75,3	37	24,7	150
BO na razini TZZ	132	66,0	68	34,0	200
Total	439	73,2	161	26,8	600

Tablica 3. Osobna izloženost medicinskih sestara nasilju od roditelja u djetinjstvu (distribucija frekvencija po stratumima s obzirom na mjesto rada)

	osobna izloženost medicinskih sestara nasilju - kao dijete bila osobno izložena nasilju od strane roditelja				Total
	Ne		Da		
	Frekvencija	%	Frekvencija	%	
IB u OOOM	89	89,0	11	11,0	100
IB u PS	90	90,0	10	10,0	100
IB u UPK	39	78,0	11	22,0	50
BO na razini SZZ	129	86,0	21	14,0	150
BO na razini TZZ	159	79,5	41	20,5	200
Total	506	84,3	94	15,7	600

Tablica 4. Osobna izloženost medicinskih sestara nasilju u bivšim bračnim/partnerskim vezama (distribucija frekvencija po stratumima s obzirom na mjesto rada)

	osobna izloženost medicinskih sestara nasilju - u ranijim bračnim/partnerskim vezama bila žrtva nasilja				Total
	Ne		Da		
	Frekvencija	%	Frekvencija	%	
IB u OOOM	92	92,0	8	8,0	100
IB u PS	91	91,0	9	9,0	100
IB u UPK	47	94,0	3	6,0	50
BO na razini SZZ	134	89,3	16	10,7	150
BO na razini TZZ	180	90,0	20	10,0	200
Total	544	90,7	56	9,3	600

Tablica 5. Osobna izloženost medicinskih sestara nasilju u sadašnjim bračnim/partnerskim vezama (distribucija frekvencija po stratumima s obzirom na mjesto rada)

	osobna izloženost medicinskih sestara nasilju - u sadašnjoj bračnoj/partnerskoj vezi žrtva nasilja				Total
	Ne		Da		
	Frekvencija	%	Frekvencija	%	
IB u OOOM	98	98,0	2	2,0	100
IB u PS	97	97,0	3	3,0	100
IB u UPK	48	96,0	2	4,0	50
BO na razini SZZ	145	96,7	5	3,3	150
BO na razini TZZ	195	97,5	5	2,5	200
Total	583	97,2	17	2,8	600

Tablica 6. Jednosmjerna analiza najmanje jednokratne izloženosti medicinskih sestara pojedinim vrstama nasilja u bivšim ili sadašnjim bračnim/partnerskim vezama (raspodjela po stratumima s obzirom na mjesto rada)

jednokratna izloženosti medicinskih sestara pojedinim vrstama nasilja u bivšim ili sadašnjim bračnim/partnerskim vezama	IB u OOOM	IB u PS	IB u UPK	BO na razini SZZ	BO na razini TZZ	F-omjer
od strane partnera/muža najmanje jednom doživjela da na mene više i izderava se	0,54	0,69	0,50	0,47	0,55	3,193*
od strane partnera/muža najmanje jednom doživjela neki oblik zastrašivanja tako da se u tom trenutku nisam osjećala sigurnom u njegovoj blizini	0,14	0,20	0,20	0,21	0,17	0,578
od strane partnera/muža najmanje jednom doživjela prijetnju ili direktno odguravanje ili direktni udarac ili šamar	0,22	0,26	0,26	0,23	0,22	0,222
od strane partnera/muža najmanje jednom doživjela uskraćivanje novca, zabranu raspolaganja svojim novcem ili bila dovedena u situaciju bez novca	0,05	0,08	0,10	0,02	0,07	1,728
od strane partnera/muža najmanje jednom doživjela bila prisiljena na seksualni odnos protiv svoje volje nakon što je partneru prije toga to jasno dala do znanja	0,08	0,07	0,04	,08	0,08	0,250
N	100	100	50	150	200	600

Vrlo je važan podatak za daljnja razmatranja da je više od jedne četvrtine medicinskih sestara (26,8%) bilo izloženo svjedočenju nasilju među vlastitim roditeljima, dok ih je 15,7% i osobno doživjelo neki oblik nasilja od strane roditelja.

Analizirajući izloženost intimnom partnerskom nasilju, u bivšim bračnim/partnerskim vezama 9,3% medicinskih sestara bilo je izloženo nekom obliku nasilja, a za ovo istraživanje posebno je važan po-

datak da je 2,8% medicinskih sestara iskazalo da su u sadašnjoj bračnoj/partnerskoj vezi žrtve nasilja. Analiza izloženosti medicinskih sestara pojedinim vrstama zlostavljanja u sadašnjim i bivšim pokazala je da su najčešće bile izvrgnute psihičkom nasilju. Naime, čak 54% ih je najmanje jednom doživjelo neki oblik izderavanja ili vikanja od strane partnera/muža. Više nego upola manje, ali još uvijek zabrinjavajućih 23% najmanje jednom su doživjele

Tablica 7. Osobna izloženost medicinskih sestara nasilju u bivšim bračnim/partnerskim vezama u odnosu na izloženost nasilju u sadašnjim bračnim/partnerskim vezama

	Osobna iskustva s nasiljem u obitelji – žrtva nasilja u sadašnjoj vezi				Total	
	NE		DA			
	Frekvencija	%	Frekvencija	%	Frekvencija	%
Nije bila žrtva nasilja u prijašnjim bračnim/partnerskim vezama	532	91, 3	12	70, 6	544	90, 7
Je bila žrtva nasilja u prijašnjim bračnim/partnerskim vezama	51	8, 7	5	29, 4	56	9, 3
Total	583	100, 0	17	100, 0	600	100, 0

Tabela 8. Samovrednovanje medicinskih sestara kao žrtava bračnog/partnerskog nasilja (distribucija frekvencija po stratumima s obzirom na mjesto rada)

	samovrednovanje sebe kao zlostavljane žene				Total
	Ne		Da		
	Frekvencija	%	Frekvencija	%	
IB u OOOM	85	85,0	15	15,0	100
IB u PS	83	83,0	17	17,0	100
IB u UPK	44	88,0	6	12,0	50
BO na razini SZZ	121	80,7	29	19,3	150
BO na razini TZZ	177	88,5	23	11,5	200
Total	510	85,0	90	15,0	600

neki oblik zastrašivanja uslijed čega se u tom trenutku nisu osjećale sigurnima u partnerovoj blizini. Daljnjih 18% najmanje jednom je doživjelo neposredno odguravanje, bilo udareno ili ošamareno. Višestruko manji broj, samo 7% medicinskih sestara je izjavilo da su bile prisiljena na seksualni odnos protiv svoje volje. Ekonomsko zlostavljanje se najrjeđe događa ili se opisane oblike uskraćivanja novca u našoj kulturi ne doživljava kao izloženost nasilju. Najmanje medicinskih sestara, samo njih 6% je potvrdilo da su najmanje jednom doživjele uskraćivanje novca, zabranu raspolaganja svojim novcem ili bile dovedena u situaciju bez novca. Istraženo je koliko je medicinskih sestara koje su zlostavljane u sadašnjim bračnim/partnerskim vezama bilo zlostavljano i u prijašnjim bračnim/partnerskim vezama. Dobiven je podatak da 70, 6% medicinskih sestara žrtva zlostavljanja u sadašnjoj bračnoj/partnerskoj vezi nisu bile žrtvom zlostavljanja u prijašnjim vezama, dok ih je 29, 4% bilo zlostavljano u bivšim bračnim/partnerskim vezama.

Nasuprot tome, 91, 3% medicinskih sestara koje nisu žrtve zlostavljanja u sadašnjoj bračnoj/partnerskoj vezi, nisu bile žrtve zlostavljanja niti u bivšim bračnim/partnerskim vezama, dok ih 8, 7%

jest bilo žrtvama u prijašnjim bračnim/partnerskim vezama.

Za razliku od vrlo niskog postotka ispitanica, njih 2, 8% koje su odgovorile da se žrtve zlostavljanja u aktualnoj intimnoj partnerskoj vezi, vrlo je značajan podatak da daleko veći postotak, njih 15% sebe smatra zlostavljanim ženom što upućuje na zaključak da osim intimnog partnerskog nasilja, medicinske sestre bivaju zlostavljane i na drugim mjestima izvan obitelji (posao) i od strane drugih osoba (roditelji, rodbina, poslovni partneri, djeca). Najmanji postotak medicinskih sestara smatra se zlostavljanim među zaposlenim u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti (11, 5%), dok ih je najveći postotak među zaposlenim u tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti (19, 3%).

DISKUSIJA

Istraživanjem se prikupilo dosad nepoznate epidemiološke podatke o prevalenciji i specifičnim vrstama nasilja kojem su izložene medicinske sestre u sadašnjim bračnim/partnerskim vezama. Utvrđeno je više od jedne četvrtine medicinskih sestara (26, 8%) koje su bile očevicama nasilja među vlastitim roditeljima, dok ih je tri četvrtine imalo sreće (73, 2%) rasti u uvjetima u kojima nisu svjedočili

nasilju među roditeljima. Ne samo da je svaka četvrta medicinskih sestara u djetinjstvu svjedočila nasilju među roditeljima, već je svaka šesta (15, 7%) bila i osobno izložena nasilju od strane vlastitih roditelja. U istraživanju se nije ulazilo u specifikaciju oblika nasilja kojem su medicinske sestre bile izložene u djetinjstvu iako bi to bio zanimljiv podatak. Najveći postotak medicinskih sestara koje su svjedočile nasilju zabilježen je među medicinskim sestrama zaposlenim u tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti (34%), dok je najmanji zabilježen u skupini zaposlenih u ustanovama za pomoć i njegu u kući. Neočekivano, iako je najmanje zaposlenica svjedočilo nasilju upravo u skupini zaposlenih u ustanovama za pomoć i njegu upravo u toj skupini je zabilježen najveći postotak (22%) onih koje su bile izložene direktnom nasilju od strane roditelja, dok je najmanje takvih zabilježeno među patronažnim sestrama. Budući da je zabilježena razlika u dobi između pretežno mlađih medicinskih sestara u skupinu zaposlenih u ustanovama za pomoć i njegu i pretežno starijih medicinskih sestara u skupini patronažnih sestara, možda se dobivene razlike mogu objasniti različitim kriterijima ocjene izloženosti nasilju i različitom karakterizacijom primjene „odgojnih metoda“ u djetinjstvu nekad (patronažne sestre) i nedavno (medicinske sestre iz ustanova za pomoć i njegu). Pored toga, veći dio mlađih medicinskih sestara zaposlenih u ustanovama za pomoć i njegu razdoblje djetinjstva vežu uz vrijeme društvenih nestabilnosti, rata i ekonomske krize s kraja osamdesetih i tijekom devedesetih godina, u kojima je prvenstveno uslijed radnih događanja stupanj izloženosti stresu kod njihovih roditelja bio znatno veći nego niz godina ranije u razdoblju kad je većina patronažnih sestara provodila relativno bezbrižnije djetinjstvo pod okriljem stabilnosti ekonomskog i političkog sustava tadašnje države. Konačni i društvena percepcija nasilja nad djecom se promijenila: dok se o zlostavljanju djece prije devedesetih u našim krajevima rijetko govorilo, nakon rata su započele i intenzivnije medijske kampanje i senzibilizacija javnosti na probleme nasilja i prikupljanje epidemioloških podataka. Upravo zahvaljujući tim radovima dobivene podatke o osobnom iskustvu medicinskih sestara sa doživljenim nasiljem u djetinjstvu možemo usporediti s podacima istraživanja Poliklinike za zaštitu djece grada Zagreba i Hrabrog telefona. Oni su, primjenjujuće strože kriterije definiranja nasilja, 2001. godine dobili podatke da je 10% ispitanica svjedočilo nasilju, 27% bilo emocionalno zlostav-

ljano, 9% fizički, a čak 15% seksualno zlostavljano. Podatak dobiven ovim istraživanjem o 15, 7% izloženih medicinskih sestara nasilju u djetinjstvu dakle u potpunosti korespondira sa poznatim podacima prevalencije nasilja u RH. Također se ne može reći da su medicinske sestre u većoj mjeri bile izložene nasilju u djetinjstvu od pripadnica opće populacije, što znači da nisu potvrđeni literaturni navodi nekih autora o očekivano većoj izloženosti medicinskih sestara nasilju i svjedočenju nasilju u djetinjstvu.

Dobiveni podaci su otkrili da je u bivšim bračnim/partnerskim vezama svaka jedanaesta medicinska sestra (9, 3%) bila izložena nekom obliku zlostavljanja. Postotak zlostavljanih medicinskih sestara kreće se od 6, 0% u skupini zaposlenih u ustanovama za pomoć i njegu u kući do 10, 7% u skupini zaposlenih u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. Izrazito je mali broj medicinskih sestara (2, 8%) iskazalo da su u sadašnjoj bračnoj/partnerskoj vezi žrtve nasilja. Dobivene podatke o prevalenciji pojedinih oblika nasilja potrebno je usporediti sa poznatim literaturnim podacima kako bi se moglo procijeniti da li je iskazana izloženost zlostavljanju viša ili niža od očekivane. Uvodno su izneseni brojni epidemiološki podaci o izloženosti zlostavljanju žena u općoj populaciji. Međutim puno su rjeđa istraživanja o incidenciji zlostavljanja među medicinskim sestrama. U istraživanju provedenom u SAD na 275 sestara na perinatalnom odjelu bolnica u Sjevernoj Karolini, 31% medicinskih sestara je izjavilo da je bilo zlostavljano tijekom života (Moore i sur., 1988).

Drugo istraživanje provedeno u Kanadi na uzorku opstetričkih medicinskih sestara zaposlenih u British Columbia Womens Hospital u Vancouveru, Kanada utvrdilo je na uzorku od 198 medicinskih sestara postojanje njih 26, 9% koje su bile izložene emocionalnom zlostavljanju, 14, 6% fizičkom nasilju, 22, 7% zastrašivanju, 27, 3% kontroli i 8, 1% seksualnom nasilju od strane partnera. Među onim medicinskim sestrama koje su izjavile da su kontrolirane od strane svojih partnera, 79, 6% se smatralo emocionalno zlostavljanim, 42, 6% je bilo fizički zlostavljano, dok je 24, 1% bilo seksualno zlostavljano. Ukupno je u uzorku bilo 38% zlostavljanih sestara, što se pokazalo višim od prosjeka dobivenog 1993. godine. (Janssen i sur., 1998). Davidson (1997) objavljuje podatak o 20% medicinskih sestara koje su i same bile žrtve nasilja. Attala (1995) na uzorku od 243 medicinske sestre prona-

lazi jednaku proporciju zlostavljanih sestara kao i zlostavljanih žena u općoj populaciji, pri čemu je kod 26% sestara ustanovio znakove kliničke depresije kao reakciju na zlostavljanje. Rezultati ovog istraživanja bliži su rezultatima Colemana i Stitha (1997) koji su na uzorku od 221 prvostupnice sestristva dobili podatak o 12, 1% izloženih nekom obliku partnerskog nasilja.

Statističkom multivarijantnom obradom dodatno se željelo proučiti neke faktore rizika za izloženost nasilju nad medicinskim sestrama. Zanimalo nas je da li vanbračne zajednice u odnosu na bračne zajednice predstavljaju faktor rizika, neovisno o činjenici da su zakonski izjednačene sa bračnom zajednicama. Dobiveni podaci sukladni su literaturnim i potvrđuju da je postotak medicinskih sestara koje se osjećaju zlostavljanim dvostruko viši od postotka medicinskih sestara koje se ne osjećaju zlostavljanim (ZMS/NZMS) među onima koje žive u izvanbračnoj zajednici izjednačenoj s bračnom zajednici (13, 3%/6, 5%). Potpuno očekivano je potvrđeno i da je postotak onih koje se osjećaju zlostavljano u odnosu na one koje se ne osjećaju zlostavljanim višestruko viši među rastavljanim medicinskim sestrama (10, 0%/1, 4%). Dobiveni podaci pokazuju da bračna zajednica nije protektivni faktor izloženosti nasilju nad medicinskim sestrama, ali da u našem društvu izvanbračna zajednica i dalje predstavlja oblik zajedničkog života u kojem su međusobni odnosi dijelom više utemeljeni na odnosima dominacije i nadmoći, uslijed čega je i postotak osoba koje se osjećaju zlostavljanim u takvim vezama veći.

Istraživanjem se željelo istražiti i raste li postotak žena koje se osjećaju zlostavljano proporcionalno s duljinom vremena provedenim u sadašnjoj bračnoj zajednici. Prikupljeni podaci pokazuju da je postotak medicinskih sestara u skupini NZMS u odnosu na ZMS veći među onima koje su manje od 3 godine u vezi (15, 6%/16, 9%), te u skupini onih koje su 3 – 7 godina u braku (16, 7%/21%). Upravo obrnuto, postotak medicinskih sestara u skupini NZMS u odnosu na ZMS manji je u skupini onih koje su u vezi 8 – 15 godina (23, 3%/21, 2%), te u skupini onih koje su 16 – 25 godina u braku (18, 9%/12, 9%). Uočene razlike nisu međutim statistički značajne tako da se duljina vremena provedena u braku ili partnerskoj vezi ne može smatrati faktorom rizika izloženosti nasilju nad ženom. Postotak medicinskih sestara koje se bile svjedočima nasilja u djetinjstvu posve logično značajno

je veći u skupini onih koje se osjećaju zlostavljanim (42, 3%) u odnosu na postotak u skupini onih koje se ne osjećaju zlostavljanim (24, 1%). Također, posve očekivano trostruko je veći postotak medicinskih sestara koje su bile i osobno zlostavljane od strane vlastitih roditelja u skupini onih koje se osjećaju zlostavljanim (30, 0%) u odnosu na drugu skupinu (13, 1%).

Iako se naizgled radi o redundantnim podacima, posebice jer se radi o varijablama koje su linearno zavisne, analiza ukazuje na nekoliko vrlo zanimljivih podataka. Naime, očekivan je podatak da 96, 7% onih medicinskih sestara koje ne osjećaju zlostavljanim, nisu imale osobnih iskustava u ranijim partnerskim vezama sa pretrpljenim nasiljem. Međutim, nije očekivano da u skupini onih koje se ne osjećaju zlostavljanim pronađemo i 17-ero (3, 3%) onih koje su izjavile da su u ranijim vezama imale osobna iskustva sa nasiljem, ali nisu se okarakterizirale da se osjećaju zlostavljanim. Vrlo su zanimljive i tri medicinske sestre koje iako su izjavile da su u sadašnjoj vezi žrtvama nasilja (0, 6%), također se nisu svrstale u skupinu žena koje se osjećaju zlostavljanim. Objašnjenje možemo tražiti u rasponu od pogrešaka pri odgovaranju ili bilježenju odgovora na pitanje, preko nerazumijevanju samog pitanja što znači biti zlostavljana, do ozbiljnijih objašnjenja da se radi o medicinskim sestrama koje nesumnjivu osobnu izloženost nasilju u sadašnjoj vezi ne smatraju i zlostavljanjem. Možemo pretpostavljati da je to možda zato što su se s takvom pozicijom povremene izloženosti nasilju pomirile „poput magarca na batine“ ili možda i zato jer u vlastitom pogledu na svijet povremeno trpljenja nasilja ne smatraju i dovoljnim da bi sebe okarakterizirale kao zlostavljanim ženama, pa do pretpostavke da same sebi ne žele ili još nisu u stanju priznati da su zlostavljane.

Analizirano je postojanje statistički značajnih razlika između pojedinih skupina medicinskih sestara s obzirom na mjesto rada. Zavisna varijabla je bila najmanje jednokratna izloženosti pojedinim vrstama nasilja u bivšim ili sadašnjim bračnim/partnerskim vezama, a kao nezavisna varijabla su korišteni stratumi medicinskih sestara s obzirom na mjesto rada. Rezultati pokazuju statistički značajnu razliku samo za izloženost verbalnoj agresiji, odnosno pri opisanoj situaciji „u kojoj je žena najmanje jednom doživjela da na nju partner/muž viče i izderava se“, pri kojoj F-omjer iznosi 3, 193 (df=4, 595) i značajan je uz 1% rizika. Za sve osta-

le opisane situacije nisu dobivene statistički značajne razlika između skupina. Scheffe-ov post hoc test pokazao je statistički značajnu razliku u jednokratnoj izloženosti medicinskih sestara verbalnom nasilju u bivšim ili sadašnjim bračnim/partnerskim vezama između medicinskih sestara u skupini patronažnih medicinskih sestara i onih u skupini zaposlenih u bolničkoj sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Usporede li se odgovori medicinskih sestara koje se osjećaju zlostavljanim s odgovorima onih koje se ne osjećaju zlostavljanim posve očekivano korištenjem Hi - kvadrat testa dobivamo rezultate koji pokazuju da kod svih 5 oblika zlostavljanja imamo značajne t-testove uz razinu rizika manju od 1. Ono što je vrlo zanimljivo su podaci da je proporcija Da odgovora na pitanje da li ste najmanje jednom doživjeli da se muž/partner na vas izderava ili više visoka i u skupini medicinskih sestara koje se ne osjećaju zlostavljanim (0, 49) što može ukazivati da postoji značajan dio žena koje doživljavaju verbalnu agresiju od strane partnera, ali to smatraju normalnim i ne smatraju sebe zbog toga zlostavljanim. Također, valja skrenuti pažnju i na one medicinske sestre koje su od partnera najmanje jednom doživjele prijetnju ili direktno odguravanje, šamaranje ili udarac (Proporcija Da odgovora 0, 10) te na one koje su se u partnerskoj blizini osjećale zastrašene za svoju sigurnost (Proporcija Da odgovora 0, 15), i svakako na one koje su bile prisiljene na spolni odnos mimo vlastite volje (Proporcija Da odgovora 0, 04), a da se unatoč tome ne osjećaju zlostavljanim.

Zanimalo nas je da li su medicinske sestre koje su u djetinjstvu bile svjedocima nasilja među roditeljima u odrasloj dobi češće žrtve nasilja u bračnim/partnerskim vezama, odnosno da li je svjedočenje nasilju od strane roditelja u djetinjstvu faktor rizika kasnijoj izloženosti nasilju i u intimnim partnerskim vezama. Podaci pokazuju da je među onim medicinskim sestrama koje su bile svjedoci nasilja među roditeljima, njih 94, 4% u odrasloj dobi nisu bile žrtvama nasilja, dok 5, 6% jesu žrtve u sadašnjim vezama. Usporedno s navedenim, među 439 medicinskih sestara koje nisu bile svjedocima nasilja u djetinjstvu, 98, 2% nisu žrtve niti u sadašnjim vezama, uz samo 1, 8% onih koje jesu žrtve. Iako je postotak onih koje su u odrasloj dobi žrtve nasilja veći među medicinskim sestrama koje su bile svjedokom nasilja veći, test značajnosti razlika zbog malog apsolutnog broja u frekvenciji onih

koje jesu žrtve nasilja u sadašnjoj vezi, a nisu bile svjedokom nasilja u djetinjstvu nije bilo moguće provesti.

Nadalje, ovim istraživanjem je dobiveno da su 94 od 600 uključenih medicinskih sestara kao djeca bila zlostavljana od strane roditeljima. Zanimalo nas je također da li su medicinske sestre koje su u djetinjstvu bile žrtvama nasilja od strane vlastitih roditeljima u odrasloj dobi češće žrtve nasilja u bračno partnerskim vezama. Podaci pokazuju da je među onim medicinskim sestrama koje su bile zlostavljane od strane vlastitih roditelja, njih 93, 6% u odrasloj dobi nisu bile žrtve nasilja, dok 6, 4% jesu žrtve u sadašnjim vezama. Usporedno s navedenim, među 506 medicinskih sestara koje nisu bile zlostavljane u djetinjstvu, 97, 8% nisu žrtve niti u sadašnjim vezama, sa samo 2, 2% njih jesu žrtve. Iako je postotak onih koje su u odrasloj dobi žrtve nasilja veći među medicinskim sestrama koje su bile zlostavljane u djetinjstvu od onih u drugoj grupi, test značajnosti razlika zbog malog apsolutnog broja u frekvenciji onih koje jesu žrtve nasilja u sadašnjoj vezi izložene nije bilo moguće provesti. Na pitanje smatraju li se zlostavljanim ženom, 155 medicinskih je odgovorilo potvrdno. Analiza razlika između medicinskih sestara s obzirom na mjesto rada pokazala je da se najmanje medicinskih sestara (11, 5%) smatra zlostavljanim među zaposlenim u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, dok najviše (19, 3%) među zaposlenim u tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, pri čemu razlike između skupina nisu statistički značajne. Hi-kvadrat testom stoga ispitana je značajnost razlike između pojedinih skupina. Dobivena vrijednost 4, 797 (df=4) pokazuje da nema statistički značajnih razlika između skupina.

Posebno nas je zanimalo može li se ovim istraživanjem opovrgnuti mit o tome da su određene žene sklone iznova birati nasilne partnere, odnosno da jednu partnersku vezu u kojoj su bile zlostavljane zamjenjuju drugom. Dobiveni podaci pokazuju da od ukupno 17 medicinskih sestara koje su izjavile da su zlostavljane u sadašnjim vezama, njih 5 je bilo žrtvama i u prijašnjim vezama, dok ih njih 12 nije bilo zlostavljano u prošlim vezama. Gledano u postocima, 70, 6% medicinskih sestara koje su žrtve zlostavljane u sadašnjoj vezi, nisu bile žrtvom zlostavljanja u prijašnjim vezama, dok ih je 29, 4% bilo zlostavljano u prijašnjim vezama. Nasuprot tome, 91, 3% medicinskih sestara koje nisu žrtve zlostavljanja u sadašnjim vezama, nisu bile žrtve zlostav-

ljanja niti u prošlim vezama, a 8,7% ih jest bilo žrtvama u prijašnjim vezama. Nažalost, zbog malih frekvencija onih koje su bile zlostavljane u prijašnjim i sadašnjim vezama nije bilo moguće provesti valjano testiranje značajnosti uočenih razlika.

Konačno, zanimalo nas je postoje li medicinske sestre koje su bile izložene nasilju u bivšim partnerskim vezama, a koje se ne osjećaju zlostavljanim ženama. Između 510 medicinskih sestara koje su izjavile da se ne osjećaju žrtvama zlostavljanja imamo i njih 17, odnosno 3,3% koje su bile zlostavljane u bivšim vezama, ali se sada ne osjećaju žrtvama nasilja. To je posebice važno jer pokazuje da osjećaj sebe kao žrtve zlostavljanja nije trajno stanje, već se pod određenim okolnostima može prevladati posljedice zlostavljanja i nastaviti živjeti bez samovrednovanja sebe kao žrtve.

Korištenje Hi-kvadrat testa (139,955 uz $df=1$) dobiveno je da su medicinske sestre koje sebe smatraju zlostavljanim ženama bile statistički značajno više žrtve nasilja u bivšim vezama, ali da povezanost nije potpuno linearna. Provedena je i analiza postoje li medicinske sestre koje su istovremeno izjavile da su zlostavljane u sadašnjim bračnim/partnerskim vezama, a koje se pritom ne osjećaju zlostavljanim ženama. Iako se moglo očekivati da takvih nema, otkriveno je da su tri od ukupno 510 medicinskih sestara koje se ne osjećaju zlostavljanim (0,3%) izjavile da su u sadašnjoj vezi žrtve zlostavljanja. Dobiveni rezultat teško je jednoznačno interpretirati. Moguće da se radi o pogrešci u razumijevanju pitanja ili da su na jedno od dva postavljena pitanja izbjegle dati točan odgovor, a nažalost moguće je i da su se navikle na zlostavljanje u sadašnjoj vezi pa se usprkos doživljenom iskustvu ne osjećaju i zlostavljanim ženom, već doživljeno nasilje možda smatraju izoliranim incidentom, uobičajenim ponašanjem, svakodnevnicom koja nije toliko učestala i ne poprima intenzitet koji on pridaju pojmu zlostavljane žene. Konačno može se raditi i o obrambenom mehanizmu kojim iako doživljavaju nasilje u sadašnjoj vezi, ne mogu ili ne žele primijeniti svoju situaciju i onda niti doživljeno ne karakteriziraju pravim pojmom – zlostavljanjem sebe kao žene.

ZAKLJUČAK

Istraživanjem su prikupljeni dosad nepoznati epidemiološki podaci o prevalenciji i vrstama obiteljskog nasilja kojem su medicinske sestre bile ili jesu izložene.

1. Ukupno 15% medicinskih sestara se subjektivno osjeća zlostavljanim ženom, neovisno o obliku, vremenu i počinitelju doživljenog zlostavljanja.
2. Analizom doživljenog traumatskog iskustva ukazuje da je ukupno 26,8% medicinskih sestara u djetinjstvu svjedočilo nasilju među roditeljima, dok ih je 15,7% bilo i osobno zlostavljano od strane roditelja. Svaka jedanaesta medicinska sestra (9,3%) bila je žrtvom zlostavljanja u bivšim bračnim/partnerskim vezama, a 2,8% su zlostavljane u sadašnjem braku, vanbračnoj zajednici ili partnerskoj vezi. Među njima 54% ih je najmanje jednom doživjelo neki oblik verbalnog, 23% psihičkog, 18% fizičkog, 7% seksualnog, a 6% ekonomskog nasilja. Samo kod slučajeva izloženosti verbalnom nasilju univarijantnom statističkom analizom je dokazano ($F=3,193; df=4, 595, p<0.01$) postojanje statistički značajnih razlika između različitih stratum medicinskih sestara podijeljenih ovisno o mjestu rada u zdravstvenom sustavu, pri čemu je Scheffe-ov post hoc test potvrdio značajnost razlike u jednokratnoj izloženosti verbalnom nasilju u bivšim ili sadašnjim bračnim/partnerskim vezama između medicinskih sestara u skupini patronažnih medicinskih sestara i onih u skupini zaposlenih u bolničke sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti.
3. χ^2 test ($F=9,003, df=1, p=0,027$) potvrdio je da one medicinske sestre koje su u djetinjstvu bile očevidci nasilja među roditeljima u odrasloj dobi su češće bile žrtvama nasilja u bivšim partnerskim/bračnim vezama, kao i da sebe statistički značajno češće smatraju zlostavljanim ženama. Primjenom χ^2 testa ($F=11,866, df=1, p<0,01$) potvrđeno je da su medicinske sestre koje sebe smatraju zlostavljanim ženama bile statistički značajno više izložene fizičkom nasilju od strane roditelja.
4. Konačno potvrđeno je da su statistički značajno češće ($F=139,955; df=1; p<0,01$) one medicinske sestre koje su bile žrtve nasilja u bivšim vezama izložene nasilju i u aktualnim intimnim partnerskim vezama.

LITERATURA

1. Attala, J.M., Oetker, D., McSweeney, M. (1995) Partner abuse among female nursing students. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 33(1), 17-24.
2. Bradley, F., Smith, M., Long, J., O'Down, T. (2002) Reported frequency of domestic violence: Cross-sectional survey of women attending general practice. *British Medical Journal*, 324, 271-284.
3. Coleman, J.U., Stith, S.M. (1997) Nursing students' attitudes toward victims of domestic violence as predicted by selected individual and relationship variables. *Journal of Family Violence*, 12: 113-138.
4. Davison, J. (1997) Domestic Violence: the nursing respons. *Professional Nurse*, 12(9), 632-634.
5. Felder, R. (1996) Domestic violence-should victims be forced to testify against their will? *ABA Journal*, 5(82), 213.
6. Heise. L., Ellsberg, M., Gottemoeller, M. (1999) Ending violence against woman. Baltimore:MD, JH University School of Public Health, Population series, Series L, No 11.
7. Janssen, P., Basso, M., Costanzo. R. (1998) Exposure to domestic. violence among obstetrical nurses. *Womens Health Issues*, 8, 317-23.
8. Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. (2002) World report on violence and health. Geneva: WHO.
9. World Health Organization (2005) Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women. Geneva, WHO.

SESTRINSKA DOKUMENTACIJA

UVOD

Sestrinska dokumentacija obuhvaća niz dokumenata u koje medicinske sestre bilježe podatke o pacijentima koje zbrinjavaju. U dokumentaciju se bilježe podaci o stanju pacijenta pri prijemu, podaci vezani uz promjene kliničkog stanja, ponašanja pacijenata, podaci o dijagnostičkim i terapijskim postupcima provedenim kod pacijenata... O važnosti dokumentiranja u sestrinskoj praksi govorile su i F. Nightingale i V. Henderson, no veliki značaj razvoju sestrinske dokumentacije i dokumentiranju u zdravstvenoj njezi počinje se posvećivati 70- tih godina u SAD-u sa sve većom primjenom procesa zdravstvene njege. Danas je sestrinska dokumentacija neizostavan dio medicinske dokumentacije pacijenta, a dokumentiranje je sastavni dio sestrinskog svakodnevnog posla.

Sestrinska dokumentacija služi kao sredstvo komunikacije između djelatnika i od velike je važnosti za kvalitetu i kontinuitet zdravstvene skrbi. Često se kvaliteta dokumentiranja zdravstvene njege povezuje sa kvalitetom provedene zdravstvene njege.

Medicinske sestre provode do četvrtinu radnog vremena dokumentirajući, a studije pokazuju da je korisnost dokumentiranih podataka vezanih uz planiranje i evaluaciju zdravstvene njege nezadovoljavajuća (Hyeoneui K. et al 2010.).

Proces zdravstvene njege kao okvir za sestrinsku praksu podrazumijeva dokumentiranje u svim njegovim fazama. Stoga dokumentacija postaje veza između utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom, planiranja, pružanja i evaluacije pružene zdravstvene njege.

Razlozi za postojanje sestrinske dokumentacije i dokumentiranje su brojni – profesionalna odgovornost, pravna zaštita, standardi sestrinske prakse, povećanje troškova u zdravstvu, društvene promjene...

Medicinska sestra je odgovorna za prikupljanje podataka i procjenu zdravstvenog stanja pacijenta, izradu plana zdravstvene njege usmjerenog ostvarivanju ciljeva zdravstvene njege, evaluaciju učinkovitosti zdravstvene njege kroz procjenu posti-

gnuća ciljeva. Odgovorna je za ponovnu procjenu stanja pacijenta i reviziju planova zdravstvene njege. American nurses association

ZNAČAJKE SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

Međunarodni savjet sestara definirao je minimalni broj podataka koje sestrinska dokumentacija mora obuhvaćati, a oni se mogu kategorizirati u tri skupine – demografski podaci o pacijentu, podaci o zdravstvenoj njezi te servisni podaci. Podaci o pacijentu obuhvaćaju: ime i prezime, datum rođenja, spol, rasu i narodnost, adresu, datum početka i kraja liječenja, razlog prijema, stanje pri otpustu, vrsta zdravstvene ustanove.

O zdravstvenoj njezi potrebno je bilježiti slijedeće podatke: sestrinske dijagnoze, sestrinske intervencije, ishode zdravstvene njege te intenzitet pružane zdravstvene njege.

Servisni podaci su: naziv zdravstvene ustanove, smještaj ustanove, vlasništvo ustanove, tko plaća troškove pruženih usluga, smještaj pacijenta, broj osoba koje pružaju zdravstvenu njegu, odnos broja pacijenta prema broju osoblja.

Dobra sestrinska dokumentacija osigurava cjelovit skup podataka o pacijentovim potrebama, ciljevima sestrinske skrbi, intervencijama, postignutom napretku i rezultatima skrbi. Ona sadrži kronološki pregled skrbi i postignutih rezultata, omogućava sestrama da udovolje sve većim očekivanjima i zahtjevima koji se pred njih stavljaju, olakšava komunikaciju među članovima tima. Sestrinska dokumentacija može poslužiti i u obrazovne svrhe – pomaže pri prepoznavanju najčešćih pacijentovih problema i edukativnih potreba sestara koje sudjeluju u zbrinjavanju (rješavanju) tih problema. Dokumentacija također osigurava pouzdane podatke koji se mogu rabiti u sestrinskim istraživanjima kao doprinos sveukupnom znanju iz sestrinstva. Sestrinska dokumentacija pruža pouzdane podatke za medicinsko-pravne analize.

Podaci iz sestrinske dokumentacije koriste se za izvješća prema poslodavcu i nadležnom ministarstvu, te za planiranje potreba za zaposlenicima u narednom razdoblju.

DIJELOVI SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

Sestrinska dokumentacija ovisi o vrsti pacijenata, potrebama tih pacijenta, organizaciji sestrinske službe, vrsti odjela i razini zdravstvene zaštite. Sestrinska dokumentacija obuhvaća obrazac za sestrinsku anamnezu, skale i obrasce kojima se sestre služe pri prikupljanju podatka, planove zdravstvene njege, primopredaju službe - sestrinska opažanja i otpusno pismo.

Pojedini dijelovi sestrinske dokumentacije su univerzalni poput obrazaca za sestrinsku anamnezu koji sadržavaju univerzalni opći dio, a može se dopunjavati specifičnim područjima; ljestvice za procjenu stanja pacijenta, obrazac planova zdravstvene njege. Neki dijelovi su specifični i ovise o vrsti pacijenata, odjelu, razini skrbi – poput obrazaca trajnog praćenja općeg stanja pacijenta ili specifičnosti poput centralnog venskog katetera.

Sestrinska anamneza osigurava cjelovit skup podataka o pacijentovim tjelesnim, psihološkim i socijalnim aspektima prijašnjeg i sadašnjeg zdravstvenog stanja i ponašanja. Ona omogućava prepoznavanje problema koji se javljaju pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, te osigurava potrebne podatke za planiranje skrbi za pacijenta. Obrazac bi trebao osiguravati podatke o svim osnovnim ljudskim potrebama prema V. Henderson ili o obrascima zdravstvenog funkcioniranja prema M. Gordon. Trebao bi biti relativno jednostavan za upotrebu, pregledan. Pri prikupljanju podataka, kao i pri trajnom praćenju promjena stanja pacijenta, medicinska sestra se služi brojnim ljestvicama koje ju usmjeravaju pri prikupljanju podataka. U svakodnevnoj praksi primjenjuju se Knoll, Norton, Braden ljestvice, ljestvice za praćenje inkontinencije, ljestvice za procjenu boli, upitnik za procjenu stanja svijesti, Glasgow koma skala, Morseova ljestvica...

Plan zdravstvene njege izrađuje sestra u suradnji sa pacijentom i on sadrži sestrinske dijagnoze, ciljeve, intervencije i evaluaciju provedene skrbi. Planovi mogu biti individualizirani, standardizirani i modificirani standardizirani.

Individualizirani plan je prazni obrazac u koji medicinska sestra unosi sestrinsku dijagnozu, cilj, planirane intervencije, te evaluaciju za pojedinog pacijenta sukladno podacima koje je od njega prikupila.

Standardizirani plan je unaprijed izrađen plan za pojedine sestrinske dijagnoze sa ciljevima i intervencijama. Standardizirani planovi mogu se izradivati za pacijente određene dobi koji boluju od neke

bolesti, ili za pojedine sestrinske dijagnoze neovisno o medicinskoj dijagnozi od koje pacijent boluje. Takvi planovi sadrže popis ciljeva skrbi i intervencija koje se mogu primijeniti kako bi se riješili problemi kod pacijenta. Medicinska sestra uzima gotovi plan za pojedinog pacijenta i na njemu označava koji su očekivani ciljevi i odabire intervencije.

Modificirani standardizirani planovi predstavljaju kompromis između standardiziranih i individualiziranih. Izrađuju se jednako kao i standardizirani, no omogućavaju prilagodbu ciljeva i intervencija stanju, navikama, osobinama pojedinog pacijenta.

Sestrinska opažanja koriste se pri evidentiranju svakodnevnih promjene stanja pacijenata. Ona obuhvaćaju promjene stanja koje nisu evidentirane u planovima zdravstvene njege, te probleme koji su uočeni i riješeni te za njih nije potrebno pisati planove zdravstvene njege. Brojni autori navode različite načine dokumentiranja sestrinskih opažanja, a najčešće se spominje SOAPIE model, PIE model, problemski usmjerena sestrinska dokumentacija (PUSD).

Sestrinsko otpusno pismo sadržava preporuke za nastavak skrbi. Ono sadržava identifikacijske podatke o pacijentu, opće podatke koji su utjecali na opseg i vrstu potrebne zdravstvene njege, prikaz problema koji su uočeni tijekom hospitalizacije i preporuke za nastavak skrbi po otpustu pacijenta kući ili u drugu ustanovu. Sestrinsko otpusno pismo trebalo bi osigurati kontinuitet skrbi za pacijenta po njegovom premještanju u drugu zdravstvenu ustanovu.

Specifični obrasci izrađuju se za pojedine situacije sa kojima se sestre susreću poput izvješća o incidentu, ili u svrhu detaljnijeg praćenja pojedinog stanja kod pacijenta poput liste za trajno praćenje centralnog venskog katetera. Uz navedene postoje i obrasci za informirani pristanak na hospitalizaciju, liječenje, operativni zahvat koji pacijent potpisuje u prisutnosti liječnika, a ponekad u prisutnosti i liječnika i sestre.

PREPORUKE ZA DOKUMENTIRANJE

Minimalna očekivanja vezana uz dokumentiranje su jasno, sažeto i nedvosmisleno dokumentiranje. Očekuje se gramatički ispravno i pravopisno točno, te uredno unošenje zapisa u dokumentaciju, korištenje cjelovitih rečenica te održavanje kontinuiteta dokumentacije. Zapisi moraju biti čitljivi, jer nečitljivost povećava rizik za pojavu slučajnih pogrešaka (npr. *disfagija/disfazija*). U većini ustano-

va danas se očekuje sposobnost korištenja računala pri dokumentiranju.

Sestrinska dokumentacija mora se bazirati na činjenicama i sadržavati opisne i objektivne podatke koje je medicinska sestra uočila kod pacijenta, na što se pacijent žalio ili što joj je rekao. Mora biti precizna, podaci se moraju dokumentirati neposredno nakon što su prikupljeni, odnosno sve provedene intervencije treba odmah evidentirati (posebice značajno pri primjeni terapije, kod dijagnostičkih postupaka). Po unošenju svakog zapisa medicinska sestra se potpisuje uz zapis te naznačuje vrijeme zapisivanja, odnosno provedbe intervencije. Dokumentacija treba biti cjelovita – potrebno je unositi sve bitne podatke, i to kratko, jasno i jezgrovito. Unošenje zapisa mora biti jednostavno, dobro organizirano i pravovremeno, mora postojati određeno mjesto na koje se pojedini podaci unose kako bi se izbjeglo dupliranje unosa podataka, i osigurala dostupnost podataka. Na taj način svaka osoba znati će gdje potražiti i gdje unijeti pojedini podatak. U korištenju sestrinske dokumentacije nužno je poštivati privatnost pacijenta i osiguravati povjerljivost podataka. U dokumentaciju se unosi niz podataka o pacijentu koji su vrlo intimni i njima trebaju moći pristupiti samo osobe koje njeguju pacijenta.

Sestrinska dokumentacija ne smije se uništiti ili izgubiti, u njoj se ne kritizira pacijenta, članove obitelji ili druge članove tima. Pri dokumentiranju nužna je profesionalnost i odgovornost te nije moguće mijenjati zabilješke u sestrinskoj dokumentaciji po otpustu pacijenta, upisivati intervencije koje je proveo netko drugi, podatke koje je netko drugi prikupio.

KOMPJUTORIZACIJA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

Kompjutorizacija sestrinske dokumentacije samo logičan nastavak uvođenja tehnologije u zdravstvu i dokumentiranja zdravstvene njege. Danas sestre svakodnevnom radu koriste IC tehnologiju, bilo u direktnoj skrbi za pacijente (monitoring pacijenta, senzori...), bilo kao dio bolničkih informacijskih sustava, što olakšava implementaciju kompjutorizirane sestrinske dokumentacije.

Kompjutorizirana sestrinska dokumentacija dio je informacijskog sustava u sestrinstvu koji je podstav u bolničkom informacijskom sustavu. Bolnički informacijski sustavi danas pokrivaju osnovne bolničke procese. Prije svega koriste se u administrativnom zbrinjavanju pacijenta – obuhvaćaju podatke o pacijentu, prijam, premještaj, otpust, podatke

o izvršenim medicinskim uslugama i troškovima skrbi, utrošenom materijalu i lijekovima...

Bolnički informacijski sustavi nastoje na jednom mjestu pohraniti podatke iz različitih bolničkih djelatnosti (laboratorij, služba prehrane, radiologija, patologija, transfuziologija, ljekarna...), a koji se odnose na pojedinog pacijenta. Sestrinska dokumentacija treba činiti dio *Elektroničkog zdravstvenog zapisa*. Elektronički zdravstveni zapis skup je svih podataka prikupljenih tijekom svih boravaka osobe u zdravstvenom sustavu, a sadržava podatke o zdravlju i bolesti pojedinca od rođenja do smrti. Elektronički zdravstveni zapis elektronička je inačica papirnatih zapisa o pacijentima.

Kompjuterizacija sestrinske dokumentacije uvodi se sa ciljem smanjenja napora i vremena koje se ulaže u dokumentiranje, povećanja kvalitete dokumentiranja, povećanja kvalitete pružene skrbi, olakšavanja korištenja dokumentiranih podataka za analize i istraživanja, kao i poboljšanja komunikacije u timu.

Kompjuterizacijom se smanjuju pogreške vezane uz nečitljivost zapisa, povećava se standardizacija sestrinske skrbi, povećava produktivnost u radu sestara. Kompjutorizirana sestrinska dokumentacija mora biti dostupna sestrama 24 sata dnevno svakoga dana, mora biti prihvatljiva i jednostavna za korištenje. Programerska ograničenja ne smiju otežati sestrama rad i ne smiju ih ograničavati u unošenju zapisa.

SESTRINSKA DOKUMENTACIJA DANAS

Promjene u sestrinskoj praksi dovode do promjena vezanih uz sestrinsku dokumentaciju. Mnogo veća pažnja posvećuje se dokumentiranju i važnosti podataka koji su dokumentirani. Suvremena sestrinska dokumentacija osigurava brojne podatke vrlo značajne u slučaju sudskih sporova, podatke o kvaliteti pružene sestrinske i liječničke skrbi, opisuje stanje pacijenta, ali i omogućuje unaprijeđenje kvalitete skrbi i pruža brojne podatke za sestrinska istraživanja. Dokumentacija odražava proces zdravstvene njege, opisuje pacijentovo stanje iz smjene u smjenu i sadrži sve provedene intervencije.

Sestrinska dokumentacija mora omogućavati sestrama jednostavno dokumentiranje i nužno je smanjiti višestruko dokumentiranje istih podataka.

ZAKLJUČAK

Sestrinska dokumentacija sastoji se od niza dokumenata koji obuhvaćaju prikaz stanja pacijenta pri

prijemu, promjena stanja, pregled primijenjenih intervencija, dijagnostičkih i terapijskih postupka, prikaz pružene skrbi. Precizna dokumentacija odražava kvalitetu skrbi i prikazuje doprinos pojedinih skupina djelatnika u skrbi za pacijente. Dokumentiranje mora slijediti zbrinjavanje pacijenta od njegovog dolaska u bolnicu i prikupljanja podataka za sestrinsku anamnezu pa sve do otpusta kući, kao i osiguravati kontinuitet skrb po otpustu kada je to potrebno.

Cilj postojanja sestrinske dokumentacije je olakšavanje komunikacije unutar tima, prepoznavanje edukacijskih potreba zaposlenika, osiguravanje podataka za istraživanja, podataka za naplatu troškova liječenja, te osiguravanje podataka u slučaju pravnih sporova. I naravno najvažnije osiguravanje visokokvalitetne skrbi pacijentu.

Medicinske sestre uključene u skrb za pacijente odgovorne su za dokumentiranje inicijalne procjene stanja pacijenta, evidentiranje promjena stanja pacijenta, evidentiranje uočenih sestrinskih dijagnoza, primijenjenih intervencija i ishoda skrbi kod pacijenta.

LITERATURA

1. Ammenwerth E., Kutscha U., Kutscha A., Mahler C., Eischstadter R., Haux R. Nursing process documentation systems in clinical routine – prerequisites and experiences. *International Journal of Medical Informatics* 2001; 64: 187-200.
2. Čukljek S. Osnove zdravstvene njege. Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2005.
3. De Veer AJE., Francke AL. attitudes of nursing staff towards electronic patient records:

a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2010; 47: 846-854.

4. Fučkar, G. Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, Zagreb 1992.
5. Hayrinen K., Lammintakanen J., Saranto K. Evaluation of electronic nursing documentation – Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics* 2010; 79: 554-564.
6. Hyeoneui K., Dykes PC, Thomas D, Winfield D., Rocha RA. A closer look at nursing documentation on paper forms: Preparation for computerizing a nursing documentation system. *Computers in Biology and medicine* (2010). Doi:10.1016/j.compbiomed.2010.08.006.
7. ICN. International nursing minimum data set. Preuzeto <http://www.icn.ch>, 18.02.2011.
8. Iyer, P.W., Camp, N.H. Nursing documentation - A nursing process approach. Mosby: St. Louis, 1994.
9. Kern J. (ur). Medicinsko informatičke metode. Zagreb, Medicinska naklada. 2006.
10. Kern J., Petrovečki M (ur). Medicinska informatika. Zagreb, Medicinska naklada. 2009.
11. Perry AG, Potter PA. Clinical nursing skills & techniques. Mosby St Louise, 2004.
12. Rosdhal, C.B. Textbook of basic nursing. 6 izd. J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 1995.
13. Standards for acute and critical care nursing practice. Preuzeto <http://www.aacn.org>, 18.02.2011. WHO. Odabrana poglavlja paketa LEMON. Zagreb HUSE, 1998.

STANDARDIZIRANA SESTRINSKA DOKUMENTACIJA U PATRONAŽNOJ DJELATNOSTI

Sažetak

Proces zdravstvene njege kao okvir za sestrinsku praksu u patronažnoj djelatnosti podrazumijeva dokumentiranje u svim fazama. Sestrinska dokumentacija je veza između utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom, planiranja, pružanja i evaluacije pružene zdravstvene njege. Sve funkcije sestre bi trebale biti sukladne zakonskim propisima koji reguliraju rad medicinske sestre u patronažnoj djelatnosti na nacionalnoj razini.

Jedna, i prva od opće prihvaćenih funkcija sestre je pružanje i organizacija sestrinske skrbi u koju između ostalih spada *vođenje dokumentacije o učinjenom u svakoj fazi procesa i korištenje tih podataka za evaluaciju glede pacijenta / klijenta, obitelji ili zajednice te medicinskih sestara koje su bile uključene, kao i sustava unutar kojega je skrb pružena.*

Ključne riječi: cjelovita sestrinska dokumentacija, patronažna djelatnost, standard, pojedinac, obitelj, zajednica.

Razrada teme:

Na temelju članka 88. Ustava Republike Hrvatske, Hrvatski Sabor je na sjednici 17.srpnja 2003. godine donio odluku o Zakonu o sestrinstvu. Isti zakon u Stavku V, Članku 16. definira da: „Dužnost medicinske sestre je vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata”.

Članak 17. istog zakona navodi da: „Medicinska sestra obavezna je evidentirati sve provedene postupke u sestrinskoj listi za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite”.

Sestrinska lista je skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege.

Do sadašnja praksa ukazuje da se u Republici Hrvatskoj ne primjenjuju jedinstveni standardi/modeli zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti.

Postoje različiti modeli dokumentiranja. Obzirom da je standard zdravstvene njege važan instrument poboljšanja kvalitete skrbi ljudi u zajednici, ukazala se potreba za izradom istih.

Za potrebe izrade standardizirane sestrinske dokumentacije u patronažnoj djelatnosti u lipnju 2010. god. Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS), imenovala je radnu grupu. Stručnu skupinu zaduženu za izradbu sačinjavali su stručnjaci: voditeljica Mara Županić, članovi radne grupe Božena Vrabec, Jadranka Pavić, Milica Tikvić, Nataša Mrakovčić, Vilena Maglica-Šoša i Željana Tomić.

Sestrinska dokumentacija u patronažnoj djelatnosti je modificirana prema modelu zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba V. Henderson i D. Orem te specifičnostima vrste korisnika. Metodologija sveobuhvatne procjene je polivalentna i usmjerena je holističkom, komprehenzivnom zdravstvenom pristupu fokusiranom na primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju, dijagnostičkom i terapijskom postupku te rehabilitaciji, a koji utvrđuju i unapređuju zdravstveno stanje i funkcionalnu sposobnost korisnika.

Izrađena dokumentacija čini osnovu za evaluaciju rada, a cilj je da bude prihvaćena kao standard za medicinske sestre u patronažnoj djelatnosti u cijeloj Hrvatskoj. Osnovni razlozi vođenja sestrinske dokumentacije u patronažnoj djelatnosti su da:

- osigura važne podatke o pojedincu i obitelji
- osigura cjeloviti i dinamičan skup podataka o potrebama korisnika/obitelji, ciljevima sestrinske skrbi, intervencijama koje treba provesti, postignutom napretku i rezultatima skrbi
- osigura kontinuitet skrbi
- sadrži kronološki pregled skrbi i postignutih rezultata
- služi kao temelj za evaluaciju učinka ili nekih drugih pokazatelja različitih sestrinskih intervencija

- služi kao materijal za obrazovanje
- pruža pouzdane podatke za medicinsko-pravne analize
- osigura pouzdane podatke koji se mogu koristiti u sestrinskim istraživanjima kao doprinos razvoju sestrinstva u zajednici
- sestrinska dokumentacija sadrži mnoge podatke koji su značajni i drugim članovima tima
- točna i pouzdana dokumentacija omogućava medicinskim sestrama da udovolje sve većim zahtjevima i očekivanjima koji se pred njih postavljaju

Dokumentacija je izrađena u papirnatom obliku. Sadrži 25. sestrinskih lista za specifične potrebe procjene korisnika, listu plana zdravstvene njege, različite obrasce i skale, sestrinsko pismo za potrebe nastavka zdravstvene njege i drugih oblika skrbi, te listu dnevnih provedenih sestrinskih postupaka. Sve liste i obrasci su pohranjeni u karton pod nazivom Sestrinska lista obitelji.

Izrađena dokumentacija bi trebala pružiti kvantitativno i kvalitativno praćenje provedene zdravstvene njege i rada medicinske sestre.

Tijekom 2011. godine planira se probna provedba implementacije sestrinske dokumentacije u patronažnoj djelatnosti na području grada Zagreba i još četiri Županije. U provedbu bi bile uključene pedeset medicinskih sestara. Probnu provedbu će u potpunosti financijski podržati Hrvatska komora medicinskih sestara. Nakon probne provedbe, krajem godine planira se napraviti evaluacija, koja bi trebala poslužiti kao važna platforma za izradu konačnog oblika sestrinske dokumentacije u patronažnoj djelatnosti. Krajnji cilj kreatora navedene dokumentacije je aktivnosti usmjeriti prema Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO), resornom Ministarstvu te Hrvatskoj komori medicinskih sestara (HKMS) kako bi dokumentacija postala standard u patronažnoj djelatnosti, imple-

mentirana kroz zakonske akte te u potpunosti informatizirana.

Zaključak:

Dokumentacija je važan element zdravstvene njege, koji zagovara kontinuitet u radu, pravnu zaštitu korisnika i medicinske sestre, te transparentan uvid u sve planirano i učinjeno. Izrađena sestrinska dokumentacija zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti podrazumijeva prikupljanje, slaganje, pohranjivanje i vrednovanje dokumenata. Dokumentacija predstavlja integraciju standarda procesa izabranog modela i čini osnovu za evaluaciju rada. Cilj je da postane obavezna za sve medicinske sestre uključene u zdravstvenu negu u patronažnoj djelatnosti. Izravno je vezana za cjelokupni plan procesa zdravstvene njege u svrhu transparentnosti usluga kako za medicinske sestre koje direktno pružaju usluge tako i za interdisciplinarnu stručnjake koji sudjeluju u zdravstvenoj zaštiti ljudi u zajednici. Time se pruža dokaz o radu planiranih i provedenih mjera za postizanje utvrđenih ciljeva, bolja kontrola i viši standard usluge.

Literatura:

1. Fučkar G. (1992). Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
2. Fučkar G. (1996). Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju
3. http://www.poslovniforum.hr/zakoni/zakon_o_sestrinstvu.asp
4. Rajković V.; Šušteršič O. (2000). Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege. Kranj: Moderna organizacija

PRAVNI I EKONOMSKI ASPEKTI VOĐENJA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

UVOD

Zdravstvena zaštita obuhvaća skup društvenih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti, usmjerenih za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju. Svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja, ali sve u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti¹. Uz prava postoje i obveze pa je tako svaka osoba obvezna brinuti se o svom zdravlju, pa postoje različiti zdravstveni sustavi koji osobe koje ne brinu o svom zdravlju drugačije tretiraju prilikom pružanja zdravstvene zaštite.

Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite² određena su načela i sustavi mjera za ostvarivanje i unapređenje sveobuhvatne kvalitete zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. Tim sustavom nastoji se svakom pacijentu osigurati pravo na kvalitetnu zaštitu sukladno njegovom zdravstvenom stanju i opće prihvaćenim stručnim standardima. Kvaliteta zdravstvene zaštite jest rezultat mjera koje se poduzimaju sukladno najnovijim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koje osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja i smanjenje rizika za nastanak ne željenih posljedica za zdravlje pacijenta. Pacijentom se smatra svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unapređivanja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije. Zdravstveni postupak jest postupak koji u okviru određenih mjera zdravstvene zaštite provode nositelji zdravstvene djelatnosti a to su:

– zdravstvene ustanove

– trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost

– privatni zdravstveni radnici.

Zdravstvena zaštita stanovništva Republike Hrvatske provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.

Medicinske sestre su zdravstveni radnici i njihova je djelatnost sastavni dio zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku, a obavlja se pod uvjetima i na način propisan Zakonom o sestrinstvu.³

Djelatnost medicinskih sestara obuhvaća sve postupke, znanja i vještine zdravstvene njege, ali i druge postupke koji su stavljeni u djelatnost medicinskih sestara. Medicinska sestra u provođenju svoje djelatnosti dužna je primjenjivati svoje najbolje stručno znanje, poštujući načela prava pacijenata (ako je upoznata s njima), etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravlja stanovništva i svakog pacijenta osobno.

Pravilnik o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara – medicinskih tehničara⁴ utvrdio je grane specijalizacije, trajanje i program specijalizacija i užih specijalizacija, mjerila za prijam specijalizanata, način polaganja specijalističkog ispita odnosno ispita uže specijalizacije za medicinske sestre- medicinske tehničare. Specijalizacija i uža specijalizacija su oblici organiziranog stjecanja teorijskih i praktičnih stručnih znanja i znanstvenih spoznaja, prema propisanom programu, koja

¹ NN br. 150/08 od 22. prosinca 2008. godine

² NN br. 107/07 od 19. listopada 2007. godine

³ Čl. 2 Zakona o sestrinstvu

⁴ NN 139/09 od 20. studenog 2009. godine

se može obavljati samo u ovlaštenim zdravstvenim ustanovama. Mentori su u pravilu medicinske sestre koje su voditelji pojedinih stručnih jedinica ili medicinske sestre koje sudjeluju u pojedinim oblicima stručne edukacije.

PRAVNI ASPEKTI DOKUMENTIRANJA U ZDRAVSTVU

Medicinska dokumentacija predstavlja skup svih zabilježenih podataka o zdravstvenom stanju pacijenta. Medicinska dokumentacija trebala bi olakšati posao zdravstvenim djelatnicima, te posebno olakšati komunikaciju između liječnika i pacijenta te između liječnika međusobno. Vođenje medicinske dokumentacije uređeno je brojnim propisima, a sama medicinska dokumentacija trebala bi biti čitljiva. Neki oblici medicinske dokumentacije su „zdravstveni karton, informirani pristanak, otpusno pismo, nalaz specijalista i dr.“ Svakom bolesniku koji sa određenim zdravstvenim tegobama dolazi liječniku potrebno je što prije točno postaviti dijagnozu, no to u slučajevima određenih „pri-tajenih“ bolesti i povreda nije moguće. Nužnost je što prije formirati zdravstveni informacijski sustav koji bi pokrивao osim administracije pacijenta, njegovo medicinsko zbrinjavanje i sve drugo što je potrebno da bi se na jednom mjestu moglo povezati i ujediniti sve medicinske radnje koje su poduzete prilikom nekog liječenja.

Sadržaj medicinske dokumentacije koju izabran doktor medicine primarne zdravstvene zaštite sačinjava utvrđen je u Uredbi o opsegu i sadržaju medicinske dokumentacije⁵. Medicinska dokumentacija trebala bi sadržavati potpune i točne podatke o početku bolesti ili ozljede, uzroku i okolnostima pod kojima je nastala ozljeda, tijeku liječenja, pod kojom dijagnozom i s kakvim uspjehom, o tijeku medicinske rehabilitacije i dr.

Zakon o sestrinstvu⁶ između ostalog regulira način djelovanja, standard obrazovanja, dužnosti, kontrolu kvalitete rada medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj, ali i osoba sa zanimanjem medicinski tehničar.

Medicinska sestra ima dužnost provoditi zdravstvenu njegu po utvrđenom planu njege, evidentirati sve provedene postupke na sestrinskoj listi za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite. Sestrinska lista predstavlja skup

podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege.

Temeljem čl. 230. st. 1. Zakona o parničnom postupku isprava koju je u propisanom obliku izdalo državno tijelo u granicama svoje nadležnosti te isprava koju je u takvom obliku izdala pravna ili fizička osoba u obavljanju javnog ovlaštenja koje joj je povjereno zakonom ili propisom utemeljenom na zakonu (javna isprava) dokazuje istinitost onoga što se u njoj potvrđuje ili određuje.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti je temeljni pravni akt medicinskog prava u hrvatskom pravu s obzirom da definira pojam zdravstvene zaštite, određuje načela zdravstvene zaštite, definira prava i obveze države u provođenju zdravstvene zaštite, uređuje sadržaj i organizacijske oblike zdravstvene zaštite, određuje uvjete za obavljanje privatne prakse i prava i obveze djelatnika u toj oblasti i dr.

Zakon o zaštiti prava pacijenata određuje prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite, te način zaštite i promicanje tih prava. U hrvatsko zakonodavstvo uvedena su načela promicanja prava pacijenata sve s ciljem poboljšanja kvalitete zdravstvene skrbi. Navedeni Zakon omogućuje pacijentima bolje ostvarivanje prava na informiranje o zdravstvenim uslugama, o vlastitom zdravstvenom stanju, o potencijalnim rizicima, pogodnostima svakog postupka, o alternativama predloženim postupcima, dijagnozi, prognozi i napretku liječenja, te mogućnosti dobivanja drugog mišljenja. Materiju koju pokriva Zakon o zaštiti prava pacijenata, djelomično je uređio i Ustavni sud Republike Hrvatske s obzirom da je ukinut članak 35. citiranog zakona, a navedena odredba prestala je važiti 31. prosinca 2008. godine.

Zakon o zaštiti tajnosti podataka⁷ u čl. 27. regulirao je profesionalnu tajnu, pa su tako profesionalnu tajnu predstavljali podaci o osobnom ili obiteljskom životu stranaka koje su saznali svećenici, odvjetnici, zdravstveni i socijalni djelatnici i druge službene osobe u obavljanju svog poziva.

Čl. 132 st. 1 KZ-a uređuje neovlašteno otkrivanje profesionalne tajne pa tako odvjetnik, branitelj, javni bilježnik, doktor medicine, doktor stomatologije, primalja ili drugi zdravstveni djelatnik i dr. koji neovlašteno otkriju tajnu koju su saznali u obavljanju svog znanja kazniti će se novčanom kaznom ili kaznom zatvora do 6 mjeseci.

⁵ Narodne novine broj 94/99 od 17. rujna 1999.

⁶ Narodne novine broj 121/03 od 29. srpnja 2003. i Narodne novine broj 117/08 od 13. listopada 2008.

⁷ Narodne novine br. 108/96 od 23. prosinca 1996. godine.

Tajnu čine istiniti i nepoznati podaci o činjenicama, postupcima i sredstvima iz osobnog života, profesionalne ili druge sfere, a kazneno pravo pruža zaštitu u slučaju neovlaštenog otkrivanja.

Osim drugih djelatnika i medicinska sestra je dužna čuvati kao profesionalnu tajnu sve podatke o zdravstvenom stanju pacijenta. Profesionalna tajna je jedan od osnovnih uvjeta kako bi se uspostavio odnos povjerenja između medicinske sestre i pacijenta. Tajnost podataka, kao jedno od temeljnih prava pacijenta, može biti ograničena npr. kada pacijent oslobodi od te odgovornosti medicinsku sestru i liječnika, ili u situaciji kada postoji bojazan da bi mogla nastupiti šteta trećim osobama npr. u situaciji prenošenja zaraznih bolesti i sl.

EKONOMSKI ASPEKTI DOKUMENTIRANJA U ZDRAVSTVU

Ekonomski aspekti vođenja zdravstvene dokumentacije mogu se promatrati sa više različitih pogleda, ovisno o razlozima za vođenje iste.

Prvi, a ujedno i obvezujući razlog za vođenje zdravstvene dokumentacije u čijoj ukupnosti se nalazi i sestrinska dokumentacija su zakonodavne prirode što je najvećim dijelom navedeno u prethodnom poglavlju. No postoji i dio propisa kojima se reguliraju i ekonomski aspekti vođenja zdravstvene, pa i sestrinske dokumentacije koji su novijeg datuma, a za čije su provođenje odgovorni izravno ravnatelji zdravstvenih ustanova.

Zakon o sustavu unutarnjih financijskih kontrola u javnom sektoru⁸ obuhvaća dio pravne stečevina koje je uspostavila Europska unija sa ciljem dobrog upravljanja javnim sredstvima, neovisno o tome iz kojih izvora potječu.

Unutarnja financijska kontrola predstavlja cjelokupan, objedinjen sustav koji uspostavljaju tijela državne uprave u svrhu kontroliranja, revidiranja i izvještavanja o korištenju proračunskih sredstava i sredstava EU.

Na temelju Zakona i donesenih pravilnika ravnatelji zdravstvenih ustanova su u obvezi, u skladu sa kriterijima obvezni imenovati voditelja za financijsko upravljanje i kontrolu i unutarnjeg revizora. Ravnatelj svake ustanove odgovoran je za ustrojavanje, funkcioniranje i razvoj sustava financijskog upravljanja i kontrole (FMC Financial Management and Control), čiji su glavni ciljevi:

- Uspješno ostvarenje zadaća ustanove,
- Pouzdanost i cjelovitost informacija,
- Usklađenost s politikama, planovima, procedurama, zakonom i ostalim propisima,
- Zaštita imovine,
- Ekonomična, učinkovita i djelotvorna uporaba resursa.

Unutarnja revizija nadležna je za davanje stručnog mišljenja i preporuka čelniku ustanove kako bi upravljački i kontrolni sustavi djelovali sukladno standardima i pravilima te s načelima dobrog upravljanja. Unutarnja revizija nije dio poslovnog procesa, niti ustrojstvene jedinice, nego je u svom radu odgovorna neposredno čelniku.

Zakon o fiskalnoj odgovornosti⁹ u dijelu u kojem govori o odgovornosti čelnika definira i potrebu mišljenja unutarnjih revizora o sustavu financijskog upravljanja i kontrola za područja koja su bila revidirana u prethodnoj godini.

Sve navedeno moguće je provesti na način da postoje izrađene mape poslovnih procesa u svakoj zdravstvenoj ustanovi na temelju kojih se mogu uočavati slabosti u procesima, rizici od nepoželjnih događaja i nepravilnosti.

Mape poslovnih procesa u zdravstvenim ustanovama se ne mogu kvalitetno izraditi bez aktivne uključenosti kompetentnih djelatnika na svim razinama odlučivanja.

Nadzorom i kontrolom financijskog poslovanja u zdravstvu stvaraju se pretpostavke za racionalnije raspolaganje financijskim sredstvima što omogućava kvalitetnije pružanje zdravstvene zaštite

Nadzor i kontrole su opravdane samo ako su korišteni veće od troškova njihova uvođenja i provođenja. U ispunjavanju navedenih zakonskih propisa sestrinska djelatnost kao dio ukupne zdravstvene djelatnosti koja u zdravstvenim ustanovama predstavlja osnovnu djelatnost važan je i neizostavan dio ukupnih poslovnih procesa svake ustanove.

Ekonomski razlozi vođenja sestrinske dokumentacije su da kroz ispunjavanje zakonskih preduvjeta omogućiti detaljno i dokumentirano opisivanje poslovnih procesa u svim fazama rada medicinskih sestara kako bi se omogućilo ravnateljima zdravstvenih ustanova da donose poslovne odluke sa ciljem unapređenja poslovanja.

⁸ Narodne novine br. 141/06

⁹ Narodne novine br. 139/10

ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Pravni i ekonomski aspekti vođenja sestrinske dokumentacije promotreni kroz postojeće zakone i pravilnike, ali i kroz mogući daljnji razvoj sestrinstva u svjetlu priključenja Republike Hrvatske Europskoj uniji upućuju na perspektive koje se otvaraju uvođenjem informacijske tehnologije u svakodnevni rad medicinskih sestara.

Informatizacija poslovnih procesa omogućuje najtočnije opise istih, kao i objektivno sagledavanje i unifikaciju djelatnosti, te na taj način mjerljivo i dokumentirano otvara perspektive daljnjeg razvoja sestrinske profesije na dobrobit svih korisnika zdravstvenih usluga.

Nadalje informatizacija sestrinske djelatnosti neizostavan je i prirodan nastavak informatizacije zdravstva u Hrvatskoj i bez nje je nemoguće govoriti o informatizaciji sustava budući da se radi o njegovom vitalnom dijelu.

LITERATURA:

1. Rotim K, Sajko T Neurokirurgija, prilog Boić V, Mojsović N Normativno uređenje pružanja zdravstvene zaštite, Zdravstveno veleučilište 2010.
2. Boić V, Mojsović N. Neki problemi u ostvarivanju prava na pristup medicinskoj dokumen-

taciji. u Zbornik radova Upravljanje promjenama u sestrinstvu, Zdravstveno veleučilište 2009.

3. Markotić I, Vašiček D Financijske informacije i interna revizija u funkciji upravljanja promjenama u zdravstvu. u Zbornik radova Upravljanje promjenama u sestrinstvu, Zdravstveno veleučilište 2009.
4. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite, Narodne novine br.107/07
5. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine br.150/08
6. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara – medicinskih tehničara, Narodne novine br. 139/09
7. Uredba o opsegu i sadržaju medicinske dokumentacije, Narodne novine br.94/99
8. Zakon o zaštiti tajnosti podataka, Narodne novine br.108/96
9. Zakon o sestrinstvu, Narodne novine br.121/03 i br.117/08
10. Zakon o sustavu unutarnjih financijskih kontrola u javnom sektoru, Narodne novine br.141/06
11. Zakon o fiskalnoj odgovornosti, Narodne novine br.139/10

SESTRINSKA DOKUMENTACIJA KAO INDIKATOR KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE

Sažetak

Suvremeno sestrinstvo teško je zamisliti bez primjerene sestrinske dokumentacije.

Ona može biti direktni pokazatelj kvalitete zdravstvene njege koja je pružena pacijentu u određenom trenutku.

Postupci koje provodi medicinska sestra imaju izravan učinak na tijek i ishod liječenja, te utječu na doživljaj i zadovoljstvo pacijenta uslugama i boravkom u zdravstvenoj ustanovi.

Sestrinska dokumentacija mora biti jasna, sažeta i usklađena sa potrebama pojedinca i zajednice.

Također, mora biti smisljena, točna, ispravno zabilježena, te mora nuditi informacije koje se mogu uspoređivati i mjeriti.

Vođenje dokumentacije zahtijeva vrijeme i temeljit pristup sestre koja njome upravlja i koja istu koristi u svakodnevnom radu.

Njezin izostanak može se negativno odraziti na zbrinjavanje pacijenta i uzrokovati niz daljnjih poteškoća u postupanju.

Ključne riječi: Sestrinstvo, kvaliteta, indikatori, standardi, dokumentacija, komunikacija, smjernice, incidenti.

UVOD

Brze i dinamične promjene u medicinskoj znanosti i tehnici, a samim time i sustavu zdravstvene zaštite, nameću pitanje sigurnosti pacijenta i kvalitete skrbi koja mu se osigurava.

Danas **kvaliteta** zdravstvene zaštite znači stalnu usmjerenost k postizanju najviših standarda u liječenju i njezi pacijenata. Sve češće se sestre u svakodnevnom radu susreću sa pitanjima jesu li učinile dovoljno za pacijenta i dali je učinjeno bilo u skladu sa prihvaćenim standardima.

Bez obzira kakav bio odgovor na navedeno pitanje, profesionalan i odgovoran pristup poslu koji

obavljaju tjera sestre da stalno iznova unapređuju kvalitetu njege i tako doprinose očuvanju zdravlja, prevenciji bolesti i poboljšanju kvalitete života svojih korisnika.

Iako sustavi kvalitete koji su prisutni zadnjih godina unutar zdravstvenih ustanova nude nizove protokola koji prate dijagnostičke i terapijske postupke, još uvijek se osjeća nedostatak sestrinske **dokumentacije** koja evidentira i unapređuje postupke zdravstvene njege.

KVALITETA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

Kada govorimo o definiciji pojma kvalitete u zdravstvu, autori se najčešće pozivaju na tumačenje Donabedian (1970.) koji vidi **kvalitetu** kao korelaciju dvaju čimbenika : znanosti i tehnologije u suvremenoj medicini, te primjene navedenih dostignuća u aktualnoj praksi.

Kvaliteta zdravstvene njege se može tumačiti kao stupanj izvrsnosti priozašao iz primjene standarda utemeljenih na pravilima struke.

Povjesno gledano, pojam kvalitete zdravstvene zaštite spominje se još u 5. stoljeću prije Krista kada je Hipokrat postavio temelje medicinske etike zahtijevajući od budućih liječnika da se obvežu kako svojim postupcima „neće naštetiti pacijentu“.

Kvaliteta u sestrinstvu vuče korijene još iz vremena F.Nightingale koja je tijekom Krimskog rata 1858.g. postavila standarde zbrinjavanja vojnika uvođenjem organizacijskih i higijenskih mjera. Ovi standardi postali su jedni od prvih zabilježenih napora unapređenja zdravstvene njege u povijesti.

Razvojem sestrinske profesije i edukacijom sestara nametnula se potreba uvođenja poboljšanja i kontinuiranog podizanja kvalitete zdravstvene njege.

Uvođenjem procesa zdravstvene njege pedesetih godina prošlog stoljeća dolazi do značajnog pomaka u definiranju potreba i rješavanju problema iz područja zdravstvene njege.

Proces zdravstvene njege utemeljen je na utvrđivanju potreba, planiranju i provođenju intervencija, te evaluaciji ishoda odnosno procjeni učinka primjenjenih aktivnosti. To je unaprijed određen skup aktivnosti koje imaju za cilj promicanje zdravlja ili osiguranje one količine i kakvoće zdravstvene njege koja je pojedincu u određenom trenutku potrebna.

Standardi zdravstvene njege jesu prihvaćeni i odobreni postupci koji omogućuju da se zdravstvena njega pružena pacijentu procijeni, uspoređuje i mjeri. Oni su važan element osiguranja kvalitete i neizostavan dio suvremene sestrinske prakse.

Mogu se opisati i kao pravila koja utvrđuju poželjnu i mjerljivu razinu izvedbe određenog postupka očekivanu od profesionalne sestre. Osnovni razlozi uvođenja standarda u zdravstvenu njegu jesu unaprijediti, usmjeriti i regulirati sestrinsku praksu.

Standardi mogu biti utvrđeni na nekoliko nivoa :

- profesija – temeljne upute i pravila koja su od vitalnog značaja za **sestrinstvo** u općem smislu,
- radno okruženje – bolnice, domovi umirovljenika, domovi zdravlja...
- lokalni nivo – klinike, zavodi, službe unutar ustanova.

Svrha primjene standarda vidljiva je iz slijedećeg :

- omogućuju uporabu jedinstvene terminologije unutar profesije,
- olakšavaju evaluaciju provedenih postupaka zdravstvene njege,
- poboljšavaju kvalitetu rada,
- pružaju osnovu za edukaciju zdravstvenih djelatnika i studenata,
- pojednostavljuju primjenu procesa zdravstvene njege,
- pomažu pri utvrđivanju potreba za osobljem i opremom,
- omogućuju transparentnost i lakšu komunikaciju.

Utvrdjivanje i uvođenje standarda je temelj za postizanje i mjerenje kvalitete zdravstvene njege. Međutim, primjena standarda ne jamči ujedno i najvišu kvalitetu zdravstvene skrbi.

INDIKATORI KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE

Sestrinstvo je profesija koja predstavlja mješavinu znanja, tehničkih vještina i ljudskih osobina kao što su briga i empatija za pacijenta. Postupci koje provodi medicinska sestra imaju izravan učinak na

tijek i ishod liječenja, te utječu na doživljaj i zadovoljstvo pacijenta uslugama i boravkom u zdravstvenoj ustanovi.

Namjera da se izmjeri učinak sestrinskih intervencija, ali i smanje troškovi liječenja, te poveća učinkovitost procesa rada, rezultirala je razvojem **indikatora** kvalitete zdravstvene njege.

Svrha njihove primjene može se sažeti na slijedeće:

- utvrditi dali su primjenjeni postupci zdravstvene njege bili prihvatljivog standarda,
- unaprijediti i razviti prikupljanje i analizu relevantnih podataka,
- ohrabriti sestre na kontinuirani rad na poboljšanju zdravstvene njege.

Kako bi bili relevantni, indikatori moraju biti dovoljno specifični, mora ih se moći pratiti i moraju imati utjecaj na kvalitetu zdravstvene njege.

Prema utjecaju koji imaju na kvalitetu mogu se svrstati u tri grupe :

- ishod liječenja pacijenta (padovi, ozljede, infekcije, zadovoljstvo pacijenta, edukacija)
- proces zdravstvene njege (očuvanje integriteta kože, zadovoljstvo osoblja..)
- struktura posla (stručnost i educiranost osoblja, broj sestara u smjeni).

SESTRINSKA DOKUMENTACIJA

Suvremeno sestrinstvo teško je zamisliti bez primjerene sestrinske dokumentacije.

Ona može biti direktni pokazatelj kvalitete zdravstvene njege koja je pružena pacijentu u određenom trenutku.

Sestrinska dokumentacija se može definirati kao bilo koja pisana ili elektronička informacija o pacijentu koja opisuje provedene postupke zdravstvene njege.

U svakodnevnom radu sestre koriste različite oblike predložaka za dokumentiranje. Oni se mogu nalaziti u pisanom ili elektroničkom obliku, a sve važne informacije koje sadržavaju ostaju dijelom pacijentove povijesti bolesti.

Među najčešće upotrebljavanim sredstvima za dokumentiranje možemo izdvojiti :

- temperaturne liste,
- planove zdravstvene njege,
- protokole za praćenje,
- liste i skale za procjenu,
- sestrinsko otpusno pismo,

- sestrinske liste,
- obrasce za prijavu incidenata,
- primopredaje službe,
- izvješća o intervencijama.

Tehnološke inovacije koje olakšavaju i ubrzavaju izmjenu informacija (e - mail, faks, prijenosne memorije) također mogu poslužiti pri prikupljanju i arhiviranju podataka. Pri tome je važno očuvati povjerljivost i sigurnost podataka koji govore o stanju pacijenta, prognozi i terapijskim postupcima.

SVRHA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

Svrha sestrinske dokumentacije je da omogućiti dobru **komunikaciju** između medicinskih sestara sa drugim medicinskim sestrama, ostalog medicinskog (liječnici, laboratorijski tehničari...), nemedicinskog osoblja (osoblja koje pruža njegu), obitelji i zdravstvenog sustava od prikupljanja podataka, procjene pacijentovog stanja, zadanih sestrinskih intervencija pa sve do njihovih ishoda.

Dobro vođena dokumentacija važna je pri procjeni i evaluaciji zadanih i izvršenih postupaka, objektivnih opažanja, te pri potrebi identifikacije i dokumentiranja promjena u planu zdravstvene njege, gdje medicinska sestra primjenjuje svoje **znanje, vještine, kritičko prosuđivanje prema profesionalnim standardima struke**.

Na temelju ispisanih podataka možemo utvrditi da li je planirana zdravstvena njega stvarno provedena, te na takav način pomaže medicinskih sestrama, pacijentu i ustanovama ka unapređenju **kvalitete zdravstvene njege**.

Informacije koje sadrži pravilno ispunjena dokumentacija smanjuju mogućnost krive interpretacije i pogrešaka u provođenju postupaka na najmanju moguću mjeru.

Dokumentiranje medicinskih sestrama omogućuje praćenje kvalitete zdravstvene njege i količine provedenih postupaka te kontinuirano praćenje stanja pacijenta, iz cjelovitih, točnih i na vrijeme ispisanih podataka služi za upravljanje **resursima, u istraživačke svrhe, pri pisanju stručnih radova**, vođenju statistike, edukacije.

PRAVNI ASPEKTI DOKUMENTACIJE

Medicinska sestra obvezna je evidentirati sve provedene postupke na sestrinskoj listi za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite. (Zakon o sestrinstvu NN čl 17).

Sestrinska dokumentacija pisana rukom ili na kompjuteru sadrži veoma važne informacije o pacijentu, njegovom stanju, provedenim postupcima, te stoga svaki podatak uspisan ili neuspisan u dokumentaciju u bilo kojem trenutku može poslužiti kao dokaz na sudu.

Sestrinska dokumentacija kao **pravni dokument** može se upotrijebiti :

- kako bi se “prizvalo sjećanje” u saslušanjima,
- kako bi se odredilo je li zdravstvena njega bila provedena na vrijeme i na adekvatan način,
- kako bi se odredilo jesu li svi postupci provedeni prema profesionalnim standardima struke,
- kako bi se utvrdila i poduprla vjerodostojnost u svjedočenju medicinske sestre ili ustanove,
- kako bi se utvrdio opseg štete (povrede),
- kako bi se utvrdile eventualne reakcije na lijekove ili tvari.

SMJERNICE ZA DOKUMENTIRANJE

1. Objektivno i činjenično dokumentirati sve ono što smo zapazili (vidno, slušno, osjetom i mirisom), vjerodostojne informacije vezane za zdravstvenu njegu, ne zapisivati svoja mišljenja i pretpostavke.
2. Sve napisano mora biti ispunjeno jasno, čitko, gramatički ispravno, uredno.
3. Koristiti puno ime i prezime ili prvi inicijal imena i puno prezime te odgovarajuću titulu.
4. Kod pisanja rukom koristiti crnu ili plavu kemijsku olovku.
5. Prilikom upisane pogreške, NE koristiti korektor ili šarati, prekrižiti pogrešku te pored napisati svoje inicijale datum i vrijeme, i upisati novu ispravnu zabilješku.
6. Koristiti samo one kratice koje su odobrene.
7. Dokumentaciju ispunjavati na vrijeme, u što kraćem roku nakon izvršenih postupaka.
8. Ne ostavljati “ prazne “ neispunjene prostore, radije upisati “nije primjenjivo”
9. Ne zapisivati nejasne izjave.
10. Ne zapisivati kritične komentare
11. Dokumentirati propust (izostavljanje) – (ne provedene terapije / tretmana) – navesti razlog i mjere koje su poduzete
12. Dokumentaciju ispunjavati samostalno
13. Dokumentirati u cjelosti (ono što nije zapisano, nije ni učinjeno)

14. Ne dozvoljavati pristup dokumentaciji osobama koje za to nemaju odobrenje.
15. Dokumentaciju pohranjivati na sigurno.

IZVJEŠĆE O INCIDENTU

Izvješće o incidentu predstavlja važan dokument u koji se zapisuju neočekivani i neobičajeni događaji koji su uslijedili od strane pacijenata, posjetitelja, osoblja, npr (pad pacijenta sa kreveta, razbijena vrata, verbalne prijetnje...).

Sadržaj zapisan u izvješću trebao bi odražavati jasne i nepristrane činjenice da bi se izbjeglo donošenje mišljenja i osuda.

Pisanje bi trebalo započeti što je ranije moguće tj. najkasnije u roku 24 sata dok još imamo svježije informacije. Prije nego li što se započne pisati izvješće, potrebno je utvrditi okolnosti samog događaja (tko, kada, kako, zašto, gdje) kako bi pisanje izvješća bilo što jednostavnije i točnije.

Pomno vođeno izvješće važno je za unaprijeđenje kvalitete i menadžment rizika, "učenje na pogreškama", u slučajevima prigovora ili pravnih akтова.

Preporuke za pisanje izvješća o incidentu:

1. biti kratak, precizan i objektivan,
2. dokumentirati što je viđeno, te mjere i postupke koji su poduzeti,
3. opisati pacijentovo stanje,
4. ne nagađati ili objašnjavati što se dogodilo,
5. dokumentirati sve činjenice, biti nepristran,
6. u dokumentaciji ne okrivljavati pojedince,
7. navesti imena ljudi koji su uključeni, čak i ako je njihovo sudjelovanje minimalno (promatrači, svjedoci, osoblje osiguranja, policija).

ZAKLJUČAK:

Zakon i standardi struke zahtijevaju od sestre da dokumentira postupke zdravstvene njege koji su primjenjeni tijekom boravka pacijenta u ustanovi. Pravilno vođenje dokumentacije omogućava stalan nadzor nad stanjem pacijenta, primjenu intervencija prema trenutnim potrebama i kontinuitet skrbi. Informacije koje nudi dobra dokumentacija smanjuju mogućnost pogrešaka, štede vrijeme i troškove, te osiguravaju visokokvalitetnu njegu.

Zbog sigurnosti nas samih i sigurnosti naših pacijenata potrebno je stalno inzistirati na unapređenju i kvaliteti sestrinske dokumentacije, te njenoj stalnoj i svakodnevnoj uporabi.

LITERATURA:

1. Kovačić L., Zaletel-Kracelj L. i sur., Management in health care practice, A handbook for teachers, researchers and health professionals. Lage :Hans Jacobs Verlag; 2008.
2. Nettina, S. M., The Lippincott Manual of Nursing Practice. Philadelphia: Lippincott - Raven Publishers, 2004.
3. http://www.snz.hr/ph-see/Documents/Publications/FPH-SEE_Book_Management_in_Health_pdf
4. <http://www.docstoc.com/docs/58085690/Documentation>
5. http://dynamicnursingeducation.com/class.php?class_id=32&pid=17
6. <http://www.nursingassistanteducation.com/site/courses/eng/nae-mrd-eng.php>
7. www.cno.org/Global/prac/learn/modules/documentation/.../Purpose.pdf
8. http://www.oneskyservices.org/files/downloads/Incident_Rept_Guidelines.pdf
9. <http://www.suite101.com/content/tips-for-writing-an-incident-report-a237571>
10. <http://www.zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu>
11. <https://www.crnns.ca/documents/DocumentationGuidelinesAnneF1.pdf>
12. <https://www.nurses.ab.ca/documentation-forregisterednurses.sep2006.pdf>
13. <https://www.crnbc.ca/downloads/151.pdf>
14. http://nursetogether.com/nursing_documentation.aspx
15. http://awarenessproductions.com/doc_articles.htm
16. http://medtrng.com/nursing_documentation.htm

ISKUSTVA U PRIMJENI SASTAVNICA SESTRINSKE LISTE

Uvod

Sestrinskom dokumentacijom (sestrinska lista) su obuhvaćene osnovne ljudske potrebe, koje su djelokrug rada medicinskih sestara. Sastavljena je na način da sestre mogu procijeniti pacijentovo stanje i na osnovi toga donijeti zaključke, dijagnosticirati problem i odrediti količinu sestrinske skrbi za pacijenta, te na taj način poboljšati kvalitetu zdravstvene njege.

Dokument označava službeni papir koji se može iskoristiti kao dokaz ili informacija, a sestrinska dokumentacija omogućava sustavno praćenje stanja pacijenta, poboljšava komunikaciju u timu te poboljšava kvalitetu zdravstvene njege i cjelokupne sestrinske skrbi.

Ključne riječi : sestrinstvo, sestrinska dokumentacija, zdravstvena njega

Sažetak

Sestrinsku dokumentaciju možemo definirati kao dokument o interakciji između med.sestara, korisnika, njihovih obitelji i zdravstvenog sustava; dokument o provedenim postupcima, tretmanu i ostalim intervencijama koje je provela medicinska sestra u sklopu zdravstvene njege.

Razrada teme

Sestrinska dokumentacija je zakonski regulirana, čl.16 Zakona o sestrinstvu kaže da je vođenje sestrinske dokumentacije dužnost medicinske sestre. Medicinske sestre koristeći sestrinsku dokumentaciju (sestrinsku listu) procjenjuju stanje pacijenta, na osnovu toga donose zaključke, dijagnosticiraju problem iz područja zdravstvene njege, određuju količinu sestrinske skrbi, sustavno prate stanje pacijenta te na takav način poboljšavaju komunikaciju u timu kao i cjelokupnu kvalitetu zdravstvene njege. Sestrinska dokumentacija je :

- Skup evidentiranih podataka, informacija, postupaka te rezultata sestrinske prakse.

- Komunikacijsko sredstvo kojim se prenose informacije na druge članove tima
- Dokaz da je skrb/usluga pružena, na koji način i u koje vrijeme. Ona zorno prikazuje sve relevantne informacije o korisniku/primaocu skrbi.
- Pravna zaštita gdje kao službeni dokument potvrđuje činjenice i tvrdnje u slučaju mogućeg spora.

Sastavnice sestrinske liste

1. Sažetak praćenja stanja pacijenta tijekom hospitalizacije
2. Sestrinska anamneza i fizikalni pregled
3. Trajno praćenje stanja pacijenta (decursus)
4. Plan zdravstvene njege
5. Lista provedenih sestrinskih postupaka
6. Evidencija ordinirane i primijenjene terapije
7. Unos i izlučivanje tekućina
8. Procjena boli
9. Lista za praćenje dekubitusa
10. Nadzorna lista rizičnih postupaka u
11. zdravstvenoj njezi
12. Izvješće o incidentu
13. Otpusno pismo zdravstvene njege

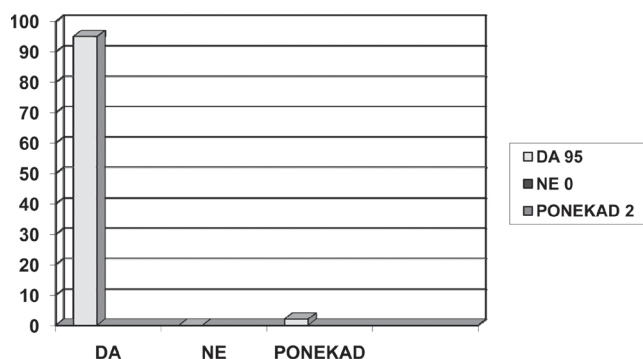
Istraživanje na Klinici za unutarnje bolesti

Metode

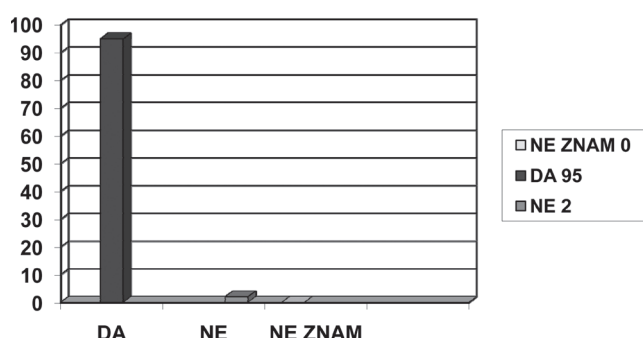
- Istraživanje je provedeno u KBC "Sestre milosrdnice" na Klinici za unutarnje bolesti
- Ispitanici su bile smjenske i odjelne medicinske sestre bez obzira na stupanj obrazovanja
- Ispitano je 100 medicinskih sestara metodom upitnika posebno strukturiranog za ovo istraživanje
- Upitnik je sadržavao 8 pitanja zatvorenog tipa
- 3 upitnika su bila nevažeća
- Dobiveni podaci su statistički obrađeni i grafički prikazani

Rezultati

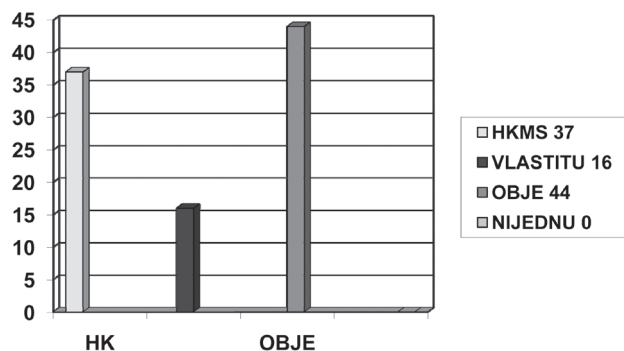
Grafikon 1. Koristite li sestrinsku dokumentaciju u svom radu?



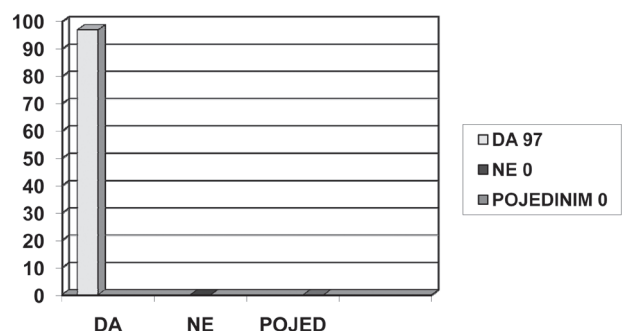
Grafikon 2. Smatrate li da je dokumentiranje vaših postupaka i intervencija važna za ostale članove tima?



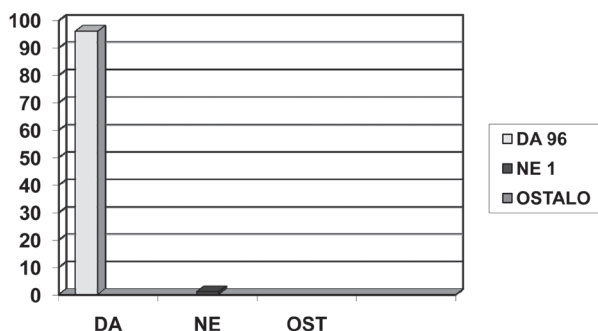
Grafikon 3. Kakvu sestrinsku dokumentaciju koristite?



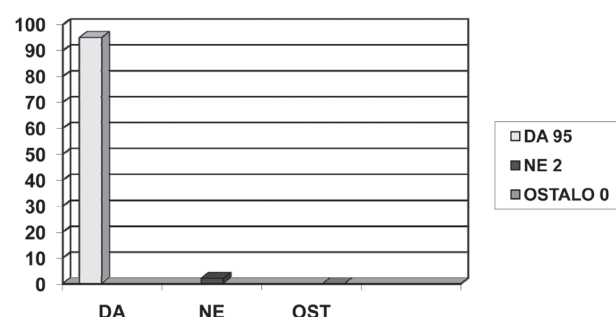
Grafikon 4. Svakom hospitaliziranom bolesniku uzimate sestrinsku anamnezu?



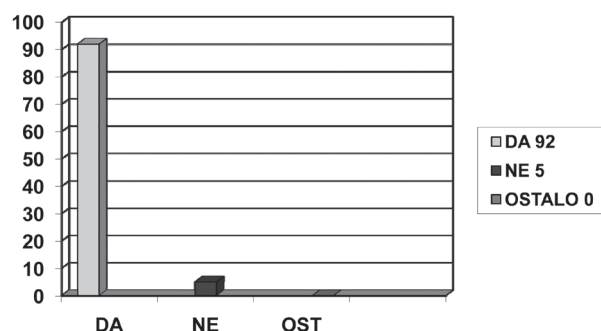
Grafikon 5. Podatke iz sestrinske dokumentacije koristite za planiranje zdravstvene njege?



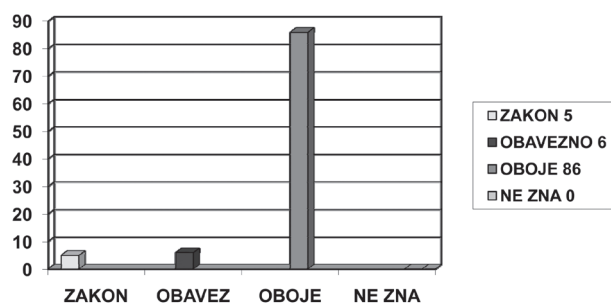
Grafikon 6. Koristite li skale i podatke iz sestrinske dokumentacije za procjenu rizika za oštećenje kože, rizika za pad, rizika za infekciju, jačinu boli...?



Grafikon 7. Na primopredaji službe koristite se sestrinskom anamnezom i ostalim listama (sastavnicama) sestrinske dokumentacije?



Grafikon 8. Sestrinsku dokumentaciju primjenjujete zato što:



Zaključak

Medicinske sestre na Klinici za unutarnje bolesti KBC „Sestre milosrdnice“, uspješno vode sestrinsku dokumentaciju, koriste se sastavnicama sestrinske liste u svakodnevnom radu te podatke iz sestrinske dokumentacije koriste za planiranje zdravstvene njege.

Sestrinska lista je sastavljena na način da sestre mogu procijeniti pacijentovo stanje i na osnovi toga donijeti određene zaključke, dijagnosticirati problem i odrediti količinu sestrinske skrbi, te na taj način poboljšati kvalitetu zdravstvene njege.

- Zakonski je regulirana.
- Omogućuje sestrinska istraživanja.
- Pruža osnove za obrazovanje medicinskih sestara.
- Instrument daljnjeg razvoja u sestrinstvu i zdravstvu.
- Osnova koja će pružiti bazu podataka za razvoj sestrinskog dijela zdravstvene informatike.

Literatura

1. Čukljek, S. Proces zdravstvene njege. Nastavni tekstovi. Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2006
2. Carpenito Moyet L. Nursing diagnosis application to clinical practice. 11 izd. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
3. Henderson, V. Osnovna načela zdravstvene njege. HUSE i HUMS, Zagreb 1994.
4. Zakon o sestrinstvu. Narodne novine br. 121, 2003.
5. Mejovšek, M. Uvod u metode znanstvenog istraživanja. Jastrebarsko: Naklada "Slap", 2003.

PRIMJENA RAČUNALA U KONTROLI BOLNIČKIH INFEKCIJA DANAS I SUTRA

Infekcije povezane s bolničkom skrbi (engl. „health care associated infections“, HCAI) predstavljaju ozbiljan problem današnje medicine. Kako medicina postaje sve invazivnija u svojim dijagnostičkim i terapijskim postupcima tako i rizik zadržavanja infekcije povezane s bolesničkom skrbi postaje sve veći, a patogenezna ovih infekcija sve složenija. Dužnost je svakog zdravstvenog djelatnika u svojoj domeni rada svesti učestalost ovih infekcija na minimum. Praćenje bolničkih infekcija osnova je kontrole njihovog širenja. Kroz praćenje HCAI moguće je odrediti endemične stope događaja i bolesti vezanih uz bolničku skrb te registrirati odstupanja od razine endemičnih stopa i eventualno prekoračenje razine koja je određena kao prag za proglašenje epidemije. Praćenje bolničkih infekcija se sastoji od a) prikupljanja podataka, b) analize podataka, c) diseminacije rezultata i d) intervencije zasnovane na rezultatima praćenja, a usmjerene na poboljšanje rezultata. Pri prikupljanju podataka treba odabrati relevantne parametre, čija će analiza kliničarima pružiti korisne podatke. Parametri čim se mijenjanjem može utjecati na kvalitetu bolesničke skrbi nazivaju se indikatorima kvalitete zdravstvene skrbi i uključuju indikatore strukture, procesa i ishoda. Izvor podataka za praćenje mogu biti podaci o pacijen-

tu prikupljeni iz pacijentove dokumentacije ili tijekom kliničkih obilazaka te podaci iz laboratorija i ljekarne. Kvalitetna i pravovremena obrada i analiza ovih podataka jedino je moguća kroz dobro osmišljene matematičke modele i informatičke sustave. Idealno laboratorijski i ljekarnički informatizacijski sustavi bi trebali biti uklopljeni u bolnički informatizacijski sustav i svi skupa prilagođeni praćenju pacijenata koji zahtijevaju specifične mjere izolacije te prikupljanju i obradi relevantnih podataka. U Hrvatskoj se trenutno koristi nekoliko internacionalnih programa za praćenje i analizu podataka relevantnih za kontrolu bolničkih infekcija no nedostaje bolja povezanost raznih programa kako na nacionalnoj razini tako i na razini pojedinih ustanova. Na nacionalnoj razini dobro su definirani relevantni parametri za praćenje no najčešće nedostaje pravovremena analiza rezultata i na tome zasnovana intervencija. Bez dobre informatičke podrške nemoguće je kontinuirano pratiti i obrađivati velik broj podataka i reagirati intervencijom u vremenu koje garantira uspjeh intervencije. Razlike među ustanovama najčešće onemogućuju međusobno uspoređivanje, ali kontinuirano praćenje stopa HCAI omogućuje praćenje trendova i pravovremenu intervenciju u vlastitoj ustanovi.

SUSTAVI PODRŠKE ZDRAVSTVENOJ NJEZI U SVAKODNEVNOJ KLINIČKOJ PRAKSI ODJELA ZA KARDIJALNU KIRURGIJU, KB DUBRAVA

Sestrinstvo danas

U cjelokupnoj zdravstvenoj skrbi jednog bolesnika u tijeku 24-satnog boravka u bolnici medicinske sestre izvrše više od 80% od ukupnog broja izvedenih postupaka, te sasvim logično iz toga proizilazi da na ukupnu kvalitetu skrbi, mjerenu stručno-medicinskim, kao i financijskim pokazateljima znatan utjecaj ima zdravstvena njega, pružena od strane dovoljnog broja kompetentnih sestara.

Znači, i zdravstvena njega, kao i bilo koja grana industrije ima za cilj osiguranje što veće produktivnosti, uz što manju potrošnju sredstava.

Moderna zdravstvena industrija obilježena rapidnim promjenama i razvojem novih tehnologija podiže sveukupnu cijenu zdravstvene skrbi, što u uvjetima ekonomske krize zahtijeva racionalizaciju drugih sredstava.

Strategije podrške zdravstvenoj njezi

Jedan od izvora racionalizacije sredstava može biti racionalizacija rada medicinskih sestara, struktuiranom primjenom različitih strategija koje možemo definirati zajedničkim nazivnikom "sustavi podrške zdravstvenoj njezi".

Sustavi podrške su zapravo sustavi koji utječu na udio vremena koji sestra mora odvojiti da bi pacijent dobio kvalitetnu zdravstvenu njegu, osiguravaju mehanizme za razvoj strukture i kulture zdravstvene njege koja je

1. usmjerena na pacijenta,
2. bazirana na dokazima.

Informatika i informatička tehnologija postaju svakim danom sve zastupljeniji u svim vidovima ljudske djelatnosti pa tako i u medicini. Informatička obrada podataka čini svakodnevne poslove jednostavnijim, omogućuje brže prikupljanje podataka, njihovu dostupnost i analizu.

Korištenjem informatičkih sustava moguće je istovremeno na jednom mjestu pohraniti različite izvore informacija (tekst, slike, video, itd.). Također, omogućen je direktan pristup informaciji neovisno o mjestu i vremenu, te jednostavnija analiza pohranjenih podataka za potrebe evaluacije, unapređivanja zdravstvene skrbi i/ili znanstveno-istraživačkog rada.

Informatizacija Odjela za kardijalnu kirurgiju, KB Dubrava

Zahvaljujući informatizaciji Odjela za kardijalnu kirurgiju i razvoju vlastitih aplikacija u svakodnevnoj su kliničkoj primjeni brojne strategije sustava podrške zdravstvenoj njezi i naveliko doprinose kvaliteti sestrinskog rada i utrošku vremena za obavljanje aktivnosti indirektna skrbi za bolesnika.

Sadašnji informatički sustav omogućava:

- prikupljanje, pohranu i obradu standardiziranih kliničkih podataka,
- organiziranje i administraciju svakodnevnih poslova,
- pristup informacijama u lokalnoj odjeloj mreži,
- pristup bolničkoj mreži
- pristup Internet-u.

Razvoj računalne mreže Odjela za kardijalnu kirurgiju datira od 1997. godine uz povezivanje operacijske sale, jedinice intenzivnog liječenja i odjela za kardijalnu kirurgiju preko jedanaest računala i razvoj vlastitih aplikacija (dr. Davor Barić) "Cardiobase" i "Operacijski troškovi", te korištenjem komercijalnog elektroničkog bolesničkog zapisa "OnCourse", ciljano programiranog za potrebe kardiokirurških procedura, tvrtke medicinske opreme Medtronic.

"OnCourse" je komercijalni program, baza podataka koja osigurava arhiviranje perfuzijskih podataka

prema standardima američkog udruženja za kardiovaskularnu perfuziju- American Board of Cardiovascular Perfusion. Program je uglavnom strukturiran, a pojedini segmenti dopuštaju upisivanje slobodnog teksta.

Od početka primjene 1996. godine pa do početka 2011.. godine u OnCourse je upisano preko 7000 bolesnika, sa svim relevantnim podacima iz intraoperacijskog perioda. Podaci iz OnCourse-a naknadno se preuzimaju u « CardioBase» bazu podataka.

»**CardioBase**« je glavna računalna baza podataka odjela za kardijalnu kirurgiju gdje se prikupljaju podaci sa svih radilišta u sklopu odjela.

Trenutni broj podataka koji se prikupljaju o svakom bolesniku iznosi 318 a prikazani su u tablici 1. (**Tablica 1**).

Tablica 1. Skupine podataka i broj varijabli korištenih u bazi podataka *CardioBase*

Skupina podataka	Broj varijabli
A. Administrativni podaci	16
B. Demografski podaci	7
C. Podaci o hospitalizaciji	11
D. Čimbenici rizika	26
E. Prethodni zahvati	33
F. Operacijski podaci	49
G. Koronarne operacije	50
H. Operacije zalistaka i aorte	35
I. Poslijeoperacijski tijek i komplikacije	51
J. Podaci o praćenju bolesnika	40
Ukupno	318

Pilikom dizajniranja programa, nastojao se primijeniti koncept potpune integracije sistema medicinske baze podataka u svakodnevnu kliničku praksu.

Baza podataka je kreirana tako da obuhvaća pohranu i trenutni pristup svim relevantnim kliničkim podacima u kompletnom perioperacijskom periodu. Baza se koristi i za kreiranje operacijskih lista, otpusnih pisama, otpusnica, operacijskog programa, dnevne terapije. Podaci o bolesnicima koriste se i u znanstvenoj djelatnosti Odjela za kardijalnu kirurgiju.

Sestrinska anamneza: Prve podatke u bazu „CardioBase” upisuje medicinska sestra na Odjelu. Pri likom prijama bolesnika na Odjel, medicinske sestre obavljaju unos općih podataka i dijagnoze, a koji su obuhvaćeni tzv. sestrinskom anamnezom

Nakon što je bolesnik upisan u Bolnicu, smješten u sobu i obavljene sve pretrage predviđene nakon u prijamu u bolnicu, medicinska sestra Odjela za kardijalnu kirurgiju, KB Dubrava poziva bolesnika u posebnu prostoriju gdje s njime obavlja razgovor i dobivene podatke unosi u sestrinsku anamnezu koja ostaje trajno pohranjena u Bazi podataka o bolesnicima a nakon popunjavanja iste jedan se primjerak odlaže u Povijest bolesti.

Sestrinska anamneza se sastoji od sljedećih grupa pitanja koja karakteriziraju bolesnikovo zdravstveno stanje:

1. disanje (Slika 1),
2. opća cirkulacija (Slika 2)
3. s posebnim osvrtom na cirkulaciju koronarnih krvnih žila (Slika 3),
4. probava i mokrenje (Slika 4),
5. psihološki status bolesnika i navike (Slika 5)
6. te alergije (Slika 6).

Na **slici 1** nalazi se početna stranica sestrinske anamneze koja se ispunjava za svakog bolesnika na Odjelu za kardijalnu kirurgiju. U nju se unose opći podaci o bolesniku: ime i prezime, podatak da je upisan u bolnicu, godina rođenja, starost, spol, te datum kada se uzimaju podaci o bolesniku

Grupa pitanja vezana za disanje podijeljena je na pet pitanja, a svako pitanje ima nekoliko podpitanja kako bi se dobili što iscrpniji podaci o bolesniku.

Slika 1. Prikaz početne stranice sestrinske anamneze: opći podaci bolesnika i parametri vezani za sposobnost disanja

Slijedeća grupa pitanja odnosi se na parametre vezane uz opću cirkulaciju. Svako pitanje razrađeno je kroz nekoliko podpitanja. Pitanja se bolesniku detaljno obrazlažu i daju mu se na uvid mogući odgovori. Npr. pitanje – Osjećate li bol u prsima ili neki drugi neugodan osjećaj, probadanje, stezanje itd.? To pitanje postavlja se bolesniku kako bi se dobio uvid u opće stanje bolesnika i tegobe koje svakodnevno osjeća te o aktivnostima koje uzro-

kuju takvo stanje (veći napor, duži hod, uspinjanje po stepenicama i sl.)

Slika 2. Parametri vezani uz opću cirkulaciju

Disanje | Cirkulacija 1 | Cirkulacija 2 | Probava i mokrenje | Psiho status i navike | Alergije i informiranost

Osećate li bol u prsima ili neki drugi neugodan osjećaj? ☐ ne ☒ probadanje ☐ stezanje ☐ osjećaj pritiska

Da li se bol širi? ☐ ne ☐ u ramena ☐ u vrat ☐ u leđa

Što najčešće uzrokuje bol? ☐ veći napor ☐ duži hod/hladnoća ☐ penjanje na kat ☐ i najmanja aktivnost

Koliko minuta traje bol? min

Promjena težine u posljednje vrijeme? kg

Javlja li Vam se otok nogu ili ruku? ☐ ne ☒ da

Osećate li kako Vam srce ponekad preskače ili lupa? ☐ ne ☒ da

Imate li problema sa krvnim tlakom? ☐ ne ☒ da

Bolujete li od šećerne bolesti? ☐ ne ☒ da

Provodite li terapiju šećerne bolesti? ☐ ne ☐ djetom ☐ oralnim antidijabetičima ☐ inzulinom

Slika 3. Parametri vezani uz cirkulaciju koronarnih krvnih žila

Disanje | Cirkulacija 1 | Cirkulacija 2 | Probava i mokrenje | Psiho status i navike | Alergije i informiranost

Jeste li imali problema s krvnim žilama vrata? ☐ ne ☒ da

Jeste li doživjeli moždani udar? ☐ ne ☒ da

Osećate li ponekad omaglicu ili laganu nesvesticu? ☐ ne ☒ u naporu ☐ pri ustajanju ☐ pri ubrzanom lupanju srca

Imate li glavobolje? ☐ ne ☒ da

Imate li ponekad osjećaj da su Vam ruke ili noge jako hladne? ☐ ne ☒ da

Osećate li ponekad iznemoglost? ☐ ne ☒ da

Osećate li ponekad umor? ☐ ne ☒ da

Osećate li ponekad strah? ☐ ne ☒ da

Da li u obitelji postoji sklonost krvarenjima? ☐ ne ☒ da

Jeste li ikad pojačano krvarili? ☐ ne ☒ da

Od kuda ste pojačano krvarili (nos, gingiva, GI trakt, urinarni trakt, rane, OPI)?

Da li ste ikada dobivali hepam? ☐ ne ☒ da

Podaci vezani uz cirkulaciju koronarnih krvnih žila prikupljaju se kroz 12 pitanja a najvažnije se pitanje odnosi na probleme s krvnih žilama vrata. Svakog bolesnika starijeg od 65 godina upita se da li je imao problema s krvnim žilama vrata. Ukoliko bolesnik kaže da ima nalaz dopplera krvnih žila vrata ili da je tu pretragu radio u skorije vrijeme, medicinska sestra taj nalaz daje na uvid izabranom kirurgu koji ovisno o nalazu ordinira snimanje krvnih žila vrata. Pretragu dogovara medicinska sestra te ispisuje potrebitu uputnicu kojom se bolesnik upućuje na pretragu. Po dobivanju nalaza dopplera karotida izabrani liječnik odlučuje o operaciji srca odnosno da li je potreban pregled vaskularnog kirurga. S nalazom se bolesnik obvezno upućuje na konzilijarni pregled neurologu

Veoma su važni i podaci vezani za probavu i mokrenje. Kroz sedam pitanja medicinska sestra dolazi do saznanja da li bolesnik ima mučnine, žgaravice, peckanje u trbuhu, i dr. Najvažnije je pitanje – Jeste li imali gastritis te čir na želucu ili dvanaesniku. Ukoliko je bolesnik imao mučnine i žgaravice, medicinska sestra dogovara gastroskopiju. Nalaz se predočuje izabranom liječniku. Ukoliko se gastroskopijom utvrdi da bolesnik ima čir ili gastritis

nadležni gastroenterolog propisuje terapiju. Bolesnik se u tom slučaju otpušta kući i nakon provedene terapije i kontrolne gastroskopije, ukoliko je nalaz uredan, bolesnik se ponovno prima na Odjel za kardijalnu kirurgiju radi predviđenog operacijskog zahvata. U tom se slučaju ponovno uzima sestrinska anamneza, tj. sestrinska anamneza se ispujava za svaki boravak u bolnici.

Slika 4. Parametri vezani za probavu i mokrenje

Disanje | Cirkulacija 1 | Cirkulacija 2 | Probava i mokrenje | Psiho status i navike | Alergije i informiranost

Jeste li imali gastritis? ☐ ne ☒ da

Jeste li imali čir želuca ili dvanaesnika? ☐ ne ☒ da

Imate li problema u eliminaciji stolice? ☐ ne ☒ da ☐ proljev ☐ zatvor ☐ krvave stolice ☐ hemoroidi ☐

Imate li problema pri mokrenju? ☐ ne ☒ da

Idete li noću mokriti? ☐ ne ☒ da puta

Uzimajte li diuretika? ☐ ne ☒ da Lasix ☒ Edemid ☒ Moduretic ☐ Aldactone ☐ Hygroton ☐

Da li ste operirali prostatu? ☐ ne ☒ da

Ukoliko bolesnik ima problema sa mokrenjem medicinska sestra šalje urin na pretragu urinokulture, upućuje bolesnika urologu ukoliko je potrebno, itd.

Slika 5. Parametri vezani za psihološki status bolesnika i njegove navike

Disanje | Cirkulacija 1 | Cirkulacija 2 | Probava i mokrenje | Psiho status i navike | Alergije i informiranost

Imate li osjećaj da ste zaboravljivi, sporiji u mentalnoj reakciji? ☐ ne ☒ da

Jeste li nervozni? ☐ ne ☒ da

Da li se namijete ili rasplacete lakše nego prije? ☐ ne ☒ da

Kada ste počeli primjećivati ove promjene? mjes.

Uzimajte li neke lijekove koji mogu izazvati promjene u Vašem ponašanju, brzini razmišljanja? ☐ ne ☒ da

Kada idete spavati? h (0-23)

Koliko jastuka koristite? kom.

Uzimajte li lijekove za spavanje? ☐ ne ☒ da

Puštite li? ☐ ne ☒ da cigareta/dan

Konzumirate li alkohol? ☐ ne ☒ da Koliko često?

Da li ste prestali pušiti? ☐

Da li ste prestali konzumirati alkohol? ☐

Veoma je važno utvrditi psihološki status bolesnika i njegove navike. Pitanja su detaljna i kroz 14 pitanja nastoji se doći do saznanja o psihološkom statusu bolesnika. Najvažnije je pitanje – konzumirate li alkohol, ako ne – da li je u prošlosti konzumirao alkohol i kada je prestao, zatim – pušite li, ako je bio pušač – kada je prestao, itd. Sve su to veoma važni podaci jer se radi o bolestima srca i krvnih žila. Alkohol i pušenje štetni su za zdravlje, bez obzira da li je čovjek inače 'zdrav' ili boluje od neke kronične bolesti. Kod pitanja – alkohol i cigarete, vrlo često se događa da bolesnici nisu skloni iskrenom odgovoru. Medicinska sestra obavještava bolesnika da su podaci tajni, da može slobodno govoriti o svojim sklonostima i da osim liječnika nitko ne može doći do podataka koje medicinska sestra uzima u sestrinskoj anamnezi.

Kod pitanja vezanih za alergije na lijekove ili hranu, bolesniku se sugerira da iskreno odgovori. Ukoliko

se utvrdi alergija na lijekove – na temperaturnu listu medicinska sestra upisuje lijekove za koje bolesnik kaže da je alergičan te se u tom slučaju o toj činjenici izvještavaju liječnici Odjela te se ti lijekovi bolesniku ne ordiniraju.

Slika 6. Parametri vezani za alergije te informiranost bolesnika o operativnom postupku

Dijagnoza | Cirkulacija 1 | Cirkulacija 2 | Probava i mokrenje | Psiho status i navike | Alergije i informiranost

Jeste li alergični na lijekove? ☐ ne ☐ da

Jeste li alergični na hranu? ☐ ne ☐ da

Jeste li testirani na alergene? ☐ ne ☐ da

Znate li kako će se operativni zahvat odraziti na vaše daljnje život ili posao koji obavljate? ☐ ne ☐ da

Znate li kakav "režim" života će te morati provoditi nakon otpusta iz bolnice? ☐ ne ☐ da

Ukoliko bolesnik kaže da je alergičan na hranu, medicinska sestra izvješćuje bolničku nutricionisticu koja vezano za alergije slaže poseban jelovnik za tog bolesnika.

Adekvatno ispunjena sestrinska anamneza ispisuje se na pisaču te prilaže u povijest bolesti.

Uzimanjem sestrinske anamneze moguće je rano otkrivanje prethodno neprepoznatih medicinskih problema koji mogu ugroziti tijek perioperacijskog liječenja kardijalnih bolesnika.

Posebna skupina komplikacija odnosi se na krvarnja iz gastrointestinalnog trakta, pogotovo kod bolesnika koji kao komorbiditet imaju neki oblik peptične bolesti (ulkus želuca ili duodenuma, ezofagitis, gastritis ili duodenitis), a pod dodatnim su rizikom bolesnici sa pozitivnim nalazom *Helicobacter pylori*.

Kod bolesnika kod kojih se uzimanjem sestrinske anamneze uoči simptomatologija dispeptičnih smetnji (žgaravica, refluks, bolovi i probadanje u epigastriju, anamneza periodičnog uzimanja antisekretornih i gastroprotektivnih lijekova, anamneza melena) ti i su bolesnici upućuju na ezofagogastroduodenoskopiju. Ovisno o nalazu gastroenterologa i nalazu *Helicobacter pylori* u biopsatu želuca kod bolesnika se provodi antiulkusna i eradikacijska terapija.

Razvoj kardijalne kirurgije i tehnike ekstrakorporealne cirkulacije doveo je do značajne redukcije perioperativnih komplikacija i mortaliteta na relativno niski nivo. No i dalje je najveći problem relativno visoka incidencija neuroloških komplikacija. Moždani udar se javlja u 2-3% svih bolesnika

koji su podvrgnuti kardiokirurškom zahvatu, a taj je rizik dodatno veći kod bolesnika koji imaju prisutne dodatne faktore rizika, kao što su stenoze karotidnih arterija

Dobivši podatak od bolesnika o vrtoglavicama, smetnjama vida, glavoboljama nejasne etiologije, aurama, parestezijama i motoričkim smetnjama jedne strane tijela, bolesnik se upućuje na ultrazvučnu evaluaciju kardotidnih arterija i arterija vertebrobazilarnog sliva. U slučaju pozitivnog nalaza stenoze ili okluzije (hemodinamski i morfološki suženje lumena za više od 60%), bolesnika pregledava neurolog i vaskularni kirurg. Ovisno o doplerskom nalazu i kliničkoj slici bolesnici se upućuju na vaskularnokirurški zahvat prije operacije na srcu. U sklopu procjene krvožilnog sustava bolesnici se ispituju i za smetnje perifernih žila, sa nalazom kladukacija, hladnoća i trnjenja ekstremiteta i ev. prisutnih ishemijskih promjena bolesnicima se radi dopplerska evaluacija arterija donjih ekstremiteta. Kod bolesnika kod kojih se sestrinskom anamnezom dobije podatak o simptomima šećerne bolesti (poliurija, polidipsija, polifagija), a da ista prethodno nije bila prepoznata radi 24-satni profil glukoze u krvi (uz GUK natašte), HbA1c u krvi, te glikozurija biokemijskom analizom urina.

Svim bolesnicima koji navode simptome koji bi upućivali na probleme sa štitnjačom radi se analiza hormona štitnjače (T3 i T4) te TSH u perifernoj krvi. Po dobivenim bolesnike pregledava konzilijarni endokrinolog.

Bolesnicima kod kojih se dobije podatak o dizuričnim smetnjama (dizurija, polakisurija, nikturija, poliurija) uzima se uzorak urina za mikroskopsku analizu, te kod muškaraca i PSA iz periferne krvi. U slučaju signifikantne bakteriurije provodi se prema antibiogramu antibiotska terapija prije operacijskog zahvata.

Sestrinska anamneza ima neprocijenjivu vrijednost u svakodnevnom rutinskom radu Odjela za kardijalnu kirurgiju i veliki utjecaj na kvalitetu ukupne zdravstvene skrbi kardiokirurških bolesnika. Svaka novootkrivena bolest znači redukciju komplikacija. Sestrinska zapažanja daju vrijedne informacije i kompletiraju medicinski zaključak.

Dnevna terapija: Nakon liječničkog pregleda i propisivanja terapije, medicinske sestre unose dnevnu terapiju za naredni dan (**Slika 7**) u za to predviđeni dio programske potpore *CardioBase* i ostaje trajno pohranjena u odjelnoj programskoj potpori. Dnevna se terapija za svakog bolesnika ponaosob ispiše

na pisaču te se dostavi u Središnju bolničku ljekarnu. Po dobivanju ispisa Središnja bolnička ljekarna slaže terapiju za svakog bolesnika posebno u terapijska kolica i ujedno izdane lijekove upisuje u računalno kako bi se na kraju liječenja dobilo točno stanje utrošenih lijekova za vrijeme trajanja liječenja za svakog bolesnika. Primjerak ispisa zadržava Središnja bolnička ljekarna kao svoju evidenciju a jedan primjerak ostaje na Odjelu radi odjelne evidencije izdanih lijekova.

Standardni način opskrbe lijekovima podrazumijeva pisanje zahtjevnice za lijekove bolničkoj ljekarni temeljem kojih bolnička ljekarna izdaje lijekove u odjelni depo, a iz kojeg se zatim slaže propisana terapija za bolesnike.

Financijski odraz takvog načina opskrbe najbolje se vidi u presjeku ukupnih zaliha bolnice u lijekovima i ostalom potrošnom materijalu. Naime, po izvršenoj godišnjoj inventuri utvrđeno je da se trećina lijekova nalazi u ljekarni, a ostale dvije trećine na odjelima. Stoga je bilo važno uspostaviti sustav nadzora nad potrošnjom lijekova, smanjenje odjelnih zaliha lijekova i konačno racionalizacija potrošnje lijekova, koja, naravno, ne bi išla na račun zdravstvene skrbi bolesnika.

Slika 7. Prikaz propisane terapije za pojedinog bolesnika za odgovarajući dan

Lijek	Oblik	Doza	x na dan	Shema davanja
Sanval	tbl.	5 mg	1	-----21--
Olicard retard	kaps.	40 mg	2	6-----18----
Trilace	tbl.	1.25 mg	1	-----18----
Clexan	inj. sc.	40 µg	2	6-----18----
Alopurinol	tbl.	100 mg	1	---12-----
Controloc	tbl.	40 mg	1	-----18----
Aldactone	kaps.	100 mg	1	-----18----
Lasix	tbl.	40 mg	2	6-----18----
Garamycin	amp.	120 mg	2	6-----18----
*				

Primjenom programske potpore *CardioBase* velik dio navedenih problema je eliminiran. Najvažnije je da bolesnik ima bolju zdravstvenu skrb zbog:

- velike sigurnosti u pogledu mogućih medikacijskih pogrešaka uspostavom dvostruke kontrole propisane terapije,
- veće skrbi od strane medicinskih sestara koje su oslobodile dio radnog vremena (prosječno 3, 5 sati dnevno) prije korištenog za nužno administriranje i pripremu lijekova,

- boljeg tzv. “**DRUG COMPLIANCE**” poradi bolje kontrole uzimanja propisane terapije.

“**OP troškovi**” je računalna baza podataka i program namijenjen vođenju skladišta potrošnog materijala na svim radilištima Odjela za kardijalnu kirurgiju i obračunu troškova pojedinih segmenata operacije.

Omogućava:

- upis utrošenog materijala i izračun cijene za svaku operaciju
- uvid u stanje skladišta materijala
- periodična izvješća o stanju na skladištu.

Baza podataka “OKK” sadrži slijedeće podatke važne za funkcioniranje OKK:

- osoblje: popis, brojevi telefona, sprema
- radna mjesta
- oprema
- računala
- mjesečni raspored pripravnosti djelatnika
- trajna edukacija djelatnika: raspored stručnih sastanaka

Baza podataka *CardioBase*, kao i ostale baze podataka Odjela za kardijalnu kirurgiju, koristi postojeću informatičku infrastrukturu – LAN-om su umreženi svi prostori KB Dubrava. Integrirani bolnički sustav (IBIS) tvrtke Nikola Tesla d.d. 2003. godine stavljen je u funkciju 2003. godine. Omogućava funkcioniranje sustava u nekoliko cjelina: administriranje bolesnika, obrada medicinskih podataka, kadrovska evidencija, laboratorijsko, skladišno i ljekarničko poslovanje. Omogućava direktnu vezu operacijskih sala, jedinice intenzivnog liječenja, odjela za kardijalnu kirurgiju, laboratorija, mikrobiološkog laboratorija i bolničke ljekarne što zaokružuje cjelinu u ukupnom praćenju tijeka liječenja.

Omogućava jednostavnu pretragu baze podataka, evaluaciju liječenja, ekonomsku analizu, te izradu standarda i temelje za skrb baziranu na dokazima. Sama uporaba sustava pokazala se višestruko korisnom: svakodnevni poslovi zahtijevaju manje vremena, a time se omogućava medicinskom osoblju da više vremena provedu u radu s bolesnicima.

Sustav upravljanja kvalitetom u funkciji sustava podrške zdravstvenoj njezi

Kvaliteta u medicini najčešće se definira kao postizanje i održavanje međunarodno prihvaćenih standarda liječenja i zdravstvene njege.

Proces uvođenja sustava upravljanja kvalitetom na Odjelu za kardijalnu kirurgiju, KB Dubrava započeo je u svibnju 2003. godine. Tijekom narednih mjeseci razrađen je glavni proces liječenja kardio-kirurških bolesnika, izrađen čitav niz radnih uputa kojim se opisuju svi postupci u sklopu glavnog procesa, način upravljanja opremom i potrošnim materijalom, kao i metode provođenja internih audita, korektivnih i preventivnih mjera i metode mjerenja kvalitete liječenja.

Uvođenje sustava upravljanja kvalitetom završeno je u ožujku 2005. kada je certifikacijska tvrtka *Det Norske Veritas* (DNV) provela pregled dokumentacije i certifikacijski audit, te potvrdila da proces liječenja kardiokirurških bolesnika (kardijalna kirurgija, kardijalna anestezija i intenzivno liječenje, perfuzija) u potpunosti odgovara zahtjevima norme ISO 9001:2000.

Osim redovnog praćenja zadovoljstva korisnika (bolesnika) putem anketa, što je obveza prema normi ISO 9001:2000, u naš sustav upravljanja kvalitetom ugrađeno je i praćenje medicinskog rezultata, odnosno objektivna analiza ishoda liječenja.

Koristi svih sustava upravljanja kvalitetom najčešće su dugoročne i vidljive tek nakon nekoliko godina primjene, no koristi od uvođenja Iso standarda na Odjelu za kardijalnu kirurgiju pokazale su se već tijekom izgradnje i početne primjene sustava u sljedećim segmentima:

- uspostavljena je standardizacija postupaka - postojanje radnih uputa,
- uveden je mehanizam uočavanja odstupanja i njihove korekcije,
- postignuta je bolja komunikacija i razumijevanje cjelokupnog procesa,
- postignuto je bolje održavanje i umjeravanje opreme,
- medicinska dokumentacija je potpuna i uredno održavana,
- nametnuta je obaveza kontinuiranog praćenja rezultata.

Zaključak

Pravilnim odabirom, racionalnom primjenom i kontinuiranom validacijom i prilagodbom susta-

va podrške zdravstvenoj njezi svakodnevni poslovi iziskuju manje vremena, čime se medicinskom osoblju omogućava da više vremena provedu u radu i njezi bolesnika.

Svrha informatičkih sustava je učiniti svakodnevne poslove jednostavnijim, omogućiti brže prikupljanje podataka, omogućiti njihovu dostupnost i analizu.

Pravilno odabrani informatički sustavi, prilagođeni određenoj populaciji bolesnika osiguravaju mehanizme za razvoj strukture i kulture zdravstvene njege koja je

1. usmjerena na pacijenta,
2. bazirana na dokazima.

To u konačnici rezultira boljim i bržim oporavkom bolesnika, a to je i osnovni cilj profesije.

Literatura

1. Hanson RL. (1983) Management Systems for Nursing Service Stafing. Rockville, Maryland. An Aspen Publication
2. Lewis EM, Spicer JG. (1987) Human Resource Management Handbook. Rockville, Maryland. An Aspen Publication
3. <http://www.who.int/en/>
4. <http://heartdisease.about.com/cs/cardiacsurgery/>
5. Cevenini G, Barbini E, Scolletta S, Biagioli B, Giomarelli P, Barbini P. A comparative analysis of predictive models of morbidity in intensive care unit after cardiac surgery - Part II: an illustrative example. BMC Med Inform Decis Mak. 2007 Nov 22;7(1):36
6. Barker KN, Heller WM, Brennan JJ, et al. Development of a centralized unit drg dispensing system. Am J Hosp Pharm 1963;20:568-79
7. Black HJ. Unit dose drug distribution: A 20-year perspective. Am J Hosp Pharm 1984; 41:2086-88.

UTJECAJ TEHNOLOGIJE NA RAD MEDICINSKIH SESTARA U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA

UVOD

Intenzivno liječenje je multidisciplinarno i multi-profesionalno te predstavlja najvišu razinu medicinske skrbi. Multidisciplinarni pristup liječenju poboljšava razinu skrbi i može poboljšati učinkovitost liječenja, a time i smanjiti troškove liječenja. Jedinica intenzivnog liječenja čini cjelinu koja se sastoji od prostora, medicinske i informatičke opreme, elektronske opreme i kadrova prema usvojenim standardima.

“...Sva medicinsko-tehnička oprema u jedinici intenzivnog liječenja treba biti pouzdana i sigurna, kako za medicinsko osoblje tako i za pacijenta, te mora imati certifikat i potvrdu o redovitom servisiranju“ (N. N. 90/2004.).

Sigurna klinička okolina podrazumijeva sigurnost pacijenta, rukovatelja, osoblja i okoliša. Neposrednom sigurnošću nazivamo sprječavanje neželjenih djelovanja uređaja poput električnog udara, ozračivanja ionizirajućim zračenjem, dok zadovoljavanje tehničkih značajki, odnosno ispravnost uređaja predstavlja posrednu sigurnost.

Medicinska sestra treba znati upravljati rizicima i na toj razini povećati sigurnost pacijenta. Stoga se naglasak stavlja na neprestanu edukaciju, informiranost u najnovija otkrića te prepoznavanje i primjerena reakcija u rizičnim situacijama.

RAZRADA TEME

Dvadeseto stoljeće često se spominje kao početak doba informacijskog društva. U tom se razdoblju bilježi golem napredak informacijske i komunikacijske tehnologije počevši od mobilne tehnologije, računalne i multimedijske tehnologije. Spomenuti tehnološki razvoj nije dakako zaobišao ni polje medicine, te općenito medicinsku tehnologiju. Stoga, medicinski uređaji postaju sve napredniji, tehnološki sofisticiraniji te pružaju cijeli niz mogućnosti koje bi u konačnici trebale služiti cilju kvalitetnijeg

pružanja zdravstvene zaštite, zadovoljnijeg korisnika usluga, a sve uz racionalizaciju ukupnih troškova. Medicinska je tehnologija omogućila nove metode liječenja (nove pristupe liječenju akutnih i kroničnih bolesti, posebne postupke oživljavanja, održavanja života, transplantaciju organa, ugradnju proteza..), i omogućila produljenje, ali i kakvoću života. Kvalitetu pružanja zdravstvene njege možemo postići ukoliko imamo educirano, stručno i motivirano osoblje koje u svom svakodnevnom radu koristi naprednu, modernu tehnologiju. Akutno oboljele ili ozlijeđene današnja medicina uspješno zbrinjava, spašava živote, smanjuje invaliditet i omogućuje povrat radne sposobnosti.

Osiguranjem odgovarajućeg prostora, specijalne opreme i posebno educiranog osoblja omogućeno je postizanje postavljenih ciljeva.

Teško oboljeli pacijenti liječe se u jedinicama intenzivnog liječenja. Te jedinice pružaju najvišu moguću razinu medicinske skrbi koja na jednom mjestu ima više prednosti: specijalnu opremu, posebno educirano osoblje, bolju strategiju liječenja, primjenu protokola liječenja, mogućnost praćenja učinkovitosti liječenja, mogućnost praćenja troškova liječenja i provođenje znanstvenih istraživanja.

“...Svrha i zadaća intenzivnog liječenja je da prepozna ugrožene pacijente, da ih stalno nadzire, rano prepozna znakove koji najavljuju kritično stanje da brzo i učinkovito suzbije i liječi poremećaje funkcije organa i organizma u cjelini.“ (Jukić, Gašparović i sur., 2008.)

“...Informacijsko povezivanje i suradnja jedinica intenzivne skrbi u Republici Hrvatskoj preduvjet je unapređenja njihova poslovanja i povezivanja stručno liječničkog mišljenja širom zemlje radi razmjene iskustava, zajedničkog dijagnosticiranja i odabira terapije, savjetovanja te prikupljanja podataka o učestalosti pojavljivanja pojedinih dijagnoza.“ (Tonković, 2003.).

Nagli razvoj medicinskih znanosti u posljednjih tri-desetak godina, usko je i nedjeljivo vezan s razvo-jem elektroničkih, računalskih i informacijskih teh-nologija, te je karakteriziran pojavom i uvođenjem velikog broja najrazličitijih elektromedicinskih ure-đaja i opreme u svakodnevnu rutinsku praksu. Svi ti uređaji danas imaju nezamjenljivu i nezaobila-znu vrijednost u dijagnostičkoj i terapijskoj praksi. Procjenjuje se da u suvremenoj medicini uporaba elektromedicinskih uređaja i biokemijskih analiza čini čak oko 86 % dijagnostičko/terapijskih učinaka. Razvojem elektroničke tehnologije, mikroelektro-nike i računarstva, elektromedicinski uređaji po-staju sve moćniji, ali i skuplji i složeniji za upora-bu i rukovanje.

Probleme, koji se pojavljuju mogli bismo svrstati u četiri osnovne grupe:

- problemi odabira kod nabave nove opreme,
- problemi ekonomičnog i racionalnog korištenja i eksploatacijskog održavanja,
- problemi sigurnosti i rizika za okolinu i rukova-telja, a posebno za pacijenta,
- problem dostatnosti obrazovanja zdravstvenih djelatnika.” (Tonković, 2003.)

Rad medicinskih sestara u jedinicama intenzivnog liječenja kompleksan je i zahtijeva neprestanu edu-kaciju. Kako bi mogli pratiti nagli razvoj tehnolo-gije i njihovo uključivanje u zbrinjavanje pacijen-ta, medicinske sestre ulažu puno truda u praćenje i usvajanje najnovijih znanja.

Gledajući kompetencije medicinskih sestara može-mo zaključiti da su one bitne poveznice između li-ječnika i pacijenta. Njihova zadaća je osim osnov-nog zbrinjavanja također trajno praćenje stanja pacijenta te alarmiranje i primjereno reagiranje kod uočavanja raznih nepravilnosti. Možemo reći da upravo moderna tehnologija omogućuje pravo-vremene intervencije.

Iz ranije navedenoga možemo vidjeti kako je uklju-čivanje tehnologije u rad s pacijentom donijelo i određene rizike te samim time i povećalo oprez me-dicinskih sestara u upravljanju njima.

Opasnosti mogu biti uzrokovane električnom ener-gijom koja pokreće aparaturu, nadalje opasnosti uzrokovane energijom ozračivanja, mehaničkim si-lama u smislu pomicanja teške opreme, nepravilne upotrebe, nepropisnog rada zbog raznih kvarova, izostavljanja mjera zaštite, smetnja od elektroma-gnetskog zračenja, ispravnost rada uređaja, ljudske pogrješke i prestankom rada pojedinih sustavnih

dijelova opreme. Za svaku od navedenih opasnosti treba dobro pripremiti zdravstveno osoblje kako bi mogli u toku radnog vremena uočiti kritične poka-zatelje rada uređaja.

Poznato je kako je uključivanje tehnologije u rad medicinskih sestara donijelo mnoge promjene, i po-zitivne i negativne. Gledajući doprinos tehnologije u izlječenju pacijenta, poboljšanju općeg stanja, ali i unaprjeđenju kvalitete rada te brzini zbrinjavanja pacijenta reći ćemo da su to relevantno pozitivne stavke. Ono što bi izdvojili jest smanjenje vreme-na provedenog s pacijentom jer nadzor nad njima preuzimaju aparati. Intervencije se temelje na pro-vođenju zdravstvene njege, podjeli terapije, osigu-ranju sigurne okoline te izvođenju raznih medicin-sko tehničkih postupaka, dok pacijenti navode da im nedostaje dodir, razgovor, emocionalna potpo-ra. Nadalje, cjelokupna situacija vrlo često završava stresom obzirom da je sam rad u jedinicama inten-zivne skrbi usmjeren na brzo reagiranje, snošenje velike odgovornosti, suočavanje sa smrću i teškim invaliditetima.

Intervencije medicinskih sestara mogu se svrstati u četiri osnovne skupine :

a) Pridržavanje odgovarajućih protokola dobi-venih od proizvođača:

- upute za pravilno rukovanje i siguran rad po-jedine aparature,
- upute za pravilno skladištenje te održavanje aparata,
- upute za periodičko servisiranje,
- izbjegavanje upotrebe radio i mobilne telefoni-je zbog ometanja rada uređaja i izlaganja opa-snosti pacijenta,
- identifikacija stupnja rizika, koja mora biti sa-držana u uputama za uporabu isporučenim od proizvođača,
- analiza rizika,
- poznavanje aspekta tehničke sigurnosti nužno je za uporabu, ali i održavanje medicinskih uređaja,
- razmatranjem omjera troška i koristi treba spriječiti one opasnosti koje su razumno pred-vidive.

b) Priprema i testiranje uređaja prije korištenja:

- neposredno prije testiranja aparat mora biti mehanički čist, odvojen od pacijenta,
- vanjska vizualna provjera aparata i ostalih si-gurnosnih parametara,

- provjera aplikacijskog djela računala,
- pregled oznaka na uređaju,
- korištenje dodatnog pribora, pomagala isključivo od danog proizvođača,
- držanje uputa proizvođača,
- vođenje dokumentacije o dnevnom testiranju sa potpisom ovlaštene osobe koja je testiranje obavila.

c) Svakodnevno održavanje, praćenje i kontrola rada aparata i ostalih uređaja:

- vizualna provjera uređaja u upotrebi,
- pridržavanje uputa za pravilno postavljanje uređaja,
- mehaničko čišćenje i odgovarajuća dezinfekcija, ispiranje, sušenje prema preporuci proizvođača ili protokolu odjela, te sterilizacija,
- učvršćivanje mehaničkih dijelova – povezivanje dijelova koji mogu pasti i time ugroziti sigurnost,
- onemogućiti dodir električnim medicinskim uređajima koji su potencijalno opasni za pacijenta i/ili osoblja,
- uklanjanje aparata iz upotrebe ukoliko je uočena neispravnost,
- vođenje dokumentacije aparature,
- inspekciju i servis izvršava stručna osoba uz zapisnik,
- popravak uređaja smije obavljati samo stručna osoba,
- samo se originalni dijelovi uređaja smiju koristiti kod održavanja.

d) Pohranjivanje i zaštita (nakon uporabe) aparata i ostalih uređaja:

- osigurati posebno predviđene prostorije za pohranu uređaja,
- zaštititi uređaje od vanjskih štetnih utjecaja,
- pohranjivati samo tehnički ispravne aparate,
- čuvati tehničke dokumentacije vezane uz opremu,
- pridržavati se razdoblja kontrole/servisiranja.

U razvijenim zemljama poznata je i priznata praksa zapošljavanja kvalificiranih osoba, stručnjaka novih profila – kliničkih i biomedicinskih inženjera, medicinskih fizičara i informatičara koji usko i interdisciplinarno surađujući s liječnicima pružaju odgovarajuću uslugu primjenjujući specifična, posebnim obrazovanjem stečena “medicinsko-tehnička” znanja. Na taj se način smanjuje “prazni hod” zdravstvenih djelatnika, povećava rentabilnost po-

slovanja zdravstvene ustanove te protočnost i udobnost pacijenata, povećava sigurnost i raspoloživost, a smanjuje vjerojatnost kvara uređaja i opreme, povećava točnost dijagnostike i uspješnost terapije što je i svojevrsna reklama za zdravstvenu ustanovu te se omogućava praćenje kakvoće i troškova održavanja uređaja i opreme proizvođača (Tonković, 2003.).

ZAKLJUČAK

Tehnologija ima neprocjenjivu vrijednost i značenje kako u društvo tako i u medicini. Napredak medicine ne bi bio moguć bez napretka znanosti i medicinske tehnologije.

Upravo je suvremeno društvo dovelo do unaprjeđenja tehnologije te se ona još više uključila u sestrinsku praksu. Nova aparatura vizualno je ljepša, manja, lakša, brža te raznovrsnija što povećava potrebu za opširnom edukacijom, potrebu ne samo korištenja tehnologije, nego i stjecanja znanja u otklanjanju minornih kvarova. Kao ravnopravni članovi multidisciplinarnih timova, medicinske sestre uspješnim rukovanjem elektromedicinskim uređajima neprestano pokazuju spretnost, te zavidnu razinu informiranosti, educiranosti, a samim time djeluje na sigurnost pacijenta i njegove okoline.

Posebne intervencije medicinske sestre jesu upravo pridržavanje odgovarajućih protokola dobivenih od proizvođača. Prije nego što se počne primjenjivati pojedini elektromedicinski uređaj, medicinska sestra treba biti upoznata s njegovom pravilnom primjenom i mogućim opasnostima, svakodnevnom održavanjem i pohranjivanjem, te mora raditi preventivne provjere. Provjera podrazumijeva isključenje mogućnosti nastanka električnoga udara ili neželjenog protjecanja struje kroz pacijenta ili rukovatelja te od provjere funkcionalnosti uređaja, odnosno provjere ispunjava li uređaj sve tehničke značajke. Svakodnevno koristeći uređaje, medicinska sestra najbrže uočava bilo kakvu pojavu koja bi mogla ukazivati na potencijalnu opasnost.

LITERATURA

1. Jukić, M., Gašparović V., Husedžinović, I., Majerić Kogler, V., Perić, M., Žunić, J., Intenzivna medicina, Medicinska naklada, Zagreb, 2008.
2. Lewis, J., Fandek, N., Sloan, G., Manual of bedside monitoring, Spring house, Pennsylvania, 1994.
3. Tonković, S., Sigurnost i rizik – što znače u medicini (elektromedicini)?, zbornik radionice “Sigurnost elektromedicinskih uređaja – eu-

- ropska iskustva i hrvatska stvarnost", Zagreb: Fakultet elektrotehnike i računalstva, 2000. 16-9.
4. Magjerović, R. O sigurnosti elektromedicinskih uređaja, zbornik radionice "Sigurnost elektromedicinskih uređaja – europska iskustva i hrvatska stvarnost", Zagreb: Fakultet elektrotehnike i računalstva, 2000.
 5. http://www.anestezija.org/index.php/Kriteriji_za_prijem_bolesnika_u_jedinicu_intenzivnog_lije%C4%8Denja_%28JIL%29[http://www.anestezija.org/index.php/Kriteriji_za_prijem_bolesnika_u_jedinicu_intenzivnog_liječenja_\(JIL\)](http://www.anestezija.org/index.php/Kriteriji_za_prijem_bolesnika_u_jedinicu_intenzivnog_liječenja_(JIL)) 02.02.2011.
 6. [http://www.sciencedirect.com/science?Patient Safety: Effect of Institutional Protocols of Effect of Institutional Protocols on Adverse Events Related to Feeding Tube Placement in the Critically Ill](http://www.sciencedirect.com/science?Patient+Safety:Effect+of+Institutional+Protocols+of+Effect+of+Institutional+Protocols+on+Adverse+Events+Related+to+Feeding+Tube+Placement+in+the+Critically+Ill); Marderstein E.L., Simmons L., FACS, 02.02.2011.
 7. <http://hrcak.srce.hr/search/?q=intenzivna+medicina&next=11> 04.02.2011.
 8. Narodne novine, MZSS, Pravilnik o minimalnim uvjetima i pogledu prostora, radnika i medicinsko – tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, 90/2004.

PRIMJENA POZITIVNE PSIHOLOGIJE U UPRAVLJANJU KVALITETOM U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

Sažetak

Pozitivna psihologija obuhvaća razne tehnike koje će potaknuti ljude da identificiraju i razvijaju pozitivne emocije, iskustva i karakterne crte. Naglašava prednosti osobe, a ne slabosti, utječe na povećanje efikasnosti i aktivnosti u radu.

Principi pozitivne psihologije su strast, odnosi, optimizam, proaktivnost, energija i nasljeđe. Oni omogućuju da vođe timova i njihovi zaposlenici stvore optimalnu razinu funkcioniranja organizacije.

Provedena istraživanja u zdravstvenom sustavu rezultiraju iznimnom učinkovitošću primjene pozitivne psihologije kao strategije koja mijenja kulturu funkcioniranja bolnica na način da voditelj i osoblje tima lakše mogu pružiti kvalitetnu zdravstvenu skrb. Cjelokupno funkcioniranje zdravstvenih ustanova ovisi o angažmanu svakog pojedinog zaposlenika.

Vrlo je važno osigurati mogućnost svakom zaposleniku da kroz rad koji obavlja, osim egzistencijalnih, zadovoljava svoje psihološke i socijalne potrebe, potvrđuje svoj identitet, samopoštovanje i status te tako postiže samoaktualizaciju.

Uspješan vođa tima mora imati sposobnost formulirati viziju i izraziti očekivanja, uvesti vrijednosti, postaviti ciljeve i osmisliti nagrađivanje, rješavati sukobe i ponuditi potporu, osposobiti tim da vjeruje u sebe i svoj rad.

Upravljanje kvalitetom podrazumijeva razvijanje i unapređenje procesa rada sa ciljem sprječavanja eventualnih pogrešaka. To je funkcija menadžmenta u kojoj se rad prati, mjeri i poduzimaju korektivne radnje sa ciljem zadovoljavanja predviđenih ciljeva organizacije.

Primjena pozitivne psihologije u radu medicinskih sestara znatno podiže razinu kvalitete zdravstvene njege. Ovim radom želi se prikazati i naglasiti važnost pozitivne psihologije, što ona donosi

u svakodnevnom radu našim korisnicima, radnoj organizaciji i samom osoblju. Primjenom pozitivne psihologije djelatnici mogu pomoći svojim korisnicima da se usredotoče na zdravlje, da razvijaju snagu i nadu.

Uvod

Pozitivna psihologija koristi se za uspješan rad i prevladavanje problema u radu, promicanje kolegijalnosti, timskog rada i profesionalnosti. Zahtijeva prelazak s tradicionalnog autoritativnog stila vođenja, jer autoritativan stil vodstva dobar je u kriznim situacijama, ali dugoročno teško održava pozitivne rezultate.

Za stvaranje pozitivne psihologije, tim je potrebno usmjeriti prema postizanju veće uspješnosti i zadovoljstva, a dobrom strategijom pobuditi ono najbolje u ljudima i organizacijama. Ljudi trebaju imati iskustva koja stvaraju pozitivne osjećaje za optimalno funkcioniranje zdravstvene organizacije.

Principi pozitivne psihologije su strast, odnosi, optimizam, proaktivnost, energija i nasljeđe.

Strast zahtijeva zacrtavanje odlučne vizije uspješne suradnje i zadovoljavanje potreba svih uključenih ljudi u timu.

Odnosi

Vođe trebaju pokazati interes za događaje u životnim situacijama svojeg osoblja te biti entuzijastični u potpori zaposlenikovih napora za stvaranje pozitivnog stila života, kako privatno tako i poslovno.

Vođe koji tako sudjeluju u odnosima zaposlenih stvaraju lojalno i radišno osoblje koje se maksimalno trudi oko brige za oboje; pacijente i bolnicu.

Optimizam

Optimisti se mogu nositi s problemima i pronalaskom rješenja što rezultira obostranim zadovoljstvom.

Proaktivnost

Proaktivnost podrazumijeva da su svi ljudski potencijali usmjereni rješavanju određenog zadatka. To postizemo primjenom svih raspoloživih potencijala za ostvarenje vizije te brižnošću prema zaposlenicima i interakcijom u radu.

Energija

Energija nam je potrebna radi rutinskog "punjenja baterija" zaposlenika radi boljeg funkcioniranja. Potrebno je konstantno obnavljanje fizičke, mentalne, emocionalne i duhovne energije. Organizacije koje održavaju uspješnost i zadovoljstvo omogućuju svojim zaposlenicima da regeneriraju potrebnu energiju za održavanje strasti koje ih potiču zajedničkom ostvarenju vizije.

Nasljeđe

Nasljeđe vodi do najviših razina optimalnog funkcioniranja.

Strast se u organizaciji javlja kada ljudi ostvaruju izvrsne rezultate i čine značajne promjene u životima drugih ostavljajući dobar primjer drugima.

Dobar vođa je onaj koji stvara nove vođe, a ne svoje sljedbenike!!

„Prema Iloni Boniwell prikazana su načela pozitivne psihologije:

1. unošenje raznolikosti u posao
2. poticanje intrinzične motivacije
3. poticanje kreativnosti
4. pristup temeljen na snagama
5. razvoj timova
6. zanesenost
7. participacija zaposlenika „(Rijavac, Miljković, 2009.)

Nedostaci timskog rada su:

- menadžeri i rukovoditelji nisu upoznati sa koristikama i zahtjevima koje timsko djelovanje stavlja pred njih
- početna faza osnivanja i razvoja tima zahtijeva znatno ulaganje energije, utrošak je obično veći od učinka
- stvaranje tima traži i vrijeme
- timski način rada zahtijeva i uvođenje trajne izobrazbe, usavršavanja i uvježbavanja
- neke osobe nemaju sposobnosti za rad u timu
- povlašten položaj organizacije koji nikoga u njoj ne gura u promjene i primjenu noviteta

- nedefinirana misija, ciljevi, strategija
- sklonost tradicionalizmu, nebriga za budućnost, zadovoljstvo sadašnjosti
- konfuzna, krivo projektirana organizacijska kultura
- nepostojanje planiranja i nadzora
- stagnacija razvoja ljudskih potencijala
- ravnodušnost spram kreativnog rada

Loša efikasnost prevladava kada radna okolina upadne u začaran krug negativnih emocija koje su nastale kao rezultat stresne reakcije.

Medicinska sestra koristeći stečena teorijska i praktična znanja savjesno i vješto organizira i upravlja radom sa zdravim ili bolesnim pojedincima, njihovim obiteljima, drugim medicinskim sestrama i stručnjacima iz drugih područja rada, sa svrhom postizanja najviših standarda prakse vezanih uz zdravlje pojedinca, grupe ili društvene zajednice.

Područje rada medicinske sestre je zdravstvena njega pa je tako i zadaća medicinskih sestara upravljanje kvalitetom zdravstvene njege, ali i suradnja s ostalim zdravstvenim djelatnicima na ostvarenju i unaprijeđenju kvalitete cijelog sustava.

Osiguravanje kvalitete zdravstvene njege podrazumijeva napore medicinskih sestara i njihovu spremnost da pruže usluge prema prihvaćenim profesionalnim standardima i na način prihvatljiv bolesnicima.

Provedena istraživanja u zdravstvenom sustavu rezultiraju iznimnom učinkovitošću primjene pozitivne psihologije kao strategije koja mijenja kulturu funkcioniranja bolnica na način da voditelji i osoblje tima lakše mogu pružiti kvalitetnu zdravstvenu skrb.

Raditi u timu ili voditi tim može biti energizirajuće i produktivno ali i zamorno i neučinkovito. Primjena pozitivne psihologije pomaže članovima tima da razumiju dinamiku tima, prihvate različitost u znanju, stavovima i načinu rada kao kompetitivnu prednost tima te razviju kompetencije za timski rad. Najbolji timovi su oni u kojima ljudi vole to što rade zajedno.

Medicinske sestre voditelji tima oslanjaju se ponajprije na mogućnosti svojih suradnika, najbolje skrbe za članove tima i tim kao zajednicu. One su svjesne da neće biti ni zajedničkog uspjeha ukoliko svaki pojedinac ne postigne svoj maksimum. Stvarajući zadovoljstvo članova tima i koristeći se njime, voditelji ih usmjeravaju željenom cilju orga-

nizacije. Neki od načina ostvarivanja zadovoljstva u timu su omogućavanje profesionalnog razvoja članova tima, osiguranje kontinuirane edukacije kako bi članovi tima širili svoje spoznaje i usvajali nova znanja, uključiti ih u donošenje odluka, osigurati slobodne dane prema potrebama i željama članova tima, koristiti javne pohvale, osigurati psihološko savjetovanje za članove tima kako bi mogli verbalizirati svoje emocije, omogućiti kreativne radionice prema pojedinim afinitetima.

Voditelji ostavljaju slobodan prostor članovima tima da se uključe u promišljanje kako ljude učiniti zadovoljnim, kako razvijati i korisno angažirati sve ljudske sposobnosti, čime potaknuti motivaciju i skupnu koheziju, kako povećati toleranciju na različitosti.

Zaključak

Pozitivne emocije proširuju mogućnosti razmišljanja i zaključivanja te potiču kreativnost. Pozitivna psihologija ispituje optimalno ljudsko funkcioniranje. Cilj joj je otkriti i promicati one faktore koji omogućuju pojedincima i zajednicama da se razvijaju. Usmjerena je ka stvaranju pozitivne klime kroz humanizaciju radnog mjesta.

Svaka organizacija želi da njeni zaposlenici optimalno obavljaju posao i da imaju visoku razinu zadovoljstva i dobrobiti.

Bilo kakav unutarnji razdor uništava emocionalnu energiju, smanjuje produktivnost, te radno mjesto postaje vrlo neprijatno. Novac i nagrade osnovane

na individualnom uspjehu mogu imati nepoželjne nuspojave u obliku konflikata među zaposlenicima. Ljude treba educirati da se pozitivna grupna dinamika i sinergija tima ne događaju spontano, već to zahtijeva znanje i trud.

Sestrinska praksa počiva na temeljnom moralnom osjećaju za dobrobit bolesnika koju sestrinstvo promiče i ostvaruje kroz medicinsku njegu i skrb.

Literatura

1. Rijavec, M., Miljković, D. Pozitivna psihologija na poslu: Što najbolje čini najboljima. EIP-D2, Zagreb, 2009.
2. Cameron, K.S. Positive leadership: Strategies for extraordinary performance. San Francisco: Berret-Koehler, 2008.
3. Csikszentmihalyi, M.: The Promise of Positive Psychology, Original Scientific article- UDC – 159.9.019.3, CA, USA, 2009.
4. Csikszentmihalyi, M. Good business: Leadership. Flow and making of meaning. New York: Viking, 2003.
5. Franković, S., Komunikacija medicinske sestre s bolesnikom. Plivamed.net.30.03.2009.
6. Miljković, D., Rijavec M. Tko su dobri ljudi?. psihologija pozitivne osobe, EIP- D2, Zagreb, 2006.

Pozitivna Psihologija na poslu http://www.mojposao.net/jseeker_wiki.php?wikiName=SPozitivPsihologija (10.02.2011.)

UPRAVLJANJE RIZIKOM U KONTROLI BOLNIČKIH INFEKCIJA

Ključne riječi: upravljanje rizikom, bolničke infekcije u ginekologiji, prevencija, timski rad

Bolničke infekcije predstavljaju značajni uzrok morbiditeta (komplikacija uz osnovnu bolest/veći broj dana liječenja, povećanje troškova liječenja, mogućnost većeg oštećenja organa i organskih sustava), te smrt bolesnika. Njihovo sprečavanje i suzbijanje jedan je od važnijih poslova cjelokupnog zdravstvenog osoblja.

Nadzor bolničkih infekcija u ginekologiji je sličan onima na kirurškim odjelima dok je nadzor bolničkih infekcija u opstetriciji specifičan s obzirom da je boravak roditelja u bolnici ograničen što predstavlja nedostatak za dobro praćenje.

Mjere prevencije su ključne kako bi spriječili nastanak infekcije. Preventivne mjere dijelimo u ciljne koje su opće i temeljne te se provode svakodnevno i kontroliraju i specifične preventivne mjere se provode prema indikaciji.

Opće ili temeljne preventivne mjere odnose se na: higijenu ruku, čišćenje, pranje, dezinfekciju, sterilizaciju, izolaciju, medicinski otpad, cijepljenje, edukaciju.

Specifične preventivne mjere odnose se na: određenu vrstu etiološkog uzročnika, mjesto i nastanak bolničke infekcije te samog bolesnika.

Tijekom proteklih godina uveden je niz pisanih preporuka kao npr. postupnici koji se odnose na higijenu ruku, postupnici koji se odnose na izolaciju bolesnika, čišćenje i dekontaminaciju površina i opreme svakodnevna te modificirane u specifičnim situacijama prema indikaciji.

Svi zdravstveni djelatnici i djelatnici u zdravstvu obvezni su u djelokrugu svojih poslova provoditi usvojene mjere za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija koje su formulirane u tri osnovne grupe preporuka (postupnika): preporuke za čišćenje, dezinfekciju i sterilizaciju, preporuke za

izolaciju, smještaj i postupak s bolesnicima, preporuke za rukovanje i odlaganje rizičnog medicinskog otpada.

S obzirom na činjenice da je prepoznavanje, praćenje i sprečavanje bolničkih infekcija vrlo složen problem, njime se trebaju baviti educirani profesionalci pretežno liječnici i medicinske sestre (tim za kontrolu bolničkih infekcija), ali i svi ostali djelatnici u bolnici. Napredak u liječenju teško bolesnih ljudi ukazao je na nužnost kontrole bolničkih infekcija koje se javljaju pri određenim kirurškim ili dijagnostičkim zahvatima uz intenzivnu skrb.

Temeljem statističkih podataka utvrđeno je da oko 15 % svih liječenih bolesnika aktivira bolničku infekciju. U današnje vrijeme taj problem je daleko izraženiji, jer su etiološki uzročnici bolničkih infekcija multiplerezistentne bakterije, a to je izravna posljedica odabira osjetljivih vrsta primjenom antibiotika (MRSA, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecium* i sl.).

Dobra suradnja između Tima za kontrolu bolničkih infekcija i Glavne sestre Klinike je ključna.

Glavna sestra Klinike stalno je prisutna na radilištu te svojim pozitivnim stavom o prevenciji, autoritetom i organizacijom rada omogućuje provođenje mjera prevencije propisanih Postupnicima u svakodnevnom radu. Timski rad obuhvaća sve u sustavu liječenja i skrbi o bolesniku.

Unatoč svemu dosada navedenom može doći do pojave bolničke infekcije.

Bolničke infekcije mogu nastati pri svakom postupku dijagnostike, liječenja i njege bolesnika. Ako i kada dođe do bolničke infekcije od velike je važnosti brzo reagirati pojačavajući standardne mjere prevencije. Suradljivost Glavne sestre klinike u takvim je slučajevima neophodna s obzirom na složenost i zahtjevnost u organizaciji rada na ginekološko-opstetričkim odjelima.

Aдекватno educirana «link» (sestra za vezu) sestra u mjerama prevencije i kontrole bolničkih infekcija je neophodna.

Glavnu sestru klinike zapravo možemo nazvati «link» (sestra za vezu) sestrom za bolničke infekcije i u suradnji s Timom za bolničke infekcije na razini ustanove, čini prošireni tim za sprečavanje i kontrolu bolničkih infekcija. Također moramo neprekidno imati na umu da su svi djelatnici zdravstvene ustanove ovisno o stručnosti i položaju odgovorni za provedbu preventivnih mjera.

Svrha upravljanja rizikom jest smanjenje izlaganja zdravstvenih djelatnika, bolesnika i posjetilaca izvorima infekcije.

Primarni cilj upravljanja rizikom jest biti proaktivan u smanjenju rizika na najmanju moguću razinu koja je u praksi prihvatljiva.

Praktični pristup upravljanja rizikom u kontroli bolničkih infekcija postiže se pisanim Postupnicima za svaki pojedini postupak koji ima rizik od razvoja bolničke infekcije i/ili je izvor rizika za ostale.

Korištenjem dobro definiranog postupka koji uključuje: identifikaciju, analizu i kontrolu rizika može se postići uspješno upravljanje rizicima.

Identifikacija aktivnosti i zadataka koje stavljaju bolesnike i zaposlenike u rizik od infekcije, tip infektivnog agensa koji dolazi u obzir, put prijenosa infekcije i dokaz da se bolest može širiti tim putem.

Analiza rizika ili problema s obzirom na neželjeni događaj nameću nam se pitanja o mogućim uzrocima npr. neadekvatno znanje, ili neadekvatna oprema, nedostatak motivacije ili sl.

Kontrola je najbolje moguće rješenje kako se rizik može ukloniti ili svesti na minimum. Ako nije moguće može li se rizik prihvatiti. Kad se uporabi najprikladnija metoda kontrole bitno je da se korektivna aktivnost prati i evaluira kontrolom na odjelu.

Medicinska sestra za kontrolu bolničkih infekcija mora biti sposobna da djeluje kao klinički specijalizirana sestra. Bez podrške Glavne sestre određene kliničke specijalnosti, u ovom slučaju ginekološko-opstetričke, teško je novonastale probleme riješiti na zadovoljavajući način.

Kontrola infekcija je standard kvalitete i bitna je za dobrobit i sigurnost bolesnika, zdravstvenih djelatnika i posjetioca.

Praćenjem učestalosti bolničkih infekcija, provedbom preventivnih mjera u kliničku praksu te kontrolom učinkovitosti kliničke prakse ocjenjuje se: kvaliteta kliničke prakse i skrbi, kvaliteta i primjena propisanih preventivnih mjera, kvaliteta kontrolei/ili nadzora, kvaliteta timskog i profesionalnog rada na sprečavanju bolničkih infekcija, kvaliteta edukacije, kvaliteta i kapacitet potpore uprave bolnice.

Kontrola infekcija obuhvaća pitanja koja uključuju kvalitetu, upravljanje rizikom, kliničko upravljanje, zdravlje i sigurnost zdravstvenih djelatnika i bolesnika.

Literatura:

1. Damani N. N.; Priručnik o postupcima kontrole bolničkih infekcija-Prijevod drugog izdanja; Kalenić-Horvatić; Zagreb, 2004.
2. N. N. br. 93/2002. Pravilnik o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija
3. Ayliffe G. A. J. Fraise A. P. Geedes A. M. Mitchell K.; Control of hospital infection Fourth edition, London 2000.
4. Richard P. Wenzel; Prevention and Control of Nosocomial Infections Williams & Wilkins Third Edition 1997.
5. Kučišec-Tepeš N. Timski rad u kontroli bolničkih infekcija Zbornik radova; Koprivnica 1997.

IDEJA SKRBI KAO TEMELJ ETIKE SESTRINSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ

SAŽETAK

U svim epohama život i dostojanstvo čovjeka predstavljaju najviše vrijednosti. A upravo su to pojmovi koji su u središtu pozornosti i djelovanja sestrinstva kao profesije. Sestrinstvo se danas želi izdići iznad razine zanimanja, u suvremenu profesiju temeljenu na znanosti. Štoviše ono je u Hrvatskoj formalno prepoznato kao znanost, iako mu u tom smislu još uvijek nedostaje dovoljan broj znanstvenika u redovima, kao i istraživanja na kojima se može razvijati znanstveno utemeljena njega (evidence based care). Suvremeno se društvo susreće s problemima koji proizlaze iz neoliberalnog ustrojstva političkog i ekonomskog sustava. Znanost je također utemeljena na tim principima, pa postaje najvažnije oruđe neoliberalnih oligarhija u svijetu. To je dovelo do relativiziranja pojma čovjeka i njegovog dostojanstva, jer znanost prodiere danas u samu materiju života, manipulirajući i preoblikujući njegovu srž.

Sestrinstvo je uvijek bilo struka povezana s principima humanizma i holizma, te od svojih najranijih početaka raspravlja i živi s etikom. U središtu je sestrinskog djelovanja skrb, temeljena na samilosti i želji da se pomogne zdravom ili bolesnom čovjeku. Takvo utemeljenje sestrinstva ne bi trebalo ugroziti nespretnom orijentacijom prema znanosti koja danas u medicini dominira i skrb stavlja u drugi plan. Sestrinstvo se u Hrvatskoj razvija u okviru tranzicijskog društva koje kroz razdoblje od dva desetljeća pokušava dostići civilizacijske vrijednosti razvijenog svijeta, napose Europe. To nije lagan put za jednu inače, na globalnoj razini, mladu profesiju. Hrvatsko sestrinstvo je danas u zamahu profesionalnog razvoja, posebno u smislu školovanja sestara u skladu s normama EU. Pritom je vrlo bitno da, ipak, zadrži i sačuva tradicionalne vrijednosti poput skrbi utemeljene na samilosti, na taj način i svoju autentičnost poziva utemeljenog na humanizmu.

Ključne riječi: sestrinstvo, etika, znanost, dostojanstvo, skrb, sestrinska skrb

UVOD

Pojedinačne norme i pravila djelovanja i ponašanja sestrinstva temelje se na i izvode se iz vrijednosnog smisla i značenja sestrinske skrbi za bolesnika. Tu presudnu riječ ima traženje i promicanje najveće moguće dobrobiti bolesnika. Dobrobit bolesnika je, dakako, intimno i neraskidivo povezana s ljudskim dostojanstvom bolesnika. Poštivanje i zaštita ljudskog dostojanstva bolesnika, koje u konkretnom prakticiranju medicinske skrbi nameće praktičke imperative zaštite ljudskoga života kao neotuđive vrijednosti, poštivanja temeljnih ljudskih prava, uvažavanja osobnih životnih planova i vrijednosti, aktivnog zauzimanja oko ublažavanja boli i uklanjanja patnje i, posljedično, trajne angažiranosti na planu cjelovitog ozdravljenja bolesne osobe. Sve to sačinjava vrijednosnu bît etike sestrinstva koja se izvodi iz koncepta skrbi, kao presudnog elementa cjelokupne sestrinske prakse. Problematika koja je predmetom ovog rada, proizlazi iz odnosa suvremenog sestrinstva prema znanosti i društvu, težnji da se ono profilira kao profesija zasnovana na znanstvenim spoznajama, te da i samo postane znanost. Sve se više pojavljuje potreba ponovnog vrednovanja sestrinstva s obzirom na ulogu u društvu, s obzirom na temeljne ciljeve sestrinstva, a to su zaštita i pomoć zdravstveno ugroženom čovjeku, na principima humanizma i holizma. Sestrinstvo je neraskidivo povezano s čovjekom, koji je ekskluzivni subjekt sestrinskog djelovanja, i koji se neprekidno razvija i mijenja u okviru šire zajednice u kojoj egzistira. To je opstojanje, danas, ugroženo distinkcijom znanstveno tehnološkog razvoja i slobodnog tržišta, te manjkavog moralnog razvoja. Stoga je pitanje etike a posebno etike skrbi u sestrinstvu od najvažnijeg značaja, kako za temelje, tako i za iden-

titet suvremenog, profesionalnog sestrinstva. Sestre svoje djelovanje ostvaruju u vrijeme velikih kriza koje su zapravo krize temelja ljudske opstojnosti, jer se u miljeu globaliziranog i liberalno ustrojenog svijeta počinju relativizirati dosad jasno određeni pojmovi čovjeka, života i međuljudskih odnosa. Neodređenost i sukobi oko pogleda na etička pitanja, u okviru suvremene biotehnoške medicine, predstavljaju izazov za sestrinsku etiku, koja je suštinski orijentirana na poštivanje svetosti života, dostojanstva čovjeka, njegove osobnosti i autonomije. Suvremena sestrinska skrb se temelji na znanosti jer tako postiže bolju kvalitetu usluge koja se pruža bolesnicima i štićenicima, no ona mora i nadalje izvirati iz humanog poriva da se pomogne čovjeku, jer će samo na taj način sačuvati karitativni i društveni ugled jedne od najhumanijih profesija i postići zadovoljstvo korisnika.

DOBRO I DOBROTA KAO SREDIŠNJI POJMOVI ETIKE I SESTRINSTVA

Pojmovi sestrinstvo, etika i skrb stoje u prisnoj vezi još od početka uloge njegovateljice kao prethodnice sestrinske profesije. Njihova je spona pojam dobročinstva (beneficence), kao prvi od četiri temeljna principa moderne, anglosaksonske, medicinske etike odnosno bioetike: neškodljivost (nonmaleficence), samosvjesnost (autonomy) i pravednost (justice). Ovim principima se pridružuju u tom smislu i principi europske bioetike, iz 1998. (Deklaracija iz Barcelone); autonomija, integritet, dostojanstvo i ranjivost. Dobrota i dobro su sastavni dio sestrinstva koje započinje osjećajem milosrđa prema bolesnom i ugroženom, a završava u dobrom činu pomoći, utemeljene, također, i na znanju. Zahvaljujući moralnoj ideji dobra, kao i osjećaju ljubavi spram bližnjih, nastaje praksa njegovanja bolesnih i ozljeđenih. Humanizam i altruizam su duboko ukorjenjeni u sestrinsko djelovanje, a humanistička i etička načela temelji su na kojima se gradi cjelokupan odnos sestre i korisnika, sestre i suradnika, kao i svih uključenih u pružanje zdravstvene zaštite (Mojsović i sur. 2005). Kad analiziramo potrebu, poriv za negom bolesnih i ranjenih kroz povijesni razvoj društva, moramo se zapitati o motivu za takvo humano postupanje. Koji je motiv imala Majka Terezija da skrbi i zbrine svog prvog pacijenta? Koji je motiv imala Fabiola, ili razne anonimne đakonese i matrone, za organiziranjem prvih njegovateljskih poduhvata? Odgovor je, relativno, jednostavan: bile su to dobre osobe, njihova samilost

je bila pokretač dobročinstva skrbi prema ugroženom, bolesnom ili ranjenom čovjeku. Takva vrsta dobrote pripada kategoriji etike i morala. To je etička dobrota ili moralno dobro.

SESTRINSTVO I ETIKA U SESTRINSTVU

Postoji više definicija sestrinstva, teorija i konceptualnih modela zdravstvene njege koja je središnja tema sestrinske prakse. Krovno sestrinsko tijelo na svjetskoj razini, International council of nursing (ICN), definiciju V. Henderson prepoznaje kao najpotpuniju: *Uloga sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose oporavku, zdravlju ili mirnoj smrti, a koje bi on obavljao i sam kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje.*

ICN definira ulogu sestre u zdravstvenoj njezi kao ključnu i na taj način daje okvir sestrinskog djelovanja i olakšava poimanje sestrinstva kao profesije: *„Ključne uloge sestre su: zbrinjavanje bolesnih, zagovaranje potreba i prava pacijenata, osiguranje sigurne okoline, istraživački rad, sudjelovanje i utjecaj na oblikovanje zdravstvene politike, rukovođenje, edukacija.*

Utjecajno i arbitrirajuće udruženje američkih sestara, American Nurses Association (ANA), definira sestrinstvo kroz zdravstvenu negu koja je reakcija na potencijalne zdravstvene probleme. Ta definicija otvara put razvoju sestrinskih dijagnoza i time samostalnosti sestrinstva kroz specifičan, praktičan i samo sestrama svojstven proces rada, proces zdravstvene njege. Proces je sredstvo, alat u rukama profesionalnih sestara, koji svojom sustavnošću i metodom dokazuje sestrinstvo kao profesiju.

Sestre u svom profesionalnom djelovanju surađuju s liječnicima i zajedno s njima pomažu u liječenju, te iako to nije sestrinska kompetencija, sudjeluju i u suvremenom i sve unosnijem biznisu liječenja. To može dovesti do paradoksa koji nije dosad zabilježen u povijesti sestrinstva, naime zdravstvena njega može, umjesto skrbi, postati proizvod, a sestre potpuno otuđene od pacijenta, onog istog za kojeg temeljne definicije sestrinstva govore da je to prije svega dostojanstvena osoba, dakle subjekt, a ne kupac ili objekt. Stoga etika nikad nije bila potrebna sestrinstvu, danas kad je svjetski poredak temeljen na stoljeću liberalne filozofije i raznih etika, zapravo antietika i izama, na svom vrhuncu.

Svaka profesija mora imati pet elemenata da bi se smatrala profesijom. To su: razvoj na osnovi teorija i metoda, monopol na stručnu ekspertizu, pre-

poznatljivost u javnosti, organiziranost, razvijenost profesionalne etike. Za posljednji element, što se tiče sestrinske profesije, možemo primjetiti da postoji. Sestre su u najrazvijenijim zemljama poput SAD-a, prve počele s profesionalizacijom struke pa su razvile prve etičke kodekse. Na kongresu Međunarodnog udruženja sestara (ICN), 1923. g., u Montrealu, prvi put je postavljen zahtjev da se donese međunarodno važeći etički kodeks sestrinstva. Taj kodeks je donešen na kongresu u Sao Paolu, 1953.g., i danas je važeći iako je doživio nekoliko revizija. Hrvatska udruga sestara (HUMS) 1995.g., donosi naš nacionalni kodeks.

U etičke kodekse, ugrađena je ideja skrbi kao temeljna u sestrinskom djelovanju pomoći i zaštiti ugroženih. Tako npr. u kodeksu ICN-a stoji: *potreba za njegom je sveopća, sestrinstvu je svojstveno poštivanje života, dostojanstva i prava čovjeka bez obzira na nacionalnost, rasu, boju kože, dob, spol, političko uvjerenje ili društveni položaj*. I nadalje: *prvenstvena je sestrinska odgovornost usmjerena na ljude koji traže sestrinsku skrb*. Također i ovo: *medicinska sestra aktivno sudjeluje u razvoju profesionalnog znanja*.

Iz prethodno navedenog se može zaključiti kako su u ranoj fazi razvoja sestrinstva, prve etičarke shvatile, i to apostrofirale kao norme, da sestra mora svoju profesiju temeljiti na skrbi ali i na znanju. U današnje vrijeme utrke za profitom i borbom sestara da se dokažu kao znanstvenice i profesionalke na svom području rada, potreban dobar balans ili bolje rečeno čvrst oslonac kako se ne bi skrenulo s puta humanizma, te kako bi sestrinstvo ostalo i postalo ne samo stručna nego i najhumanija profesija u društvu. To može biti religijsko učenje o čovjeku i okvirima njegove autentičnosti, neki svjetovni etički pravac ili pak zakonski, pravni mehanizam. Dosadašnja načela još su važeći svjetionici morala u okviru sestrinske prakse. Edukacijski sustav u sestrinstvu trebao bi više pozornosti posvetiti tematici etike i morala. U Hrvatskoj postoji mali broj nesebičnih, rekao bih entuzijasta, na području sestrinske etike, koji svojim cjelokupnim profesionalnim zalaganjem doprinose, kako sadržajno tako i egzemplarno, u razvoju sestrinske etike kao znanosti. Tu se izdvaja prof. Kalauz čija doktorska disertacija predstavlja povijesno dostignuće sestrinske etike u Hrvatskoj. Za izradu ovog rada korišteni su citati i saznanja iz djela spomenute autorice, stoga joj se najsrdačnije zahvaljujem, tim više što sam i sam njen bivši student.

Današnji sustav školovanja priprema sve mlade ljude pa tako i buduće sestre za tzv. tržište rada. Bu-

dućim sestrama je potrebno pristupiti kao subjektima kako bi i same u svojim štitenicima znale prepoznati osobu, a ne predmet znanstvenog istraživanja ili izvor zarade. U pitanju je problem ustrojstva školskih sustava koji se razvijaju u okružju neoliberalnog društva zapadne civilizacije. Poznavanje psihologije, komunikacije i medicinsko tehnoloških postupaka od posebne je važnosti, ne samo za rad s pacijentima, već i u interpersonalnim i interprofesionalnim odnosima sestara s liječnicima i drugim suradnicima u zdravstvenoj skrbi. No kritika dolazi iz vanjskog pogleda na školske sustave u razvijenom neoliberalnim svijetu, koji potrebu da sestra zna i umije vješto i stručno obavljati zahvate iz svoje domene, te vješto i umjesno komunicirati na radnom mjestu, zapravo nameće s ciljem postizanja dva kvalitetna proizvoda: kvalitetne medicinske sestre i kvalitetne zdravstvene njege. A tu se sestra smatra kvalitetnom kad malo troši, brzo i točno obavlja zadatke, te uz pacijenta kod kupanja npr. prema nekom izračunu, ne troši više od 12.30 minuta. Prepoznavanje neverbalnih znakova komunikacije, poznavanje tehnologije vođenja interviewa i slično, izuzetno je korisno (pogotovo u tom duhu praktičnog liberalnog sustava), no to nije dovoljno. Tamo gdje nema empatije, nema ni sestrinstva. Nema humanizma, a bez tog elementa sestre gube smisao i svrhu postojanja svoje profesije a to je čovjek.

Ovo me podsjeća na konkretan problem koji sam ustanovio kod sestara prvostupnica, novopridošlih u našu struku. Naime kolege i kolegice često verbaliziraju nezadovoljstvo svojom profesijom i položajem na radnom mjestu. Kada ih upitam zašto smatraju da su, citiram: „u svemu loše prošle“, odgovor je jednoglasan: „nisu se nadale da će neposredno sudjelovati u njezi bolesnika...“ Smatram da je u tom smislu potrebno točno pojašnjenje smisla i uloge sestre, kao i značajnije uključivanje etičke edukacije u okviru visokog obrazovnog sustava u sestrinstvu u Hrvatskoj. Sestra nije uhljebljeni birokrat u državnoj službi, a nije niti liječnikov asistent radi liječnika, nego radi pacijenta. To je osoba, profesionalac s dubokim osjećajem prema čovjeku kojemu je potrebna zdravstvena podrška ili ozdravljenje. Sestrinstvo je poziv a samo mali broj profesija ima taj uzvišeni atribut.

PITANJE IDENTITETA SESTRINSKE PROFESIJE I ZNANOST

U velikoj želji za autonomijom i priznavanjem sestrinstva kao profesije, dolazi do tendencije razvoja

sestrinstva kao znanstvene discipline, u okviru područja primjenjenih znanosti, kao i medicinskih znanosti.

Što je to autentični identitet sestrinstva i što čini njegovu unutarnju vrijednosnu strukturu - dva su pitanja koja se zadnjih desetljeća često postavljaju unutar pripadnika same profesije, ali i ostalih struktura društva koji su u većoj ili manjoj mjeri bile uključene u tu problematiku. Snažna profesionalizacija u zdravstvenim sustavima neprestano zahtjeva jasnija razgraničenja profesionalnih prava i dužnosti među pojedinim zdravstvenim profesijama, što neminovno za sobom povlači pitanje odlučivanja te profesionalne i moralne odgovornosti. Za sada se može biti suglasan s Vjekoslavom Santrićem koji kaže da je identitet sestrinstva mnogoznačan i da se može definirati vrlo široko, jer sestre su odgovorne za stalnu njegu bolesnika, za provođenje onih liječničkih odluka koje se odnose na bolesnika, za bolesnikovu udobnost i sigurnost, a uz to moraju biti osjetljive za bolesnikove probleme na takav način da pokažu razumijevanje i suosjećanje ne samo za probleme što ih bolest pričinja bolesniku u fizičkom smislu nego i za one koji podrazumijevaju psihološku i socijalnu podršku (Kalauz, 2010).

Da bi sestrinska profesija mogla odgovoriti na takve izazove, koji dolaze iz okvira ovakvih i sličnih konstatacija, te da bi ono efikasno djelovalo kao autonomna profesija, sestrinstvo mora temeljiti svoj razvoj na znanosti, kako u receptivnom tako i u produktivnom smislu. Nikako ne treba zaboraviti da bi razvoj struke u okvirima znanstvene discipline morao pratiti i razvoj morala, odnosno etičkih principa. Moralni napredak zaostaje za napretkom znanosti i tehnologije pa se danas raspravlja o nezamislivim dilemama poput eutanazije ili kloniranja. Liječništvo se danas kao vrlo prosperitetna struka izrazito temelji na znanosti, ali je odnos liječnika prema suradnicima i pacijentima sve više sveden na relaciju liječnik – bolest. Sestrinstvo i danas ističe svoje humanističke i visoko moralne porive. Stoga nikako nebi trebalo zalutati u bespućima teoretskih rasprava i svesti se na relaciju sestra – bolest. Skrbiti znači pozornost usmjeriti na čovjekove potrebe, usmjeriti pozornost na pojedinca kao cjelokupnost duhovnih, mentalnih i tjelesnih potreba. Ljudska patnja mora ostati u žarištu naše sestrinske skrbi ali i moralne brige.

ZNANOST, ZNANJE I MORALNOST

Smisao ljudskog života, bar onaj koji se može racionalno pojmiti, jest stvaranje uvjeta za bolji svijet

ne samo za ljudska bića, nego za sve ostale forme života, jer njihov harmonijski odnos jedini je залог opstojnosti jedinog planeta kojeg čovjek ima. Čovjek je u biološkom hijerarhijskom lancu na samom vrhu, jedini ima razvijenu svijest i savjest i stoga je njegova odgovornost najveća. Osvajajući svemir s jedne strane, ulazeći u najsitnije anatomske udjelelove svoga vlastitog organizma, šireći znanja i usavršavajući tehniku i tehnologiju s druge strane, današnji čovjek podređuje sve vlastitoj koristi tako da je na tragu – da izgubi samoga sebe. Šezdesetih godina prošlog stoljeća, upravo zbog pitanja odgovornosti za sebe, a zatim i za život oko sebe, posebice nakon otkrivenih istraživanja u kojima se manipuliralo ljudima, nemoćnim da se brane i da samostalno skrbe o svojim potrebama, povećanog broja moralnih dvojbi u medicini, u Sjedinjenim Američkim Državama javili su se zahtjevi građana za što većim nadzorom i utjecajem u sustavu liječenja i zdravstvene skrbi. Taj je pokret najavio nastanak jedne nove dijaloške discipline – bioetike čiji su se izdanci mogli nazrijeti u kolijevki zapadne civilizacije – Europi, već početkom 20. stoljeća. Fritz Jahr je formulirao *bioetički imperativ*, kojim je „nadogradio“ jednu od formulacija Kantova kategoričkog imperativa. On glasi: „Poštuj svako živo biće načelno kao samosvrhu i po mogućnosti postupaj s njim kao takvim“ (Kalauz, 2010).

Čovjek dakle pokušava stvoriti bolje uvjete za svoj život i razvoj koristeći se znanošću kojom prodire u tajne života i prirode, kako bi ju prilagodio sebi i svojim potrebama. Znanost nije sinonim znanja, nego jedan od najviših oblika znanja. Pojam znanosti se proteže i na sustave znanja koji su povijesti bili u ovisnosti o vladajućim religijama, svjetonazorima ili filozofijama. Takva se „stara znanost“ bitno razlikuje od moderne, novovjekovne znanosti. Zajednička crta ova dva tipa znanosti je metodičnost i sustavnost znanja kojima raspolažu. No razlike se pak očituju u programu i strategiji, kojima se obrazlaže smisao i zadaje krajnji cilj znanosti. Strategijski cilj stare znanosti bio je upoznavanje prirode radi oponašanja, prilagođavanja i snalaženja čovjeka u njoj, nasuprot tome nova znanost je u startu razvila strategiju ovladavanja prirodom, njenog podvrgavanja čovjeku. Metodologija stare znanosti je integralistička, što znači da aspekte znanja ne izdvaja iz cjelovite slike svijeta. Staro znanje ima integrativne dimenzije – filozofsku, moralnu i religijsku. Novovjekovna znanost ima

redukcioniističku dimeziju metode, isključuje integralnu sliku svijeta i osamostaljuje čiste aspekte znanja, koje svodi na izračunljive, matematičke strukture. Tako znanost dolazi do stvoriteljske šifre života i svijeta, što joj omogućuje raspolaganje prirodom, moć nad njome, te mogućnost uplitanja u njenu konstituciju s nesagledivim posljedicama. Sestrinstvo mora biti svjesno da svoje utemeljenje na znanosti ne smije olako shvatiti, jer su posljedice znanosti postale dvosjekli mač koji otvara Pandorinu kutiju, prikazujući i tamnu stranu tehnološkog razvoja (Čović, 2004). Utemeljenje sestrinstva na skrbi kojoj je u osnovi osjećaj samilosti prema bolesniku, nije anakrona verzija identificiranja autonomne sestrinske profesije, to je nužnost današnjeg trenutka u hrvatskom sestrinstvu, koje zbog velike želje da dosegne domete zapadnoeuropskog sestrinstva, može upasti u zamku otuđenja od svog primarnog cilja a to je skrb za zdrave i bolesne.

Osnovu etike sestrinstva sačinjava ideja skrbi, njege koja se utemeljuje u milosrđu

U osnovi milosrdnog osjećaja dakle stoji sućut prema manje sigurnom, manje zdravom, manje moćnom ili manje sretnom čovjeku ili biću. Taj osjećaj potiče čovjeka na dobročinstvo ili čin pomoći prema nekome na temelju dobre volje. To je *benefactia* i *beneficentia* u jednom. Patricia Benner i Judith Wrubel smatraju da je skrb »način postojanja u svijetu«, označavajući time terapijsko skrbljenje za oboljelu osobu. No, ta skrb nije pasivni, nego aktivni čin, jer ona podrazumijeva ulaženje u bolesnikovo stanje koje mu pomaže oko pozitivne, vedre i strpljive rekonstrukcije smisla života i životnih planova utemeljenih na vrijednostima. Skrb za bolesnika je eminentno moralni čin. Medicinska skrb, kao takva, ima prednost pred svim ostalima činima u vršenju medicinske prakse. Tradicionalno utemeljenje medicine u ideji skrbi i samilosti, počevši od antičkog preko srednjovjekovnog do ranog modernog doba, uzdrmano je suvremenim biomedicinskim modelom koji medicinu smatra primijenjenom biologijom, a liječništvo smatra primarno znanstvenom aktivnošću koje bolesniku pristupa isključivo kao funkcionalno poremećenom organizmu koji treba pomoću tehničkih zahvata popraviti. Zakoračili smo u novu eru u kojoj dominiraju velike i radikalne društvene promjene koje utječu na stvaranje krizne situacije. Krizna situacija, koja je donedavna izgledala kao moralna kriza, tj. kriza vrijednosti, sve se više otkriva kao dubinska kriza te-

melja. Uzdrmani su temelji sigurnosti naše spoznaje, našeg znanja, našeg poimanja istine, razlikovanja dobra i zla, a ponajviše našeg tumačenja i razumijevanja čovjeka. U pitanju više nije ovo ili ono u ljudskome životu, u pitanje je stavljen sâm ljudski identitet, ono istinsko i autentično 'biti-čovjek'. Jednom riječju, suvremena znanstveno-tehnička civilizacija proživljava duboku krizu duha, tj. krizu koja jasno potvrđuje da radikalno raskidanje s tradicijom nužno vodi u radikalno osporavanje budućnosti. Taj je mentalitet bitno uvjetovan tehnokratskim mentalitetom. Posljedice takvog mentaliteta reflektiraju se na medicinsku praksu, a katkada s velikom dramatičnošću (Matulić, 2007). U takvim je okolnostima ideja etike sestrinstva stavljena na velike kušnje, jer nije svejedno hoće li u temelju etike sestrinstva stajati ideja skrbi ili ideja znanosti. Naravno, da bi sestrinstvo uopće moglo odgovoriti na sve profesionalne izazove suvremene medicinske prakse i skrbi, ono treba odgovarajuću akademsku i znanstvenu edukaciju, bilo bazičnu bilo specijalističku, bilo cjeloživotnu. Stjecanje, katkada mukotrpno i bolno, nepreglednoga mnoštva stručnih znanja i znanstvenih spoznaja ne garantira i usvajanje temeljnih vrijednosti koje osiguravaju uvjete za izgradnju cjelovitoga čovjeka po mjeri autentičnoga ljudskog dostojanstva i koje omogućavaju odgovornu moralnu orijentaciju u životu općenito i u profesiji posebno. Više od svega danas je potrebna adekvatna i skladna integracija obrazovnog i odgojnog elementa. Etika sestrinstva bazirana na nesebičnoj i stručnoj sestrinskoj skrbi je najsigurniji put da sestrinstvo kao autonomna zdravstvena profesija ostane vjerno svojim originalnim idealima. Nakon analize kompleksnog stanja bolesnika, Lisa Newton zaključuje: „Osoba koju [bolesnik, op. a.] uistinu treba, koja bi bila u stanju skrbiti za sve navedene probleme, očito je njegova majka, pa je prvi posao sestre da bude zamjenska majka“ (Etics in America, 1988). Za suvremenog racionalistički nastrojenog čovjeka, navedena tvrdnja previše odiše sentimentalnošću. Pritom ne bi trebalo smetnuti s uma činjenicu da je sestrinska praksa, bez obzira na (ne)priznati status u društvu, oduvijek njegovala istančanu svijest o brižnosti, pažnji, zauzetosti, suosjećanju, utjesi, poticaju i ohrabrenju onih koji su bili povjereni sestrinskoj skrbi. Ideja zdravstvene skrbi, međutim, nije jednoznačna. Postoje barem četiri značenja zdravstvene skrbi koju ostvaruju sestre (Matulić, 2007).

Prvo značenje te skrbi proizlazi iz ideje samilosti, tj. iz angažiranog suosjećanja s bolesnom osobom,

s njezinim osjećajima i stanjima, preuzimajući na sebe nešto od bolesnikovog iskustva bolesti, patnje. Ukratko, medicinska skrb kao samilost označava vidljivu dirnutost položajem druge osobe s iskrenom željom da joj se pomogne i olakša životna situacija. (Matulić, 2007).

Drugo značenje te skrbi proizlazi iz ideje podrške u životu, tj. iz spremnosti da se učini bolesnoj osobi ono što ona nije u stanju učiniti sama za sebe. Oblačenje, hranjenje, održavanje higijene, šetanje, zadovoljavanje osobnih potreba može dati izvrsne zdravstvene rezultate, ali često nije u stanju dati humanističke rezultate (Matulić, 2007).

Treće značenje te skrbi proizlazi iz ideje jamstva sigurnosti, tj. iz očitovanja volje za preuzimanjem dijela odgovornosti za životno stanje bolesne osobe, ponajprije u smislu da bolesna osoba (do)zna da su nositelji zdravstvene skrbi tu za nju, da su njoj posvećeni i da su spremni učiniti sve na planu rješenja njezinih problema (Matulić, 2007). Jamstvo sigurnosti kao model medicinske skrbi uključuje ozdraviteljsku snagu profesionalca/ke kao osobe obdarene karizmom, tj. zvanjem.

Četvrto značenje te skrbi proizlazi iz ideje kompetencije ili stručnosti, tj. iz poznavanja svih nužnih procedura, osobnih i tehničkih, potrebnih za savjesno obavljanje prakse do savršenstva (Matulić, 2007).

ZAKLJUČAK

Sestrinstvo je profesija apriori posvećena čovjeku i njegovim potrebama. Etika sestrinstva je primjenjena etika koja nastaje s potrebom profiliranja pretežno njegovateljske struke u moderno sestrinstvo, orijentirano širim aspektima zdravstvene njege, integrirane u suvremenu zdravstvenu skrb. Atributi sestrinstva, koji mu daju karakter plemenitosti i prepoznatljivost u zajednici, jesu humanizam i filantropija temeljeni na osjećaju samilosti prema svakom zdravstveno ili socijalno ugroženom pojedincu ali i zdravom čovjeku. Čovjek je ekskluzivni subjekt sestrinskog poziva. Suvremeni čovjek živi u razdoblju društvenih previranja i kriza globalnih razmjera. One izviru iz tendencija i karaktera neoliberalnog i pragmatičnog društva u kojem su sve snage, pa i one intelektualne, znanstvene, izložene na tezgama slobodnog tržišta. U tim okolnostima dolazi do relativiziranja najbitnijih pojmova za koje se smatralo da su u okolnostima demokracije i slobode potpuno jasni i potvrđeni kao oni uzvišeni, za kojima se treba težiti.

Tako je poimanje čovjeka, i njegovog dostojanstva primjerice, došlo u pitanje pa čak i u drugi plan, iza profita kao prioriteta. U skladu s tim, suvremeni je čovjek postao izrazito orijentiran izgradnji vlastitog, osobnog svijeta bez osjećaja za općeljudsku, zajedničku dobrobit. Sestrinstvo bi trebalo prepoznati takva kretanja i prilagoditi se tom „novom“ čovjeku koji teži vlastitoj autentičnosti, a opet ostati i etično u smislu upućenosti na općeljudske vrijednosti i širu zajednicu. Težnjom prema dobrobiti šire zajednice ono pruža zadovoljavajuću zaštitu pojedincu, ne priklanjajući se suvremenim idealima individualizma i izolacije čovjeka. Na taj način sestrinstvo postaje svijetla točka u sklopu suvremene kulture narcizma neoliberalnog svijeta. Moderno društvo je izloženo fenomenu tzv. instrumenalnog razuma, u kojem je čak i znanost podređena postizanju učinkovitosti radnog procesa i atraktivnosti tržišta, dakle profitu onih koji tim procesima upravljaju i vladaju. Odnos troškova i rezultata glavni su odnos suvremenog svijeta (Taylor, 2009.). Primat instrumentalnog razuma prepoznaje se u statusu koji ima tehnologija danas, posebice u medicini gdje je tehnološki pristup potisnuo skrb koja uključuje tretiranje cjelovite osobe sa svojom životnom povijesti. Čovjek je postao izvorom profita biotehnoških i farmaceutskih kompanija te predmetom, dakle objektom za primjenu tehnoloških dostignuća. Sestrinstvo se danas u Hrvatskoj želi uzdići, ne samo na razinu prepoznavanja kao profesije, nego i na razinu efektivne znanstvene discipline. Ono za to ima i pravo i potrebu jer je opseg te profesije enorman a „predmet“ kojim se bavi izuzetno važan i zahtjevan, a to je čovjek. U tom bi smislu, razvoja i utemeljenja sestrinstva na znanstvenim spoznajama, trebalo pronaći kompromis između suštinskog sadržaja sestrinstva, a to je ideja skrbi na kojoj je ono izraslo i utemeljilo se kao jedna od najhumanijih profesija, i novih znanstvenih tendencija u sestrinstvu. Samo na daljnjem razvoju te ideje sestrinstvo može atribuirati humanizam, poštivanje autonomije i cjelovitosti te dostojanstva čovjeka. Opreznost pri uključivanju znanosti u sestrinstvo je nužna, pri tome bi trebalo zadržati prioritet sestrinske skrbi nad tehnologijom koja nastaje na znanstvenim spoznajama. Samo na taj način sestrinstvo može ostati nešto više, uzvišenije od činjenice profesije; ono je poziv a svaki poziv podrazumjeva ideale, plemenite unutrašnje porive koji nadilaze profanost svijeta i ulaze u područje savršenstva pa i svetosti.

Literatura:

1. Kalauz, Sonja (2010), *Sestrinska profesija u svjetlu etičkog pluriperspektivizma*, Pergamena, Zagreb.
2. Kalauz, Sonja (2008), *Bioetika u sestrinstvu*, 26.01.2011., www.hrcak.srce.hr/medicina
3. Aristotel, *O duši i nagovor na filozofiju* (1996). Naprijed, Filozofska biblioteka, Zagreb.
4. Aristotel, *Nikomahova etika* (1992). Hrvatska sveučilišna naklada, Zagreb.
5. Bezić, Živan (1995). *Etika i život*, Fonndacija UPT, Đakovo.
6. Kalin, Boris (1991), *Povijest filozofije*. Školska knjiga, Zagreb.
7. Čović, Ante (2004). *Etika i bioetika*, Pergamena, Zagreb.
8. Matulić, Tonči (2007). *Identitet, profesija i etika sestrinstva*. 20.10.2010., www.sem.com.hr
9. Mojsović i sur. (2004). *Sestrinstvo u zajednici*, priručnik za studij. ZVU, Zagreb.
10. Singer, Peter (1985). *Etics*, 26.10.2010., www.italitarian.net
11. Šegota, Ivan (1997). *Etika sestrinstva*. Pergamena, Zagreb.
12. Taylor, Charles (2009). *Etika autentičnosti*. Verbum, Split.
13. Tomašević, Luka (2010). *Ljudski život i dostojanstvo*. 26.10.2010.,
14. www.franjevci-split.hr
15. Talanga, Josip (1999). *Uvod u etiku*. Sveučilište u Zagrebu, STUDIA CROATICA, Zagreb.

DIJALOG U SESTRINSTVU

Uvod

U sve složenijim međuljudskim odnosima nameću nam se pitanja.

Da li medicinska sestra u svom radnom ozračju surađuje, odgaja i preobražava se na dobrobit bolesnog čovjeka i zajednice ili to isto ozračje preobražava nju? Nose li, danas, sestre najveći „teret“ u komunikaciji?

Odgovoriti na ta pitanja nije teško.

Svaka medicinska sestra koja prodornije i uvjerljivije komunicira, njezina znanja, ideje, iskustva, vrijednosti i sjećanja presudno utječu na štićenike, tj. bolesnike. Danas je cijeli svijet dvoznačan. Često smo u dubini duše rastrgani između dobra i zla, između ljubavi i mržnje, između nade i očaja. Tada nam ostaje *dijalog* ili monolog. Nismo sami. Uvijek imamo osobu-autoritet čije vrijednosti mogu dotaknuti naše vrijednosti i dati im vjetar u leđa. Ako sestrinstvo u Hrvatskoj poprima europske boje i nijanse, to ne znači da će naši problemi nestati, samo će biti još pod pritiskom drugih. Zato je važno da svoje probleme rješavamo sami, onako kako najbolje znamo i umijemo.

Rad ima za cilj potaknuti i razviti moralne sile koje mogu doći iz životnog susreta s drugim čovjekom, posebno onog koji nas treba da bi podigao svoju životnost. Ako u svoj životni program upišemo moralno djelovanje, naše srce i duh bit će jače u znanju dijaloziranja i dobit će jednu širu dimenziju-sreću.

Filozofija dijaloga

Riječ „dijalog“¹ najčešće prevodimo kao „razgovor“, „razgovaranje“, a izvedenica je iz riječi „dia“ koja znači „kroz, putem, tijekom“ i riječi „logos“ koja znači „riječ“ ili preciznije „značenje riječi“. Prema tome, slika koja dobro opisuje tu riječ i njeno značenje asocira na „rijeku značenja“ koja teče među

sudionicima i kroz sudionike. Za grčke filozofe *dijalog* je glavni instrument u traženju mudrosti. Čovjek se može definirati kao onaj koji traži istinu.

Čovjek kao razumno biće do istine može doći u dijalogu i komunikaciji.²

Istinu možemo definirati pojmom „objektivna unutrašnjost“. Ona nije izvan čovjeka, u izvanjskim stvarima, već u čovjekovoj nutrini. Istina koja je u subjektu nije *subjektivna*, jer je nije proizveo unutarnji čovjek, već je ona u njemu nađena kao odraz *objektivne* istine.

Filozofija dijaloga nastala je kao kritika tradicije idealizma uopće, a kao reakcija na klasični njemački idealizam. *Filozofija dijaloga* Martina Bubera³

polazi od problema „stvarnog čovjeka“, a ne od uopćene svijesti kao idealistički filozofi. Tako ona postaje vrijednosna metafizika. Čovjek nužno živi u mreži komunikacija, može ih odbaciti, ali ih ne može ignorirati.

Temeljna kategorija ljudske misli u Buberovoj filozofiji postaje izvorna komunikacija između Ja-Ti i Ti-Ja. Filozofska antropologija nas uči da se čovjek ne smije dati manipulirati tuđim mišljenjem.

Sestrinstvo je postavljeno pred mnoge dvojbe, a medicinske sestre mogu se usavršavati samo tako da se prema vrijednostima drugih osoba postave s benevolencijom.

Nužne promjene prema Europi

Upute i savjeti koje dajemo bolesniku o promjeni ponašanja morale bi rezultirati poželjnim ponašanjem, ali praksa govori drugačije. Prethodna istraživanja provedena na tu temu⁴ jasno govore o poteškoćama u komunikaciji u sestrinstvu. Najčešće su to: ograničena mogućnost razgovora (zbog psihičkih stanja, bolesti, uzbuđenosti), razlike među bolesnicima, kontradiktorni savjeti i upute i nedo-

¹ DIJALOG-od grč. *Διαλέγῃαι*-govoriti, Hrvatski enciklopedijski rječnik, Novi Liber, 2, str.335.

² IVAN PAVAO II, enciklika „Fides et ratio“ (Vjera i razum), Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 1999., br.28.

³ BUBER, Martin, Ja i Ti, navedeno djelo, str.123.

⁴ Opatija, 2004., Zbornik radova na temu: Komunikacije u sestrinstvu

voljno posvećivanje pažnje razgovoru. Zadnje navedenu poteškoću nije teško prevladati. Rješenje se postiže uvažavanjem individualnog pristupa, cjelokupnim zbrinjavanjem, kvalitetnije pisanim materijalima, a iznad svega je potrebno posvetiti dovoljno pažnje dijalogu (na radnom mjestu biti više uz bolesnika, a ne slagati potrošni materijal, raditi na računalu, pripremati lijekove i sl.) i poboljšati uvjete u kojima se odvija dijalog.

Medicinske sestre moraju shvatiti da jedino one same mogu unaprijediti sestrinstvo kao profesiju kako bi bila više cijenjena u društvu, a za tu radikalnu promjenu potrebna je promjena stavova, mišljenja i ponašanja.

Kvalitetnim dijalogom između sestara može nastati pozitivna promjena o vrijednosti vlastite profesije, a to se ostvaruje samo kvalitetnim školovanjem i trajnom edukacijom. Vlastito jačanje svijesti o važnosti poziva rezultira i obavještavanjem javnosti o napretku i aktivnostima profesije. Medicinske sestre stoje pred velikim zahtjevima. Bolja budućnost ne pada sama s neba. Svaki napredak u dijalogiziranju je zapravo odgoj usmjeren prema budućnosti.

„Čovjek koji misli da može živjeti bez drugih ljudi-griješi, ali čovjek koji smatra da drugi ne mogu živjeti bez njega, također je u zabludi.“⁵

Pitanje kako će biti sutra u sestrinstvu, dileme su mladih medicinskih sestara, što znači i dileme naše i njihove djece. Ideja *pluriperspektivizma*⁶ kao koncepcija nove hrvatske filozofije, našla je svoju djelotvornu primjenu u multidisciplinarnom *dijalogu* mnogih znanosti. Sestrinstvo je upućeno tražiti odgovore na svoje probleme kroz bioetički pristup, tj. sa svih stanovišta, kroz etiku skrbi, medicinu, biologiju, psihologiju, ali i sve druge humanističke i društvene znanosti. Samo pravilan dijalog otkrit će prave metode i povezati ih s filozofskim smislom i istinom.

Kultura dijaloga

Kultura dijaloga je uvjet opstanka čovječanstva - počevši od prve stanice društva: *obitelji*. To je ispravan način na koji se mogu rješavati mnogi problemi, konflikti, koji zajedno prate svaki ljudski život. Razlozi »pucanja« zajednica nisu problemi i nesla-

ganja, već ne rješavanje istih dijalogom. Čovjek je biće dijaloga. Bilo koja ljudska zajednica, sastavljena već od dvije osobe, ne može funkcionirati bez komuniciranja. Riječ dijalog najčešće prevodimo kao razgovor, razgovaranje. Jezik je najvažnije sredstvo komunikacije. Svakako bez jezika ne bi mogla nastati komunikacijska mreža svjetskih razmjera, koja sve više određuje naš moderni život. Komunikacija ipak nije vezana samo uz jezik. Htjeli mi to ili ne, svakodnevno komuniciramo i bez jezika i govora. Ljudi komuniciraju svime što kažu i što ne kažu, tonom i brzinom glasa, govorom tijela... Sve su to na neki način riječi, govor - razgovor. Naš je svijet, satkan od mnoštva takvih poruka, isprepleten mnoštvom glasova. No, sve se više primjećuje gubitak sposobnosti slušanja tog nezaobilaznog preduvjeta razgovora, dijaloga.

Činjenica je da je čovjek današnjice do besvijesti bombardiran frazama o potrebi dijaloga, a da je istodobno do gladi izmučen njegovim nedostatkom. Bilo kako bilo, čovjek je biće komunikacije i relacije, jednostavno dijaloško biće. Sposobnost dijaloga izranja iz ljubavi prema »uvijek većoj istini«, no ta sposobnost nije čovjeku urođena nego je on mora steći. I kada ih stekne, mora biti pozoran da ih ne izgubi. Stjecanje i očuvanje te sposobnosti zahtjeva trajni napor. Zato je potrebna *kultura dijaloga*. *Istina* je prema tome predmet dijaloga. Budući da istinu uvijek tražimo iz konkretnog ljudskog, povijesno-kulturnog, društvenog i svjetonazorskog konteksta, ona se sadržajno uvijek pojavljuje uvjetno i ograničeno. To ne znači da je relativna. Relativizira li se ili funkcionalizira istina tj. podredi li se istina nekim pragmatičkim ili inim ciljevima i interesima, iskrivljuje se njezina bit. Sudionici u dijalogu nisu »ćaskari«, nego tražitelji istine.

Dijalog treba razlikovati od rasprave (diskusije ili debate). Diskusija ili rasprava je komunikacijska razmjena dvaju ili više stranaka o nekoj određenoj temi ili problemu. Tu svaka stranka pokušava drugu uvjeriti u nešto argumentiranjem i racionalnim dokazima. Rasprava je završena kada se to i dogodi. Dijalog pak ne traži da branim, nego da pokažem, iznesem i razložim svoje misli, da ih se vidi, stavi u pitanje. U dijalogu je, pored neprekidne strasti traženja i »upitnosti«, neophodna kreativna

⁵ Hasidska izreka, M. Buber, Dijaloški život, prema učenju rabina Shlomo Dov Bera, 1998.

⁶ Pluriperspektivizam unutrašnji pluralizam istine, a sastoji se u mnogostrukosti njezinih aspekata i mnoštvenosti perspektiva u kojima se oni sagledavaju., Ante Čović, Filozofija i pluralizam, Izvorni članak UDK 141.113., Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Zagreb.

gipkost, imaginarni poticaji i sposobnost raspoznavanja onoga bitnoga. Istinskim se i ozbiljnim dijalogom, (a ne tek nekim ćaskanjem) dohvaća ono, što je **vrijedno** i ono, što može biti izvor **dobra** za svakoga čovjeka. To je istinski prostor demokracije. Neporecivo je bogatstvo demokracije to, što ona svim članovima zajednice daje mogućnost da sudjeluju u takvom obliku traženja istine i dobra.

Dijalog pripada ljudskoj duhovnosti. Dijalog je prostor humanosti. Svrha dijaloga nije bilo koga poraziti, utući i dotući, nego se međusobno razumjeti, čuti jedan drugoga. Ni u slušanje se ne ulazi s namjerom da se u drugoga nađe pogreška, nego se samo iskreno želi shvatiti njegovo polazište, osjetiti stvar onako kako je drugi osjeća, pogledati je kroz njegove naočale... To je vrijednost dijaloga koja obogaćuje: postati drugi i stoga izaći iz sebe, uočiti mišljenje s kojim se možda ne slažem iz kuta onoga koji ga izlaže. To je profinjena ravnoteža - **humanost**. Zbog svoje nutarnje nesprenosti ili pomanjkanja spomenute ravnoteže, čovjek se osjeća upravo ugroženim od drugoga te se to više pokušava osigurati zatvaranjem u sebe i odbijanjem drugoga s isključivim potvrđivanjem svojega prava. Često nam nedostaje strpljivosti prema drugome čovjeku. A upravo je dijalog govor potvrđivanja drugoga i vježbalište vlastite strpljivosti. Zato je svrha dijaloga međusobno obogaćenje, produbljivanje spoznaje, ali i duhovni rast onih koji u njemu sudjeluju.

»Okomica« u dijalogu je »dijalog s Bogom«. Gdje bismo očekivali da je svatko sâm i u suglasju sa samim sobom, i tu duša, čim počne misliti, misli u dva glasa. U srcu aktivnosti ljudskoga duha, u mišljenju, susrećemo dijalog. Tko želi razgovarati s ljudima a ne zna razgovarati s Drugim svojega ja, govori u prazno. Isto čini i onaj tko želi razgovarati s Bogom, a odbija razgovarati s ljudima. Okomicu u dijalogu čine **pozornost, ljubav - slušanje**. Poznata je ona latinska: »Omnia silendo ut audeam nosco« - Sve mogu doznati ako zašutim da bih čuo. Slušać je vjernik. Biti vjernik znači vjerovati da je svaki ljudski odnos (dijalog) ovisan o odnosu (dijalogu) s Bogom. Dakle, dijalog ima svoju duhovnu okomicu.

U početku je bio Logos, kaže - prolog Ivanova evanđelja. Ivan tu naviješta Logos (Boga) koji je Ljubav. Naša je zadaća dialogos. Istinski je dijalog **duhovnost** koja nas uči graditi uvijek novo **zajedništvo** za bolji svijet. Njegovo staro, zapravo i jedino ispravno, ime ostaje **ljubav**!

Zaključak

Trend u centrima moći Europske unije je takav da će njihova centralizirana vlast isključivo funkcionirati na načelima pragmatizma, interesa i profita. Hoće li hrvatsko sestrinstvo u takvom društvu opstati, a da ne izgubi svoj identitet ljudske topline i kvalitetne zdravstvene njege? To nije prizivanje izolacionizma već razmišljanje o **triježnom dijalogu** na duge staze o tome što nas čeka. Etika sestrinstva je nespojiva s dvojnim moralom. Nema podjele morala na privatni i javni život. Nauče li medicinske sestre pravilno razgovarati, postat će aktivni tražitelji istine, a samim time i svjedoci moralnog djelovanja. Europa može podijeliti s nama dijalog koji odgaja za vrijednosti, ali ne i sestrinstvo koje gradi karijeru na profitu i imidžu, koji kompromitira korijene etičkog djelovanja. Sreća nas očekuje u našem radu na unutarnjem, intelektualnom, umjetničkom i moralnom usavršavanju koje traje cijeli život. Prihvatimo li dijalog s različitim, savladamo li razumsku refleksiju istog bit ćemo svoji. Svaka medicinska sestra koja zna razgovarati neće razmišljati kao masa, niti će se izgubiti u masi, ne će se dati manipulirati tuđim mišljenjem. Pozitivnim dijalogom usvojiti će znanje, vještine i stavove, odrediti svoje mjesto, a iznad svega kvalitetno, sigurno i samostalno provoditi zdravstvenu njegu.

Literatura:

1. Kalauz, S.: Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma, Pergamena d.o.o.& Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2011.
2. Matulić, T.: Tužaljke kamenja hrvatske pustine, Glas koncila, Zagreb, 2010.
3. Čović, A.: Etika i bioetika, Pergamena, Zagreb, 2004.
4. Grbac, J.: Etičke dvojbe hrvatskog društva, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2009.
5. Biškup, M.: Ljudska prava, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2010.
6. Arnold, E.; Underman Boggs, K.: Interpersonal relationships, Saunders, St.Louis, Missouri, USA, 2003.
7. Čehok, I., Koprek I.: Etika – priručnik jedne discipline, Školska knjiga, Zagreb, 1996.
8. Zurak, N., Švajger, A.: Medicinska etika, Sveučilište u Zagrebu - Medicinski fakultet, Zagreb, 1995.

9. Aramini, M.: Uvod bioetiku, Kršćanska sadašnjost, Zagreb., 2009.
10. Švajger, A.: Spisi medicinske etike, Centar za bioetiku, Filozofsko – teološki institut Družbe Isusove, Zagreb, 2004.
11. Koprek, I.: Kao dio mene – etika, prijateljstvo, krepost, Hrvatsko filozofsko društvo, Zagreb, 1995.
12. Matulić, T.: Metamorfoze kulture, Glas Koncila, Zagreb, 2009.
13. <http://www.ffdi.hr/ikoprek/files/ik-3.html>; razgovor objavljen u „Hrvatskom slovu” (Božić, 1998. godine), 14.02.2011.
14. http://www.gla.skoncila.hr/index.php?option=com_php&Itemid=41&news_ID=8378; Dijalog - duhovnost našega vremena, 14.02.2011.

INTERSEKTORSKI PRISTUP - TEMELJ PRAĆENJA I PREVENCIJE RIZIČNOG PONAŠANJA ADOLESCENATA

SAŽETAK

Konzumiranje sredstava ovisnosti među adolescentima te stupanje u rizične spolne odnose, vodeći su javnozdravstveni problemi današnjice. Rizično ponašanje adolescenata je izvrstan aktualan primjer nužnosti sistemskog pristupa rješavanju ovog, za društvo vrlo kompleksnog problema, kroz mobilizaciju velikog broja profesionalaca na svim razinama u nastojanju da zajednički doprinesu pozitivnim promjenama. Podatci dobiveni ovim istraživanjem upućuju na potrebu uspostave funkcionalne mreže profesionalaca u promicanju zdravlja razvojem intersektorske suradnje.

Ključne riječi: adolescenti, rizično ponašanje, intersektorska suradnja,

UVOD

Adolescencija je životni period "ranjivosti" i mnogih rizika kao i vrijeme kada mladi na različite načine pokušavaju uspostaviti "neovisnost" od svojih roditelja.

Suvremeno doba obilježeno je novim javnozdravstvenim problemima adolescenata, vezanim za ranije spolno sazrijevanje te nezdrave stilove života mladih, kao što su: rizično spolno ponašanje, koje za posljedicu ima spolno prenosive bolesti, neplanirane i neželjene trudnoće; konzumiranje cigareta, alkohola i droga, a zamjećuju se i druga rizična ponašanja kojima se krše društvene norme i razvijaju negativne posljedice kod djece i adolescenata

CILJ RADA:

- utvrditi pojavnost rizičnog ponašanja adolescenata uključujući pušenje, pijenje alkoholnog pića, konzumiranje psihoaktivnih sredstava

- utvrditi pojavnost rizičnog spolnog ponašanja adolescenata
- isticanje važnosti intersektorske suradnje u praćenju i suzbijanju rizičnog ponašanja adolescenata. Naglasak je stavljen na profesionalnu ulogu patronažne medicinske sestre i medicinske sestre zaposlene u odgojno-obrazovnoj instituciji kao ključne osobe rješavanja problema rizičnog ponašanja adolescenata

UZORAK I METODE

Istraživanje je provedeno u razdoblju od veljače do travnja 2010. godine u Medicinskoj školi Varaždin, među učenicima prvih do četvrtih razreda. Istraženi se uzorak sastojao od 163 učenika, od kojih je bilo zastupljeno 47 (28,8 %) ispitanika muškog i 116 (71,2 %) ispitanika ženskog spola.

U svrhu istraživanja, osmišljen je anketni upitnik u koji ispitanici unose podatke zaokruživanjem jednog od ponuđenih odgovora. U anketnom se upitniku ocjenjivala učestalost uporabe cigareta, alkoholnih pića, psihoaktivnih sredstava, dostupnost tih sredstava, razlozi konzumiranja, zatim učestalost stupanja u spolne odnose, korištenja kontracepcijskih sredstava, procjena znanja o prijenosu spolnih bolesti te načinima stjecanja znanja o spolnom ponašanju. Upoznavanje ispitanika s istraživanjem, podjela upitnika i njihovo ispunjavanje provedeni je na redovnim školskim satima nastave uz dopuštenje ravnateljice škole.

STATISTIČKA ANALIZA:

Statistička analiza je provedena sa SSPS statističkim paketom za Windows, verzija 12.0. Od deskriptivne statistike korišteni su postotci kao strukture i frekvencije pojava.

REZULTATI

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na visoku učestalost zlouporabe sredstava ovisnosti i rizičnog spolnog ponašanja među ispitanom skupini adolescenata. Većina je ispitanika konzumirala cigareta i alkohol, dok je učestalost konzumiranja droge puno manja. Iz analize rezultata može se vidjeti da se prvi kontakti s cigaretom i alkoholom zbivaju vrlo rano, čak s 9 godina i manje, a s drogom između 10 i 12 godina. Najveći udio ispitanika započinje s konzumacijom cigareta i alkohola u dobi između 13 i 15 godina, a s konzumacijom droge nešto kasnije, odnosno u dobi između 16 i 18 godina. Kao najčešća mjesta konzumiranja alkohola i cigareta navode kafić a droga se prema izjavi ispitanika najčešće konzumira u disco klubu i školi. Najveći udio ispitanika smatra da je najčešći povod uzimanja sredstava ovisnosti među srednjoškolcima znatizelja (38, 6%).

Kod utvrđivanja učestalosti stupanja ispitanika u spolne odnose, rezultati ukazuju da je njih ukupno 104 (63, 8 %) stupilo u spolni odnos. Dob stupanja spolni odnos, izračunata je samo za učenike četvrtih razreda srednjih škola, zbog toga što je vjerojatno da će dio učenika nižih razreda to tek učiniti. Najveći udio ispitanika, njih 30 (65, 2%) stupilo je u prvi spolni odnos između 16 i 18 godina. Učestalost korištenja kontracepcijskog sredstva ispitana je kod onih ispitanika koji su naveli da su u životu imali seksualno iskustvo. Rezultati govore da njih 38 (36, 5%) redovito koristi kontracepcijsko sredstvo. Najčešće korištena kontracepcijsko sredstvo je kondom, koristi ga njih 43 (41, 35 %), dok njih čak 40 (38, 5 %) ne koristi kontracepciju prilikom stupanja u spolni odnos. Njih 68 (65, 3 %) stupa u spolni odnos sa stalnim, njih 25 (24 %) sa slučajnim i njih 11 (10, 1 %) sa privremenim partnerom. Od ukupnog broja ispitanika njih 126 (77 %) nikad nije stupilo u spolni odnos s nepoznatom osobom dok je preostalih 37 (22, 7 %) to učinilo jednom, više puta ili to redovito čini. Prema mišljanju najvećeg broja ispitanika, njih 91 (55, 8%), najbolji postupak prevencije spolno prenosivih bolesti je imanje samo jednog partnera. Prema podacima dobivenim u istraživanju, najveći broj ispitanika o spolnom ponašanju uči iz interneta, njih 64 (39, 2%), zatim od roditelja njih 53 (32, 5%), nastavnika 17 (10, 4%) i savjetovališta za adolescente samo njih 3 (1, 8%).

PROGRAM UNAPREĐENJA INTERSEKTORSKE SURADNJE

Podatci dobiveni ovim istraživanjem upućuju na potrebu osmišljavanja smjernica u suradnji razli-

čitih društvenih institucija. Potrebna je uspostava funkcionalne mreže profesionalaca u promicanju zdravlja razvojem intersektorske suradnje

Ključni elementi u intersektorskoj suradnji: aktivno sudjelovanje, podijeljena odgovornost, informiranje, zajedničko odlučivanje, stvaranje zajedničkog jezika u interesu suradnje na području promicanja zdravlja, uz međusobno razumijevanje, razvoj i jačanje horizontalnog principa rada uz slabljenje tradicionalne «vertikalne linije» autoriteta te brza i potpuna komunikacija među sektorima koja im omogućuje odgovarajuću uključenost u planiranje i implementaciju programa promicanja zdravlja.

SPECIFIČNA ULOGA PATRONAŽNE SESTRE U PREVENCIJI RIZIČNOG PONAŠANJA ADOLESCENATA

Preventivne aktivnosti ključni su element u suzbijanju rizičnog ponašanja adolescenata, a središnju ulogu u tome zauzima patronažna sestra koja promiče optimum zdravlja u zajednici, ističući promicanje zdravlja i sprečavanje bolesti, te očuvanja postojeće razine zdravlja.

Upravo patronažna sestra ključnu ulogu u uspostavljanju funkcionalne mreže na regionalnoj i lokalnoj razini s ostalima sudionicima promicanja zdravlja: zdravstvenim profesionalcima (timovima opće/obiteljske medicine, timovima školske medicine, zavodima za javno zdravstvo), odgojno - obrazovnim institucijama (predškolskim i školskim ustanovama), centrima za socijalnu skrb, MUP-om, nevladinim udrugama, lokalnom zajednicom.

Patronažna sestra je jedini zdravstveni djelatnik na teritorijalnom principu i upravo ta činjenica daje još veći značaj njezinoj funkciji. Iznimno je značajno obilaženje domova i okoliša u kojoj djeca žive, čime ima izravan uvid u konkretnu situaciju pojedine obitelji. Stoga patronažna sestra može biti pouzdan izvor informacija za zdravstvo i druge sustave. Zdrava, stabilna obitelj je dobra osnova za prevenciju svih rizičnih oblika ponašanja. Međutim u preventivnim programima obitelj se često zapostavlja, a needucirani roditelji propuste obratiti pažnju na sitne, teško uočljive znakove koji mogu na samom početku da upute da se s djetetom nešto događa. Stoga u prevenciji posebnu pažnju treba posvetiti radu s obitelji, u smislu podizanja svijesti o štetnosti rizičnog spolnog ponašanja, uočavanju malih promjena u ponašanju djeteta i davanju uputa koje usluge mogu dobiti i gdje, u smislu ranog interveniranja.

Aktivnosti patronažne sestre u smislu prevencije rizičnog ponašanja adolescenata provode se na tri razine prevencije: primarna, sekundarna i tercijarna. Primarna prevencija provodi se u zdravoj populaciji s ciljem promicanja zdravlja i postizanja pozitivnog zdravstvenog ponašanja. Dakle, u sklopu primarne prevencije naglasak je stavljen na edukaciju stanovništva, zaštitu zdrave populacije s ciljem promocije zdravlja, putem kontinuiranog informiranja. Uključuje informativni, edukativni i savjetodavni rad patronažnih sestara o mogućim štetnim posljedicama rizičnog ponašanja adolescenata, te osnaživanje i pomoć u razvijanju pozitivnih životnih stilova. Edukacija se provodi putem organiziranih savjetovališta za djecu i adolescente, lokalnih radio emisija, popularnih časopisa, besplatnih edukativnih priručnika, informativnih letaka na javnim mjestima ili u javnim ustanovama.

Sekundarna prevencija uključuje rano otkrivanje rizičnih skupina, postavljanje dijagnoze, rad na motivaciji za liječenje, te efikasno i kratko liječenje. Aktivnosti patronažnih sestara usmjerene su na kontinuirana istraživanja usmjerena praćenju pojavnosti rizičnog ponašanja adolescenata te time identifikaciji riziko faktora i detekciji osoba s rizičnim ponašanjem. Daljnje aktivnosti patronažnih sestara usmjerene su na savjetodavni i psihoterapijski rad u savjetovalištu za djecu adolescente i njihove obitelji.

Tercijarnu prevenciju čine liječenje i psihosocijalna rehabilitacija otkrivenih slučajeva ovisnika. Kroz tercijarnu prevenciju patronažna sestra pomaže u ponovnom uključivanju ovisnika u zajednicu nakon uspješno završenog programa rehabilitacije te pruža podršku u apstinenciji.

ODGOJNA I OBRAZOVNA ULOGA NASTAVNIKA ZDRAVSTVENE NJEGE U MEDICINSKOJ ŠKOLI VARAŽDIN

Nedostatan se ili neprikladan odgoj drži odgovornim za mnoga društvena zla, a sukladno se i tome odgoj vidi kao sredstvo koje ima potencijal spasiti društvo i omogućiti mu održivi razvoj. Proučavajući pedagošku i psihološku literaturu nameće se jedan važan zaključak: obrazovanjem se uče znanja i vještine, a odgojem se uče vrijednosti, stavovi i navike. Često se navodi kako je škola odgojno-obrazovna ustanova te sudeći po redoslijedu riječi u toj sintagmi odgoj bi trebao biti na prvom mjestu, no to nije tako. Promatramo li ocjenjivanje u školi, prijemne ispite, državnu maturu vidimo da se na-

glasak stavlja na provjeru znanja, prate se ocijene, a tek samo ponekad pridodaje se važnost i navikama, stavovima i vrijednostima učenika.

Poznato je da stavovi, znanja i načini ponašanja stečeni u adolescentnom razdoblju djeluju kroz cijeli život te se pred nastavnike kao aktivne sudionike odgoja nameće velika odgovornost. Prije je potreba pravilnog odgoja mladeži koji će uz razvijanje moralnih i etičkih načela, razviti osjećaj odgovornosti prema vlastitom zdravlju, a sva nam istraživanja pokazuju da potrebe mladih u tom području nisu kvalitetno zadovoljene.

KOJA JE STVARNA ULOGA NASTAVNIKA ZDRAVSTVENE NJEGE U PREVENCIJI RIZIČNOG PONAŠANJA UČENIKA

Podučavanjem budućih naraštaja medicinskih sestara – tehničara nekako se nameće samo po sebi da ti mladi ljudi koji su upisali tako ozbiljnu školu i odabrali za svoj budući posao tako zahtjevnu profesiju ne podliježu konzumaciji alkohola, cigareta i droga, te rizičnom spolnom ponašanju.

Učenici Medicinske škole Varaždin imaju kao i svi mladi u doba adolescencije neodoljivu potrebu doživjeti društvenu afirmaciju koju, velikim dijelom "vide" kroz divljenje članova grupe vršnjaka. Danas je jedan od aktualnih problema s kojima se suočava škola, iznenadno opijanje učenika na nekim zabavama, ekskurzijama među kojima su i nerijetko učenici koji ne spadaju u tako zvanu rizičnu skupinu. U školi se učenici koji uživaju alkohol mogu relativno lako prepoznati: ne prate normalno nastavu zbog vidljivo smanjenih intelektualnih mogućnosti, pospani su, odsutni, svadljivi, arogantni, skloni prekršajima discipline, imaju miris na alkohol i to ponašanje moraju nastavnici primjetiti i na takvo ponašanje reagirati. Nastavnici nezdravstvenog usmjerenja također sudjeluju u odgoju učenika, no veliki broj sati koje provode nastavnici zdravstvene njege u školi, a posebno u bolnici sa učenicima, proživljavanje neugodnih, emotivnih trenutaka uz krevet bolesnika dovodi do jedne bolje povezanosti i većeg uzajamnog povjerenja.

Visokoobrazovane medicinske sestre sa svojim specifičnim znanjima iz područja menadžmenta, javnog zdravstva i kliničkog sestrinstva dobar su odgovor na pitanje tko bi trebao provoditi zdravstveni odgoj u osnovnim i srednjim školama. Ideja Ministarstva znanosti, prosvjete i športa pokrenuta je 2006. godine kao pilot projekt, no nije postigla pravi odjek u društvu.

Na postavljena pitanja zašto mladi ne koriste savjetovališta, udruge za pomoć u Medicinskoj školi Varaždin dobivaju se u razgovoru sa adolescentima zanimljivih odgovori:

- najveća prepreka mladima koja gotovo uvijek zatvara vrata svakoj komunikaciji je potrebna uputnica ili novac za pregled ili sl.
- većina adolescenata smatra da ti stručnjaci zapravo za njih nemaju vremena
- primjećuju nezainteresiranost za adolescentske probleme,
- smatraju da će teže otići do ginekologa, psihologa ako su oni blizu njihovih obitelji
- smeta adolescente i što u se u svakom savjetovalištu treba najaviti a oni bi rado došli kad im treba savjet, pomoć, a to je i u neko drugo vrijeme

Pomoć adolescentima u Medicinskoj školi Varaždin pruža se kroz različite segmente:

- suradnja ravnateljice, pedagoginje i svih članova nastavničkog vijeća kontinuirana je i provodi se putem radionica, rasprava, stručnih usavršavanja iz područja pedagogije i odgoja
- nastavnici koji poučavaju zdravstvenu njegu i srodne predmete putem interaktivne nastave sa učenicima promiču prave vrijednosti društva a također i usađuju putem poučavanja učenika koja su obilježja „moralne, obrazovane i profesionalne medicinske sestre“
- nastava iz područja psihologije i metodike zdravstvenog odgoja organizirana je u obliku rada u malim grupama i parovima gdje učenici mogu iznijeti svoje potrebe i probleme
- korištenje u nastavi zdravstvene njege pomaže la koji približavaju učenicima svakodnevne probleme mladih i pokušavaju ih destigmatizirati (učenici gledaju video i raspravljaju o štetnosti konzumacije droge, drugog rizičnog ponašanja)
- suradnja sa djelatnicima Ministarstva unutarnjih poslova koji kroz radionice poučavaju učenike o vrstama opojnih sredstava, njihovoj štetnosti te o istom informiraju roditelje na roditeljskim sastancima kako bi roditelji pravovremeno prepoznali znakove i simptome konzumacije opioidnih sredstava
- kroz predmete ginekologija i zdravstvena njega potiče se učenice i učenike da promišljaju o spolno odgovornom ponašanju, te vježbama na bolničkom odjelu primjerima iz stvarnih života učenici uviđaju koje posljedice imaju neplanirane

maloljetničke trudnoće, spolno prenosive bolesti...

- učenici četvrtih razreda poučavaju učenike prvih i drugih razreda o spolno rizičnom ponašanju
- na satovima razredne zajednice kontinuirano se provode radionice o temama usmjerene potrebama: prehrana, rizična ponašanja, pubertet i adolescencija, spolno prenosive bolesti i reproduktivno zdravlje
- poučavanje roditelja na roditeljskim sastancima o rizičnim ponašanjima ali i o načinima učenja, rekreacije učenika...
- suradnja sa školskom medicinom kroz sistemat-ske preglede gdje se uočavaju neka zdravstvena odstupanja, te suradnja sa patronažnom medicinskom sestrom koja poznaje socijalne prilike učenika kod kuće, sudjeluje u radionicama, predavanjima

ZAKJUČAK

Podatci dobiveni istraživanjem ukazuju na veliku učestalost rizičnog ponašanja adolescenata, od konzumiranja alkohola, cigareta, droga, stupanja u spolne odnose. Također nas ovi podatci upućuju na nedostatak znanja adolescenata o štetnosti i mogućim posljedicama rizičnog ponašanja

Zaključno možemo reći da promotivno-preventivni rad treba provoditi svim raspoloživim načinima kako bi se podigla razina znanja, poboljšao stav i unaprijedila praksa u unapređenju zdravlja među mladim ljudima.

Kvalitetno sagledavanje i rješavanje suvremenih javno zdravstvenih problema, rizičnih ponašanja i specifične problematike adolescentne dobi biti će moguća jedino koordiniranim udjelom obitelji, sustava zdravstva, odgoja i obrazovanja, socijalne skrb MUP-a i i ostalih institucija i službi uz snažnu potporu lokalne zajednice.

Neophodne su sistemske, stručne, interdisciplinarne, intersektorske, dobro koordinirane i kontinuirane aktivnosti na polju primarne, sekundarne, tercijarne prevencije, represije i razvijanje resursa za suzbijanje problema rizičnog ponašanja adolescenata.

Sestrinska struka može dati veliki doprinos, na svim razinama, a osobito na području primarne i sekundarne prevencije, jer novim konceptom obrazovanja dobiva strukturu visokoobrazovanih stručnjaka koji mogu kompetentno participirati na području unapređenja zdravlja i prevencije bolesti.

LITERATURA

1. Bauehler, C., Gerared, J.M. (2002). Marital Conflict, Ineffective Parenting and Children's and Adolescent's
2. maladjustment. *Journal of Marriage and Family*, 64, 78-92.
3. Galić, J. i sur., (2001). Zloupotreba droga među adolescentima – rezultati istraživanja. Medicinska naklada, Zagreb
4. Hotujac, Lj. (1992). Zloupotreba sredstava ovisnosti prevencija i nadzor, Školska knjiga, Zagreb
5. Kovčo, I. (1999). Uloga obitelji u odabiru stila ponašanja kod mladih – alkoholizam roditelja. U: (Zbornik) Obitelj u suvremenom društvu. Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži, Zagreb, 201-207.
6. Kuzman, M., i sur. (2008). Europsko istraživanje o pušenju, alkoholu i drogama među učenicima, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb.
7. Lacković-Grgin, K. (1994). Samopoimanje mladih. Naklada Slap, Jastrebarsko.
8. Ljubotina, D., Galić, J. (2002). Obiteljski odnosi i konzumacija droga na populaciji adolescenata grada Zagreba. *Ljetopis studijskog centra socijalnog rada*, 9(2), 207-232.
9. Oetting, E.R., Beauvais, F. (1986). Peer cluster theory : Drugs and the adolescent. *Journal of counseling and development*, 65, 17
10. Raboteg-Šarić, Z., Sakoman, S., Brajša-Žganec, A. (2002). Stilovi obiteljskog odgoja,
11. slobodno vrijeme i rizično ponašanje mladih. *Društvena istraživanja*, 2-3 (58-59): 335-352.
12. Sakoman, S. (2009). Školski programi prevencije ovisnosti, Agencija za odgoj i obrazovanje, Zagreb, str. 31-38.
13. Sakoman, S. (2000). Mladi čovjek između ovisnosti i budućnosti. U: S. Baloban (ur.), *Izazovi civilnog društva u Hrvatskoj*, Centar za promicanje socijalnog nauka Crkve, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, str. 181-198.
14. Sakoman, S., Brajša-Žganec, A., Glavak, R. (2002). Indikatori ranog prepoznavanja visokorizične populacije hrvatske mladeži u odnosu na zlouporabu sredstava ovisnosti. *Društvena istraživanja*, 2-3 (58-59): 291-310.
15. Pastuović N. (1999). *Edukologija: integrativna znanost o sustavu cjeloživotnog obrazovanja i odgoja*. Zagreb: Znamen
16. Luketin, dalma; Sunko, Esmeralda (2006). *Kako?: kreativnim radionicama kreiramo odgoj*. Split: Liga za borbu protiv narkomanije
17. Zloković, Jasminka; Dečman Dobrnjič Olga (2008). *Djeca u opasnosti! : odgovornost obitelji, škole i društva*. Zagreb: Hrvatski pedagoško- književni zbor
18. http://www.hdod.net/rad_drustva/NACRT%20-%20Suzbijanje%20zlouporabe%20droga%20u%20RH%202006-2012.pdf

GRIPA H1N1

PROTUEPIDEMIJSKE MJERE NA RAZINI BOLNIČKE INSTITUCIJE

UVOD

Gripa je infektivna bolest poznata od davnina. Nekoliko puta u povijesti je izazvala takav pobol koji je završio smrtnim ishodom za milijune ljudi. Godine 1918. tzv. "Španjolska gripa" odnijela je više života nego što je poginulih u Prvom svjetskom ratu, te je zapamćena kao najgora pandemija u povijesti. Procjenjuje se da je taj broj najmanje 50 milijuna (Johnson, 2002). Ne tako davno 2006. godine zabrinjavajuća je bila pojava virusa gripe A/H5N1/ u peradi i opravdana bojazan da bi se virus mogao prenijeti na čovjeka, ali je to ipak ostala bolest velikih brojeva isključivo u ptica (WHO, 2006). Jedna od karakteristika gripe je promjenjivost genoma virusa i zbog toga je nepredvidiv tijek bolesti, kao što je nepredvidivo koje razmjere će epidemiološki poprimiti. Globalno povezivanje svijeta doprinijelo je širenju pandemijske gripe uzrokovane virusom H1N1 kroz čitavi svijet u prošloj sezoni 2009/2010. Iskustva koja su imale druge zemlje nisu zaobišla Hrvatsku i iako bi bilo za očekivati trezveno razmišljanje, bio je izražen veliki strah ljudi, a mediji su nerijetko prenosili informacije u obliku najstrašnijih scenarija. Prošle smo godine dobili ubrzanom procedurom proizvedeno cjepivo "Focetria" i "Pandemrix" koje je ponovno izazvalo vrlo kontroverzne stavove prema cijepljenju. Sve su to elementi scenarija kako smo dočekali ovu sezonu gripe.

Gripa – elementarna nepogoda?

Pandemije se šire diljem svijeta kao valovi mjesećima, a ponekad i godinama. Isto tako različite su i posljedice; pandemija virusom influence može biti tisuću puta smrtonosnija od najjačeg uragana. Ipak, to je nepogoda za koju se možemo pripremiti i za koju ipak imamo raspoloživa sredstva za borbu, a to su:

– informiranost

- cijepljenje i informiranost o cijepljenju
- antivirusni lijek *oseltamivir* ("Tamiflu") koji primijenjen u ranoj fazi bolesti djeluje protuinfektivno i smanjuje mogućnost komplikacija
- primjena higijenskih mjera i razumne izolacijske mjere

Protuepidemijske mjere provode se na globalnoj razini, na nacionalnoj razini, na lokalnoj razini i na razini zdravstvenih institucija.

Nacionalna razina:

- osigurati dovoljnu količinu cjepiva, organizirati cijepljenje za kronične bolesnike i zdravstveno osoblje
- osigurati dovoljnu količinu antivirusnog lijeka
- organizirati praćenje incidencije, epidemiološke analize i interpretacije
- organizirati dijagnostiku HZJZ i liječenje kompliciranih slučajeva

Lokalna razina:

- osigurati distribuciju cjepiva i lijekova
- protuepidemijski Plan aktivnosti grada Zagreba za provođenje nacionalnog plana pripremljenosti za pandemiju gripe za razdoblje 2009.-2011. godine
- zaštita ugroženih skupina
- distribucija informativnih letaka, akcije informiranja javnosti

Bolnička razina:

- osigurati cjepivo, organizirati i provoditi cijepljenje zdravstvenih djelatnika, evidentirati nuspojave cijepljenja
- osigurati antivirusne lijekove
- nabaviti zaštitna sredstva: maske, respirator maske, zaštitne mantile i pregače u dovoljnoj količini

- organizirati praćenje i izvještavanje o incidenciji oboljelih na razini bolnice, definirati zadatke i odgovornosti = Povjerenstvo za zaštitu od gripe
- organizirati trijažu bolesnika na razini hitnih ambulanti i opremiti izolirani prostor za pregled i opservaciju bolesnika
- provođenje mjera izolacije kod oboljelih (izdvojiti oboljele od ostalih bolesnika)
- organizirati provođenje dijagnostičkog postupka i pregleda za suspektne slučajeve među bolesnicima i među bolničkim osobljem
- zdravstvenom osoblju omogućiti bolovanje
- ograničenje bolničkih posjeta

Provođenje protuepidemijskih mjera u KB Dubrava 2010./2011.

PRED - EPIDEMIJSKE MJERE

Informiranje – svake godine pred sezonu pojave gripe u listopadu organizira se predavanje na razini bolnice u suradnji sa Nacionalnim centrom za gripu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo predavanje o novostima, o epidemiološkom predviđanju i cijepljenju. Zdravstvenim djelatnicima se pruža mogućnost da saznaju što ih zanima i da ih se potakne na cijepljenje. Ove godine predavanje je održano 27.10.2010. godine.

Cijepljenje – nabavljeno je cjepivo “*Fluimun*” od Imunološkog zavoda, trovalentno cjepivo za sezonu 2010./2011. prema preporuci SZO i EU za sjevernu hemisferu.

Cijepljenje se provodi u ambulanti za cijepljenje od početka studenoga u vrijeme od 12 – 14.30 svaki radni dan. Dolazak je omogućen svim djelatnicima (smjenski rad, dežurstva...) Cijepi se i nezdravstveno osoblje, svi zainteresirani. Ove sezone period cijepljenja smo produžili čak i u veljaču. Do sada je cijepljeno 227 djelatnika KB Dubrava.

Mišljenja smo da treba ustrajati u motiviranju zdravstvenih djelatnika za cijepljenje, jer bolja procijepljenost smanjuje mogućnost bolovanja i izostanka s posla, s druge strane zaštitujemo ugroženu bolničku populaciju od prijenosa infekta sa osoblja na pacijenta i moguće infekcije gripe.

Trijaža i izolacija – ambulate za hitni prijem bolesnika dobile su upute o postupku kod sumnje na gripu, pribor za uzimanje uzoraka za dijagnosticiranje, osiguran je prostor izolacije kod potrebe duže opservacije bolesnika – prostor je opremljen svim sredstvima za pružanje potrebite skrbi do odluke

o hospitalizaciji. Prostor je pripremljen prije prvog slučaja gripe u KBD.

Sredstva – u Bolničkoj ljekarni bile su rezerve antivirusnog lijeka još od prošle sezone, zaštitna sredstva dostupna u dostatnoj količini. U siječnju je nabavljen *oseltamivir* u dodatnoj količini (200 kutija) od Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba.

PROTUEPIDEMIJSKE MJERE

Prvi slučaj gripe pojavio se 03.01. na Odjelu reumatologije.

07.01. Ravnatelj KB Dubrave je imenovao Povjerenstvo za zaštitu od gripe. Sačinjavaju ga pomoćnik ravnatelja za stručna pitanja (hematolog), predsjednica Povjerenstva za bolničke infekcije (mikrobiolog), infektolog, glavna sestra Bolnice, glavna sestra Interne klinike i sestra za nadzor bolničkih infekcija. Određene su zadaće svakoga u timu:

- Svakodnevne izvide na bolesničke odjele, konzultacije i komunikaciju sa odjelima i ambulantama za hitni prijem obavljali su timski *infektolog* i *sestra za bolničke infekcije*.
- Uzimanje uzoraka, slanje materijala, prikupljanje i distribuciju nalaza - *sestra za bolničke infekcije*.
- Pripremanje prostora za izolaciju bolesnika osiguravanje sredstava zaštite, nadzor i reguliranje posjeta – *glavne sestre bolesničkih odjela*.
- Dojave o sumnjivim slučajevima – *glavne sestre bolesničkih odjela i odjelni liječnici*.
- Nadzor nad provođenjem mjera, nadzor nad sredstvima i racionalnim korištenjem resursa, praćenje pobola zdravstvenih djelatnika zbog organizacije službe – *glavna sestra bolnice*.
- Trijaža, dijagnostika, organiziranje opservacije i obrada bolesnika u ambulanti hitne službe – *dežurni liječnik u hitnoj službi* i *glavna sestra hitne ambulate*.
- Dojava o suspektim slučajevima timu - *glavna sestra hitne ambulate*.

Dijagnostika – uzima se bris nazofarinksa i bris ždrijela. Uzorci uronjeni u transportni medij po Hanksu dostavljeni su hitno u laboratorij. Uzorci su uzimani odmah kod postavljene sumnje na gripu. Isprva svim sumnjivim pojava febriliteta, kasnije od 04.02. isključivo kod klinički postavljene sumnje na gripu i kod pneumonije (zbog ograničenih resursa u HZJZ).

Sve postupke mikrobiološke analize uzoraka učinjene su na HZJZ u Nacionalnom centru za gripu uz izuzetno brzu povratnu informaciju. Analize su

učinjene na teret sredstava HZJZ vezano uz projekt protuepidemijskih mjera.

Liječenje

Odluka o hospitalizaciji ovisi o stanju bolesnika i komorbiditetu, zaprimani su slučajevi u kojih su moguće nepredvidive komplikacije gripe ili osnovne bolesti

Najveći izazov je osigurati sobu za **izolaciju** bolesnika. S obzirom da se radi o infekciji koja se prenosi kapljičnim putem i vrlo kontagioznom uzročniku potreba je bolesnika izdvojiti iz višekrevetne sobe i pružiti sigurnu skrb bolesnicima koji su imunokompromitirani ili se liječe lijekovima koji mogu imati imunosupresivni učinak. U slučaju da su bolesnici bili u zajedničkom prostoru sa oboljelim kod potvrđenih slučajeva provodili smo kemoprofilaksu *Oseltamivirom* 1x1 kaps. / 3 - 5 dana prema procjeni kliničkog infektologa.

Konfirmirani slučajevi gripe liječeni su *Oseltamivirom* 2x1 caps. / 5 dana, isto toliko su trajale izolacijske mjere.

Svaki sumnjivi slučaj prijavljen je bolničkom povjerenstvu, infektolog je pregledao bolesnika, medicinska sestra uzela odgovarajuće uzorke.

Nalazi su javljani telefonski u roku 24 – 48 sati na odjel, o tome je ovisila dužina liječenja.

Informiranje

Svim bolesničkim odjelima upućeni su dopisi o postupanju kod sumnje na gripu.

Osigurana je dostupnost infektologa i sestre za bolničke infekcije telefonom 24h / 7d.

Podijeljeni su informativni leci za bolesnike u prostorima čekaonica.

Posjete

Posjete dobivaju upute o pranju i obaveznoj dezinfekciji ruku, na snazi je reduciranje broja posjeta i ograničenje vremena posjeta. Više treba inzistirati u nadzoru nad provođenjem ovih mjera, što ovisi o opterećenju osoblja u popodnevnoj smjeni.

INCIDENCIJA I ISHOD LIJEČENJA

U KBD je u periodu od 01.01. do 15. 02. obrađeno 46 slučajeva kod kojih je postavljena sumnja na gripu. Od toga je u 19 nalaz briseva bio pozitivan. Zaprimljeno i liječeno u KB Dubrava je 11 bolesnika kod kojih su bile prisutne druge bolesti i klinička slika gripe već razvijena.

Kod 3 bolesnika je učinjena obrada u hitnoj ambulanti KB Dubrava i poslani su na kućno liječenje. Dva bolesnika iz hitne ambulante upućena su na liječenje u Kliniku za infektivne bolesti.

Najveći broj oboljelih – 3 liječeni su na Odjelu za endokrinologiju. Među dijaliziranim bolesnicima sa potvrđenom gripom H1N1 bila su tri slučaja (različiti termini hemodijalize i pobola, jedan pacijent je na peritonejskoj dijalizi). Na Klinici za psihijatriju liječena su dva bolesnika kod kojih se pojavio febrilitet nakon vikenda kod kuće. Jedan je imao razvijenu pneumoniju.

Od ukupnog broja oboljelih jedna je bolesnica oboljela od gripe, iako je bila cijepljena (terapija kortikosteroidima radi osnovne bolesti).

Iako nije lako omogućiti izolacijsku sobu nije zabilježen kros prijenos među bolesnicima.

Među osobljem bilo je oboljelih sa gripom ili gripi sličnih simptoma ali samo u malom broju su se javili timu, jer je većina kod pojave simptoma ostala na kućnom liječenju. Imali smo četiri slučaja sa potvrđenom gripom uzrokovanom virusom H1N1.

ZAKLJUČAK

Dobra organizacija i provođenje protuepidemijskih mjera na razini bolničke ustanove neophodna je u pružanju sigurne skrbi bolesnicima.

Pravovremeno uočavanje, otkrivanje i liječenje može smanjiti rizik od pojave ozbiljnih, pa čak i letalnih komplikacija gripe koju smo mogli svjedočiti u ovogodišnjoj epidemiji.

Iako nije zabilježen velik broj slučajeva hospitaliziranih bolesnika u KB Dubrava može se reći da su rezultati liječenja antivirusnom terapijom bili zadovoljavajući i nije bilo slučajeva koji su zahtijevali mjere intenzivnog liječenja.

Među zdravstvenim osobljem treba i dalje razvijati svijest o potrebi zaštite cijepljenjem zbog osobne sigurnosti ali i zbog zaštite ugroženih skupina pacijenata.

Praćenje pobola među zdravstvenim djelatnicima i pružanje adekvatne pomoći neophodne su mjere da bi se smanjio broj oboljelih, dužina liječenja i izostanci s posla.

LITERATURA

1. Johnson NP, Mueller J. Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "Spanish" influenza pandemic. Bull Hist Med. 2002 Spring;76(1):105-15. Preuzeto sa <http://www>.

- ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11875246, Preuzeto 23.02.2011.
2. Avian influenza ("birdflu") – Factsheet, January 2006. Preuzeto sa http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/avianinfluenza_factsheetJan2006/en/index.html, Preuzeto 23.02.2011.
 3. Plan aktivnosti grada Zagreba za provođenje nacionalnog plana pripremljenosti za pandemiju gripe za razdoblje 2009.-2011. godine, Zagreb, ožujak 2009.
 4. Kamps BS, Hoffmann C, Preiser W, Knjiga o gripi, Preuzeto sa <http://www.gripa.hr/> prilagođen i preveden tekst Influenza Report 2006, www.InfluenzaReport.com, Flying Publisher 2006. Preuzeto 23.02.2011.
 5. Best practice 2009 Influenza A (H1N1) British Medical Journal, Preuzeto sa <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/1178.html>, Preuzeto: 23.02.2011.
 6. <http://www.flu.gov/> Preuzeto: 23.02.2011.
 7. <http://www.cdc.gov/h1n1flu/>, Preuzeto: 23.02.2011.
- Zarazne bolesti / *Gripa u Hrvatskoj 2010./2011.* <http://www.hzjz.hr/>, Preuzeto: 23.02.2011.

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S PLUĆNOM EMBOLIJOM

“Plućna embolija nije bolest. Ona je komplikacija duboke venske tromboze.”

(Ken Moser, MD.)

Duboka venska tromboza (DVT) i plućna embolija (PE) predstavljaju dvije kliničke manifestacije iste bolesti. Venska tromboza nije smrtonosna bolest, međutim njena komplikacija - plućna embolija može biti fatalna. Neizbježno je naglasiti da je plućna embolija uvijek hitno stanje. Tromboza predstavlja jedan od vodećih uzroka morbiditeta i mortaliteta u suvremenom svijetu. Tromboembolije uzrokuju više smrti godišnje nego AIDS, karcinom dojke i prometne nesreće zajedno. Neka istraživanja pokazuju da oko 70% ljudi u razvijenim zapadnim zemljama umire od izravnih i/ili neizravnih posljedica tromboze.

Plućna embolija (PE) je posljedica opstrukcije plućne arterije stranim tijelom kao što je krvni ugrušak (trombotička PE), mast, zrak, tumorsko tkivo, strani materijali – kateteri, talk, metak, dijelovi umjetnih zalistaka (netrombotička PE). Naziv “*plućna embolija*” ocrtava tek dio zbivanja. Naime, to je znatno veći cirkulacijski nego plućni incident, jer je srce naglo i teško opterećeno i ugroženo. Plućna embolija je toliko učestala i smrtonosna da na nju treba posumnjati kod svakog bolesnika s bilo kojim simptomom u prsnoj koži koji dokazano nema drugi uzrok, a osobito kod bolesnika nakon operacije, ozljede, kod žena nakon poroda te, bez iznimke, u bolesnika s dubokom venskom trombozom.

Plućna embolija je na trećem mjestu uzroka smrti kod kardiovaskularnih bolesnika. Smrtnost se može smanjiti brzom dijagnozom i terapijom. Većina bolesnika (45-90%) umiru unutar dva sata od početka simptoma. Pravovremena i adekvatna terapija smanjuje smrtnost za 2 - 8%.

Tijek nastanka plućne embolije (tromboembolije)

→ ugrušak iz dubokih vena nogu, zdjelice ili ruku
→ embolizacija pluća → opstrukcija plućnih krvnih žila i otpuštanje vazoaktivnih čimbenika → povećanje plućne vaskularne rezistencije → disfunkcija desne klijetke (hipertenzija, ishemija i hipokinezija) → neadekvatna oksigenacija i smrt.

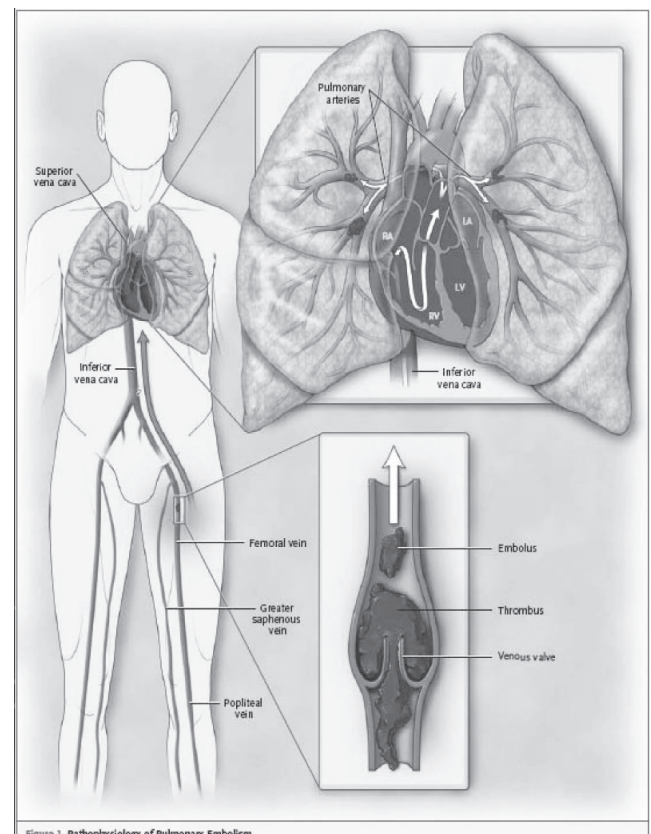


Figure 1. Pathophysiology of Pulmonary Embolism.

U etiologiji plućne embolije vodeću ulogu imaju nasljedni i stečeni čimbenici rizika.

- NASLJEDNI ČIMBENICI RIZIKA ZA NASTANAK PLUĆNE EMBOLIJE :
 - manjak faktora V
 - manjak antitrombina

- manjak proteina C
- manjak proteina S
- mutacija protrombina
- STEČENI ČIMBENICI RIZIKA ZA NASTANAK PLUĆNE EMBOLIJE :
 - dob
 - debljina
 - imobilizacija
 - trauma
 - stanje poslije operacije
 - trudnoća
 - uzimanje estrogena
 - hematološke bolesti...

Klinička slika plućne embolije, odnosno njeni hemodinamski učinci, zavise od površine plućne vaskularne mreže koja je isključena iz cirkulacije, ali i prethodnog stanja kardiovaskularnog i respiratornog sustava. Kod bolesnika s već oštećenom kardiorespiratornom funkcijom i relativno manje plućne embolije izazvati će teške hemodinamske posljedice.

Prema težini kliničke slike i stupnju opstrukcije plućne cirkulacije plućna embolija može se podijeliti na:

- masivna > 50% plućne cirkulacije
- nemasivna < 50% plućne cirkulacije
- plućni infarkt

Smjernice iz 2008. godine naglasile su potrebu zamjene dosadašnjih pojmova (masivna, nemasivna, submasivna) sa stupnjevima rizika rane smrtnosti uslijed plućne embolije:

1. plućne embolije visokog rizika
2. plućne embolije srednjeg rizika
3. plućne embolije niskog rizika

Dijagnoza plućne embolije ne može se postaviti samo na temelju kliničkog pregleda jer nema nijednog simptoma i znaka koji je izrazito specifičan za plućnu emboliju.

Simptomi:

- zaduha
- bol u prsima
- nelagoda
- kašalj
- hemoptiza
- preznojavanje

Dijagnostički postupci:

- EKG
- ABS
- Rtg snimka pluća
- Doppler (U/S) donjih udova
- ventilacijsko-perfuzijska scintigrafija pluća (V/Q scan)
- CT-angiogram (spiralni CT odnosno MS-CT)
- Angiografija („zlatni standard” u dijagnostici PE)
- Magnetska rezonancija (angiografija)
- Ehokardiogram

Liječenje plućne embolije:

- antikoagulansi
- trombolitici
- ICV filter (vena kava filter)
- trombektomija

Antikoagulansi :

- heparin (nefrakcionirani)
- niskomolekularni heparin (LMWH)
- direktni inhibitori trombina
- inhibitori faktora X a
- antagonisti vitamina K (oralni antikoagulansi - varfarin).

Antikoagulacijska terapija smanjuje stopu smrtnosti plućne embolije (sa 30 % na manje od 10%) tako što usporava ili sprječava daljnji rast ugruška i smanjuje rizik od nastanka tromboembolije. Rana antikoagulantna terapija heparinom je toliko važna da bi je trebalo primijeniti odmah nakon postavljanja sigurne dijagnoze plućne embolije, kao i kod temeljite sumnje kod bolesnika s visokim rizikom za trombozu. Niskomolekularni heparin (LMWH) ima predvidljiviji odnos između doze i učinka od nefrakcioniranog heparina te ne zahtijeva laboratorijsko praćenje ili prilagođavanje doze, ukoliko je doziranje temeljeno na bolesnikovoj tjelesnoj težini (100 jedinica/kg svakih 12 sati). Također postoji manji rizik za nastanak trombocitopenije. Niskomolekularni heparin danas se koristi kao prva linija terapije. Najčešće korišteni oralni antikoagulant je Varfarin. Varfarin se uvodi u terapiju zajedno s heparinom ili LMWH, najčešće drugi ili treći dan te se primjenjuju zajedno („terapija preklapanja”) dok INR ne dosegne > 2 (ciljna vrijednost INR je između 2-3).

Medicinska sestra je neizostavni dio tima koji se brine o bolesniku s plućnom embolijom. Postoji široki spektar sestrinskih dijagnoza i sestrinskih intervencija specifičnih u zbrinjavanju bolesnika s

plućnom embolijom. Neophodno je spomenuti da je u planiranju zdravstvene njege iznimno važan individualan pristup pacijentu.

SESTRINSKE DIJAGNOZE

- Dispnea
- Smanjena mogućnost brige za sebe
- Nesanica
- Inkontinencija
- Nedostatak znanja u/s tijekom i ishodom bolesti (plućna embolija)
- Visok rizik za krvarenje u/s primjenom antikoagulantne terapije
- Bol u/s osnovnom bolešću

DISPNEA

Cilj:

- perfuzija tkiva biti će zadovoljavajuća, bolesnik će imati znakove normalne perfuzije tkiva (Sp O₂ iznad 90%, odsutnost cijanoze, normalan ritam i frekvencija pulsa, odsutnost psihičke uznemirenosti, odsutnost dispneje)

Intervencije:

- smjestiti bolesnika u odgovarajući položaj
- kontrola vitalnih znakova (disanje, temp., RR)
- evidencija promjene disanja
- monitoring bolesnika, EKG
- monitoring lab. vrijednosti ABS, Sp O₂, hematokrit, hemoglobin
- praćenje boje i vlažnosti kože
- primjena terapije kisikom
- primjena lijekova prema odredbi liječnika
- voditi listu balansa tekućine i elektrolita
- odrediti raspored aktivnosti i odmora
- umanjiti strah i anksioznost razgovorom
- uspostaviti pozitivnu komunikaciju i odnos povjerenja
- pripremiti potreban pribor za intubaciju

SMBS

Cilj:

- bolesnik će očuvati najvišu moguću razinu kognitivne kontrole
- razumjeti će što se događa i zašto mu je potrebna pomoć, očuvati će samopouzdanje i samopoštovanje te prihvatiti pomoć drugih osoba
- sudjelovati će u odlučivanju o njezi u skladu sa svojim mogućnostima

- zadovoljiti će svoje osnovne ljudske potrebe bez komplikacija, iscrpljenosti, pogoršanja stanja, ozljede, nelagode, gubitka dostojanstva...

Intervencije:

- prikupiti podatke o tome kako pacijent doživljava novonastalo stanje i ovisnost o drugima
- dogovoriti što bolesnik može i smije učiniti sam, osigurati potrebna pomagala
- promatrati vitalne znakove i simptome umora i iscrpljenosti
- omogućiti dostupnost hrane, pića, pribora za higijenu nadohvat ruke
- osigurati privatnost

NESANICA

Cilj:

- bolesnik će prospavati noć bez buđenja
- bolesnik će spavati 8 sati

Intervencije:

- otkrivanje i liječenje potencijalnih medicinskih i psiholoških problema koji uzrokuju nesanicu
- identifikacija i sprječavanje oblika ponašanja koji mogu pogoršati ili izazvati nesanicu
- osigurati optimalne mikroklimatske uvjete
- osigurati lagani obrok prije spavanja
- pravilna primjena lijekova za spavanje te praćenje njihovog djelovanja i mogućih nuspojava

VISOK RIZIK ZA NASTANAK KOMPLIKACIJA SMANJENE POKRETLJIVOSTI

1. OŠTEĆENJE KOŽE
2. OPSTIPACIJA
3. INFEKCIJA
4. SMANJENO PODNOŠENJE NAPORA
5. POREMEĆAJ PERIFERNE CIRKULACIJE
6. OZLJEDE, PAD

Cilj:

bolesnik će:

- očuvati najveću moguću razinu kognitivne kontrole (razumjeti će što se događa i zašto mu je potrebna pomoć, očuvati će samopouzdanje, prihvatiti pomoć drugih)
- očuvati funkciju sustava za kretanje
- očuvati normalnu funkciju dišnog sustava

- bolesnik će imati očuvati cirkulaciju
- bolesnikova koža će biti neoštećena, neće dobiti dekubitus
- redovito će imati stolicu
- neće se ozlijediti (neće pasti)

Intervencije:

- Prikupiti podatke o razini bolesnikova znanja o bolesti, kako objašnjava i kako doživljava sadašnje stanje i ovisnost o drugima
- Provjeriti što želi znati, poticati ga da postavlja pitanja, odgovarati mu točno i iskreno
- Objasniti mu sadašnje stanje i uzroke takva stanja
- Poticati sudjelovanje u vlastitoj njezi – sprječavanju komplikacija
- Poticati ga da sam donosi odluke o sebi
- Podučiti i / ili smjestiti ga u pravilan i prikladan položaj
- Podučiti ga ili pomoći mu pri promjeni položaja svaka 2 sata
- Izbjegavati trenje kože prigodom promjene položaja; podučiti ga kako će sam mijenjati položaj, a pritom izbjeci trenje
- Održavati kožu suhom i čistom
- Upotrebljavati pomagala za sprječavanje dekubitusa
- Osigurati potrebna pomagala (trapez)

INKONTINENCIJA

Ciljevi:

bolesnik će:

- razumjeti problem, njegove uzroke i načine na koje mu se pomaže
- sudjelovati u planiranju i provođenju programa sukladno svojim mogućnostima
- primjenjivati postupke za ublažavanje posljedica inkontinencije
- uspostaviti djelomičnu ili potpunu kontrolu nad inkontinencijom; smanjiti broj epizoda inkontinencije
- pozitivno misliti o sebi

Intervencije:

- utvrditi ritam i učestalost mokrenja
- procijeniti okolinske čimbenike (nedostupno zvonice, krevet)
- procijeniti osobne čimbenike: oslabljen vid, kognitivni deficit, smanjena pokretnost
- regulirati stolicu, spriječiti opstipaciju

- dogovoriti promjenu lijekova (sedativa, diuretika) ili vremena njihove primjene
- rasporediti uzimanje tekućine usklađeno s najpovoljnijim okolnostima za mokrenje

NEDOSTATAK ZNANJA U/S TIJEKOM I ISHODOM BOLESTI (PLUĆNA EMBOLIJA)

Ciljevi:

bolesnik će:

- razumjeti što se događa i zašto mu je potrebna pomoć, prihvatit će pomoć drugih
- znati opisati uzrok, znakove i simptome plućne embolije te komplikacije
- razumjeti važnost prestanka pušenja, održavanja normalne tj. težine
- znati koje lijekove uzima, te koje su nuspojave tih lijekova
- razumjeti važnost redovitih laboratorijskih kontrola
- znati prepoznati simptome i znakove koji iziskuju liječničku kontrolu

Intervencije:

- saznati što zna o svojoj bolesti, kako doživljava sadašnje stanje
- provjeriti njegovo razumijevanje kroz njegovu prezentaciju naučenog
- u edukaciji uključiti i obitelj bolesnika
- motivirati bolesnika i obitelj na učenje, poticati na postavljanje pitanja i osigurati im odgovore
- prilagoditi učenje kognitivnim sposobnostima
- poticati na redovito uzimanje propisane terapije
- educirati što učiniti u slučaju recidiva
- omogućiti da verbalizira svoje strahove i osjećaje
- educirati bolesnika i obitelj na važnost promjene životnog stila
- poticati obitelj da bude podrška bolesniku
- educirati pacijenta o lijekovima koje ne smije uzimati (salicilati, steroidi i nesteroidni protuupalni lijekovi koji pojačavaju djelovanje antikoagulanasa)

VISOK RIZIK ZA KRVARENJE U/S PRIMJENOM ANTIKOAGULANTNE TERAPIJE

Intervencije:

- educirati o redovitom promatranju kože, sluznice i izlučevina zbog pravodobnog zapažanja spontanog i provociranih krvarenja

- educirati o mogućnosti pojave crveno-narančaste boje urina kao posljedica djelovanja varfarina
- educirati o mogućim nuspojavama i rizicima uzimanja antikoagulantne th.
- educirati o važnosti kontrole koagulograma, te pratiti njegov nalaz
- u pripremi imati antidote (protamin sulfat za heparin, vit. K za dicumarol)
- izbjegavati invazivne zahvate, i.m. injekcije
- koristiti meku četkicu za zube
- muškarcima savjetovati brijanje el. aparatom
- prilikom punkcije vene ili arterije vršiti kompresiju 10 min.
- izbjegavati laksative koji djeluju na apsorpciju vitamina K

BOL

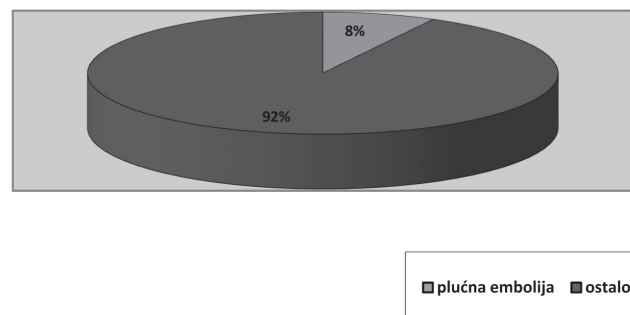
Cilj:

- bolesnik će verbalizirati olakšanje boli na skali boli od 0 – 10
- bolesnik će prepoznati aktivnosti koje smanjuju ili pojačavaju nelagodu
- Intervencije:
- Procijeniti doživljaj boli: intenzitet, lokaciju i srodne simptome,
- Ublažavanje straha i anksioznosti ;
- pružiti podršku ;
- podučiti relaksaciji
- Uspostaviti odnos povjerenja i pokazati bolesniku kako mu vjerujete: pokazati mu da sve što ga pitate ne činite kako biste provjerili govori li istinu, nego kako biste bolje razumjeli njegovu bol,
- Predočiti bolesniku sve postupke koji se mogu primijeniti za ublažavanje boli,
- Primijeniti propisane analgetike; pratiti učinkovitost i neželjene učinke analgetika; sprječavati i ublažavati negative učinke – sedaciju, opstipaciju, mučninu i povraćanje, suha usta,
- Uspostavljanje i vođenje dokumentacije o boli,
- Osigurati mirnu i ugodnu okolinu,
- Planiranje i primjena nemedikamentnih postupaka za ublažavanje boli (psihoterapija, otklanjanje pozornosti, stimulacija),
- Praćenje uspješnosti ublažavanja boli (tablice, skale),
- Planiranje i provođenje cjelokupne njege uvažujući postojanje boli.

Zbog lakšeg razumijevanja pojavnosti plućne embolije, prikazujemo statističke podatke iz KB Du-

brava. U Klinici za unutarnje bolesti tijekom 2010. godine evidentirano je 106 bolesnika s dijagnozom plućne embolije. Ukupno 61 pacijent zbrinut je u Jedinici intenzivnog liječenja, što čini 8% liječenih u JIL-u (725 bolesnika u 2010.god, slika1.)

Slika 1.



Prema nekim statističkim pokazateljima omjer oboljelih žena u odnosu prema muškarcima je 3:2. Povećanom su riziku izložene osobe koje su nakon operacije nepokretne i dulje vezane uz mirovanje u krevetu. Tromboza dubokih vena i plućna embolija uzrok su otprilike 5% smrti - obično kao komplikacija neke druge teške bolesti, npr. karcinoma. Iz svega navedenog može se zaključiti da je incidencija plućne embolije u porastu. Godišnja incidencija u općoj populaciji (uključujući sve dobne skupine) je 1:1000 ili u 1% hospitaliziranih bolesnika. Dakle, u Hrvatskoj se "očekuje" oko 4 500 plućnih embolija godišnje. Teritorijalnom razdiobom KB Dubrava skrbi za približno 200 000 stanovnika, što podrazumijeva godišnjom incidencijom oko 200 plućnih embolija. Točna dijagnoza tromboze i plućne embolije je iznimno važna. Ako nije dijagnosticirana i adekvatno liječena može biti fatalna ili prouzročiti ozbiljne komplikacije. Sestrinska skrb u bolesnika s plućnom embolijom mora se odvijati prema procesu zdravstvene njege. Kod takvih bolesnika treba razmotriti mnogobrojne sestrinske dijagnoze. Adekvatno provođenje sestrinskih intervencija iziskuje od medicinskih sestara visoku razinu educiranosti, što će se naposljetku odraziti u kvaliteti zdravstvene njege.

LITERATURA

1. Vrhovac, B. i sur. Interna medicina, Naknada Ljevak Zagreb 2008.
2. Gamulin, S., Marušić M., Kovač Z. i sur.: Patofiziologija, Medicinska naknada Zagreb 2005.
3. Ozimec, Š. Zdravstvena njega internističkih bolesnika (nastavni tekstovi).Zagreb, Zdravstveno veleučilište, 2008.

- | | |
|--|--|
| 4. Fućkar, G. Proces zdravstvene njege. Zagreb 1992. Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu | 5. Fućkar, G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb. 1996. Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju |
|--|--|

MEDICINSKE SESTRE UNUTAR ZEMALJA EUROPSKE UNIJE

Sažetak

Sestrinstvo je profesija koja obiluje izazovima što ih nose svakodnevna nova teorijska i praktična saznanja. Mnogi mladi ljudi koji se odlučuju za sestrinstvo, to zanimanje osjete kao poziv i posao koji žele raditi te koji ih ispunjava. Za vrijeme školovanja ili studiranja, nailaze na mnoge poteškoće u obrazovanju, uviđaju nepravde i različitosti u obrazovanju u odnosu na druge zemlje Europske unije. Studenti unutar Europske unije su mobilniji i jedan dio svog studija mogu provesti studirajući na visokom učilištu u inozemstvu, te imaju drugačiji sustav financiranja školarina i stipendija.

U radu će biti prikazani Studiji sestrinstva u nekim od Europskih zemalja, kao i rezultati ankete o percepciji studenata vezanih uz EU, a provedene među studentima Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu i Visoke škole za zdravstvene vede u Mariboru.

Ključne riječi: sestrinstvo, obrazovanje, Europska unija

Uvod

Teoretski i praktički, mnoge stvari vezane uz obrazovanje čini nam se da se ponekad lakše odvijaju u zemljama Europske Unije. Sve zemlje Europske Unije imaju jednake direktive koje su postignute zajedničkim dogovorom. Znači, student sestrinstva, primjerice, u Švedskoj mora na kraju studiranja skupiti 180 bodova, isto kao i student u Njemačkoj, ali i u Hrvatskoj. Diploma koja se dobije u zemljama Europske Unije važeća je u cijelom svijetu. Također, fakulteti u zemljama Europske Unije naročito potiču međunarodnu razmjenu studenata, pa su mnoge zemlje uključene u ERASMUS program. Najveća prepreka za studiranje i zapošljavanje licencirane medicinske sestre u nekoj drugoj Europskoj zemlji je strani jezik. Zdravstveni centri u EU imaju direktive koje određuju djelokrug rada različitih zdravstvenih radnika (1). Upravo zbog toga, Njemačka i Velika Britanija slove kao zemlje u kojima medicinske sestre imaju veće mogućnosti za na-

predovanje, ali slove i boljom opremljenošću, nego u Hrvatskoj. Budući da interes za studij sestrinstva raste, javljaju se i nove specijalizacije i programi, posebno u području visokog sestrinskog obrazovanja. Javljaju se i problemi opreme studenata s visoko kvalitetnim edukacijskim materijalom, razvojem projekata za kontinuiranu edukaciju, te poboljšanje odnosa između procesa edukacije i zapošljavanja. Zapadnoeuropske zemlje imaju dostupne fakultete za medicinske sestre od 1950.-ih (Fakultet sestrinstva u Edinbourghu). Uspriko tome, zemlje centralne i istočne Europe su trenutno puno više razvijenije na području visokog školstva za medicinske sestre (2).

Visokim obrazovanjem željelo se postići da svi segmenti ujedinjene Europe djeluju uravnoteženo i usklađeno. Upravo je takav način razmišljanja doveo do zamisli o stvaranju Europskog prostora visoke naobrazbe. Hrvatska je tzv. Bolonjsku deklaraciju potpisala 2001. godine (3).

Studiranje na Studiju sestrinstva u nekim zemljama Europske unije

Slovenija

Među državama koje su počele raditi po Bolonjskom procesu, je i Slovenija. Fakultet za zdravstvene vede u Mariboru je prvi u Sloveniji koji se prilagodio Europskim direktivama, te uveo Bolonjski proces. Mariborski fakultet provodi međunarodnu razmjenu studenata putem ERASMUS programa od 2007. godine, te uspješno surađuje sa Austrijom, Bugarskom, Velikom Britanijom i mnogim drugima (4). Postoje razlike u nazivlju prvostupničkog programa studija sestrinstva, među različitim zemljama. Na Fakultetu za zdravstvene vede u Mariboru se zove „Zdravstvena njega 1. stupnja“, koja također traje 3 godine, odnosno 6 semestara i završetkom donosi 180 ECTS bodova. Mariborski fakultet, također nudi svojim studentima dodatno usavršavanje, tako da mogu upisati magisterijski program koji traje 2 godine, a mogu se opredi-

jeliti za jedan od slijedećih programa: Zdravstvena njega 2. stupnja, Bioinformatika, te Menadžment u zdravstvu i socijalnom radu. Studenti Zdravstvene njege 1. stupnja imaju Osnove zdravstvene njege 60 sati predavanja, isto toliko seminara i 270 sati kliničkih vježbi, studenti Sestrinstva imaju 45 sati predavanja, 30 sati seminara i 90 sati kliničke prakse. Neznatne razlike u satima predavanja postoje i u ostalim predmetima, tako studenti sestrinstva slušaju posebno anatomiju, fiziologiju, patofiziologiju i patologiju, dok studenti Zdravstvene njege 1. stupnja polažu anatomiju s fiziologijom i patologijom, kao jedan predmet. Također, studentima Zdravstvene njege 1. stupnja se pruža širok spektar izbornih predmeta, te u 1. godini studija mogu birati među 4 izborna predmeta, dok u drugoj godini studija mogu birati između devet izbornih predmeta, među kojima su i „Kontrola bolničkih infekcija“, „Rehabilitacija“, „Biomedicinska tehnologija i simulatori“, „Zdravstveno informacijski sustavi“, te mnogi drugi (5).

Ukoliko student Zdravstvene njege 1. stupnja ima određeno radno iskustvo, ne mora odraditi potpunu satnicu vježbi. Studentima 1. godine visokoškolskog strukovnog studijskog programa Zdravstvene njege 1. stupnja, koji su zaposleni u zdravstvu, se u okviru predmeta Zdravstvene njege prizna 50 sati kliničkih vježbi. Studentima koji nisu zaposleni u zdravstvu se ne priznaju kliničke vježbe iz predmeta Zdravstvene njege. Studentima 1. godine visokoškolskog strukovnog studijskog programa Zdravstvene njege 1. stupnja, koji su zaposleni u zdravstvu se u okviru predmeta Praktičnih vještina, priznaju se kliničke vježbe na temelju godina radnog iskustva u zdravstvu i stečenih sposobnosti na radnom mjestu uz predočenje potvrde, pa se tako 3 – 5 godina radnog iskustva prizna jedan tjedan kliničkih vježbi; s 6 – 10 godina radoga iskustva prizna se dva tjedna, a iznad 10 godina radnoga iskustva prizna se tri tjedna klinički vježbi. Studentima 2. godine visokoškolskog strukovnog studijskog programa Zdravstvene njege 1. stupnja, a koji su zaposleni u zdravstvu u okviru predmeta Zdravstvene njege iz ginekologije i porodništva, Zdravstvene njege na području pedijatrije i Zdravstvene njege na internističkom području priznaju kliničke vježbe s obzirom na godine radnog iskustva u zdravstvu i stečenih sposobnosti na radnom mjestu uz predočenje potvrde. Studenti mogu dati zamolbu za priznavanje kliničkih vježbi na temelju sposobnosti stečenih na radnom mjestu u sve tri godine studija. U

zamolbi moraju priložiti potvrdu poslodavca o godinama radnoga iskustva s točnim opisom radnoga mjesta, na kojem student radi, te potvrdu o plaćenim troškovima za izdavanje ugovora.

Studenti koji studiraju na Fakultetu za zdravstvene vede u Mariboru, moraju platiti školarinu od 3.390,00 EUR, za drugu godinu 3.740,00 EUR, a za treću godinu studija sestrinstva usklađeno sa direktivama EU iznosi 4.330,00 EUR (školarina i troškovi izrade diplomskog rada) (6).

Švedska

Edukacijski sistem visokog školstva u Švedskoj je podijeljen u nekoliko dijelova. Prvi dio školstva obuhvaća dodiplomski studij (bacc), drugi dio uključuje postdiplomski (magisterij), a treći dio obrazovanja postdiplomske doktorske studije. Studiji Sestrinstva u Švedskoj nemaju razvijen ECTS bodovni sustav, no imaju razvijen drugačiji bodovni sustav (Credits), kojim također završetkom trogodišnjeg školovanja trebaju skupiti 180 bodova. Švedski fakultet Dalarna svojim prvostupnicima također nudi postdiplomske magisterije, a mogu birati između „Specijalizacija sestrinstva u pedijatriji“, „Specijalizacija za patronažne sestre“ i „Specijalizacija za gerijatrijske sestre“. Stupanj prvostupništva na Dalarna fakultetu traje 3 godine, jednako kao i u Sloveniji. Program sestrinskog prvostupništva se sastoji od teorijskog i praktičnog dijela. Praktični rad uključuje kliničku praksu, praksu u laboratoriju, praktične predkliničke vježbe, terenska istraživanja. Na kraju praktičnog rada se provodi klinički završni ispit koji se sastoji od teorijskog i praktičnog dijela. Klinički završni ispit je nacionalni i istovremeno se provodi u cijeloj zemlji (7).

Finska

Za razliku od Švedske, program prvostupničkog sestrinskog obrazovanja u Finskoj traje 3 i pol godine. Na Finskom JAMK fakultetu primijenjenih znanosti, program sestrinstva je utemeljen na osobnom studijskom planu, te omogućuje studentima da sami izrade vlastiti plan karijere. Praktični rad, koji predstavlja jednu trećinu ukupnog programa, omogućuje dobru razumljivost i širi pregled mogućnosti koje sestrinska profesija može donijeti. Dio praktičnog rada može biti proveden i u inozemstvu. Nakon diplomiranja na prvostupničkom stupnju, studenti mogu nakon tri godine radnog iskustva nastaviti studij na jednom od postdiplomskih studija. Da bi student mogao studirati na Finskom fakultetu,

mora znati Finski ili Engleski, a samo neki kolegiji mogu biti prilagođeni drugim jezicima.

Finska je jedna od zemalja koja potiče razmjenu studenata. U Finskoj na studiju Primijenjenih znanosti, program je baziran na osnovnim planovima, što prvostupnicima omogućuje izgradnju vlastitog obrasca karijere. Trećina studija odnosi se na praktičnu izvedbu, što omogućuje dobivanje uvida i šireg raspona različitih mogućnosti koje nudi posao sestrinstva. U Finskoj na studiju primijenjenih znanosti stupanj prvostupništva je besplatan (8).

Danska

Neki fakulteti u Europi, kao što je University College Capital u Kopenhagenu, Danskoj, koji također traje tri i pol godine, omogućuje svojim studentima da sva predavanja slušaju putem interneta, no imaju obaveznih 10 vikend seminara godišnje. Upravo je Danska razvila program subvencioniranja, te tako omogućila svojim studentima stipendije (koje ne trebaju vraćati državi) i pozajmice (koje nakon završenog fakulteta se trebaju vraćati). Student u Danskoj tijekom studiranja može primiti maksimalno 70 stipendija, te se može premještati s jednog fakulteta na drugi, no nakon što potroši tih 70 stipendija, može dobiti samo pozajmice kao drugi način subvencioniranja. Studenti moraju početi otplaćivati pozajmice koje su dobili, najkasnije godinu dana nakon prestanka studiranja. Pozajmica mora biti otplaćena unutar 15 godina. Pola studenata smatra da im pozajmice koriste. Preko 300 000 Danaca, koristi se ovakvim načinom subvencioniranja svake godine. Danska također omogućuje svojim studentima koji imaju tjelesno ili mentalno oštećenje da se mogu se prijaviti za tzv. Posebnu odgojno- obrazovnu podršku. Ova potpora može uključivati pomoćnu tehnologiju ili podršku za obrazovanje. Dodatna se podrška daje samohranim roditeljima koji mogu zatražiti dodatni kredit ili stipendiju. Potrebno je kupiti knjige koje su potrebne za nastavu. Te na početku studiranja uplatiti 500 Danskih kruna (Vrijednost valute je podjednaka HRK, tako da je to oko 500 kn), no ako prekine studiranje, vraća mu se novac. Studenti na University College Capital u Kopenhagenu ne plaćaju stupanj prvostupništva (9).

Njemačka

Studenti sestrinstva na fakultetu Medical School Hamburg u Njemačkoj, nakon završetka studija dobivaju titulu Prvostupnik znanosti. Studij na navedenom fakultetu traje 9 semestara, odnosno 4 i pol godine. Da bi se student upisao na Medical School

Hamburg, treba imati radno iskustvo od najmanje 2 godine. Tijekom studiranja, studenti prolaze predmete od Osnova zdravstvene njege, Osnova primijenjenih društvenih znanosti u sestrinstvu, Medicinske i znanstvene osnove, Provođenje zdravstvene njege, Zakon, Humanističke znanosti, pa sve do Palijativne medicine, Intenzivne njege i Anesteziologije. Praksa se obavlja nakon što se određeni predmet teorijski odsluša. Studenti sestrinstva u Hamburgu plaćaju 450 EUR mjesečno (10).

Velika Britanija

Studiranje u Velikoj Britaniji općenito uključuje 50% teorijske nastave i 50% praktične nastave. Novi pristupnici profesiji u Velikoj Britaniji bit će obuhvaćeni nešto drugačijim programom- studiranje po stupnjevima. Studij nudi izbor između 4 područja: odrasli, pedijatrija, mentalno zdravlje, teškoće učenja. Student će trebati odlučiti koja od ta 4 ponuđena programa želi slušati i usavršiti prije nego što se upiše (prijava na određeni program ili studij). Jako malen broj Instituta nudi mogućnost da se program izabere nakon što se već upiše studij. Studij počiva na jednom zajedničkom bazičnom programu, koji se provlači kroz sva četiri područja koje student mora odabrati. Pa tako na primjer ako se izabere program Mentalno zdravlje, 2. i 3. godina bazirati će se uglavnom na toj temi i sam praktični dio biti će usredotočen na pacijente s teškoćama mentalnog zdravlja. Izvanredni studij u Velikoj Britaniji traje 5 do 6 godina i uglavnom je dostupan pojedincima koji su zaposleni u Komori medicinskih sestara (Vijeću.) (11).

Cilj istraživanja

Cilj je ovog rada bio prikazati osobitosti studiranja u nekim zemljama EU, te utvrditi stavove studenata Zdravstvenog veleučilišta i studenata s Visoke škole za zdravstvene vede u Mariboru o zapošljavanju u Europskoj uniji.

Rezultati i rasprava

Anketirano je 72 redovna studenta sestrinstva u Visokoj školi za zdravstvene vede u Mariboru, 73 izvanredna studenta i 90 redovnih studenta na Zdravstvenom veleučilištu. Istraživanje je provedeno s posebno strukturiranim anketnim upitnikom konstruiranim za potrebe ovog rada.

Prosječna starosna dob ispitanika u Mariboru je 22 godine, u Zagrebu na redovnom studiju oko 22 godine, a na izvanrednom studiju oko 30 godina.

Analizom odgovora na pitanje: „*Da vam se pruži prilika da nakon završetka studiranja otiđete raditi u neku zemlju EU kao medicinska sestra/tehničar biste li otišli?*“ utvrđeno je da su:

Studenti s Visoke škole za zdravstvene vede u Mariboru odgovorili 70,0% s odgovorom Da, 16,66% odgovorom Ne, a s odgovorom Ne znam 13,33%.

Redovni studenti s Zdravstvenog veleučilišta odgovorili s 60,78% odgovorom Da, 11,76% odgovorom Ne, a s odgovorom Ne znam 27,45%.

Izvanredni studenti s Zdravstvenog veleučilišta odgovorili s 52,13% odgovorom Da, s odgovorom Ne 18,62%, a s odgovorom Ne znam 29,25%.

Postoji razlika u odgovorima između Mariborskih studenata koji pokazuju veći interes za odlazak u zemlje EU od redovnih i izvanrednih studenata u Zagrebu, što se može komentirati kao činjenicom da je Slovenija već u Europskoj uniji i postupak zapošljavanja joj je dostupniji.

Analizom odgovora na pitanje: *Razlog zbog kojeg biste otišli raditi u neku drugu zemlju EU utvrđeno je da su:*

Studenti s Visoke škole za zdravstvene vede u Mariboru odgovorili: plaća u 60,0%, 20,0% boli uvjeti rada, 3,33% usavršavanje stranog jezika, 10,0% napredovanje u struci, 3,33% brže dobivanje stipendije za nastavak školovanja, 3,33% zbog veće konkurentnosti na tržištu, te 0,00% ostalo.

Redovni studenti s Zdravstvenog veleučilišta su odgovorili da bi to bila plaća u 25,53%, 42,55% boli uvjeti rada, 2,12% usavršavanje stranog jezika, 27,65% napredovanje u struci, 0,00% brže dobivanje stipendije za nastavak školovanja, te 0,00% ostalo.

Izvanredni studenti s Zdravstvenog veleučilišta su odgovorili da bi to bila plaća u 57,53% 23,28% bolji uvjeti rada, 2,73% usavršavanje stranog jezika, 10,95% napredovanje u struci, 2,73% brže dobivanje stipendije za nastavak školovanja, 2,73% ostalo.

Studentima iz Maribora i našim izvanrednim studentima plaća je na prvom mjestu odlaska u zemlje EU, a redovnim studentima su bolji uvjeti rada.

Analizom odgovora na pitanje: *U koju od navedenih zemalja EU biste najradije otišli raditi kao prvostupnik/ca sestrinstva?* utvrđeno je da su :

Studenti s Visoke škole za zdravstvene vede u Mariboru odgovorili da je to Austrija u 43,33%, 20,0% Engleska, Njemačka 3,33%, Italija 10,0% i 16,66% ostalo bi u Sloveniji te Švedska 6,66%.

Redovni studenti s Zdravstvenog veleučilišta su odgovorili da je to Njemačka u 25,53%, 21,27%

Engleska, Austrija 19,14%, Italija 17,02%, Švedska 8,51%, i Slovenija 8,51%.

Izvanredni studenti s Zdravstvenog veleučilišta su odgovorili su odgovorili da je to Njemačka u 26,02%, 20,54% Engleska, Austrija 12,32%, Italija 9,58%, Švedska 23,28% i Slovenija 8,21%.

S obzirom na teritorijalnu orijentaciju Mariborski studenti više gravitiraju radu Austriji, pa tek onda Engleskoj, dok postoje i razlike između izvanrednih i redovnih studenata s Zdravstvenog veleučilišta. Redovni studenti svoju šansu više vide u Njemačkoj i Engleskoj, a najmanje Sloveniji i Švedskoj, dok izvanredni osim Njemačke vide svoju šansu i u Švedskoj.

Analizom odgovora na pitanje: *Jeste li dovoljno upućeni o mogućnostima studiranja i zapošljavanja u zemljama EU?* utvrđeno je da su:

Studenti s Visoke škole za zdravstvene vede u Mariboru odgovorili da Nisu uopće u 16,66%, 0,00% nisu, ali ih niti ne zanima, 36,66% nisu, ali bi željeli više znati, 46,66%, jesu, ali smatraju da nisu dovoljno, i 0,00% jesu i znaju sve što ih interesira.

Redovni studenti s Zdravstvenog veleučilišta da nisu uopće u 9,803%, 5,882% nisu, ali ih niti ne zanima, 52,94% nisu, ali bi željeli više znati, 29,41% jesu, ali smatraju da nisu dovoljno, i 1,960% jesu i znaju sve što ih interesira.

Izvanredni studenti s Zdravstvenog veleučilišta su odgovorili da nisu uopće u 21,91%, 8,21% nisu, ali ih niti ne zanima, 27,39% nisu, ali bi željeli više znati, 36,98% jesu, ali smatraju da nisu dovoljno, i 5,47% jesu i znaju sve što ih interesira.

Iz ovih rezultata vidljivo je da bi svi željeli dobiti više informacija o mogućnostima studiranja i zapošljavanja u zemljama EU.

Analizom odgovora na pitanje: *Kojim stranim jezikom se aktivno koristite u (govoru i pismu)?* utvrđeno je da su:

Studenti s Visoke škole za zdravstvene vede u Mariboru odgovorili da govore engleskim jezikom u 50,0%, njemačkim jezikom 33,33%, talijanskim, španjolskim, francuskim 0,0%, te niti jednim jezikom 16,66%.

Redovni studenti s Zdravstvenog veleučilišta odgovorili da govore engleskim jezikom u 74,50%, njemačkim jezikom 19,60%, talijanskim, španjolskim, francuskim 0,0%, te niti jednim jezikom 5,82%.

Izvanredni studenti s Zdravstvenog veleučilišta su odgovorili da govore engleskim jezikom u 83,

56 %, njemačkim jezikom 9.58 %, talijanskim, španjolskim, francuskim 0, 0%, te niti jednim jezikom 6.84 %

U ovom odgovoru vidljivo je da se izvanredni studenti Zdravstvenog veleučilišta najbolje koriste engleskim i njemačkim jezikom, te da studenti s Visoke škole za zdravstvene vede u Mariboru manje znaju engleski jezik, ali više znaju njemački jezik što je i logično budući da graniče s Austrijom.

Analizom odgovora na pitanje: **Smatrate li da su medicinske sestre/tehničari iz zemalja EU konkurentniji na tržištu rada od med.sestara/tehničara iz Europske unije koja nije u EU zbog?** utvrđeno je da su:

Studenti s Visoke škole za zdravstvene vede u Mariboru odgovorili -zbog prepoznatljivosti zemlje iz koje dolaze 13,33%, bolje opremljenosti odjela 23,33%, znanja stranih jezika 3,333%, individualnog mentorskog rada 6,666%, ne smatram da su konkurentniji 53,33%.

Redovni studenti s Zdravstvenog veleučilišta odgovorili -zbog prepoznatljivosti zemlje iz koje dolaze 13,72%, bolje opremljenosti odjela 25,49%, znanja stranih jezika 3,921%, individualnog mentorskog rada 3,921%, ne smatram da su konkurentniji od nas 52,94%.

Izvanredni studenti s Zdravstvenog veleučilišta odgovorili -zbog prepoznatljivosti zemlje iz koje dolaze 12.32 %, bolje opremljenosti odjela 16.43 %, znanja stranih jezika 5.47 %, individualnog mentorskog rada 4.11 %, ne smatram da su konkurentniji od nas 61.64 %.

U ovom odgovoru mišljenja su podjednako usuglašena.

Analizom odgovora na pitanje: Što mislite od koga biste trebali dobiti informacije o detaljima studiranja i mogućnostima zapošljavanja u zemljama EU? utvrđeno je da su:

Studenti s Visoke škole za zdravstvene vede u Mariboru odgovorili -od voditelja studija 43,33%, Komore medicinskih sestara 10,00%, Zavoda za zapošljavanje 26,66%, Zavoda za javno zdravstvo 3,333%, Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi 0,00%, Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa 10,00%, ostali 6,666%

Redovni studenti s Zdravstvenog veleučilišta odgovorili - od voditelja studija 25,49%, Komore medicinskih sestara 25,49%, Zavoda za zapošljavanje 11,76%, Zavoda za javno zdravstvo 0,00%, Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi 9,803%, Mi-

nistarstva znanosti, obrazovanja i športa 21,56%, ostali 5,882%

Izvanredni studenti s Zdravstvenog veleučilišta odgovorili- od voditelja studija 6.84 %, Komore medicinskih sestara 61.64 %, Zavoda za zapošljavanje 13.69 %, Zavoda za javno zdravstvo 1.36 %, Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi 5.47 %, Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa 10.95 %, ostali 0,00%.

Mariborski studenti i naši redovni studenti odgovor o tom pitanju očekuju od voditelja studija dok naši izvanredni studenti misle da je to dužnost Komore. Budući da redovni studenti nisu članovi Komore sve dok ne završe svoje školovanje i zaposle se a izvanredni to jesu za očekivati je da će oni tražiti više informacija od institucije kojoj plaćaju godišnju članarinu.

Zaključak:

Postoje razlike u obrazovanju medicinskih sestara u zemljama Europske unije. Te razlike se očituju u pojedinim programima, plaćanju studija kao i uvjetima studiranja. Neki studenti u zemljama Europske unije plaćaju školarinu višu nego ostali, dok se neki školuju besplatno, te imaju bolje uvjete studiranja od drugih. Istraživanje u ovom radu je pokazalo da studentima još nedostaje dovoljno znanja i informacija o studiranju i zapošljavanju u drugim državama, kao i da osim veće plaće očekuju i bolje uvjete rada. Također, većina studenata je mišljenja da medicinske sestre iz drugih zemalja EU nisu konkurentnije od medicinskih sestara iz Hrvatske koja još nije u Europskoj uniji.

Literatura:

1. N. Freaney RMN, Nursing in Europe, http://www.british-nursing.com/wk_eu.html (preuzeto 15. veljače 2011.)
2. J. Salvage, S. Huijen: Nursing in Europe: a resource for better health, No.74., WHO regional publications, European series, 1997, str 3
3. Tempus Project: Croatian Bologna Promoters Team, Cro4Bologna; Prvi koraci u Bolonjskom procesu, Sveučilište u Zagrebu, 2005., (str. 9-10).
4. Peter Kokol, prof. dr, Zdravstvena nega 1. stopnja, Fakultet za zdravstvene vede, študijsko leto 2009/2010. (str. 3-7).
5. Fakultet za zdravstvene vede, Študijski programi, informacije o študiju; <http://www.fzv>.

- unimb.si/page/index.php?option=com_content&task=view&id=34&Itemid=173 (preuzeto 15.veljače2011.).
6. Fakultet za zdravstvene vede, Zdravstvena nega (I. st.), Informacije o študiju; (preuzeto http://www.fzv.unimb.si/page/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=184&Itemid=249 (preuzeto 15.veljače.2011.))
 7. M. Sjögren, Sestrinstvo, Fakultet Dalarna, <http://www.du.se/sv/Utbildning/Vard--Omsorg/> (preuzeto 15.veljače.2011.)
 8. JAMK University of Applied Sciences; Welcome, exchange students., <http://www.jamk.fi/english/forstudents/forexchangestudents> (preuzeto 15.veljače.2011.)
 9. University College Capital, Copenhagen, ; Medicinska sestra; <http://www.ucc.dk/uddannelser/sygeplejerske/> (preuzeto 15.veljače.2011.)
 10. Medical School Hamburg, Advanced Nursing Practice; http://www.medicalschoolhamburg.de/bachelorstudienangebote/advanced_nursing_practice/ (preuzeto 15.veljače.2011.)

PROMJENE KAO IZAZOV U SUVREMENOM SESTRINSTVU

Živimo i radimo u uzbuđljivom vremenu. Potrebe pacijenata, medicinskih sestara i ostalih članova zdravstvenog tima pred svaku sestru postavlja ju zahtjeve koji su često uslijed zakonskih i drugih ograničenja izvor sukoba u radnoj sredini. Nije se uvijek jednostavno odvojiti od rutinskih i dobro poznatih uloga i spoznati kako se sestrinska praksa mijenja nevjerojatnom brzinom. Te promjene zahtijevaju od sestara zauzimanje aktivne uloge u donošenju odluka koje se odnose na njihovu domenu rada. Većina sestara spremna je mijenjati svoj način razmišljanja o radu. Sve one žele veću kvalitetu rada, manje pritiska i veći osjećaj samovrijednosti. Kvaliteta odnosa na radnom mjestu značajno utječe na razvoj pozitivnog radnog ozračja i na složne odnose među kolegama. Komunikacija s kolegama, bilo iz vlastite ili iz drugih struka, utječe na odnos medicinske sestre prema samoj sebi, a to se neposredno odražava na kvalitetu zdravstvene skrbi koju pruža bolesniku.

Široki raspon znanja i vještina te raznolikost radnih mjesta omogućuju sestrama da postanu pokretači promjena unutar sustava zdravstvene zaštite. Sestre često pred sebe postavljaju visoke standarde i oslanjaju se na junakinje, karizmatične i snažne vođe koje guraju prema naprijed, pri čemu sumnjaju u vlastite sposobnosti promjene. Pred sestre današnjice postavljaju se brojni izazovi i od njih se traži preuzimanje „vlasništava“ nad promjenama, usvajanje dodatnih znanja o planiranju i upravljanju promjenama, razvijanje samosvijesti i osobni razvoj.

Iako se promjene mogu teorijski usvojiti, pripremiti i planirati, uvođenje promjena nije jednostavno i često je praćeno otporom od strane drugih sestara, menadžmenta i pretpostavljenih u ustanovi. Zato je nužno sestre pripremiti za uvođenje promjena i iznalaziti metode, postupke i rješenja koji će biti usmjereni postizanju cilja: uvođenju promjena.

Ottoway predlaže model od 7 sedam koraka koji se smatraju ključnima za započinjanje procesa promjene: konsenzus oko ciljeva, postavljanje „dijagnoze“, plan intervencije, edukacija, implementacija intervencija, stvaranje novih normi i reprodukcija promjene.

Sestre mogu vidjeti prijetnju u promjeni ukoliko se osjećaju isključenim iz procesa donošenja odluka koje utječu na njihov profesionalni razvoj i osobni život. Otpor će biti veći ako sestre imaju osjećaj da se njihov doprinos ne cijeni ili su nesretne na poslu. Istraživanja pokazuju da su ljudi koji imaju nerišene osobne ili obiteljske probleme, manje skloni i motivirani za provođenje bilo kakve promjene. Ciljevi su kao gorivo, oni nas pokreću, ili blokiraju. Najvažnije je, želimo li sestre potaknuti na nove akcije, jasno definirati ciljeve i strategije razvoja. Pravi logični cilj pokazuje točku u budućnosti gdje treba stići, uvažava sadašnje polazište, razumljiv je, kratak je, jasan i konkretan i lako je mjerljiv (kada se ostvari).

Ključne riječi: menadžment promjena, motivacija, timski rad, strategije razvoja

Jelena Žufika, bacc.med.techn.,
Željka Gavran, bacc.med.techn.,
Mirela Končar, bacc.med.techn.,
Mirjana Meštrović, bacc.med.techn.,
Milka Jurenović, bacc.med.techn.
KBC Zagreb

MEDICINSKA SESTRA KAO DIO TIMA EUROTLANSPLANTA

Sažetak

Gdje je granica između života i smrti? Tijekom povijesti smrt se isključivo povezivala s prestankom rada srca. Međutim, sumnju u do tada uvriježeno mišljenje prvi je postavio engleski kirurg i patolog V. Horsley 1894. g. koji je konstatirao da je pacijent s impresivnom frakturom lubanje i moždanim krvarenjem umro od zastoja disanja, a ne od zakazivanja srca.

Detaljno opisanu smrt mozga nazvanu „comma dapsse“ objavili su 1959. g. Mollaret i Goulon. Harvardski komitet donosi 1968 g. kriterije za tzv. „nepovratnu komu“.

Danas, smrt mozga definiramo kao potpun i ireverzibilan gubitak funkcija moždanog debla.

Ako je osoba moždano mrtva, zašto tada srce ipak radi? Srce ima svoj autonomni sustav funkcioniranja, koji je neovisan o aktivnosti mozga.

Razumijevanje i prihvaćanje smrti mozga od velikog je značenja u suvremenoj medicini, stoga edukacija zdravstvenog osoblja i upoznavanje širokih slojeva pučanstva doprinosi napretku medicine, a samim time podiže kvalitetu života.

Ključne riječi: moždana smrt, donor, transplantacija, sestrinska skrb

Uvod

Smrt mozga definirana je kao ireverzibilni gubitak svih moždanih funkcija uključujući i funkcije moždanog debla. Smrt mozga dokazujemo kod pacijenata koji su pretrpjeli masivne, ireverzibilne ozljede mozga poznate i jasno definirane etiologije. Najčešće se radi o pacijentima koji su pretrpjeli tešku kraniocefalnu ozljedu, opsežno subarahnoidalno krvarenje ili intrakranijski ekspanzivni (so-

litarni) proces čiji nalazi pokazuju multipla morfološka oštećenja.

Utvrđivanje i dokazivanje moždane smrti neophodan je i osnovni preduvjet doniranja organa. Osnovni znakovi koji ukazuju na gubitak moždanih funkcija uključuju duboku komu, odsutnost motornih reakcije na jaki bolni podražaj, odsutnost refleksa moždanog debla, odsutnost spontanog disanja, hemodinamsku nestabilnost, hipotermiju, poremećaj elektrolitskog i hormonskog statusa. Pogoršanjem i progresijom tih znakova usprkos primijenjenim svim dostupnim mjerama intenzivnog liječenja javlja se sumnja na smrt mozga.

Smrt mozga utvrđuje liječnik prema pisanim protokolima. U jedinici intenzivnog liječenja neurokirurških bolesnika KBC „Zagreb“, smrt mozga dijagnosticiramo prema protokolu za dokazivanje moždane smrti (Ščap).

Razrada teme

Procesu dokazivanja smrti mozga pristupa se kada se osiguraju optimalni uvjeti i isključe reverzibilna stanja koja bi mogla oponašati smrt mozga kao što su hipotermija ispod 35°C, hipotenzija sa sistoličkim tlakom ispod 90 mmHg, hipoksija, elektrolitski i hormonski poremećaj, intoksikacija lijekovima i alkoholom.

Minimalni preduvjeti za utvrđivanje smrti mozga obuhvaćaju dijagnostičko-laboratorijske postupke i to CT/MSCT mozga i vratne kralježnice, RTG snimku pluća, EKG, elektrolitski status (K; Na; Ca), glukozu, bubrežne analize, jetrene probe, koagulogram, krvnu sliku, plinske analize, toksikološke

analize (alkohol, koncentracija lijekova – barbiturati, anestetici....).

Smrt mozga utvrđuje se s dva uzastopna klinička pregleda i potvrđuje parakliničkim testovima.

Prije izvođenja kliničkih testova za utvrđivanje smrti mozga, medicinska sestra dužna je pripremiti potreban pribor i materijal (nekoliko smotuljaka vate, špatule, štrcaljke od 50 ml sa hladnom vodom, latex rukavice, bubrežastu zdjelicu).

Klinički pregled obuhvaća procjenu stanja svijesti, prisutnost refleksa moždanog debla i spontanog disanja.

Kliničkim pregledom potvrđuje se ili odbacuje sumnja na smrt mozga. Ukoliko je prisutna duboka koma, odsutnost svih refleksa moždanog debla i apneja možemo govoriti o opravdanoj sumnji za smrt mozga.

Stanje svijesti procjenjujemo pomoću Glasgow – koma skale. Prosudba obuhvaća tri kategorije: otvaranje očiju, motorni i verbalni odgovor.

Ukoliko izostane moždani odgovor na izrazito jaki bolni podražaj (najčešće se izvodi pritiskom na korijen nokta ili supraorbitalno) govorimo o stanju duboke kome.

Ispitivanje refleksa moždanog debla započinje ispitivanjem reakcija zjenica na svjetlo. Kod smrti mozga reakcija zjenica na svjetlo izostaje.

Slika 1. Ispitivanje reakcije zjenica na svjetlo.



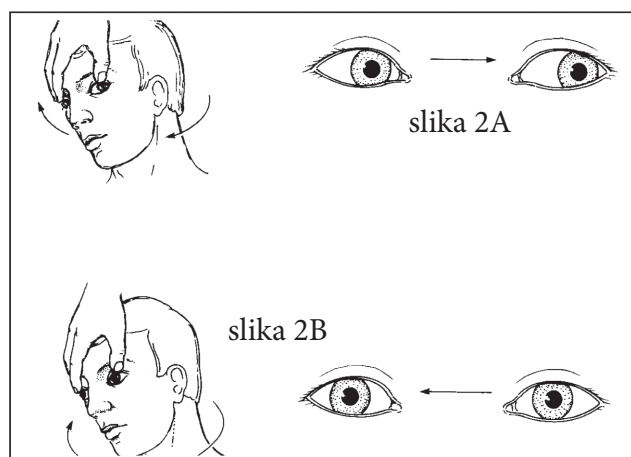
Zjenice su nereaktivne, okrugle ili ovalne, mogu biti srednje široke (4mm) do maksimalno proširene (9-12 mm) slika 1.

Kornealni refleks ispitujemo nježnim podraživanjem rožnice smotuljkom vate. Kod moždane smrti refleks je odsutan.

Da bismo mogli ispitati okulocefalički refleks (slika 2) potrebno je prethodno rendgenski snimiti vratnu kralježnicu i utvrditi da nema prijeloma. Refleks se ispituje tako da se glava brzo rotira u smjeru lijevo – desno, (slika 2A) ili u okomitoj ravnini, fleksija i ekstenzija vrata (Slika 2B)

Refleks je očuvan ako se oči pomiču u suprotnom smjeru od pomicanja glave.

Slika 2. Ispitivanje okulocefaličkog refleksa



Joanne V. Hickey

Prije ispitivanja okulovestibularnog refleksa potrebno je provjeriti vanjski slušni hodnik. Membrana bubnjića mora biti intaktna, a u vanjskom slušnom hodniku ne smije biti čepova cerumena ili ugrušaka krvi. Vanjski slušni hodnik mora biti prohodan. Refleks se ispituje uštrcavanjem 50 ml hladne vode ili fiziološke otopine (0-5° C) u svaki slušni hodnik. Refleks je odsutan ako izostane pomicanje očnih jabučica i nistagmus.

Orofaringealni refleks ispituje se podraživanjem stražnje stjenke ždrijela špatulom. Refleks je odsutan ukoliko ne dođe do konstrikcije faringealnih mišića i pomicanja jezika.

Trahealni refleks ispituje se endotrahealnom sukcijom, a odsutan je ukoliko ne dođe do reakcije trahealnih mišića na sukciju.

Drugi neurološki pregled obavlja se 6 sati nakon prvog pregleda. Ako morfološka oštećenja mozga nisu posve jasna, tada se drugi neurološki pregled obavlja 24 sata nakon prvoga. Nakon učinjena dva uzastopna klinička pregleda, koja su potvrdila sumnju na smrt mozga, liječnik provodi apneja test. Prije izvođenja apneja testa potrebno je načiniti inicijalni acidobazni status i vrijednosti dokumentirati na listu. Za vrijeme izvođenja apneja testa potrebno je učiniti nekoliko uzastopnih kontrola acidobaznog statusa (pH, pCO₂, pO₂) prema odredbi liječnika koji izvodi test. Također, potrebno je monitorirati i pratiti vrijednosti pCO₂ i saturacije kisika. Izostanak spontanog disanja nakon što su vrijednosti pCO₂ porasle iznad 60mmHg potvrđuje smrt mozga. Dva su osnovna načina izvođenja ovog testa – bez pomoći ventilatora (Benzel) i uz pomoć ventilatora (Ščap).

Smrt mozga potvrđuje se parakliničkim testovima (scintigrafija mozga pomoću radioizotola, EEG, evocirani potencijali, transkranijski doppler).

Španjolska i Portugal vodeće su zemlje po doniranju organa u Europi. Prema statističkim podacima, Hrvatska je 2010. godine zauzela treće mjesto s ukupno 127 donora, odnosno 28,2 donora na milion stanovnika.

Mjere koje je Hrvatska poduzela posljednjih godina, a prije svega odnose se na edukacija transplantacijskih koordinatora i organizacijske promjene, dovele su do podizanja razine svijesti zdravstvenog osoblja i češćeg prepoznavanja donora u bolnicama. Svakako treba napomenuti pozitivan utjecaj medija i sustavno informiranje javnosti, što je dovelo do visoke razine osviještenosti našeg stanovništva, što u konačnici dovodi do većeg broja pristanaka obitelji na darivanje organa.

U 2010. godini u jedinici intenzivnog liječenja neurokirurških bolesnika KBC Zagreb liječeno je 636 bolesnika, umrlo je njih 32 (5,03%). Od 32 umrlih, 24 (75%) bolesnika je bilo s teškom traumatskom ozljedom mozga, 6 (18,75%) bolesnika je imalo tumore mozga, a 2 (6,25%) je umrlo od posljedica ruptura mozgovnih aneurizma (Tablica 1.).

Tablica 1. Prikaz ukupnog broja donora organa u 2009.g i 2010.g obzirom na medicinsku dijagnozu i smrtnost.

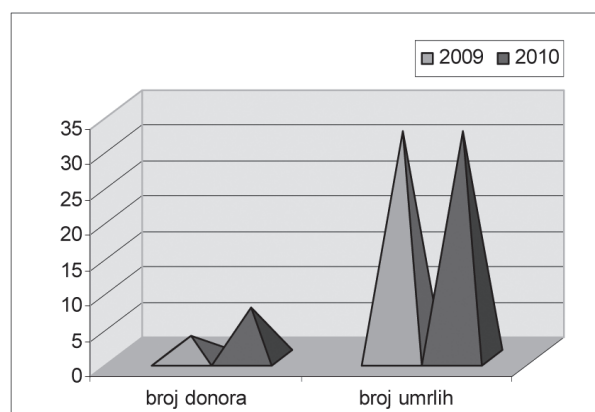
Umrli	2009 g	2010 g
Tumori mozga	9	6
Aneurizme	2	2
Teške traumatske ozljede mozga	21	24
Ukupan broj umrlih	32	32
Ukupan broj bolesnika	601	636
Smrtnost %	5,32 %	5,03 %
Ukupan broj donora organa	3	7

Smrt mozga dokazana je kod 7 bolesnika, 3 žene i 4 muškarca. Najstariji donor imao je 70 godina, a najmlađi 26 godina.

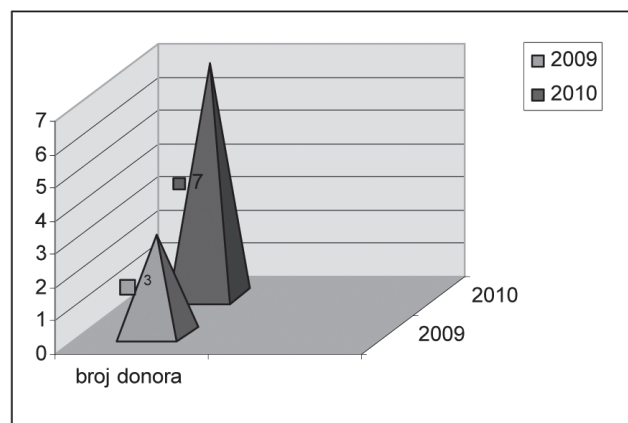
Kod šestorice moždana smrt je nastupila kao posljedica teške kranio cerebralne ozljede, a u jednom slučaju radilo se o opsežnom subarahnoidalnom krvarenju koje je nastalo kao posljedica rerupture aneurizme mozgovne arterije.

U 2009. godini u neurokirurškoj jedinici intenzivnog liječenja smrt mozga je dokazana kod 3 bolesnika s teškim traumatskim oštećenjima mozga. Sva trojica bila su donori organa.

Slika 3. Grafički prikaz ukupnog broja umrlih u 2009. g i 2010. g godini u jedinici intenzivnog liječenja neurokirurških bolesnika.



Slika 4. Grafički prikaz broja donora organa u 2009. g i 2010. g u jedinici intenzivnog liječenja neurokirurških bolesnika.



Zdravstvena njega pacijenata s teškom ozljedom mozga zahtjevna je i kompleksna, te samim time iziskuje znanje i predanost medicinske sestre koje je provode. Medicinska sestra u neurokirurškoj jedinici intenzivnog liječenja 24 sata dnevno je uz krevet bolesnika. Sustavnim praćenjem i procjenom zdravstvenog stanja bolesnika na vrijeme uoči i najmanje znakove koji odstupaju od normalnog stanja. Da bi mogla kvalitetno provoditi zdravstvenu njegu mora biti educirana o specifičnostima zdravstvene njege neurokirurškog bolesnika, posebice zdravstvenoj njezi bolesnika s teškom kranio cerebralnom ozljedom.

Sestrinska skrb potencijalnog donora specifično je područje rada. Holistički pristup kako u bilo kojem drugom području skrbi tako i u ovom ima neizmjeran značaj. Rad oko bolesnika koji je moždano mrtav uz poštivanje njegove psihičke, fizičke, socijalne komponente, funkcioniranja kao jedinke ne zanemaruje se niti u jednom trenutku skrbi.

Održavanje potencijalnog donora počinje od trenutka dokazane moždane smrti, a završava sa zahvatom ekstrakcije organa za transplantaciju.

Temelj dobrog održavanja organa za multiorgan-sku eksplantaciju podrazumijeva održavanje dobre perfuzije i oksigenacije svih organa kroz kvalitetnu liječničku, ali i sestrinsku skrb.

Sestrinske intervencije su mnogobrojne, a svaku od njih prema profesionalnoj dužnosti potrebno je dokumentirati u sestrinsku dokumentaciju. Kod moždano mrtvog pacijenta odumiranjem mozga dolazi do gubitka autoregulacije što se najčešće očituje razvojem hipotenzije (80%), dijabetesa insipidusa (65%), DIK (30%), aritmija (30%), plućnog edema (20%), acidozom (10%), hipotermijom, a medicinska sestra ih mora znati prepoznati i na vrijeme reagirati. Važno je napomenuti da je medicinska sestra punopravan dio tima koji brine o potencijalnom donoru.

Zaključak

Često se postavlja pitanje „Zašto je potrebna sestrinska skrb za mrtvog pacijenta?“. Odgovor je jasan. Kvalitetna skrb oko potencijalnog donora ne znači samo njegovo zbrinjavanje nego predstavlja i skrb za primatelje doniranih organa.

Sestrinske intervencije provode se s ciljem održavanja adekvatne oksigenacije i perfuzije tkiva, održavanjem normovolemije, normotermije, sprečavanjem nastanka infekcija, poremećaja elektrolitskog statusa, primjenu propisane terapije.

Osim postupaka provedenih oko skrbi za potencijalnog donora, medicinska sestra je važan član tima i u pružanju podrške, pomoći obitelji u teškom trenutku gubitka njihovog najmilijeg.

Dokazivanje moždane smrti u jedinici intenzivnog liječenja neurokirurških bolesnika KBC „Zagreb“, radi se prema navedenom protokolu (Ščap). Uspoređujući naš protokol sa protokolima u zemljama EU, točnije s protokolom jedne Njemačke bolnice, moždana smrt dijagnosticira se jednakim postupcima.

Bitno je istaknuti da iako su medicinske sestre dio stručnog tima u dokazivanju moždane smrti, one svoje znanje i vještine stječu kroz rad.

U RH još uvijek ne postoji dodatna specijalizacija za rad medicinskih sestara u jedinicama intenziv-

nog liječenja, za razliku od Njemačke gdje se sestre za rad u JIL-u nakon četverogodišnjeg obrazovanja dodatno školuju kroz dvije godine i osposobljavaju za rad na tako zahtjevnim radilištima.

Napredak tehnologije i razvoj znanosti svakodnevno dovodi do novih spoznaja u medicini tako da možemo reći da je ovo stoljeće sve uspješnije transplantacije organa, a u korak s time sestrinske intervencije postaju sve kompleksnije. Kako bi mogli pratiti tako nagli razvoj i biti stručne u svom radu, važno je poticati daljnju edukaciju i profesionalno usavršavanje. Stoga, bitno je još jednom napomenuti da biti medicinska sestra u jedinici intenzivnog liječenja neurokirurških bolesnika zahtijeva trajnu edukaciju, stručnost i predstavlja svojevrsan izazov u svakodnevnom radu.

“Sve što može poslužiti živomu, grijeh je pokopati”

Papa Ivan Pavao II

Literatura

1. Čukljek, S. (2005.). Osnove zdravstvene njege. Zdravstveno veleučilište. Zagreb.
2. Henneman, E.A. i Karras, G.E. (2004.). Determining Brain Death in Adults. Criticale care nurse, 24, 50-56.
3. Hrvatska donorska mreža. http://www.hdm.hr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=5 Preuzeto: 05.02.2011.
4. Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes. http://www.dso.de/pdf/richtlinein_himtod.pdf Preuzeto: 05.02.2011.
5. Hickey, J. V. (1986.). The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing, Second Edition: 5: 116-148.
6. Kalauz, S. (2000.). Zdravstvena njega kirurških bolesnika sa odabranim specijalnim poglavljima. Visoka zdravstvena škola. Zagreb.
7. Zgrablić, N. Dijagnostika moždane smrti. <http://www.hdm.hr/tecaj/HTML/DAVATELJ.htm>.
8. Ščap, M. (1999) Algoritam dokazivanja smrti mozga. Acta Anestheologica Croatica; 1-2: 256-8

PREVENCIJA BOLNIČKIH INFEKCIJA U MAKSILOFACIJALNOJ KIRURGIJI

UVOD

Rizik od akviriranja bolničke infekcije prisutan je u svih hospitaliziranih kirurških bolesnika, no za svaku granu kirurgije specifična je posebna bakteriološka problematika. Shodno tome, može se reći da su patognomonične infekcije u maksilofacijalnoj kirurgiji respiratorne infekcije i infekcije kirurške rane polimikrobne i nerijetko multirezistentne etiologije. Budući da je incidencija karcinoma usne šupljine u zadnjih deset godina u znatnom porastu, kirurško zbrinjavanje iste u posljednje je vrijeme postala rutinska operacija. Proporcionalno tome, povećala se i incidencija bolničkih infekcija, koje dovode do povećanja mortaliteta i morbiditeta, produžuju trajanje hospitalizacije, povisuju bolničke troškove i narušavaju kvalitetu života bolesnika.

Ključne riječi: bolničke infekcije, maksilofacijalna kirurgija, rizikofaktori, mjere prevencije

Predisponirajući faktori

Na ljestvici najznačajnijih faktora rizika za nastanak bolničke infekcije u maksilofacijalnoj kirurgiji prvo mjesto zauzima operativni zahvat koji se prema stupnju kontaminacije kirurške rane svrstava u čisto-kontaminirano područje budući da su orofarinks i gornji dišni putevi kolonizirani posebnom fiziološkom florom. Operativni zahvati su dugotrajni (u prosjeku traju oko 2 sata) i nerijetko se ponavljaju (recidivi tumora, opsežne traume, kirurško zbrinjavanje komplikacija npr. nekroza režnja, ruptura a. carotis i sl.).

Tehnika operacije uključuje veliku inciziju u regiji glave i vrata sa presijecanjem većine struktura u ustima uz rekonstrukciju režnjeva (sa ekstremiteta, prsišta, leđa) kao i uzimanje kožnog presadka kojim se pokriva defekt gdje je uzet režanj. Nerijetko su zahvati povezani sa visokim preoperativnim rizikom na ljestvici Američkog društva za anesteziologiju (ASA). Osim specifičnosti operativnog zahvata rizik od akviriranja infekcije svakako pospješuje cijeli niz invazivnih sredstava koja

čine mnogo ulaznih mjesta za infekciju (trahealna kanila, tubus, drenaža, urinarni kateter, vaskularni kateter, nazogastrična sonda i sl.), dijagnostički i terapijski postupci (učestala bronhoaspiracija, bronhoskopija, biopsije...), dugotrajna hospitalizacija (nerijetko uslijed komplikacija). Oboljeli su većinom starije životne dobi, pothranjeni, uz pušenje i alkoholizam u anamnezi i konkomitantne bolesti (dijabetes, ciroza jetre, hipertenzija...), imunokompromitirani, te nerijetko podvrgnuti kemoterapiji i radioterapiji (uslijed recidiva bolesti).

Dvije najveće i vjerojatno najopsežnije operacije u maksilofacijalnoj kirurgiji su blok resekcija (*Commando*) i radikalna disekcija vrata (RDV). *Commando* operacija zapravo uključuje eksciziju primarnog tumora u ustima u kontinuitetu sa vodećim strukturama vrata (limfni čvorovi, krvne žile, živci, mišići...) uz pokrivanje defekta lokalnim ili slobodnim režnjem (tzv. „Free flap“). RDV se često naziva i „poštedna“ operacija i vrlo je slična *Commando* operaciji.

Infekcije u maksilofacijalnoj kirurgiji najvećim su dijelom povezane sa mukoznom incizijom u ustima, uzrokovane kombinacijom aerobnih, fakultativno anaerobnih i anaerobnih mikroorganizama od kojih prednjače *Pseudomonas aeruginosa* kao i gram (-) enterobakterije. Najzastupljenija vrsta bolničkih infekcija u MFK su respiratorne infekcije kao i infekcije kirurške rane. U vrlo malom broju slučajeva zabilježena je pojavnost uroinfekcija, zatim bakterijemije/sepse.

MJERE PREVENCIJE

Mjere prevencije infekcija u maksilofacijalnoj kirurgiji odnose se na četiri ključna momenta, a to su preoperativna i intraoperativna priprema bolesnika, operacijski tijek te postoperativna skrb o bolesniku.

• PREOPERATIVNA PRIPREMA BOLESNIKA

Kvalitetna preoperativna priprema bolesnika smanjuje rizik od nastanka postoperativnih infekcija,

stoga ju treba provoditi temeljito. Prije operativnog zahvata boravak u bolnici treba svesti na minimum budući da preoperativna hospitalizacija povećava rizik od nastanka postoperativnih infekcija, prvenstveno infekcija kirurške rane. Preoperativno tuširanje, tj. pranje cijelog tijela, uključujući i kosu, treba obaviti na sam dan operacije čime se postiže smanjenje broja mikroorganizama na koži iako nije definitivno dokazano da se time smanjuje i incidencija infekcije (Damani: 2003: 247). Posebnu pozornost valja pokloniti i preoperativnoj pripremi usne šupljine koja se provodi mehaničkim odstranjivanjem nečistoća četkicom i pastom za zube, te ispiranje usne šupljine antiseptičkom otopinom na bazi Octenidindihydrochlorida. Preoperativno brijanje treba izbjegavati ukoliko je moguće budući da se njime povećava rizik od oštećenja kože što pridonosi kolonizaciji i infekciji. Kosu valja odstraniti škarama i to samo na mjestu incizije uz korištenje krema za depilaciju. Kod odstranjivanja dlaka prednost treba dati kliperu s time da glava klipera treba biti sterilna. Uzevši u obzir da se mikroorganizmi (bakterije) razmnožavaju svakih 20 minuta, vrijeme depilacije provodi se na sam dan operacije i to idealno neposredno prije operacije. Kvalitetna i pravovremena antibiotska profilaksa također smanjuje rizik od akviriranja bolničke infekcije te se ne daje dulje od 24 sata nakon operacije budući da tada više nema učinak već samo dovodi do rezistencije bakterija. Lijek izbora u maksilofacijalnoj kirurgiji-*cefazolin* ili *metronidazol* aplicira se neposredno prije uvođenja u anesteziju, a ovisno o duljini operativnog zahvata i količini izgubljene krvi tijekom operacije aplicira se i u dodatnoj dozi (ISKRA smjernice za antimikrobnu profilaksu u kirurgiji - Hrvatske nacionalne smjernice http://iskra.bfm.hr/upload/Smjernice/Kirurska_profilaksa.pdf (2010)).

• INTRAOPERATIVNA PRIPREMA BOLESNIKA

Intraoperativna priprema uključuje antisepsu kože i sluznica koja se primjenjuje prema važećem **PROTOKOLU PRANJA I DEZINFEKCIJE ZA KBD** Povjerenstva za bolničke infekcije iz 2009. godine. Alkoholni antiseptici se nanose na kožu u koncentričnim krugovima, u nešto širem području od planiranog operativnog polja, a zatim se operativno polje pokriva sterilnim kompresama koje smanjuju transmisiju mikroorganizama te štite sterilnost instrumenata, ruku osoblja, opreme i sl. Istraživanja pokazuju da je postoperativna infekcija stečena u operacijskoj sali puno češća od infekcije ste-

čene na bolničkom odjelu te da je uvijek duboka, a najčešće se pojavljuje unutar 3 dana nakon operacije ili prije prvog previjanja (Damani, 2003: 252).

• OPERACIJSKI TIJEK

Rizični operacijski čimbenici kao što su hitni slučajevi (npr. hitna traheotomija ili ruptura arterije karotis), neadekvatna antiseptična tehnika ili neočekivana kontaminacija radnog polja, veliki gubitak krvi za vrijeme operacije, ugradnja implantata, prolongirani operativni zahvat, drenaža, neadekvatna kirurška tehnika, neadekvatna ventilacija, prekomjeran broj osoblja u operacijskoj sali i sl. uvelike utječu na pojavnost bolničkih infekcija.

• POSTOPERATIVNA SKRB O BOLESNIKU

Postoperativna skrb o bolesniku uključuje adekvatnu manipulaciju sa invazivnim sredstvima, previjanje rana poštujući sva načela asepsa i antiseptice. Boravak u bolnici valja svesti na minimum i čim to bolesnikovo stanje dopusti, otpustiti ga iz bolnice. Temelj prevencije bolničkih infekcija u postoperativnom tijeku odnosi se na što promptniju ekstrakciju invazivnih sredstava (čim prestane indikacija) i adekvatnu manipulaciju sa istima. Posebnu pažnju valja obratiti na manipulaciju trehealnom kanilom kao najkritičnijeg invazivnog pomagala.

Kod većine bolesnika kod kojih se planira operativni zahvat na ždrijelu, dušniku, grkljanu, uslijed tumora usne šupljine ili trauma glave i vrata radi se elektivna treheotomija kojom je onemogućena opstrukcija disanja u području gornjih dišnih puteva i aspiracija sadržaja iz probavnog sustava, olakšana je respiracija i olakšana je toaleta donjih dišnih puteva. Toaleta trahealne kanile provodi se svakodnevno, a uključuje provođenje bronhoaspiracije u aseptičnim uvjetima, redovitu izmjenu trahealne kanile, čišćenje unutarnje kanile, mijenjanje podloška ispod kanile te održavanje traheostome i fiksacije kanile: zamjenu krep trakice i/ili njegu šava. Drenaža kao još jedan kritični faktor ima bitnu ulogu u prevenciji infekcije, budući da sadržaj u rani pogoduje razmnožavanju mikroorganizama te ugrožava cirkulaciju reznja dovodeći pritom do ishemije i posljedično nekroze te tako postaje idealni medij za razmnožavanje mikroorganizama. Mjesto insercije drena predstavlja ulazno mjesto infekciji stoga najveću važnost treba pokloniti upravo tome dijelu, uzevši u obzir da do infekcije dolazi kolonizacijom i direktnim kontaktnim prijenosom. Mjesto insercije treba svakodnevno promatrati, koža/sluznica oko mjesta insercije treba biti ružičaste boje,

bez crvenila, iscjetka ili neugodnog mirisa, bez prisustva boli te ju treba previjati i održavati suho, sterilno i pokriveno. Drenove treba mijenjati prema liječnikovoj odredbi (osim u slučaju devakumacije drena), uvijek poštujući sva načela asepse i antiseptike. Prednost dati zatvorenim sistemima drenaže korištenjem jednokratnih plastičnih, sterilnih sustava, naspram staklenih koji su kemijski čisti no ne i sterilni. Također je bitno svakodnevno pratiti izgled sadržaja (boju), primjese, konzistenciju, miris sadržaja i po potrebi, ukoliko dođe do sumnje na infekciju, sadržaj iz drena poslati u mikrobiološki laboratorij na analizu. Otvorena drenaža primjenjuje se rijetko, budući da povećava rizik od nastanka infekcije kirurške rane.

Uroinfekcija je rijetka vrsta hospitalne infekcije u maksilofacijalnoj kirurgiji budući da se urinarni kateter ekstrahira čim za to prestane indikacija (već 2.-3. postoperativni dan).

Vaskularni kateteri (centralni i periferno postavljeni venski kateter) također se ekstrahiraju čim za to prestane indikacija tako da incidencija hospitalnih infekcija povezanih s venskim kateterom nije učestala.

Svakodnevna procjena i previjanje operativne rane

Svakodnevna procjena operativne rane uključuje promatranje izgleda rane (rubovi rane, šavovi, okolna koža, znaci infekcije) te praćenje stadija cijeljenja. Previjanje i zbrinjavanje kirurške rane razvija se sukladno razvitku medicinskih spoznaja, međutim ono što se od pamtivijeka ne mijenja jest pridržavanje svih načela asepse i antiseptike. Osoblje koje zbrinjava operativnu ranu treba biti educirano, poznavati tijek cijeljenja operativne rane kao i sve čimbenike koji doprinose što bržem zarastanju rane. Statistički gledano infekcija stečena na odjelu pojavljuje se rjeđe nego ona stečena za vrijeme operacije i najčešće je površinska. Prije svakodnevnog rutinskog previjanja rane valja izraditi plan prevoja rana uzevši u obzir da pacijente sa inficiranim ranama valja previjati posljednje.

Previjanje operativne rane u maksilofacijalnoj kirurgiji je specifično budući da osim područja glave i vrata obuhvaća i prsni koš, ekstremitete ili leđa ovisno o tome odakle je režanj uzet npr. previjanje noge odakle je uzet kožni presadak u pravilu se radi 7-10. postoperativni dan te se sanira drugačije. Specifični procesi u MFK su i pojava fistula (orokutanah i faringokutanah) koje zahtijevaju specifič-

no previjanje, što po korištenju drugačijih sredstava i obloga, što po učestalosti prevoja. Previjanje se izvodi u aseptičnim uvjetima, uz uporabu propisanih antiseptika, aplikaciju antimikrobnih masti te po potrebi i korištenjem posebnih obloga.

Svakodnevna higijena usne šupljine uključuje ispiranje i mehaničko čišćenje sterilnim špatulama natopljenim antiseptičkom otopinom Octenidindihydrochlorid-a koji ima širok spektar djelovanja na Gram (+) i Gram (-) bakterije kao i na gljive a budući da ne sadrži alkohol kao ni klorheksidin nije agresivan za sluznicu čime se pospješuje zacjeljivanje rane u usnoj šupljini.

Korištenje odgovarajuće tehnike previjanja - tehnika okluzije rane ili tzv. tehnika otvorene rane ili kompresija rane uz pravovremeno skidanje staple-
ra/šava također pridonosi bržem cijeljenju rane.

ZAKLJUČAK

Uzevši u obzir činjenicu da se bolničke infekcije mogu prevenirati u svega 20-40% slučajeva kvalitetnim mjerama prevencije te da je izvor infekcije zapravo u 80% slučajeva sam bolesnik ponekad se sav napor u prevenciji čini vrlo minuciozan. Maksilofacijalna kirurgija predstavlja područje koje karakterizira povećan rizik od akviriranja bolničke infekcije zbog operativnog zahvata u tzv. čistokontaminiranoj regiji, koji je većinom opsežan, dugotrajan i praćen korištenjem niza invazivnih sredstava koja predstavljaju ulazno mjesto infekciji. Pacijenti su većinom muškarci starije životne dobi, kojima se u anamnezi uz uživanje cigareta nalazi i dugogodišnje uživanje alkohola koji zajedno imaju sinergistički učinak za nastanak karcinoma, nerijetko su uslijed recidiva tumora podvrgnuti kemoterapiji i radioterapiji. Gotovo patognomonične infekcije u maksilofacijalnoj kirurgiji su respiratorne infekcije i infekcije kirurške rane, a sudeći prema statističkim podacima infekcije stečene u operacijskoj sali puno su češće i ozbiljnije od onih stečenih na bolničkom odjelu, upravo suprotno općem mišljenju. Prevencija bolničkih infekcija odnosi se na četiri ključna momenta – kvalitetnu preoperativnu i intraoperativnu pripremu bolesnika, operacijski tijek i postoperativnu skrb o bolesniku od kojih su svi jednako važni. Samo pomno planiranim i kvalitetno provedenim mjerama može se osigurati smanjenje broja bolničkih infekcija u maksilofacijalnoj kirurgiji u kojima jednako sudjeluje cijeli tim zdravstvenih djelatnika.

LITERATURA:

1. Aljinović-Ratković Naranda, Uglešić Vedran: Kako poboljšati kvalitetu života bolesnika s rakom glave i vrata. Zagreb; KB Dubrava, 2006.
2. Damani N.N: Priručnik o postupcima kontrole infekcija. London; GMM, 2003.
3. Hančević, Janko; Antoljak, Tomislav: Rana. Zagreb; Naklada Slap, 2000.
4. Kičić, Sanja: Prikaz bolesnika s karcinomom usne šupljine u prijeoperacijskom razdoblju i nakon commando operacije. Sestrinski glasnik. Zagreb; Medicinska naklada, 2009.
5. Mayhall, Glenn: Hospital Epidemiology and Infection Control. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
6. Šokčić, Ante: Traheotomija. Medicinska enciklopedija : svezak 6. Zagreb; Jugoslavenski leksikografski zavod, 1970.
7. Vrhovac, Božidar: Interna medicina: Bolničke infekcije. Zagreb; Medicinska biblioteka, 2003.
8. Weisglass, Henrik: Medicinska bakteriologija. Zagreb; Medicinska naklada, 1994.
9. Wenzel, Edmond, Pittet, Devaster, Brewer: Kontrola bolničkih infekcija. Zagreb; AGM, 1999.
10. ISKRA smjernice za antimikrobnu profilaksu u kirurgiji - Hrvatske nacionalne smjernice. Dostupno na: http://iskra.bfm.hr/upload/Smjernice/Kirurska_profilaksa.pdf (2010)

Vesna Markač, bacc.med.techn.

Sanja Piškor, bacc.med.techn.

Verica Ivankić, ms.

Biljana Zeba, ms.

Igor Ivaniček, med.teh.

KB Dubrava

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA OBOLJELOG OD DISEKCIJE AORTE

UVOD

Kod disekcije aorte dolazi do raslojavanja aorte te prodora krvi u mediju, prilikom čega se stvara lažni lumen uslijed pulsirajućeg krvotoka, a širi se anterogradno, rijede retrogradno. Disekcija aorte jedno je od najdramatičnijih oboljenja u kliničkoj medicini sa vrlo ranim mortalitetom. Od disekcije aorte oboljeva 5 do 10 ljudi na 1 000 000 stanovnika.² Osnivanje međunarodnih registara pridonijelo je razumijevanju genetike, čimbenika rizika, patofiziologije, kliničkog spektra i dijagnostičko – terapijskih postupaka kod bolesnika s disekcijom aorte. Najveći takav registar je *The International Registry of Acute Aortic Dissection* (IRAD). Ovaj registar osnovan je 1996. g. i danas obuhvaća 24 centra iz 12 zemalja s uključenih 1 600 bolesnika.²

Postoje 3 klasifikacije disekcije aorte :

1. Klasifikacija po De Bakeyu

TIP 1 je disekcija koja zahvaća uzlaznu aortu i luk, a može i torakalnu i abdominalnu aortu. Disekcija TIP 2 zahvaća samo uzlazni dio aorte. Disekcija TIP 3 zahvaća samo silazni dio aorte.

2. Klasifikacija po Stanfordu:

TIP A su sve disekcije koje zahvaćaju uzlaznu aortu. TIP B su sve disekcije koje zahvaćaju silaznu aortu.

3. Deskriptivna klasifikacija

Proksimalna disekcija obuhvaća tip 1 i 2 prema De Bakeyu ili tip A po Stanfordu. Distalna disekcija obuhvaća tip 3 po De Bakeyu ili tip B po Stanfordu. Čimbenici kao što su hipertenzija i Marfanov sindrom mogu prouzročiti disekciju aorte.

Simptomi akutne disekcije aorte su: naglo nastala bol u prsima sa širenjem u vrat, leđa, u jednu ili

obje ruke te u noge, ovisno o lokalizaciji disekcije. Dijagnostički postupak obuhvaća anamnezu, klinički pregled, EKG, Rtg pluća i srca, transtorakalnu i transezofagusnu ehokardiografiju, MSCT (višeslojna kompjutorizirana tomografija), MR (magnetnu rezonanciju) i aortografiju. Cilj liječenja je uklanjanje boli koja je obično jakog intenziteta, reguliranje krvnog tlaka, hemodinamsko stabiliziranje bolesnika i prevencija rupture aorte i ishemije visceralnih organa.

Zbrinjavanje bolesnika s disekcijom aorte u KB „Dubrava“ provodi se u jedinici Intenzivne kardiologije. Zbog visoke incidencije smrtnosti potrebna je hitna dijagnostička obrada i odluka o načinu liječenja koji može biti medikamentni (konzervativno) i/ili kirurški.

Cilj rada

U radu će biti prikazan slučaj bolesnika P. Č. rođenog 1950.g.; zaprimljenog iz SHP (služba hitne pomoći) zbog bolova u lijevoj strani prsnog koša i žličici. Nakon obavljenih dijagnostičkih i laboratorijskih pretraga ustanovljena je disekcija torakalne aorte. Tijek liječenja se komplicirao kardiorespiratornim arestom, cerebrovaskularnim ishemijskim zbivanjem, akutnom renalnom insuficijencijom te embolijom plućne arterije.

Gljučne riječi : disekcija aorte, zdravstvena njega, sestrinske intervencije, medicinsko - sestrinski problemi

Prikaz bolesnika

Bolesnik Č.P. rođen 1950.g., živi u predgrađu grada Zagreba. Oženjen je, otac dvoje djece. Ranije je prebolio cerebrovaskularni inzult (CVI u 12 mjesecu

1993. godine). Hipertoničar je te se kontrolira u Srčanoj poliklinici za prevenciju kardiovaskularnih bolesti i rehabilitaciju te u Poliklinici Sunce (Inter-na medicina i kardiologija). Zadnja kontrola kardiologa bila je u 12 mjesecu 2009. godine. Bolesnik je u hitan prijem KB „Dubrava” transportiran kolima Hitne medicinske pomoći 27.01.2010 oko 22:40h u pratnji liječnika zbog izrazito oštrih bolova s lijeve strane prsnog koša koji se pojačavaju kod pokreta i dubokog udisaja. Na skali boli intenzitet je ocijenjen sa brojem 8 od 10. Nakon pregleda i provedenih dijagnostičkih pretraga bolesnik se zaprima s osnovnom dijagnozom disekcije torakalne aorte (Stanford B) te se zaprima u koronarnu jedinicu Intenzivne kardiologije. Kod bolesnika intervencni kardiolog odlučuje o medikamentnom (konzervativnom) nastavku liječenja. Sve aktivnosti do tada pacijent je obavljao samostalno uz povremeni teži fizički rad. Pacijent je dobrog apetita, ne konzumira alkohol, cigarete. Navodi alegriju na lijek, „ne zna koji”. Stolica i mokrenje uredni.

Promatranje I fizikalni pregled

- Tjelesna visina 180 cm, tjelesna težina 102 kg, BMI = 31, 5 kg / m²,
- opseg struka = 101 cm.
- Po prijemu bolesnik je smeten, Glasgow koma skala 13.
- Koža blijede boje, bez pristunih edema.
- Puls pravilan te dobro punjen, sinus ritam 78 / min.
- Neinvazivni krvni tlak : lijeva ruka 220/137 mmHg; desna ruka 240/140mmHg
- Tahipnoičan, produbljenog disanja s naporom frekvencije > 22 / min.
- Tjelesna temperatura mjerena aksilarno- afebrilan (36, 4 C 0).

Dijagnostičke pretrage

- MSCT (višeslojna kompjutorizirana tomografija) toraxa i aorte
- MSCT glave
- Rentgen srca i pluća
- Ultrazvuk srca (UZV) - Transtorakalni (TTE), Transezofagealni (TEE)
- Laboratorijske pretrage:
- biokemijske pretrage - kreatinin kinaza, kreatinin kinaza MB frakcije, aminotransferaza, alanin aminotransferaza, laktat dehidrogenaza, tropo-

nin, kalij, natrij, kloridi, mokraćna kiselina, urea, kreatinin, glukoza, bilirubin, alkalna fosfataza, amilaza u serumu i urinu, gama – glutamin transferaza, kolesterol, trigliceridi, HDL, LDL, proteini, albumin

- hematološke pretrage – eritrociti, hemoglobin, hematokrit, leukociti, trombociti te diferencijalna krvna slika;
- koagulacijske pretrage – aktivirano parcijalno trombinsko vrijeme, protrombinsko vrijeme, trombinsko vrijeme, fibrinogen, D – dimeri ; kemijski pregled urina
- Koronarografija
- Arterijski invazivni tlak
- Centralni venski tlak

Po prijemu i nakon dijagnostičke obrade bolesnika ustanovljene su sljedeće sestrinske dijagnoze:

1. Bol u/s s patološkim oštećenjem lumena aorte
2. Smanjenje srčanog rada u/s s provodnim električnim sistemom- promjenom brzine, ritma i provodljivosti 2* smanjen protok arterijske krvi zbog disekcije aorte
3. Otežano disanje u/s oslabljenom izmjenom plinova na alveokapilarnoj membrani
4. Intolerancija napora u/s poremećajem disbalansa između potrebe i nadoknade za O₂ 2* smanjenje funkcije miokarda zbog disekcije aorte
5. Visok rizik za nastajanje krvarenja u/s s hipertenzivnom bolešću 2* disekcija aorte
6. Strah u/s ishodom bolesti
7. Neupućenost u/s osnovnom bolesti
8. SMBZ
9. Visok rizik za infekciju u/s invazivnim arterijskim kateterom (IAK)
10. Visok rizik za infekciju u/s centralnim venskim kateterom (CVK)
11. Visok rizik za infekciju u/s urinarnog katetera
12. Visok rizik za nastanak komplikacija dugotrajnog ležanja (dekubitus, duboka venska tromboza (DVT), plućna embolija (PE))

Sestrinsko medicinski problemi

1. MK Ventrikularna tahikardija
2. MK Ventrikularna fibilacija
3. MK Kardiogeni šok
4. MK Respiratorni arrest

5. MK Asistolija
6. MK Hemoragijski šok

Ciljevi sestrinskih dijagnoza

- Bolesnik će na upit negirati bol i neće pokazivati neverbalne znakove boli
- Bolesnik će biti u sinusnom ritmu i incidencija aritmija bit će smanjena
- Bolesnik će imati zadovoljavajuće parametre:
 - ❖ Sistolički invazivni tlak <110 mmHg
 - ❖ Puls <100 frek/min
 - ❖ Disanje 12-20 udisaja/min (eupnea)
 - ❖ Diureza više od 30 ml/sat
 - ❖ Bolesnik će imati toplu i suhu kožu
- Kod bolesnika će pravovremeno biti uočeni znakovi I simptomi potencijalnog krvarenja
- Srah bolesnika u/s ishoda bolesti će biti prisutan u manjoj mjeri
- Bolesnik će biti upućen u prihvaćanju pomoći kod izvođenja aktivnosti te će racionalno koristiti energiju
- Bolesnik će biti okupan, nahranjen i bit će zadovoljeni svi kriteriji a aspekta osnovnih ljudskih potreba
- Bolesnik ne će imati komplikacije dugotrajnog ležanja (dekubitus, DVT, PE)
- Bolesnik ne će imati znakove infekcije

Sestrinske intervencije

1. Uspostavljen je odnos povjerenja s bolesnikom
2. Procijenjen karakter boli uključujući lokalizaciju i dužinu
 - a) Primjenjena skala boli u suradnji s pacijentom, stupnjevanjem od 0 do 10
 - b) Primjenjena ordinirana terapija i procjenom skale boli smanjen je intenzitet do željenog stupnja – 0
 - c) Bolesnik educiran o važnosti podnošenja izvješća o prisutnosti I intenzitetu boli
3. Pružena emocionalna podrška
4. Primjenjena terapija kisikom preko maske prema nalazu acidobaznog statusa koji se kontrolirao svakih 2 - 4 sata
5. Izvršena toaleta centralnog venskog katetera i perifernog arterijskog katetera, kateteri zaštićeni prozirnicom radi lakšeg praćenja pojave crvenila ili krvarenja te previjani prema protokolu KB Dubrave svakih 48 – 72 sata

6. Kontinuirano monitoriranje – uočavanje promjena vitalnih znakova
 - a) Kontinuirano mjerenje invazivnog arterijskog tlaka (IBP- invazive blood pressure)
 - b) Kontinuirani elektrokardiogram (EKG)
 - c) Kontinuirano mjerenje centralnog venskog tlaka (CVT)
 - d) Vađenje krvi prema napatku liječnika
7. Primjenjeni ordinirani lijekovi
8. Provedeni postupci kupanja u krevetu 2x dnevno
9. Bolesnik potican na promjenu položaja uz pomoć
10. Bolesniku postavljen pasivni antidekubitalni jastuk 3* prevencije
11. Osigurana mirna okolina bolesniku te su regulirane posjete

Evaluacija

Primjenom ordinirane terapije i sestrinskih intervencija u zbrinjavanju bolesnika, bolesnik je hemodinamski stabilan, orijentiran- GKS 15, bez prisutnih znakova infekcije krvarenja i komplikacija dugotrajnog ležanja.

Četvrti dan u liječenju u jedinici Intenzivne kardiologije dolazi do kardiorespiratornog aresta, pristupa se kardiopulmonalnoj reanimaciji (*CPR –Cardiopulmonary resuscitation*), bolesnik se intubira te se priključuje na mehaničku ventilaciju. U sklopu hemodinamskih poremećaja kao slike osnovne bolesti prati se i pojava cerebralnog inzulta i akutne renalne insuficijencije.

Nakon novonastalih komplikacija utvrđuju se sljedeće sestrinske dijagnoze

1. Smanjenje srčanog rada u/s s provodnim električnim sistemom- promjenom brzine, ritma i provodljivosti 2* smanjen protok arterijske krvi disekcije aorte
2. Visok rizik za nastajanje respiratornih komplikacija i infekcija u/s s neadekvatnim aspiriranjem
3. Visok rizik za nastajanje mehaničkih komplikacija u/s s neadekvatnom manipulacijom tubusa
4. Visok rizik za nastajanje dekubitusa na sluznicama (intubacija, prehrana putem nazogastrične sonde)
5. Nastanak poremećaja svijesti – semikoma u/s osnovnom bolesti
6. Visok rizik za nastajanje dekubitusa kao posljedica dugotrajnog ležanja

7. Dekubitus-I*
8. Visok rizik za nastajanje krvarenja u/s s osnovnom bolešću
9. Opstipacija u/s dugotrajnog ležanja
10. Smanjenje diureze u/s akutne renalne insuficijencije 2* disekcije aorte
11. Neupućenost i strah obitelji u/s novonastalom situacijom

Sestrinsko medicinski problemi

1. MK Asistolija
2. MK Pneumonija
3. MK Akutna renalna insuficijencija
4. MK Semikoma
5. MK Hemoragijski šok

Ciljevi

- Provesti zadane parametre mehaničke ventilacije u skladu s potrebama bolesnika
- Bolesnik neće imati znakove infekcije
- Kod bolesnika će biti postignuta zadovoljavajuća bilanca tekućine
- Bolesnik neće imati dodatne komplikacije dugotrajnog ležanja
- Smanjenje stupnja postojećeg novonastalog dekubitusa
- Bolesnik neće biti opstipiran
- Kod bolesnika će biti započeta fizikalnu terapiju
- Bolesniku će biti zadovoljene osnovne ljudske potrebe
- Obitelj će biti upućena o pravilnom pristupu bolesniku u novonastaloj situaciji

Sestrinske intervencije

1. Bolesnik je aspiriran prema potrebi (prema postupniku Intenzivne kardiologije)
2. Praćeni parametri oksigenacije bolesnika (kontinuirano SpO₂ te kontrola acidobaznog statusa prema uputi liječnika), praćenje stanja svijesti te evidentiranje i promatranje prisutnosti spontanih respiracija u cilju odvajanja od mehaničke ventilacije
3. Provedena toaleta centralnog venskog katetera (CVK); perifernog arterijskog katetera (PAK) (prema protokolu KB Dubrave)
4. Bolesniku je stavljeno pomagalo aktivni anti-dekubitalni jastuk, a cjelokupni tretman praćenja dekubitusa dokumentiran je na listu za praćenje dekubitusa Intenzivne kardiologije

5. Predilekciona mjesta tretirana losionom
6. Primjenjena prehrana per sondom
7. Praćeni tonus i turgor kože
8. Primjenjeni ordinirani lijekovi
9. Vađenje krvi prema odredbi liječnika
10. Provedena bilanca tekućine (uspostavljena satna diureza)
11. Treći dan po izostanku stolice primjenjeno laksativno sredstvo (supozitorij)
12. Provedeni postupci kupanja u krevetu 2x dnevno
13. Provedena fizikalna terapija sa ciljem sprečavanja komplikacija dugotrajnog ležanja
14. Obitelj upućena u tijek bolesti

Evaluacija

Primjenom ordinirane terapije te sestrinskih intervencija u zbrinjavanju bolesnika, te praćenjem poboljšanja respiratorne funkcije bolesnik se odvađa 02.02.2010.g. od mehaničke ventilacije. Tijekom oporavka bolesnik je hemodinamski stabilan, orijentiran GKS 14, bez znakova infekcija i krvarenja. Dekubitus na trtici je saniran i bolesnik je bez znakova novonastalih komplikacija dugotrajnog ležanja. Bolesnik se 17.02.2010.g. smještava u postkoronarnu jedinicu Intenzivne kardiologije. Nakon provedenih postupaka fizikalne terapije bolesnik uz pomoć sjedi i ustaje iz kreveta. Petog dana liječenja u Intenzivnoj kardiologiji postkoronarne jedinice (25 dan sveukupne hospitalizacije), bolesnikovo se stanje komplicira naglom dispneom praćenom jakim bolovima u epigastriju i toraxu. U EKG-u se registriraju novonastale promjene. Dijagnostičkim i laboratorijskim pretragama potvrđuje se dijagnoza plućne embolije i bolesnik se smještava u koronarnu jedinicu Intenzivne kardiologije.

Sestrinske dijagnoze

1. Bol u/s s patološkim promjenama plućne arterije
2. Otežano disanje u/s oslabljenom izmjenom plinova na alveokapilarnoj membrani 2* plućne embolije
3. Intolerancija napora u/s disbalansom između nadoknade i potrebe za O₂ 2* smanjenje funkcije miokarda zbog disekcije aorte i plućne embolije
4. Neupućenost
5. Strah u/s ishodom bolesti

6. SMBZ
7. Visok rizik za komplikacije dugotrajnog ležanja
8. Visok rizik za infekciju u/s urinarnog katetera
9. Visok rizik za infekciju u/s PVK
10. Visok rizik za nastajanje opstipacije

Sestrinsko medicinski problemi

1. MK Respiratorni arrest
2. MK Ventrikularna tahikardija
3. MK Asistolija
4. MK Kardiogeni šok

Ciljevi

- Bolesnik će subjektivno evaluirati bol na skali boli – vrijednost na skali 0
- Bolesnik će biti u sinusnom ritmu i incidencija aritmija bit će smanjena
- Bolesnik će imati zadovoljavajuće vitalne funkcije i SpO₂
 - ❖ Puls < 100 frek / min
 - ❖ Disanje 12 – 20 udisaja / min
 - ❖ SpO₂ > 95
- Strah bolesnika bit će prisutan u manjoj mjeri
- Bolesnik će biti okupan i bit će zadovoljeni svi aspekti osnovnih ljudskih potreba
- Bolesnik neće razviti komplikacije dugotrajnog ležanja
- Bolesnik neće imati znakova infekcije
- Bolesnik će svaka tri dana imati stolicu

Sestrinske intervencije

1. Uspostavljen odnos povjerenja s bolesnikom
2. Procjenjen intenzitet i prisutnost boli, primjenjena ordinirana terapija I evaluacijom skale boli smanjen intenzitet do željenog stupnja 0
3. Monitoriranje vitalnih funkcija:
 - a) kontrola neinvazivnog arterijskog tlaka (NBP) svakih 30 minuta
 - b) kontinuirani EKG monitoring
 - c) kontinuirano praćenje SpO₂
4. Primjenjena terapija kisikom ovisno o nalazu acidobaznog statusa
5. Povećanje aktivnosti uz praćenje podnošenja napora uz kontrolu vitalnih funkcija
6. Praćenje pojave znakova infekcije u/s urinarnim kateterom

7. Toaleta PVK prema protokolu Intenzivne kardiologije
8. Treći dan po izostanku stolice primijenjeno laksativno sredstvo (supozitorij)

Evaluacija:

Primjenom ordinirane terapije te provođenjem sestrinskih intervencija dolazi do hemodinamske stabilizacije bolesnika i poboljšanja fizičkog stanja. Bolesnik postepeno provodi postupke samozbrinjavanja. Bolesnik se 36. dan hospitalizacije (03.03.2010.g.) otpušta se na kućnu njegu. Obitelj i bolesnik upućeni su u primjenu peroralne terapije, pokazuju razumijevanje i znanje o osnovnoj bolesti, njenim komplikacijama te o važnosti redovitih liječničkih kontrola. Otpusno pismo zdravstvene njege uručeno je bolesniku kao i ostala medicinska dokumentacija.

ZAKLJUČAK

Disekcija aorte je hitno medicinsko stanje koje u kratkom vremenskom razdoblju može završiti smrtnim ishodom, čak i uz adekvatnu terapiju. Neki autori disekciju aorte svrstavaju u aneurizme, dok je drugi definiraju kao zasebnu bolest. Disekcija aorte nastaje zbog različitih uzroka i faktora (npr.: hipertenzija, Marfanov sy, biskupidalna valvula aorte, trudnoća (Turner sy), traume, operacije srca, medikamenti). Medicinska sestra ima iznimno važnu ulogu u zbrinjavanju pacijenta s disekcijom aorte. Svojim postupcima i intervencijama medicinska sestra sudjeluje u procesu zdravstvene njege, tijekom invazivne i neinvazivne kardiološke dijagnostike kao i u preoperativnom i postoperativnom zbrinjavanju pacijenta.

Literatura

1. Vrhovac, B. Interna medicina. Zagreb : Naklada naprijed, 1997.
2. Bulj, N., Disekcija aorte, Kardio list, 2008
3. Brunner, L.S., Suddarth, D.S. Textbook of medical surgical nursing. Philadelphia: JB Lippincott
4. Fučkar, G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1995.
5. Fučkar, G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: HUSE, 1996.
6. Franković S i suradnici, Zdravstvena njega odraslih: Medicinska naklada, 2010.
7. Prlić N, Zdravstvena njega: Školska knjiga Zagreb, 2000.

ISKUSTVA STUDENATA NA VJEŽBAMA

Medicinske sestre obrazuju se na studijima sestrinstva prema studijskim programima usklađenima sa preporukama Svjetske zdravstvene organizacije o obrazovanju medicinskih sestra i primalja, preporukama Europske unije sadržanim u Direktivama 2005/36EC, te načelima Bolonjskog procesa. Kao glavna područja učenja navode se sestrinstvo, bazične i društvene znanosti. Obrazovanje se provodi kroz teorijsku i kliničku nastavu u trajanju od najmanje 4600 sati učenja odnosno 180 ECTS bodova. Pri tome teoretska izobrazba treba obuhvaćati najmanje jednu trećinu minimalnog trajanja izobrazbe, a klinička izobrazba najmanje jednu polovinu minimalnog trajanja izobrazbe.

Opći ciljevi studijskog programa Sestrinstva su:

- pripremiti studenta za sposobno i odgovorno obavljanje zdravstvene njege zasnovane na etičkim načelima te ga usmjeriti cijeloživotnom obrazovanju. Središnje mjesto u zdravstvenoj njezi treba imati pojedinac, njegova obitelj i društvena zajednica u cjelini.
- pripremiti studenta za rad s pojedincem, njegovom obitelji i društvenom zajednicom, poštujući različitosti, kulturu i etničku pripadnost.
- osposobiti studenta za obavljanje zdravstvene njege na različitim radnim mjestima koja su predviđena razinom obrazovanja. Zdravstvena njega mora biti zasnovana na dokazima (evidence based care). Znanja potrebna za provođenje zdravstvene njege potrebno je razvijati kroz znanstveni rad, kako bi se postigli najviši standardi prakse
- osposobiti studenta za timski rad i suradnju sa svim stručnjacima uključenim u sve oblike promicanja zdravlja, liječenje i zdravstvenu njegu
- student mora dobiti najvišu razinu obrazovanja, integrirana znanja iz teorije i prakse, kako bi se mogao profesionalno razvijati kroz različite oblike cijeloživotnog obrazovanja (Studijski plan i program stručnog studija sestrinstva, 2007).

Budući da je zdravstvena njega osnovna djelatnost medicinskih sestara, nastava iz tog područja ob-

hvaća 55% nastavnog programa, a od toga više od 60% nastave je praktično (vježbe). Upravo vježbe omogućuju provjeru da li su, tj. u kojoj su mjeri teorijska znanja usvojena i da li se znaju primijeniti u radu sa pacijentima, dakle u realnim okolnostima.

Na studiju sestrinstva izvode se metodičke, kabinetske, sekcijske i laboratorijske vježbe. Najviše vremena studenti provode na kliničkim vježbama. Kliničke vježbe se održavaju na svim razinama zdravstvene zaštite-u domovima zdravlja, kliničkim odjelima zagrebačkih bolnica, u ustanovama socijalne skrbi, domovima umirovljenika, centrima za rehabilitaciju, dječjim vrtićima, te u zajednici (kućama pacijenta). Na vježbama studenti su razdijeljeni u skupine sukladno normama i pravilnicima, na kliničkim vježbama skupina se sastoji od 4-6 studenta koji rade pod nadzorom viših medicinskih sestara asistenta Zdravstvenog veleučilišta. Prisustvovanje vježbama je obavezno, a izostajanje regulira Pravilnik o studiranju Zdravstvenog veleučilišta. Tijekom vježbi u zdravstvenim ustanovama studenti moraju biti prikladno obučeni. Student mora ponašanjem, izgledom i nastupom prema pacijentima i osoblju dolično zastupati Zdravstveno veleučilište. Studenta koji neopravdano kasni, nedolično se ponaša ili je nepropisno odjeven asistent može odstraniti sa nastave.

Uvidom u nastavni plan i program studija vidljivo je da student tijekom prve godine studija na vježbama provodi 360 sati, od toga na klinici 240 sati, tijekom druge godine studija na kliničkim vježbama studenti provode 390 sati, a tijekom treće godine studija na kliničkim vježbama provode 345 sati.

Prilikom dolaska na vježbe studenti se javljaju voditeljima vježbi odnosno asistentima i oni su zaduženi za rad sa studentima. Asistenti bi trebali stvoriti pozitivno okruženje za prihvaćanje studenta, poticati studente na učenje, pružati im podršku.

Asistenti-voditelji vježbi su dužni strpljivo prenositi znanje studentima sukladno programu praktične nastave, nadzirati sudjelovanje, zalaganje i napredak studenata u nastavi te bilježiti i dokumentirati rezultate nastave, kvalitetno se pripremati i izvoditi

Tablica 1. Prikaz broja sati predavanja, seminara i vježbi Studijskog plana i programa stručnog studija sestrinstva

Godina studija	Predavanja	Seminari	Vježbe
I. godina studija	390	135	360
II. godina studija	405	60	450
III. godina studija	390	90	435
UKUPNO	1185	285	1245
		2715	

ti praktičnu nastavu, bdjeti nad zaštitom i sigurnošću studenta u praktičnoj nastavi. Asistenti trebaju biti dostupni i komunikativni, etični u radu, razvijati i prenositi profesionalni vrijednosni sustav kod studenata. Trebaju razvijati teorijsku bazu znanja i praktične vještine, razvijati vještine kreativnog razmišljanja i logičnog zaključivanja te vještine modificiranja metoda i postupaka kao i vještine organiziranja poslova. Asistenti također trebaju razvijati kod studenata svijest o dinamici struke i potrebi trajnog usavršavanja, te razvijati vještine korištenja izvora informacija. Dužni su obrazovati studente kao autonomne stručnjake koji kritički vrednuju svoj rad i stručni doprinos.

Asistent je dužan objektivno ocijeniti znanje i vještine koje je student stekao u praktičnoj nastavi. Usvojenost znanja i vještina, stečenost kompetencija za samostalan rad u cjelokupnom stručnom području vježbovnog programa asistent potvrđuje potpisom u Knjižicu za praćenje individualnog rada studenta.

Od studenta se očekuje da odgovorno prihvaća svoju ulogu u nastavnom procesu, redovito prisustvuje vježbama i aktivno sudjeluje. Tijekom vježbi student kontinuirano uči i stručno se usavršava, prihvaća nove spoznaje i informacije, usvaja nova znanja i vještine. Student se aktivno i profesionalno uključuje u zbrinjavanje pacijenata s različitim poteškoćama, vodi sestrinsku dokumentaciju. Mora se ponašati u skladu propisima Zdravstvenog veleučilišta koji se odnose na profesionalni izgled i ponašanje tijekom vježbi te u skladu sa Etičkim kodeksom medicinskih sestara.

Boravak u kliničkoj sredini i rad sa pacijentima kod studenata izaziva niz strahova. Najčešći strahovi koji se javljaju su:

- Strah od postavljanja krivih pitanja
- Strah od davanja krivih odgovora
- Strah od kritiziranja
- Strah od fatalnih pogrešaka

- Strah da pacijent neće htjeti surađivati sa studentom
- Strah od optužbi od strane pacijenata
- strah od izazivanja neželjenih posljedica nekog postupka koji je student izvršio na pacijentu
- Strah od krivog izvršavanja naredbi
- Strah od mišljenja mentora i osoblja kako su studenti nesposobni
- Strah od ispitivanja od strane liječnika
- Strah od izvođenja nekog postupka po prvi puta
- Strah od omalovažavanja
- Strah od iskorištavanja
- Strah od izvođenja nekih postupaka pred cijelom grupom

RAZLIKA IZMEĐU TEORIJE I PRAKSE

Važno je da vrijeme predviđeno za vježbe bude što kvalitetnije ispunjeno te da bude što bolja i kvalitetnija nadopuna naučenom, ali i dobar temelj za budući samostalni rad. Mnoge studente često muči ponekad i prevelika razlika između teorije i prakse, i mnoge to zbunjuje. Prema istraživanju provedenom na 27 studenata druge godine Fakulteta zdravstvenih i socijalnih znanosti Sveučilišta u Bergenu u Norveškoj, kao jedan od istraživanih parametara bila je i razlika između teoretske i praktične nastave, s čime im se bilo vrlo teško nositi. Kada su primjerice znali upitati nadređene zašto se neke stvari rade drugačije od načina na koji su oni učili, i načina na koji se očekuje da oni u budućnosti rade, najčešći odgovor je bio: „Možda ste na nastavi učili na taj način, ali mi to tako ne radimo.“ Takvi su ih odgovori, kažu, stavljali u tešku poziciju, i nisu mogli razaznati koji je pravi, odnosno pravilan način na koji bi trebali raditi, te na kraju krajeva nisu znali kome bi vjerovali. Ono što su zaključili jest da će oni kad diplomiraju, raditi onako kako su zaista i naučili na nastavi. Ovome bi mogli nadodati da su takve stvari prisutne i kod nas, i s njima se možemo poistovjetiti.

MOTIVACIJA I SAMOPOUZDANJE STUDENATA

Ono što studente najviše ohrabruje i osnažuje jest da budu dovoljno vrednovani kao početnici, kao članovi tima, i naravno da ih se vrednuje kao same osobe. Kad jednom uspješno svladamo neki zadatak, ili izvedemo neki postupak, osjećamo zadovoljstvo i želju za daljnjim napredovanjem. Važno je da student stekne sigurnost u vlastite sposobnosti i da razumije svrhu postupaka koje izvodi. Dakle, to pokreće unutarnji proces motivacije studenata. Sve dosad navedeno ovisi o studentu, ali i o samom mentoru. Mentori bi trebali učiniti vježbe zanimljivima, poticati studenta na aktivno uključivanje, pohvaliti uspjeh i napredak, na primjeren način reagirati na pogreške, prepoznati strahove i pokušati ih umanjiti. Ovakav pristup podiže razinu studentovog samopouzdanja. Kao pozitivan primjer iz naše prakse naveli bi jedan slučaj gdje je studentica dobila pohvalu, ne samo usmeno, već i pismeno u obliku diplome s njezinim imenom i prezimenom za uspješno proveden postupak uvođenja nazogastrične sonde koji dosad nije izvela. To priznanje joj je jako puno značilo.

Naveli bi još po jedan pozitivan i jedan negativan primjer iz istraživanja na studentima John Moores Sveučilišta u Velikoj Britaniji. Studentica druge godine navodi: „Ona (mentor) me uključivala u sve. Dala mi je da radim postupke za koje sam bila ovlaštena, uvijek mi je davala posla i „držala me uključenom“. Odvojila bi dovoljno vremena da mi objasni što je trebalo i što bi me zanimalo. Ništa joj nije bilo teško i dobila sam dojam da zaista uživa raditi i poučavati studente“ (Mikkelsen Kyrkjebo, Hage, 2005.).

Druga studentica navodi suprotan primjer: „Imala sam mentoricu koja je rušila moje samopouzdanje. Osjećala sam se nesposobnom. Nije me osnaživala i davala mi je osjećaj da sam nesposobna izvršiti i najjednostavnije zadatke, npr. kad bi pacijentu mjerila krvni tlak, ona bi ga svaki put iza mene ponovo mjerila i uvijek bi imala drugačije vrijednosti.“

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja bio je utvrditi iskustva studenata studija sestrinstva tijekom vježbi, te vidjeti da li postoje razlike s obzirom na godinu studija.

U anonimnoj anketi ispitano je 50 studenata druge godine studija sestrinstva. Postavljeno je 13 pitanja: na prvih 11 pitanja studenti su zaokruživali jedan od 3 ponuđena odgovora: da, ne ili djelomično, a na dva pitanja su traženi opisni odgovori.

1. Da li ste zadovoljni sa praksom koju ste obavili?

56% ispitanika zadovoljno je praksom koju su obavili, djelomično zadovoljno je njih 40%, a 4% nije zadovoljno. Smatramo da su ovi podaci zadovoljavajući.

Studenti navode da su znali doživjeti neugodnosti zbog neinformiranosti o stanju pacijenta koje je bitno za pristup i zbrinjavanje pacijenta, te za uspostavljanje komunikacije.

Studenti također imaju primjedbe na prevelik broj osoblja koje prisustvuje viziti, te ne uspijevaju čuti sve što ih zanima i ne dobivaju uvid u sam tijek vizite.

2. Da li ste zadovoljni dosadašnjim mentorima i načinom njihova rada?

52% je izjavilo da je zadovoljno svojim mentorima i načinom njihova rada, 44% da je djelomično zadovoljno, dok je njih 4% nezadovoljno svojim mentorima.

Na nekim radilištima na kojima su odrađivane vježbe, može se primijetiti da se studente nedovoljno uključuje u izvođenje postupaka koji su predviđeni programom vježbi poput prijema i otpusta pacijenata, uvođenja i.v. kanila itd.... Također događa se da se nije provjeravala i evidentirala točnost i redovitost dolazaka studenata na vježbe.

3. Mislite li da postoji velika razlika između teorije i praktične nastave?

74% studenata smatra da postoji velika razlika između teorije i prakse, 12% misli kako postoji djelomična razlika, te njih 14% misli kako nema velike razlike između teorije i prakse.

Ovaj podatak ne začuđuje jer su studenti ipak u većoj mjeri upozoreni da će na takve razlike često naići, ali bez obzira koliko bili pripremani na to, i dalje ih to veoma zbunjuje.

Izdvojili bi i zabrinutost studenata oko nepoštivanja nekih pravila što se tiče izolacije i nekih postupaka; na nekim odjelima ne nose se kaljače i maske pri ulasku u sobu na kojoj je naznačena izolacija, te vađenje krvi bez rukavica. To predstavlja vidljivu i čestu razliku teorije i prakse.

4. Ako da, da li tražite pomoć, odnosno način da to riješite?

50% ispitanika izjavilo je da ne traže pomoć kad naiđu na razliku između onog što su naučili i onog s čime se susreću u praksi. 28% ih traži pomoć, dok njih 22% samo ponekad traži pomoć.

5. Možete li samostalno ispuniti plan zdravstvene njege bez tuđe pomoći?

48% studenata je izjavilo da samostalno mogu tek djelomično ispuniti plan, 36% ih može samostalno

ispuniti plan, a njih 8% ne može uopće samostalno ispuniti plan.

6. Da li uspješno surađujete s osobljem na odjelu na kojem obavljate praksu?

64% izjasnilo se da uspješno surađuje sa osobljem na vježbama, njih 34% djelomično uspješno surađuje, dok njih 2% (1 ispitanik) ne surađuje uspješno sa osobljem na vježbama.

7. Da li uvažavate sugestije mentora ako se oslanjate na teoretsko znanje?

68% studenata uvažava sugestije mentora, 26% se ponekad oslanja na teoretsko znanje, a ponekad uvažava sugestije svojih mentora, dok se 6% njih oslanja isključivo na teoretsko znanje.

8. Da li ste ikad došli u sukob sa mentorom?

96% tvrdi da nije nikad došlo u sukob s mentorom, dok je njih 4% došlo u sukob. Ovo je zadovoljavajuć podatak i svjedoči o korektnom odnosu studenata i mentora.

9. Da li ste ikad došli u sukob s osobljem na odjelu gdje ste odradivali praksu?

88% studenata nije došlo u sukob sa osobljem na svojim vježbama, a 12% njih je imalo takvih iskustva.

10. Ako da, jeste li ga uspješno riješili?

Od 6 nastalih sukoba (12% njih koji su naveli da su imali takvo iskustvo), 2 su uspješno riješena, djelomično je riješen jedan sukob, dok 3 sukoba nisu riješena.

11. Smetaju li vam pravila izgleda na praksi ako primijetite da se mentori ili osoblje ne drže istih?

63% je navelo da im smetaju takva pravila, 12% djelomično smeta, a preostalih 25% ne smetaju takva pravila.

Ovaj podatak je ujedno i zanimljivost na koju mnogi možda i ne obraćaju pozornost i ne razmišljaju koliko to negativno utječe na studente. Ono što studentima najviše smeta i što najčešće viđaju na radilištima na kojima odraduju vježbe jesu: prekratke suknje, jaki parfemi, dugi nokti, pre naglašena šminka, nakit i sl. Pošto se od studenata očekuje da pozitivno promoviraju struku i budu ogledni primjer kako bi valjalo izgledati, suprotni primjer mentora i osoblja ih demotivira da se drže pravila izgleda medicinske sestre.

U sklopu ankete postavljeno je i pitanje da li studenti imaju poteškoća u raspoznavanju zdravstvenih djelatnika zbog različitosti uniformi iste stručne spreme te da li im to smeta i da li bi to promijenili. Odgovarali su opisnim odgovorima. Velika većina je navela da im to smeta, i da bi vrlo rado da se

to promijeni u smislu da svaka uniforma odgovara stručnoj spremi i funkciji koju određeni zdravstveni djelatnik obavlja.

Drugo pitanje koje je postavljeno bilo je da li su studenti ikad zamijenili funkcije zdravstvenih djelatnika radi zabune oko uniformi i koga su zamijenili. Najčešći odgovori bili su zamjena fizioterapeuta i liječnika, viših i srednjih medicinskih sestara, pomoćnog osoblja i srednje stručne spreme, te liječnika i inženjera radiologije.

ZAKLJUČAK

Osim o samom studentu, njegovoj razini znanja i razini motiviranosti, kvaliteta i sam tijekom prakse uvelike ovisi i o samim mentorima i načinu njihova rada i odnosa sa studentima. Osim što se od studenata očekuje da aktivno sudjeluju u vježbama, budu profesionalni, redoviti i odgovorni, isto se tako očekuje od mentora da njihov odnos prema studentima bude korektan, da s njima provedu dovoljno vremena kako bi im prenesli specifična znanja, ukazali im na pogreške, te da cijene njihov trud i zalaganje. Student mora biti svjestan važnosti redovitog učenja, kako teorijskog, tako i praktičnog, te biti uvijek otvoren za suradnju i prihvaćanje sugestija od mentora i nadređenih. Student se mora truditi, pokazati zanimanje i biti uvijek spreman na suradnju koja pridonosi kvalitetnoj i uspješnoj praksi. Također, važno je da vrijeme predviđeno za vježbe bude što kvalitetnije ispunjeno te da bude što bolja nadopuna naučenom, ali i da bude dobar temelj za budući samostalni rad.

LITERATURA

1. Mikkelsen Kyrkjebo J., Hage I. What we know and what they do: nursing students' experiences of improvement knowledge in clinical practice. *Nurse education today* 2005; 25: 167-175.
2. Bradbury-Jones, C., et al., Empowerment and being valued: A phenomenological study of nursing students' experiences of clinical practice, *Nurse Educ. Today* (2010), doi:10.1016/j.nedt.2010.07.008
3. Directive 2005/36/EC of the European Parliament. <http://eur-lex.europa.eu>
4. Studijski plan i program stručnog studija sestrinstva. Zdravstveno veleučilište Zagreb 2007.
5. Knjižica za praćenje individualnog rada studenta. Zdravstveno veleučilište, Zagreb 2009.

STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA DODIPLOMSKOG STUDIJA PREMA SPECIJALISTIČKIM DIPLOMSKIM STRUČNIM STUDIJIMA

UVOD

„BEZ LJUBAVI ZA ONO ŠTO RADIMO I BEZ LJUBAVI ZA ONO ZA KOGA RADIMO, NEMA ZDRAVSTVENOG NAPRETKA.“

(dr. Andrija Štampar)

Preduvjet napretku sestrinstva kao profesije zahtjeva kontinuiranu edukaciju, cjeloživotno obrazovanje u smislu profesionalnog i osobnog razvoja kao i pružanje što kvalitetnije skrbi.

Zdravstveno veleučilište u Zagrebu najstarija je obrazovna ustanova visokoškolskog, stručnog, zdravstvenog obrazovanja u Hrvatskoj. Osnovano je 1966. godine pod nazivom Viša škola za medicinske sestre i zdravstvene tehničare u Zagrebu. U to doba Škola je bila jedina visokoškolska ustanova u Hrvatskoj za obrazovanje bolničkih i dispanzersko - patronažnih medicinskih sestara, te radioloških, sanitarnih i laboratorijskih tehničara na razini više stručne spreme. Studij za sve studijske smjerove trajao je četiri semestra, a nastavni programi su bili usmjereni stjecanju teoretskih znanja i praktičnih vještina, s naglaskom na ovladavanje praktičnim vještinama potrebnim za svakodnevni rad u zdravstvenoj praksi. Osim studija u Zagrebu, povremeno su organizirani i studiji u Splitu, Osijeku, Požegi i Varaždinu.

Nastava se odvijala u iznajmljenim prostorima na području cijeloga Zagreba. Nastavnici su isključivo bili u honorarnom radnom odnosu i to pretežno s Medicinskog fakulteta. Škola gubi samostalnost 1984. godine, pod pritiskom tadašnje politike udružuje se s Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu. Stupanjem na snagu Zakona o visokim učilištima 1993. godine, kojim je propisano da se stručni studiji ne mogu više izvoditi na fakulteti-

ma, već samo na visokim školama i veleučilištima, ponovno se pruža prilika za osamostaljenje škole. Do osamostaljenja dolazi 1996. godine, osnivanjem Visoke zdravstvene škole Odlukom Vlade Republike Hrvatske, i time se škola odvaja od Medicinskog fakulteta u samostalnu ustanovu. Nacionalno vijeće za visoku naobrazbu Republike Hrvatske pozitivno je ocijenilo prijedlog novih, trogodišnjih nastavnih programa, te se studij na svim studijskim smjerovima od 1999./2000. godine produžuje sa dvije na tri godine. Vlada Republike Hrvatske donosi odluku o prerastanju škole u Zdravstveno veleučilište u Zagrebu, 2005. godine.

Studiji na Zdravstvenom veleučilištu organizirani su na dvije razine. Prva razina, dodiplomski studij, traje tri godine i završava obrazovnim statusom stručnog bakalaureata. Druga razina, diplomski studij, traje još dodatne dvije godine, i završava obrazovnim statusom diplomiranog stručnjaka pojedine struke. Na razini dodiplomskih studija studenti mogu studirati kao redovni ili izvanredni, dok je razina diplomskih studija uglavnom predviđena za izvanredne studente koji su već stekli određena iskustva u praksi.

Nastavni programi svih studija sadrže oko 50% teoretske i 50% praktične nastave.

Specijalistički diplomski stručni studiji na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu otvoreni su prvi puta akademske godine 2006./2007. Prvi od njih bio je specijalistički diplomski stručni studij Menadžment u sestrinstvu, a kasnije je otvoren i specijalistički diplomski stručni studij Javno zdravstvo. Nakon toga, 2009. godine odobreno je i otvaranje specijalističkih diplomskih stručnih studija Kliničko sestrinstvo i Psihijatrijsko sestrinstvo, koji su s radom započeli 2010./2011. akademske godine.

Do danas je na diplomskim studijima sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu diplomiralo ukupno 179 diplomanata i to 88 studenata na specijalističkom diplomskom stručnom studiju Menadžment u sestrinstvu, 27 studenata na specijalističkom diplomskom stručnom studiju Javno zdravstvo, 46 studenata na specijalističkom diplomskom stručnom studiju Sanitarnog inženjerstva, te 18 studenata na specijalističkom diplomskom stručnom studiju Fizioterapija.

Prvostupnici sestrinstva svoju djelatnost obavljaju na svim razinama zdravstvene zaštite. Sestrinski posao se proteže od kontakta s pacijentom, utvrđivanja potreba i planova zdravstvene njege do suradnje s drugim službama i javnim djelatnicima u svrhu poboljšanja i unapređenja zdravlja u zajednici.

Ukupan broj medicinskih sestara zaposlenih u Hrvatskoj je (do lipnja 2007.) 28, 434 tisuće od kojih 80% ima srednjoškolsko obrazovanje, a ostalih 20% više obrazovanje.

Cilj rada bio je istražiti stavove studenata dodiplomskog studija sestrinstva o specijalističkim diplomskim stručnim studijima na Zdravstvenom veleučilištu. Motivacija za studije ovisi o raznim čimbenicima, ali prije svega je bitno informirati studente o programima, kako bi se zainteresiranost javila.

Bit studija je da zdravstvenom njegovom upravlja visoko obrazovana, zrela i kompetentna medicinska sestra. Takva sestra pruža visoku sigurnost pacijentu. Nema suvremene medicine bez visokoobrazovanih djelatnika od čega medicinske sestre/tehničari čine 50% ukupnog broja.

RAZRADA TEME

Putem anonimnog upitnika istraživanje je provedeno na uzorku od 162 ispitanika oba spola (M- 10%, Ž-90%). Ispitanici su studenti prve, druge i treće godine redovnog dodiplomskog studija sestrinstva u dobi od 18 do 25 godina.

Anketa je obuhvaćala 16 pitanja. Neka od ključnih pitanja na koja su studenti odgovarali su:

„Jeste li bili upoznati, prije upisa na Zdravstveno veleučilište, o mogućnosti nastavka studiranja na specijalističkim diplomskim studijima?“ 70% studenata je odgovorilo da, a 30% ne.

Na pitanje: „Na koji način ste saznali za specijalističke diplomske studije?“ 44% studenata je odgovorilo da su za studije doznali u razgovoru sa svo-

jim kolegama, 14% je odgovorilo da su saznali od profesora, a 43% putem internetske stranice Zdravstvenog veleučilišta.

Na pitanje: „Smatrate li da je poslije dodiplomskog studija potrebno završiti i specijalistički diplomski studij?“ 50% studenata smatra da je to potrebno, 27% ne zna, a 23% studenata smatra da nije potrebno.

„Zbog čega smatrate da je potreban nastavak studiranja na specijalističkom diplomskom studiju?“ 53% studenata smatra da je to potrebno zbog napredovanja u poslu, 26% zbog potreba EU, a 21% studenta zbog osobne zainteresiranosti za znanjem.

Na pitanje: „Jeste li kao student upoznati s programima specijalističkih diplomskih studija?“ 23% studenata je upoznato s programima specijalističkih diplomskih studija, 61% slabo, a 16% nije upoznato s istim programima. Studenti koji su na prethodno pitanje odgovorili da, najbolje su upoznati sa studijem Menadžment u sestrinstvu njih 36%, dok je 8% studenata odgovorilo da je upoznato s programima svih specijalističkih studija.

Na pitanje: „Koji od navedenih specijalističkih studija bi odabrali za nastavak svoga obrazovanja?“ 19% studenta se odlučilo za Menadžment u sestrinstvu, 7% za Javno zdravstvo, 47% Kliničko sestrinstvo, 8% za Psihijatrijsko sestrinstvo dok 19% studenata ima želju upisati jedan od drugih specijalističkih diplomskih studija.

„Što bi Vas motiviralo da upišete specijalistički diplomski studij?“ 35% studenata motivaciju nalazi u postizanju većeg statusa, 32% studenata u napredovanju u poslu, 27% studenata motivaciju nalazi u sigurnom radnom mjestu dok 6% u drugim zadovoljstvima.

Na pitanje: „Mislite li da bi nakon završenog specijalističkog diplomskog studija mogli brzo napredovati u svom poslu?“ 20% studenata vjeruje u mogućnost napredovanja, 77% studenata smatra da tek nakon određenog radnog iskustva može napredovati, a 3% studenata ne zna.

Na pitanje: „Koliko je godina radnog iskustva potrebno za upis na specijalistički diplomski studij?“ 57% studenata smatra da je potrebna 1 do 2 godine radnog iskustva, 41% njih smatra da je potrebno 5 do 6 godina, 2% studenata smatra da je potrebno više od 10 godina radnog iskustva.

„Smatrate li da bi trebali dobiti adekvatno radno mjesto nakon završenog specijalističkog diplomskog studija?“ 75% smatra da bi trebali dobiti ade-

kvatno radno mjesto, 5% da ne bi, a 20% studenata očekuje bilo koje radno mjesto unutar sestrinstva. Na pitanje: „Mislite li da su specijalistički diplomski studiji potrebni za rad?“ 1% studenata misli da su potrebni za rad na području Republike Hrvatske, njih 15% smatra kako je bitno radi zaposlenja u EU, a 20% studenata nije upućeno, dok 65% studenata smatra kako su specijalistički diplomski studiji podjednako potrebni za rad na području Republike Hrvatske i za zaposlenje u EU.

Na pitanje: „Smatrate li da je potrebo otvoriti još specijalističkih diplomskih studija uz postojeće?“, 57 % studenata smatra kako je potrebno, 10 % smatra da nije potrebno, dok 33 % studenata ne zna.

ZAKLJUČAK

Nakon provedene ankete i obrade statističkih podataka, zaključili smo da više od polovice studenata nije upoznato sa smjerovima specijalističkih diplomskih studija. Njih 60 % nije upoznato s programima koji se nude od strane Zdravstvenog veleučilišta. Skoro polovica njih smatra kako je potrebno završiti daljnje obrazovanje na jednom od ranije navedenih smjerova. Na pitanje je li potrebno, za upis u specijalističke diplomske studije, radno iskustvo dolazimo do odstupanja rezultata između prve i druge te treće godine studija. Studenti prve godine smatraju da prethodno radno iskustvo nije nužno potrebno dok studenti druge i treće godina smatraju iskustvo bitnim. Također dolazi do odstupanja u rezultatima kad se u pitanju navodi smatrate li da bi trebalo otvoriti još neki studij uz postojeće, studenti druge i treće godina navode da bi bilo dobro dok studenti prve godina smatraju da to nije potrebno.

Možemo zaključiti kako je potrebno dodatno informirati studente kako bi bili upoznati sa smjerovima specijalističkih diplomskih studija, te im prikazati sve mogućnosti u daljnjem radu ukoliko završe neke od ranije spomenutih smjerova.

LITERATURA

1. Čuljek, S.: Osnove zdravstvene njege, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2005.
2. Havelka, M. Visoko obrazovanje u Hrvatskoj i europskim zemljama. Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Biblioteka zbornici, Zagreb, 2003.
3. HKMS, Pravilnik o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalni rad (pročišćeni tekst), 2003.
4. Visoka zdravstvena škola, Nastavni plan i program za dodiplomski stručni studij sestrinstva. Zagreb, 1999.
5. Sedić, B.: Strategija razvoja specijalističkih diplomskih stručnih studija članak u Zborniku 8. Konferencija medicinskih sestara s međunarodnim sudjelovanjem pod nazivom „Perspektive individualnog i profesionalnog razvoja u sestrinstvu“, Zdravstveno veleučilište, 2008.
6. Zašto studirati na Zdravstvenom veleučilištu?, <http://www.zvu.hr/> (05.02.2011.)
7. Sestrinska profesija u Hrvatskoj, Evaluacijsko izvješće misije peer procjene vezano uz priznavanje profesionalnih kvalifikacija <http://www.zvu.hr/mag/docs/hr/> (09.02.2011.)
8. Direktiva 2005/36 EZ Europskog parlamenta i vijeća, <http://www.hkms.hr/data/> (11.02.2011.)

STAVOVI STUDENATA 3. GODINE STUDIJA SESTRINSTVA O SESTRINSTVU U HRVATSKOJ DANAS

Sažetak

Sestrinstvo se sve više u svijetu počinje shvaćati kao disciplina koja ima prepoznatljiv program djelovanja i koja je neovisna od drugih disciplina u sustavu zdravstvene zaštite. Cilj rada bio je istražiti kakvi su stavovi i mišljenja studenata treće godine studija sestrinstva, dakle budućih medicinskih sestara i tehničara, o sestrinstvu, identitetu profesije, ulozi u zdravstvenom timu i obrazovanju, tj. promjenama i mogućnostima u obrazovanju medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj. Istraživanje je provedeno na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, u veljači 2011. godine. Sudjelovalo je 57 ispitanika, ispunjavanjem anonimnog upitnika. Za interpretaciju rezultata korištene su metode deskriptivne statistike.

Ključne riječi: Sestrinstvo; stavovi studenata sestrinstva; sestrinstvo u Hrvatskoj danas.

Sestrinstvo se sve više u svijetu počinje shvaćati kao disciplina koja ima prepoznatljiv program djelovanja i koja je neovisna od drugih disciplina u sustavu zdravstvene zaštite.

Neki ga shvaćaju kao zanimanje, neki kao znanstvenu disciplinu, a oni umjereniji rekli bi da je to profesija koja će napokon dobiti svoj legitimni status. Za one koji prate sestrinstvo i njegov razvoj tijekom 20. stoljeća, napori da se sestrinstvo obogati saznanjima iz drugih znanstvenih disciplina samo su potvrda sveobuhvatnosti spoznaja koje medicinske sestre moraju posjedovati i logičan su nastavak razvoja sestrinstva.

Biti medicinska sestra je jedinstven poziv koji traži ono najljepše u čovjeku – humanost i predanost pozivu. "Jedinstvena uloga medicinske sestre je pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao

samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje."¹ No unatoč tome nerijetko se postavlja pitanje da li je sestrinstvo cijenjena profesija.

Istraživanje je pokazalo da 47% studenata treće godine studija sestrinstva djeli mišljenje da u Republici Hrvatskoj ono to uglavnom nije. Prisutan je stav da se u društvu općenito i u zdravstvenim ustanovama podcjenjuje istinska vrijednost zdravstvene njege, a da se istodobno precjenjuje vrijednost zapovijedi, tehnike i hijerarhijske strukture.

Autentično vrednovanje medicinske skrbi i njege u društvu i zdravstvu osigurava uvjete za jačanje sestrinske svijesti o vrijednosti vlastite profesije i neovisnosti stečenih kompetencija i vještina od neprimjerenih uplitanja sa strane.

Može se reći da je put što ga je prevalilo sestrinstvo od često osporavane djelatnosti do punog društvenog priznanja i priznanja same zasebne profesije bio izrazito trnovit, ako se imaju na umu smisao i značenje te mjesto i uloga sestrinstva u suvremenome društvu općenito i zdravstvenome sustavu posebno. Ipak, sestrinstvo je danas priznata profesija koju nitko ne osporava. Kao profesija, sestrinstvo danas zahtijeva strogo obrazovanje, a što se ide prema višim gradusima to je kompleksnije i sofisticiranije.

Sestrinstvo je do danas razvilo različite kriterije za vrednovanje i prosudbu kvalitete sestrinske prakse, kao i uvjete za postignuće dozvole za rad. Sestrinske organizacije su postale uobičajena pojava na različitim razinama, koje se brinu za sve statuse, stručne i obrazovne komponente sestrinstva. Moderno sestrinstvo favorizira edukaciju kao prioritet u profesionalnom životu medicinskih sestara. Više i visoko obrazovanje medicinskih sestara je prioritet modernih država. Uspješnost medicin-

¹ Čukljek S. Osnove zdravstvene njege. Zagreb, Visoka zdravstvena škola, 2005.

ske sestre ne ovisi samo o njenoj humanosti i sposobnosti svladavanja suvremene tehnologije. Ono ovisi i trajnoj edukaciji medicinskih sestara. Zato je danas, u vremenima svakodnevnih promjena, neophodno okrenuti se napretku profesije sestrinstva upravo kroz trajno učenje u programima kontinuirane edukacije.

Danas studenti studiraju studij sestrinstva usklađen sa europskim preporukama te Bolonjskim procesom, što omogućuje stjecanje sveobuhvatnih teoretskih i praktičnih kompetencija za obavljanje složenih poslova u zdravstvenoj i drugim srodnim djelatnostima.

Zdravstveno veleučilište organizira studij na dvije razine. Dodiplomski studij koji pohađaju redovni i izvanredni studenti traje tri godine nakon čega se stječe stručni naziv prvostupnik/prvostupnica sestrinstva. Druga razina, specijalistički diplomski stručni studij iz područja sestrinstva, traje još dodatne dvije godine i po završetku studija stječe se stručni naziv diplomirana medicinska sestra odnosno tehničar. Specijalistički diplomski stručni studiji (predviđeni za izvanredne studente) pružaju obe-

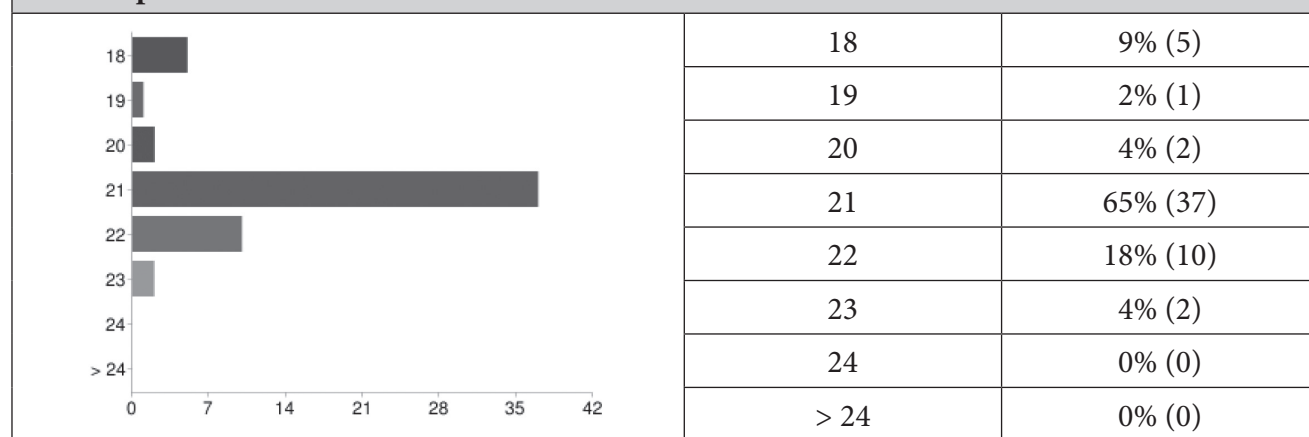
ćavajuću slobodu izbora, tj. organizira se nastava studija Menadžment u sestrinstvu, Javno zdravstvo te su od ove akademske godine započeti i specijalistički diplomski stručni studij Kliničkog sestrinstva i Psihijatrijskog sestrinstva.

„Visoka stručna sprema na trogodišnjoj razini, kakvu već imaju naši polaznici, daje opće obrazovanje u sestrinstvu. Međutim, Diplomski specijalistički studij omogućava medicinskoj sestri obavljanje specifičnih i vrlo složenih znanja na razini primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Moći će, primjerice, samostalno donositi odluke o zdravstvenoj njezi, te samostalno organizirati i upravljati onim resursima koji su u djelokrugu rada medicinskih sestara“,² objašnjava dr. sc. Sonja Kalauz.

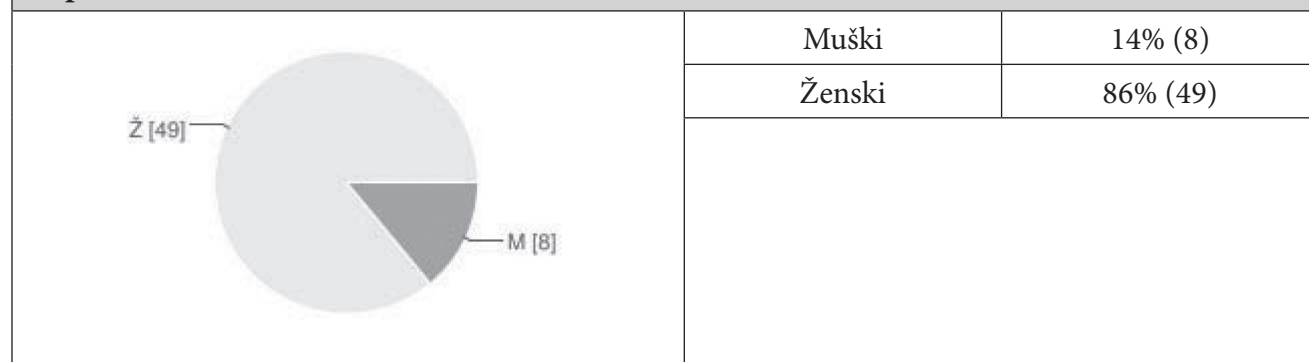
Cilj istraživanja

Iako je sestrinstvo odavna poznata i priznata profesija, nedostaju ili su neodređene neke temeljne odrednice koje čine profesiju. Postoje različiti razlozi za takvo stanje. Cilj ovog rada je bio istražiti kakvi su stavovi i mišljenja studenata treće godine studija sestrinstva, dakle budućih medicinskih se-

1. Dob ispitanika

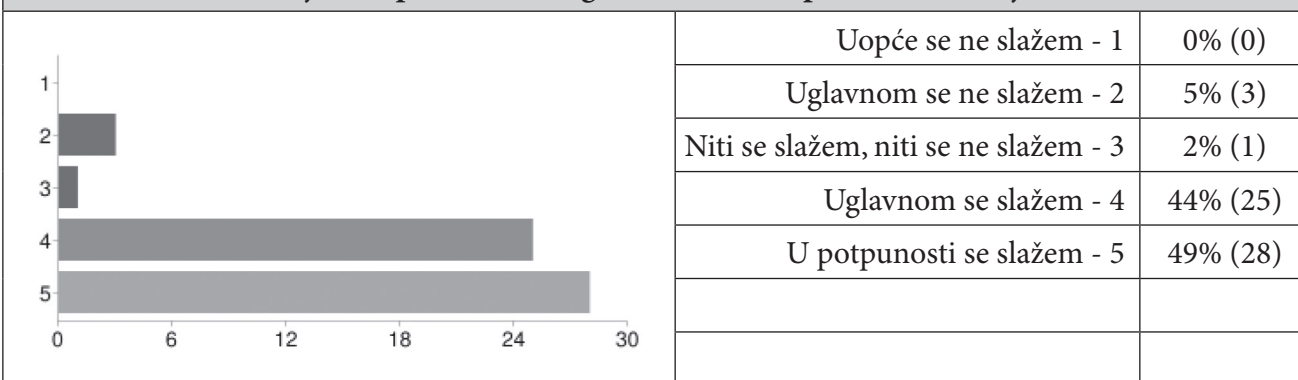


2. Spol

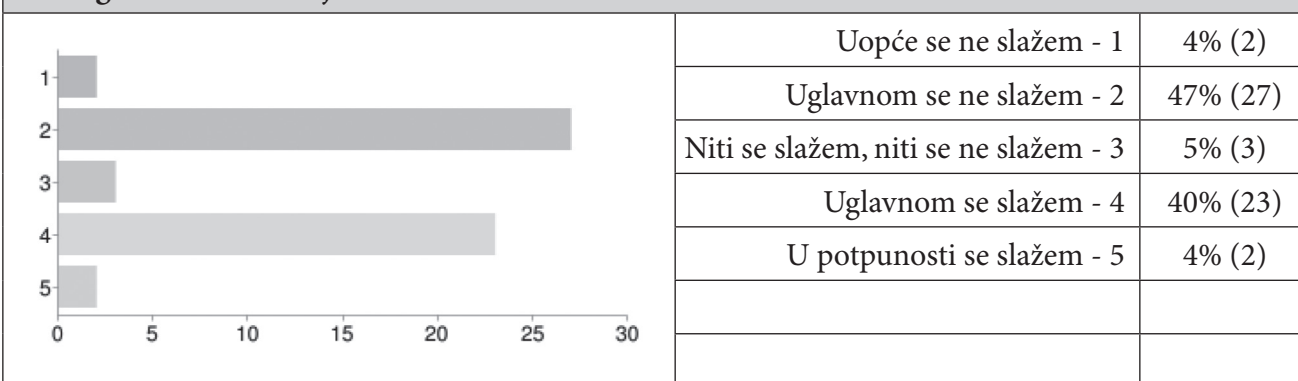


² <http://www.vjesnik.hr/html/2006/01/14/Clanak.asp?r=unu&c=7> (14-02-2011)

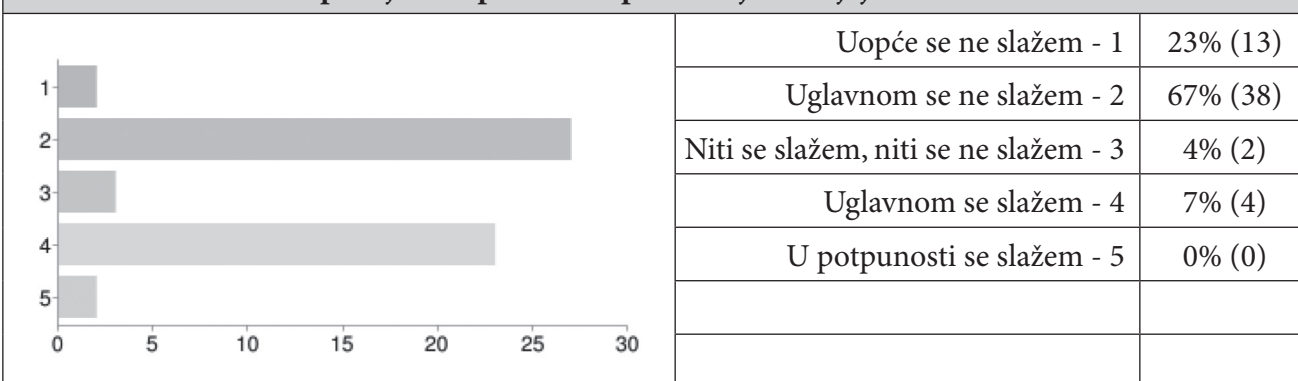
3. Medicinska sestra tijekom profesionalnog života može napredovati do najviših razina.



4. Drugi članovi tima cijene medicinske sestre.



5. Medicinske sestre su primjereno plaćene za posao koji obavljaju.



stara i tehničara, o sestrinstvu, identitetu profesije, ulozi u zdravstvenom timu i obrazovanju, tj. promjenama i mogućnostima u obrazovanju medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj.

Metode rada

Istraživanje je provedeno na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, u veljači 2011. godine. Sudjelovalo je 57 ispitanika, ispunjavanjem anonimnog upitnika. Za interpretaciju rezultata korištene su metode deskriptivne statistike.

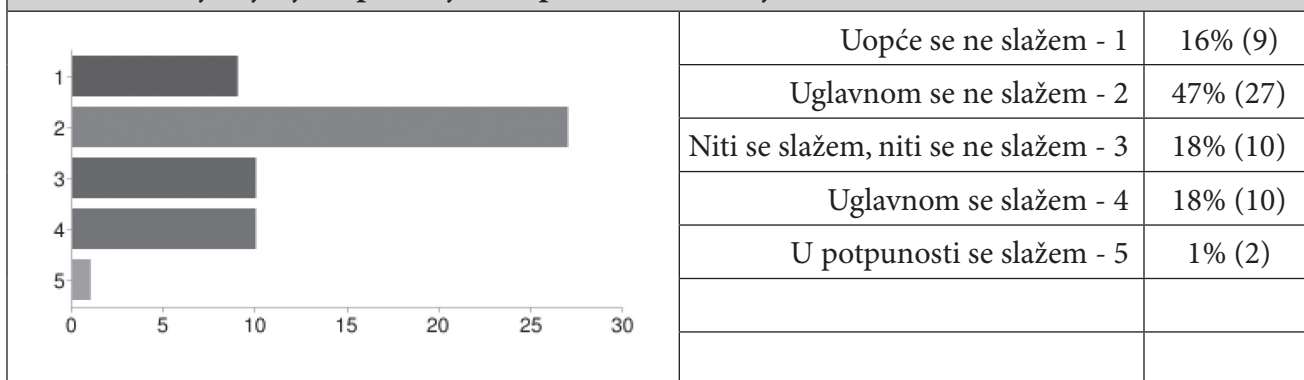
Rezultati istraživanja

Od ukupno 57 ispitanika, većina ispitanih (83%) je u dobi od 21-22 godine, 9% ispitanih starosti je

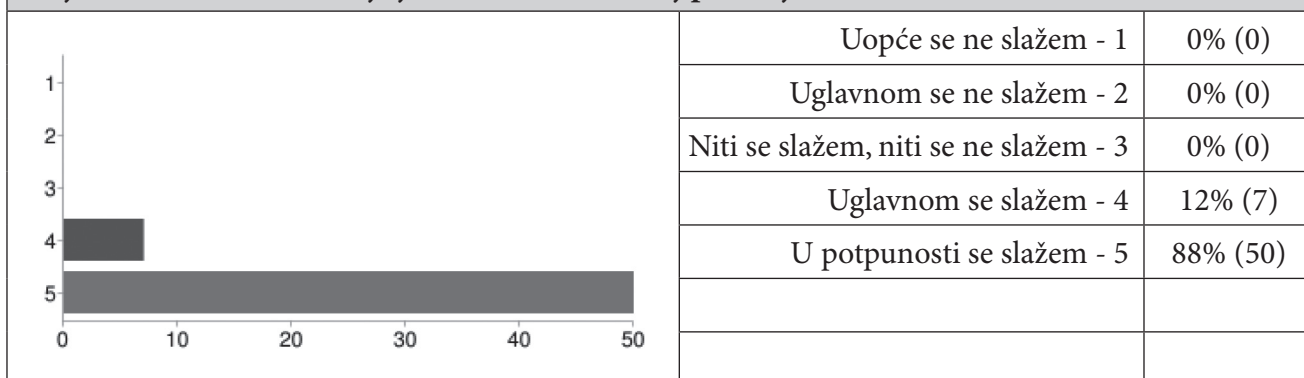
18 godina, 2% ispitanika ima 19 godina, 4% ispitanih 20 godina, te 4% ispitanih starosti je 23 godine. Većina ispitanih, njih 86% je ženskog spola, dok je u istraživanju sudjelovalo samo 8% muških studenata. Većina ispitanih studenata treće godine studija sestrinstva, njih 49% - u potpunosti se slaže sa tvrdnjom da medicinska sestra može tijekom svog profesionalnog života napredovati do najviših razina. Njih 44% se uglavnom slaže, 5% se uglavnom ne slaže, dok 2% studenata nema mišljenje.

47% ispitanih studenata smatra da drugi članovi tima ne cijene medicinske sestre. Njih 40% smatra da su medicinske sestre cijenjene među drugim članovima tima. 4% ispitanih se uopće ne slaže, 4%

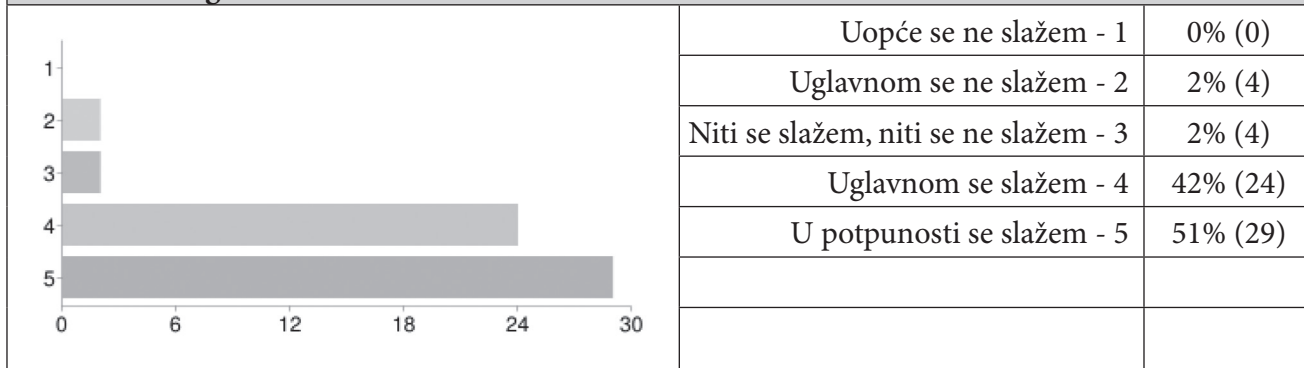
6. Sestrinstvo je cijenjena profesija u Republici Hrvatskoj.



7. Cjeloživotno usavršavanje je važno u sestrinskoj profesiji.



8. Istraživanje u sestrinstvu je važno u unapređivanju struke, ali i funkcioniranju cjelokupnog zdravstvenog sustava.



se u potpunosti slaže; dok je 5% ispitanih neodlučno oko tvrdnje.

67% ispitanika smatra da medicinske sestre nisu primjereno plaćene za posao koji obavljaju; 23% ispitanih se u potpunosti slaže da medicinske sestre nisu dovoljno plaćene; 7% ispitanika smatra da su sestre dovoljno plaćene, dok 4% studenata nema formirano mišljenje. Slični rezultati istraživanja dobiveni su kod studenata završnih godina studija u Kanadi te Sjedinjenim Američkim Državama gdje

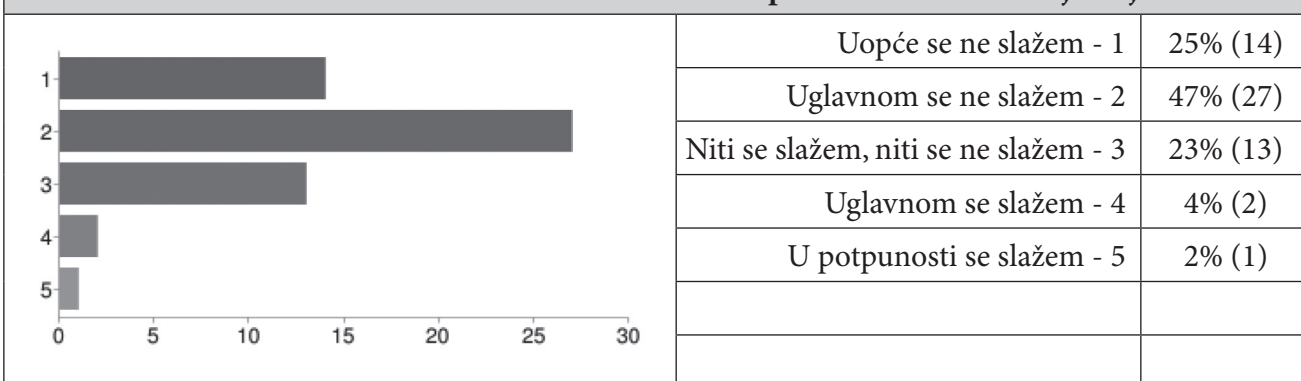
43% ispitanika smatra da su sestre nedovoljno plaćene (Buerhaus et al 2005, Grainger, Bolan 2006).^{3,4}

47% studenata smatra da sestrinstvo uglavnom nije cijenjena profesija u Hrvatskoj; 16% studenata smatra da nije cijenjeno niti malo. Njih 18% uglavnom smatra da je sestrinstvo uglavnom cijenjena profesija, 1% ispitanih smatra to u potpunosti; dok 18% studenata nema mišljenje. Sa navedenim, u vidu situacije u vlastitim zemljama, se slažu i studenti završnih godina studija u Kanadi te Sjedinjenim Ame-

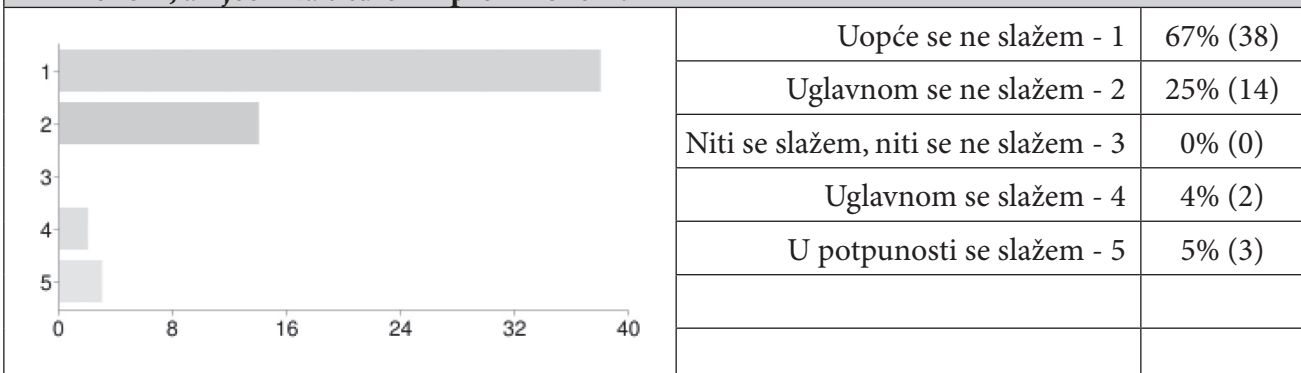
³ Grainger P, Bolan C. Perceptions of nursing as a career choice of students in the Baccalaureate nursing program Nurse education today 2006; 26: 38-44.

⁴ Buerhaus PI, Donelan K, Norman L, Dittus R. Nursing students' perceptions of a career in nursing and impact of a national campaign designed to attract people into the nursing profession. Journal of professional nursing 2005; 21: 75-83

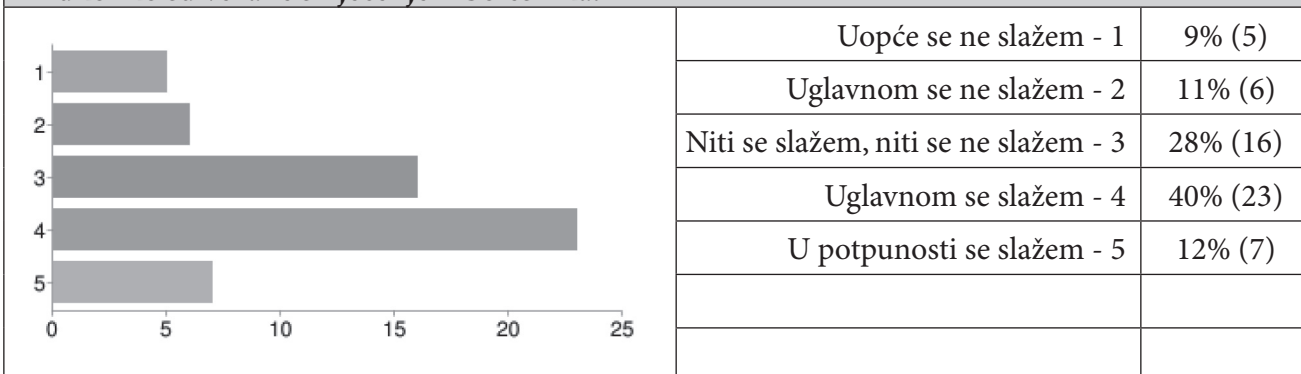
9. Prikaz rada medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih profesionalaca u medijima je adekvatan.



10. U obraćanju članovima tima smatram da je pravilno oslovljavati medicinske sestre samo imenom, a liječnika titulom i prezimenom.



11. Liječničke upute i smjernice imaju apsolutno autoritativnu snagu za sestrinsku profesiju samo ukoliko su vezane s liječenjem bolesnika.



ričkim Državama (Buerhaus et al 2005, Grainger, Bolan 2006).^{3,4}

Velika većina studenata, njih 88%, slaže se da je cjeloživotno usavršavanje izuzetno važno u sestrinskoj profesiji, dok se njih 12% uglavnom slaže sa tvrdnjom.

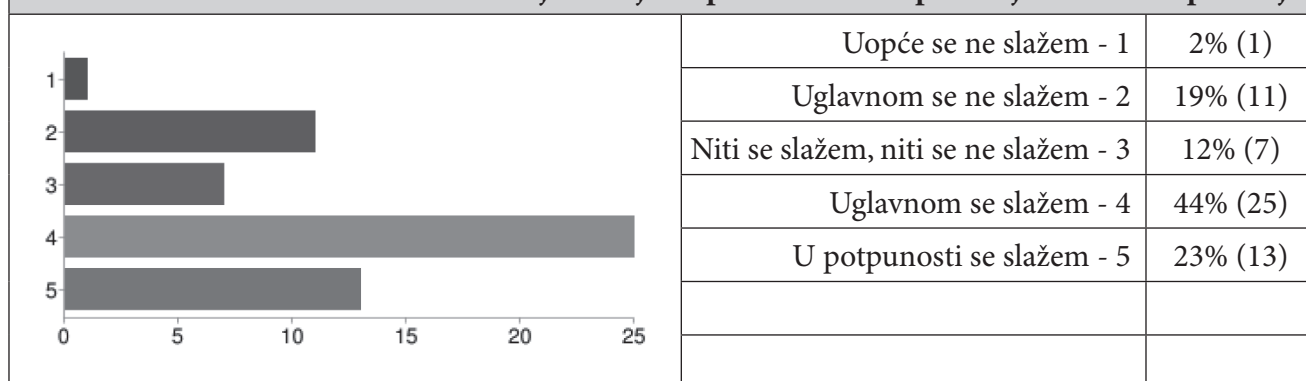
51% studenata se u potpunosti slaže sa tvrdnjom da je istraživanje važno u unapređivanju sestrinske struke; njih 42% se uglavnom slaže sa tvrdnjom. 2% studenata smatra da istraživanje uglavnom ne pridonosi unaprjeđenju struke, dok 2% ispitanih nema mišljenje. Sa navedenim se slažu i studenti završnih godina studija u Kanadi te Sjedinjenim Ame-

ričkim Državama (Buerhaus et al 2005, Grainger, Bolan 2006).^{3,4}

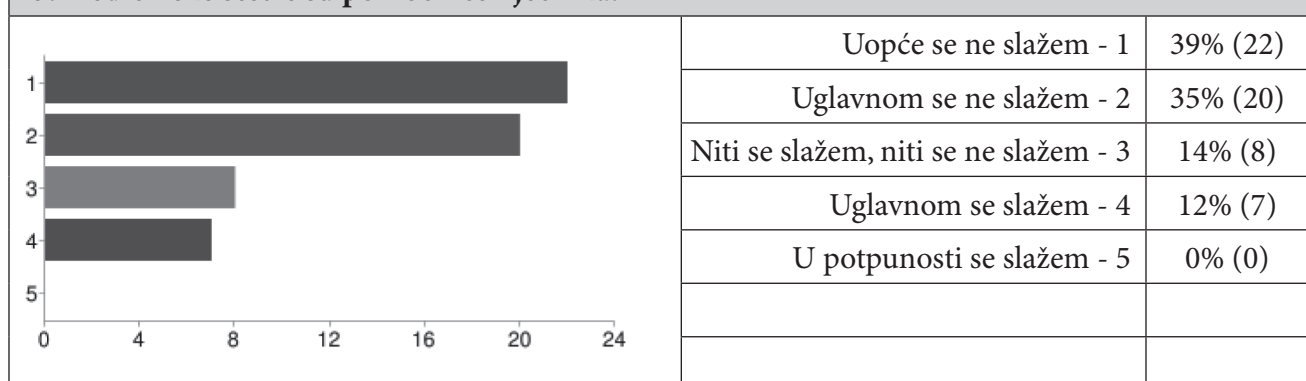
Većina studenata (47%) smatra da prikaz rada medicinskih sestara u medijima uglavnom nije adekvatan, 25% studenata misli da je potpuno neadekvatan, dok 23% studenata nema mišljenje. 4% ispitanih uglavnom je zadovoljno sa prikazom sestrinske struke u medijima, dok ih je 2% u potpunosti zadovoljno navedenim.

67% ispitanika u potpunosti smatra da je medicinske sestre, kao i liječnike, potrebno oslovljavati titulom i prezimenom. 25% studenata smatra da je to uglavnom potrebno prakticirati. Njih 4% smatra

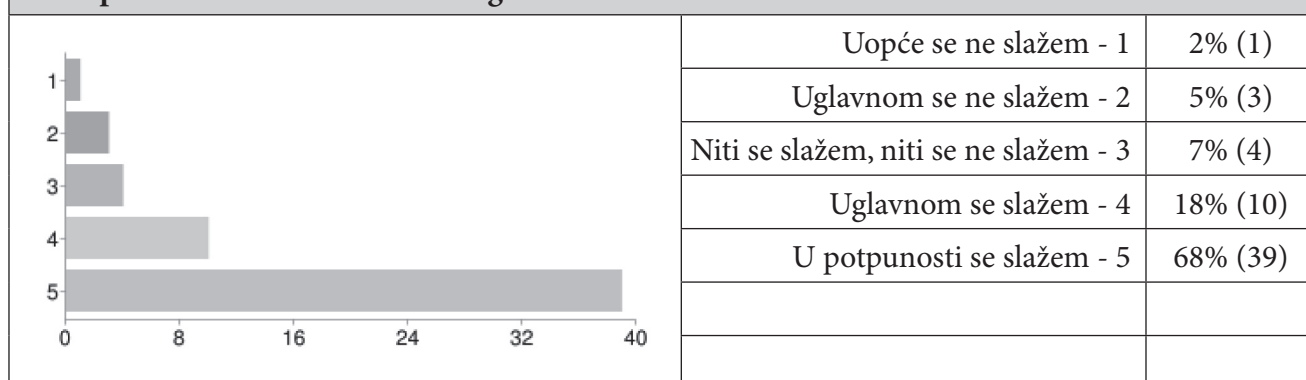
12. Medicinske sestre su autonomne u djelovanju u specifičnim kompetencijama vlastite profesije.



13. Medicinske sestre su pomoćnice liječnika.



14. Napredak sestrinske struke ne ugrožava ostale članove tima.



da uglavnom nema potrebe za oslovljavanjem medicinskih sestara na jednak način kao i liječnike; dok njih 5% smatra da za to uopće nema potrebe.

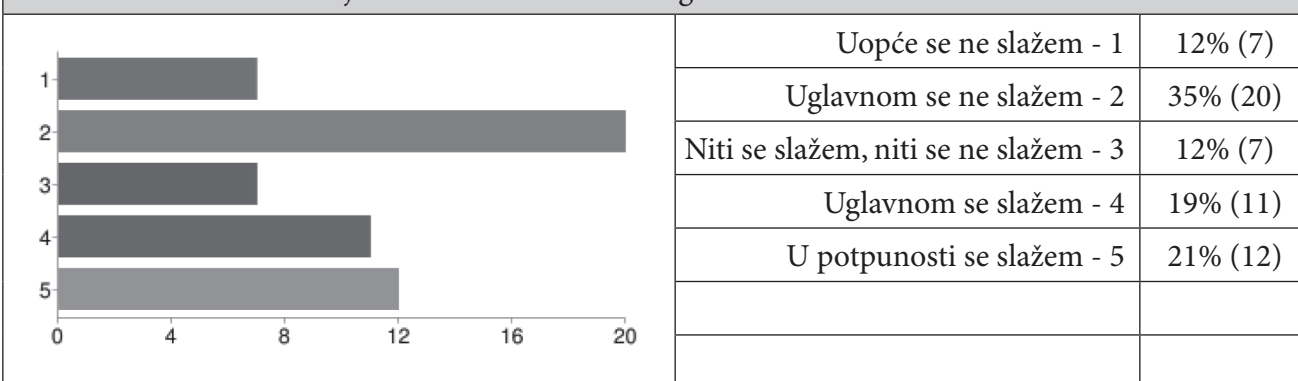
40% ispitanih uglavnom se slaže da liječničke upute imaju apsolutno autoritativnu snagu za sestrinsku profesiju. 28% ispitanih nema mišljenje, 12% se u potpunosti slaže s tvrdnjom. 11% studenata smatra da uglavnom nemaju autoritativnu snagu, dok 9% ispitanih smatra da liječničke upute nemaju nikakvu autoritativnu snagu za sestrinsku profesiju. 44% studenata smatra da su medicinske sestre uglavnom autonomne u svojim specifičnim kompetencijama; 23% ispitanih se u potpunosti slaže sa tvrdnjom. 12% anketiranih nema mišljenje. Zna-

čajan broj studenata, ukupno 21% smatra da sestre uglavnom ili uopće nisu autonomne u specifičnim kompetencijama vlastite profesije.

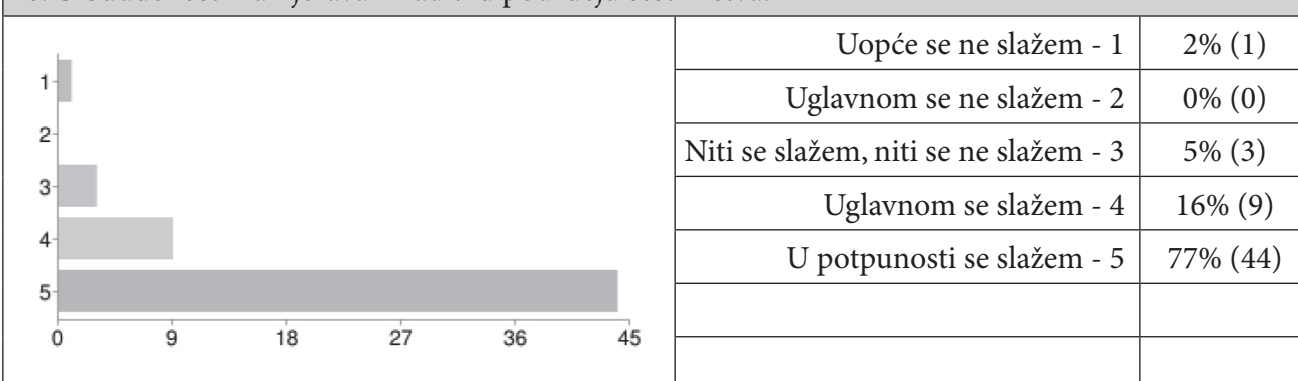
Značajan broj od ukupno 74% studenata, u manjoj ili većoj mjeri, smatra da medicinske sestre nisu pomoćnice liječnika. 14% studenata nema mišljenje dok 12% ispitanih smatra da medicinske sestre jesu pomoćnice liječnika.

Većina ispitanih, sveukupno 86% smatra da napredak sestrinske struke ne ugrožava ostale članove tima. 7% studenata nema mišljenje, 5% ispitanih smatra da napredak sestrinstva ugrožava ostale članove tima, dok ih 2% u potpunosti smatra da je tako.

15. Medicinska sestra ima jednaki autoritet kao i drugi članovi tima.



16. U budućnosti namjeravam raditi u području sestrinstva.



Sveukupno 47% studenata smatra da medicinska sestra nema jednak autoritet kao drugi članovi tima. 12% studenata opredijelilo se neutralno; dok 40% ispitanih smatra da medicinska sestra ima jednak autoritet kao drugi članovi tima.

Predvidiva većina od sveukupno 93% studenata u budućnosti namjerava raditi u struci. 5% ispitanih u trenutku provođenja ankete nema formirano mišljenje, dok svega 2% studenata ne planira nastavak rada u struci. U istraživanju provedenom 2005 na studentima završne godine studija sestrinstva u Newfoundlandu i Labradoru Kanadi čak 13% studenata ne namjerava raditi u području sestrinstva (Grainger, Bolan 2006).^{3,4}

Rasprava

Rezultati dobiveni istraživanjem u skladu su sa našim očekivanjima. Vidljivo je da studenti 3. godine studija sestrinstva, kada je riječ o stavovima o sestrinstvu u Hrvatskoj danas, razmišljaju podjednako.

Obećavajući je podatak da se njih 49% u potpunosti slaže da medicinska sestra tijekom profesionalnog života može napredovati do najviših razina. Mišljenja su se podijelila jedino kad se dovelo u pitanje cijene li članovi tima medicinske sestre. 47% ispitanika uglavnom to negira, a dok se 40%

njih ipak slaže da nas drugi članovi tima cijene. Da su medicinske sestre primjereno plaćane za posao koji obavljaju potvrdno odgovara 67% studenata.

Gotovo polovica ispitanika, tj. 47% smatra da sestrinstvo uglavnom nije cijenjena profesija u Republici Hrvatskoj, ali ohrabrujuća je činjenica da se čak 88% kolega u potpunosti slaže da je cjeloživotno usavršavanje važno u sestrinskoj profesiji. Istraživanje u sestrinstvu je važno u unapređivanju struke, ali i funkcioniranju cjelokupnog zdravstvenog sustava.

Da je to zaista tako potvrđuje 51% studenata, no njih 47% uglavnom se ne slaže da je prikaz rada medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih profesionalaca u medijima adekvatan. 67% ispitanika uopće ne podupire činjenicu da se prilikom obraćanja članovima tima medicinska sestra oslovljava samo imenom, ali 40% se uglavnom slaže da liječničke upute i smjernice imaju apsolutno autoritativnu snagu za sestrinsku profesiju samo ukoliko su vezane s liječenjem bolesnika.

Većina kolega, 44% smatra da smo autonomni u djelovanju u specifičnim kompetencijama vlastite profesije. Njih 39% uopće ne podupire tezu da su medicinske sestre pomoćnice liječnika niti da medicinska sestra ima jednaki autoritet kao i drugi članovi tima, ali ipak visok postotak (68%) je mišlje-

nja da napredak sestrinske struke ne ugrožava iste. Više nego zadovoljavajući je podatak da velik broj mladih kolega, tj. čak 77% njih u budućnosti namjerava raditi u području sestrinstva što nam ostavlja dovoljno prostora za sve svjetliju budućnost naše struke u Hrvatskoj.

Zaključak

Studenti treće godine studija sestrinstva smatraju da medicinske sestre mogu napredovati do najviših razina u sestrinstvu, da je cjeloživotno usavršavanje nužno, kao i provedba sestrinskih istraživanja. No u skladu sa današnjim položajem sestrinstva i općom situacijom u Hrvatskoj smatraju da su medicinske sestre nedovoljno plaćene za svoj rad, da sestrinstvo kao profesija nije dovoljno cijenjeno te da njihov rad nije primjereno prikazan u medijima. Sestrinstvo u Hrvatskoj je mlada profesija i upravo na današnjim studentima je zadatak da se sestrinstvo etablira u cijenjenu profesiju.

Literatura

1. Čukljek, S. Osnove zdravstvene njege. Zagreb, Visoka zdravstvena škola, 2005.
2. <http://www.vjesnik.hr/html/2006/01/14/Clanak.asp?r=unu&c=7> (14-02-2011)

3. Grainger P, Bolan C. Perceptions of nursing as a career choice of students in the Baccalaureate nursing program Nurse education today 2006; 26: 38-44.
4. Buerhaus PI, Donelan K, Norman L, Dittus R. Nursing students' perceptions of a career in nursing and impact of a national campaign designed to attract people into the nursing profession. Journal of professional nursing 2005; 21: 75-83
5. Matulić, T. Identitet, profesija i etika sestrinstva (izvorni znanstveni rad)
6. Švrakić S., Ovčina A., Mališić N., Dervišević E. Važnost komunikacije u radu medicinskih sestara/tehničara. Klinički centar Univerziteta u Sarajevu
7. Cherry, B. Jacob, SR. Contemporary nursing issues trends & management. St Louis: Elsevier Mosby 2005.
8. Zerwekh J, Claborn JC. Nursing today – transition and trends. St Louis: Saunders 2003.
9. <http://www.zvu.hr/> (14-02-2011)

KOMPARACIJA STAVOVA MEDICINSKIH SESTARA I LIJEČNIKA ZAPOSLENIH NA INTERNISTIČKOM I PEDIJATRIJSKOM ODJELU KLINIČKE BOLNIČKE USTANOVE O ZANEMARIVANJU I ZLOSTAVLJANJU DJECE

UVOD

Zlostavljanje i zanemarivanje djece vrlo je raširen problem koji prožima temelje vrijednosnog sustava suvremenog društva, pri čemu nezaobilaznu ulogu imaju ne samo etički i moralni, nego i etnički, kulturološki te socioekonomski čimbenici (Vodanović 2007). Spoznaje o štetnosti zlostavljanja i zapuštanja djece, kao i spoznaje o raširenosti ovog velikog javnozdravstvenog problema, upućuju na potrebu njenog temeljitog izučavanja (Kempe i sur. 1962). Radi se o nasilnom, fizičkom i/ili psihičkom utjecanju na tijelo i psihi djeteta koje dovodi do oštećenja, ozljeđivanja, kočenja njegova razvoja, a eventualno i do smrti (Petelinc 2001). Model ponašanja roditelja prema djeci u nekoj zajednici prenosi se na nove naraštaje i male su mogućnosti promjene svjetonazora, shvaćanja i ponašanja u kraćem vremenskom razdoblju. Zlostavljanje i zanemarivanje djece može se dogoditi u svakoj obitelji, u svakome mjestu i u svakoj zemlji. Zdravstveni djelatnici se, zbog prirode posla, često puta nalaze u mogućnosti da među prvima uoče znakove i simptome koji upućuju na eventualno zlostavljanje i zanemarivanje (Avon 2004). Budući da stavovi o pojavi zlostavljanja i zapuštanja djece mogu imati značajnu ulogu u prepoznavanju i adekvatnom reagiranju na isto, njihovo istraživanje u stratumu pomagača koji se neposredno susreću s žrtvama nasilja imaju svoje opravdanje.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Ovim istraživanjem željelo se ispitati stavove i znanja različitih skupina zdravstvenih djelatnika o tjelesnom i seksualnom zlostavljanju djece. Pored glavnog postavljena su i četiri dodatna cilja:

1. Provjeriti postoji li razlika u stavovima i znanjima zdravstvenih djelatnika o tjelesnom i seksualnom zlostavljanju i zapuštanju djece, ovisno o njihovoj neposrednoj uključenosti u rad s djecom;
2. Utvrditi kakva su iskustva zdravstvenih djelatnika sa zlostavljanom i zapuštanom djecom;
3. Utvrditi potrebe edukacije zdravstvenih djelatnika o zlostavljanju i zapuštanju djece;
4. Utvrditi kakvi su stavovi zdravstvenih djelatnika o suzbijanju zlostavljanja i intervencijama društva u suzbijanju zlostavljanja djece.

UZORAK ISPITANIKA I METODE

Istraživanje je bilo provedeno u Kliničkom bolničkom centru „Split“ u Splitu, na dva lokaliteta; Firule i Križine. Njime je metodom slučajnog odabira bio obuhvaćen stratificirani uzorak s ukupno devedeset i sedam zdravstvenih djelatnika koji rade na Klinici za dječje bolesti (lokalitet Firule) i na Klinici za unutarnje bolesti (lokalitet Križine).

Ispitanici su bili podijeljeni u četiri stratumu/skupine:

I skupina – liječnici specijalisti za liječenje dječjih bolesti s Klinike za dječje bolesti KBC „Split“, lokalitet Firule (u daljnjem tekstu pedijatri) (NN = 19)

II skupina – medicinske sestre na Klinici za dječje bolesti KBC „Split“, lokalitet Firule (u daljnjem tekstu pedijatrijske medicinske sestre) (NN = 32)

III skupina – liječnici specijalisti interne medicine s Klinike za unutarnje bolesti KBC „Split“, lokalitet Križine (u daljnjem tekstu internisti) (NN = 16)

IV skupina – medicinske sestre na Klinici za unutarnje bolesti KBC „Split“, lokalitet Križine (u

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike ispitanika

	Broj ispitanika	Postotak
Dob ispitanika		
Manje od 25 godina	2	2
Između 25 i 34 godine	9	9
Između 35 i 44 godine	28	29
Između 45 i 54 godine	39	40
Između 55 i 65 godina	19	20
Bračni status		
Neudane/neoženjeni	21	22
Udane/oženjeni	70	72
Rastavljene/rastavljeni	2	2
Udovice/udovci	4	4
Izvanbračna zajednica	0	0
Broj djece		
Nijedno	26	27
Od 1 do 3	662	64
3 i više	9	9
Zanimanje		
Liječnik – pedijatar	19	20
Pedijatrijske medicinske sestre	32	33
Liječnik – internist	16	17
Internističke medicinske sestre	30	30

daljnjem tekstu internističke medicinske sestre) (NN = 30).

U ovom istraživanju primijenjen je Upitnik koji se sastoji od četiri dijela:

1. Sociodemografska obilježja: dob, spol, bračni status, broj djece, broj godina radnog iskustva, zanimanje i neke specifičnosti radnog mjesta.
2. Definiranje pojmova kažnjavanja u odgoju, zapuštanja i zlostavljanja djeteta (prema Ajdukoviću, 1988.).
3. Upitnik stavova o fizičkom i psihičkom zlostavljanju djece koji se sastojao od petnaest tvrdnji (prema Ajdukoviću, 1988.).
4. Upitnik stavova o seksualnom zlostavljanju djece koji se sastojao od sedam tvrdnji (prema Sladoviću, 1998.)

Istraživanje je bilo anonimno, provedeno po nacrtu poprečnog presjeka u vremenskom razdoblju od lipnja do srpnja 2010. godine. Upitnik je bio sastavljen polazeći od trofaktorskog modela stava, pri čemu je u njemu dominantno bila zastupljena kognitivna komponenta. Svaka tvrdnja procjenjivala se na skali od tri stupnja, na kojima su ispitanici izražavali intenzitet svog slaganja, odnosno neslaganja sa sadržajem tvrdnje.

Prikupljeni podaci uneseni su u tablicu načinjenu u programu *Microsoft O. Excel*, a obrađeni upotre-

bom programskog paketa *SPSS 15*. Provedene su operacije deskriptivne statistike, analize varijance, korelacijska analiza i *crosstabs*.

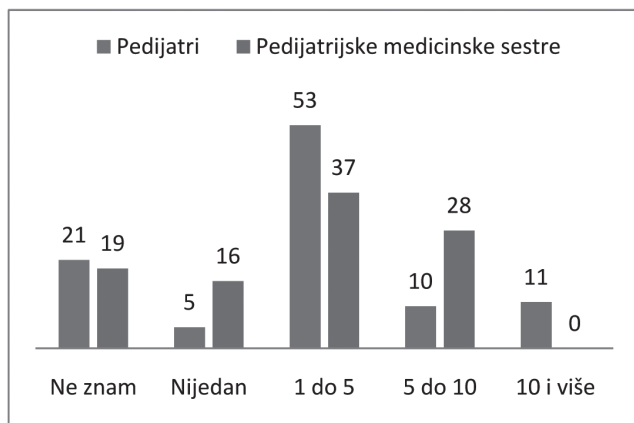
REZULTATI

Sociodemografska obilježja ispitanika (dob, bračni status, broj djece, zanimanje) prikazana su u Tablici 1, a iz kojih je vidljivo da je u ispitivanju sudjelovalo sedamdeset i šest žena (78%) te dvadeset i jedan muškarac (22%). Ispitanici su u prosjeku imali dvadeset i više godina radnog staža. Najveći broj ispitanika (40%) bio je u dobi od 45 – 55 godina života. U ukupnom uzorku 72% bilo je udato/oženjeno, a čak njih 64% ima djecu. Najzastupljeniji su ispitanici sa završenom srednjom školom (46%), dok je fakultet završilo 36% ispitanika. Samoprocjenjujući svoju materijalnu situaciju, 53% ispitanika svoju je materijalnu situaciju ocijenilo lošijom od prosjeka, daljnjih 26% smatra da primanjima uspijevaju pokriti osnovne obvezne životne troškove, a samo 8% ih smatra da žive bolje od prosjeka. Obiteljsku sredinu iz koje dolaze 83% ispitanika ocijenilo je kao tradicionalnu, tj. umjereno patrijarhalnu.

Samoprocjenjujući vlastito znanje o zanemarivanju i zlostavljanju djece, tek 27% ispitanika je izjavilo da o zlostavljanju zna dosta, dok je 67% ispitanika svoje znanje opisalo na način da su tek upoznati s

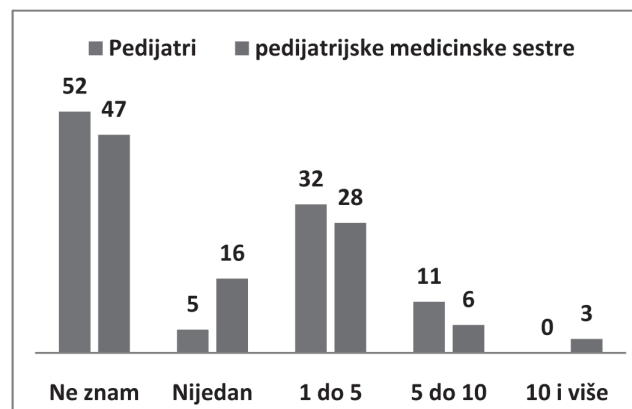
problemom. Takav rezultat zabrinjava, s obzirom da je riječ o ispitanicima koji izravno rade s djecom na razini bolničke zdravstvene zaštite, međutim ohrabruje želja istih ispitanika za dodatnom edukacijom o problemu nasilja nad djecom, u koju bi se njih 67% bilo voljno uključiti.

Slika 1. Broj slučajeva potvrđenog nasilja nad djecom (%)



Iako je zlostavljanje djece u našem društvu poprimilo razmjere epidemije, nesrazmjerno s literaturnim podacima o incidenciji i prevalenciji, na sumnju ili dokazano zlostavljanje djeteta/pacijenta na radnom mjestu *rijetko* (*ne više od pet slučajeva godišnje*) je naišlo 79% liječnika pedijatara i 78% pedijatrijskih medicinskih sestara, dok tek 21% ispitanih pedijatara nailazi često (*više od pet slučajeva godišnje*).

Slika 2. Broj godišnje prijavljenih slučajeva nasilja nad djecom (%)



O broju podnesenih prijava slučajeva nasilja nad djecom najveći broj ispitanika (52% pedijatara i 47% pedijatrijskih sestara) izjavljuje da ne zna ništa. Samo 32% pedijatara i 28% pedijatrijskih sestara zna za 1-5 prijavljenih slučajeva, a vrlo mali broj, 11% pedijatara i 6% pedijatrijskih sestara zna za veći broj od oko 5-10 prijavljenih slučajeva što je daleko manji broj od broja slučajeva koji se događaju i čije žrtve neminovno moraju biti pacijentima na razini zdravstvene zaštite.

Istražujući postupanje u slučajevima susreta nasilja nad djecom, dobiven je podatak da je premali broj ispitanika, tek 58% pedijatara i 28% medicinskih sestara izjavilo da se aktivno uključuju u postupak prijavljivanja sumnje na zlostavljanje, budući da isto smatraju svojom zakonskom dužnošću. Zbog nejasnog postupanja nadležnih nakon zaprimljenog upozorenja i evidentnog izostanka povratne informacije, ne čini se da je dovoljnom što 79% pedijatara i 56% medicinskih sestara navodno upozorava nadležne o uočenom slučaju zlostavljanja. Međutim

Tablica 2. Postupanje u slučajevima susreta nasilja nad djecom

	Pedijatri (%)			Pedijatrijske medicinske sestre (%)		
	Da	Ne	Ne susrećem se	Da	Ne	Ne susrećem se
Aktivno sudjelujem jer je to moja zakonska, profesionalna i građanska dužnost	58	26	16	28	28	44
Upozorim nadležne, ali se osobno ne bavim time	79	11	10	56	13	31
Ne uključujem se jer se ne želim miješati u tuđi privatni život	11	79	10	16	53	31
Ne uključujem se jer je teško postaviti granicu između odgojnih metoda i zlostavljanja	21	68	11	16	53	31
Ne prijavljujem jer smatram da to nije moja odgovornost	11	79	10	13	59	28

Tablica 3. Definiranje pojmova o načinu postupanja s djecom (%)

NAČIN POSTUPANJA S DJECOM	KAŽNJAVANJE U ODGOJU (%)	ZANEMARIVANJE (%)	ZLOSTAVLJANJE (%)
Uskraćivanje hrane	8	21	68
Blagi udarci šibom ili remenom po stražnjici	82	9	9
Omalovažavanje interesa, uspjeha ili želja djeteta	1	36	63
Tjeranje djeteta na prekomjerni fizički rad	2	1	97
Prijetnje djetetu da će biti izbačeno iz kuće ili napušteno	2	3	95
Verbalne svađe ili fizičko razračunavanje roditelja pred djecom	2	39	59
Učestalo vrijeđanje i ponižavanje djeteta	4	4	92
Nebriga za ishranu, odijevanje i higijenu djeteta	1	61,5	37,5
Fizičko kažnjavanje djeteta zbog neposluha	20	15	65
Održavanje seksualnih odnosa s djetetom	0	1	99
Odbijanje razgovora s djetetom, izražavanje ravnodušnosti prema djetetu	3	57	40
Zatvaranje djeteta u prostor koji djetetu djeluje zastrašujuće	4	0	96

vrlo je zabrinjavajući podatak da se čak 18% ispitanika ne uključuje u postupak prijavljivanja kod susreta sa slučajem nasilja nad djetetom, opravdavajući to željom za nemiješanjem u tuđi privatni život. Istu težinu ima i podatak o 15% ispitanika koji se ne uključuju u postupak prijave jer smatraju da to ne spada u područje njihove odgovornosti, tim više što se radi o zdravstvenim djelatnicima koji izravno rade s djecom (pedijatri i medicinske sestre na pedijatriji), te imaju zakonsku obvezu prijavljivanja i kod same sumnje na nasilje. Iako je zakonski jasno nepostojanje granice između metoda tjelesnog kažnjavanja i zlostavljanja glede neprihvatljivosti obaju postupaka i obvezi prijavljivanja istih, 21% pedijatar i 11% medicinskih sestara ne sudjeluje u postupku prijavljivanja uočene sumnje ili dokazanog slučaja zlostavljanja jer očigledno smatraju da se jedno (tjelesno kažnjavanje) treba tolerirati, a zlostavljanje ne, pa u bojazni da krivo ne procijene, ne prijavljuju niti jedno niti drugo. U tom kontekstu s dužnom pažnjom treba uzeti podatke opisane u tablici 3 prema kojima čak 82% ispitanika blage

udarce šibom ili remenom po stražnjici i čak 20% fizičko kažnjavanje djeteta zbog neposluha smatra tek kažnjavajućom metodom, vjerojatno prihvaćajući narodnu mudrost o batini koja je izišla iz raja. Statistička analiza ukazala je na statistički značajne razlike između promatranih grupa po mjestu rada pri odgovorima na nekoliko pitanja:

- Značajno više internističkih nego pedijatrijskih medicinskih sestara omalovažavanje interesa, uspjeha ili želja djeteta smatra zlostavljanjem nego zanemarivanjem ($\chi^2=8,16, p<0,017$).
- Nadalje, značajno više internista nego pedijatar ($\chi^2=10,4, p<0,006$), te internista, nego internističkih medicinskih sestara ($\chi^2=5,12, p<0,024$) verbalne svađe ili fizičko razračunavanje roditelja pred djecom smatra zlostavljanjem nego zanemarivanjem.
- Konačno, iznenađujuće u odnosu na prethodnu tvrdnju, značajno više internista nego pedijatar fizičkom kažnjavanju djeteta zbog neposluha daje karakteristike zanemarivanja, ali ne i zlostavljanja ($\chi^2=28,1, p<0,001$).

Tablica 4. Stavovi o seksualnom zlostavljanju djece (%)

Tvrdnja	Potpuno se slažem	Niti se slažem, niti se ne slažem	Ne slažem se
Seksualno zlostavljanje djeteta podrazumijeva isključivo vaginalni ili analni spolni odnos.	4	0	93
Prisiljavanje djeteta na gledanje spolnih organa odrasle osobe je spolno zlostavljanje.	95	1	4
Dodirivanje dječjih genitalija bez spolnog odnosa nije seksualno zlostavljanje.	1	1	98
Seksualno zlostavljana djeca ne bi trebala ići na terapiju jer ih to samo podsjeća na događaj.	2	2	96
Roditelj koji seksualno zlostavlja dijete treba izgubiti pravo na njegov odgoj.	100	0	0
Prijavljivanje slučajeva seksualnog zlostavljanja djeteta treba biti zakonska obveza svakog stručnjaka koji radi s djecom.	100	0	0
Stručnjak koji nije prijavio slučaj seksualnog zlostavljanja djeteta treba biti kažnjen.	88	10	2

Stavovi ispitanika u KBC-u „Split“ o seksualnom zlostavljanju se slažu kod gotovo svih ispitivanih tvrdnji. Ispitanici unisono smatraju da seksualno zlostavljanje ne mora podrazumijevati isključivo vaginalni ili analni spolni odnos, te da seksualno zlostavljana djeca trebaju ići na terapiju. Svi ispitanici se također slažu da bi roditelju koji spolno zlostavlja dijete trebalo oduzeti pravo na njegov odgoj, ali i da je prijavljivanje seksualnog zlostavljanja djeteta zakonska obveza svakog stručnjaka koji radi s djecom. Ostaje upitno zbog čega jedan dio stručnjaka smatra da kolega zdravstveni radnik koji nije prijavio slučaj seksualnog zlostavljanja djeteta ne treba biti kažnjen (12%), iako se radi o eklatantnoj povredi zakonske obveze temeljem važećih zakona RH. Nije nađena značajna statistička razlika u stavovima ispitanika u definiranju pojmova o seksualnom zlostavljanju djece, što znači da zdravstveni djelatnici seksualno zlostavljanje djece definiraju jednako, bez obzira na kojim su radilištima.

U istraživanju provedenom u splitskom KBC-u, većina ispitanika je uskraćivanje hrane i omalovažavanje interesa, uspjeha ili želja djeteta okarakterizirala pojmom zlostavljanja, dok su nebrigu za ishranu, odijevanje i higijenu djeteta, te odbijanje razgovora s djetetom i izražavanje ravnodušnosti prema djetetu okarakterizirali kao zanemarivanje.

Zanimljivo je da postoji više statistički značajnih razlika u odgovorima zdravstvenih radnika s obzirom na njihova različita područja rada i različitu

uključenost u rad s djecom. Naime, medicinske sestre s Klinike za unutarnje bolesti i liječnici specijalisti za dječje bolesti određene radnje svrstavaju u zlostavljanje u većoj mjeri od ispitanika iz ostale dvije kategorije.

Zajednički je stav ispitanika vidljiv pri određivanju *kažnjavanja u odgoju*, gdje na prvo mjesto svrstavaju blage udarce šibom ili remenom po stražnjici. Pod *zanemarivanje* na prvo mjesto stavljaju nebrigu za ishranu, odijevanje i higijenu djeteta, dok pod *zlostavljanje* na prvo mjesto svrstavaju održavanje seksualnih odnosa s djetetom.

Stavovi zdravstvenih djelatnika prema tjelesnom kažnjavanju i tjelesnom zlostavljanju djece, prema posljedicama koje zlostavljanje može ostaviti na dijete, kao i prema osobinama zlostavljača (i sami su bili zlostavljani u djetinjstvu, majke maloljetnice nisu sklonije zlostavljanju djece, neželjena djeca nisu češće žrtve zlostavljanja) ne razlikuju se između pojedinih skupina ispitanika, ali postoje statistički značajne razlike u odgovorima ispitanika, obzirom na njihova različita područja rada i različitu uključenost u rad s djecom, slijedećim tvrdnjama:

- Internisti statistički značajno više nego internističke medicinske sestre smatraju da majke koje su rodile kao maloljetnice, kasnije češće zlostavljaju svoju djecu ($\chi^2 = 10,4; p < 0,005$);
- Pedijatrijske u odnosu na internističke medicinske sestre se značajno češće ne slažu da nasilje na

Tablica 5. Stavovi o fizičkom i psihičkom zlostavljanju (%)

Tvrdnja	Potpuno se slažem (%)	Niti se slažem, niti se ne slažem (%)	Ne slažem se (%)
Ljudi koji zlostavljaju djecu su mentalno bolesni.	69	25	6
Majke koje su rodile kao maloljetnice, kasnije češće zlostavljaju djecu.	6	39	55
Nasilje na televiziji doprinosi porastu nasilja prema djeci.	70	25	5
Zlostavljači su najčešće i sami bili zlostavljani u djetinjstvu.	66	32	2
Osobama koje se profesionalno bave djecom teško se odlučiti na prijavu zlostavljanja.	13, 5	36, 5	50
Samohrani roditelji skloniji su zlostavljanju.	8	19	73
Tanka je granica između fizičke kazne i zlostavljanja.	70	22	8
Neposlušna i tvrdoglava djeca mogu se odgajati samo uz kaznu batinama.	4	23	73
Pod određenim okolnostima svatko je u stanju zlostaviti dijete.	16	33	51
Bilo bi manje zlostavljanja kada bi se zakoni dosljedno provodili.	59	38	3
Kada roditelji ne znaju disciplinirati neposlušnu djecu, pribjegavaju zlostavljanju.	29	46	25
Zlostavljana djeca su slabiji učenici.	46	42	12
Zlostavljanje djece povećava njihovu agresivnost i sklonost delikventnom ponašanju.	69	27	4
Neželjena djeca češće su zlostavljana.	30	50	20
U našoj zemlji dovoljno se radi na prevenciji zlostavljanja djece.	12	20	68

televiziji doprinosi porastu nasilja prema djeci ($\chi^2=9, 8$; $p<0, 007$);

- Internisti u odnosu na internističke medicinske sestre ($\chi^2=20, 6$; $p<0, 001$), te pedijatrijske u odnosu na internističke medicinske sestre značajno više smatraju da su zlostavljači najčešće i sami bili zlostavljani u djetinjstvu ($\chi^2=20, 6$; $p<0, 001$).
- Internisti u odnosu na internističke medicinske sestre ($\chi^2=27, 3$; $p<0, 001$) značajno više smatraju da se osobama koje se profesionalno bave djecom teško odlučiti na prijavu zlostavljanja.
- Internisti u odnosu na internističke medicinske sestre značajno češće smatraju da se neposlušna i tvrdoglava djeca mogu se odgajati samo uz kaznu batinama ($\chi^2=19, 6$; $p<0, 001$). S istim stavom se značajno više ne slažu pedijatrijske medicinske sestre u odnosu na internističke medicinske sestre ($\chi^2=19, 6$; $p<0, 001$)
- Zabrinjava podataka da internisti u odnosu na internističke medicinske sestre ($\chi^2=33, 7$; $p<0,$

001), te internisti u odnosu na pedijatre ($\chi^2=16, 9$; $p<0, 001$) značajno više smatraju da pod određenim okolnostima je svatko u stanju zlostaviti dijete.

- Pedijatri u odnosu na interniste ($\chi^2=18, 2$; $p<0, 001$), te pedijatrijske u odnosu na internističke medicinske sestre ($\chi^2=13, 3$; $p<0, 001$) se značajno više slažu da bilo bi manje zlostavljanja kada bi se zakoni dosljedno provodili.
- Pedijatrijske u odnosu na internističke medicinske sestre ($\chi^2=12, 9$; $p<0, 002$) se značajno više slažu da bi se našoj zemlji dovoljno se radi na prevenciji zlostavljanja djece.

Ranim otkrivanjem i izvještavanjem mjerodavnih o zlostavljanju, zdravstveni djelatnici imaju priliku spriječiti buduće nasilje nad djecom. To je od iznimne važnosti, jer u slučaju inaktivnosti, povratkom prethodno zlostavljanog djeteta u okruženje koje odobrava ili pasivno podnosi zlostavljanje, postoji velika vjerojatnost da će dijete biti izloženo još

težim oblicima zlostavljanja s dugotrajnim posljedicama koje mogu biti opasne ne samo po psihofizički integritet djeteta, nego i po njegov život. Od velike je važnosti da zdravstveni djelatnici budu educirani za prepoznavanje slike zanemarenog i/ili zlostavljanog djeteta, da se razvija moralna i pravna dimenzija o želji za pomoći takvom djetetu, te da postoji utvrđen protokol postupanja u takvim situacijama, obzirom da je često riječ o neugodnim situacijama u kojima se isprepliću prava pojedinca s pravima države. U tom smjeru treba i implementirati obrazovne programe s čijim provođenjem predložimo početi na internističkim odjelima i u iste uključiti kako liječnike interniste, tako i internističke medicinske sestre budući da su na niz čestica iskazali stavove koji ukazuju na nedovoljno razumijevanje različitosti oblika zlostavljanja, njihovih uzroka i posljedica po zdravlje djeteta u odnosu na zaposlenike s pedijatrijskih odjela.

ZAKLJUČAK

Istraživanje stavova zdravstvenih radnika zaposlenih na razini tercijarne zdravstvene zaštite o zanemarivanju i zlostavljanju djece ukazuju na niz vrlo značajnih podataka:

1. Premali broj zdravstvenih radnika na svojem radnom mjestu, iako rade u neposrednoj skrbi o djeci, postavlja sumnju ili prepoznaje zlostavljanje budući da je znakove tog oblike nasilja tek rijetko (*ne više od pet slučajeva godišnje*) utvrdilo 79% liječnika pedijatarata i 78% pedijatrijskih medicinskih sestara, dok ih samo 21% ispitanih pedijatarata uočava često (*više od pet slučajeva godišnje*) kod djeteta/pacijenta. Samo 32% pedijatarata i 28% pedijatrijskih sestara zna za ukupno samo 1-5 prijavljenih slučajeva, a vrlo mali broj, tek 11% pedijatarata i 6% pedijatrijskih sestara zna za 5-10 prijavljenih slučajeva, što je daleko manji broj od broja slučajeva nasilja koji se događaju u populaciji.
2. Samoprocjenjujući vlastito znanje problemu zlostavljanja, 27% ispitanika je izjavilo da o zlostavljanju zna dosta, dok je 67% ispitanika svoje znanje opisalo na način da su tek upoznati s problemom.
3. Izražavajući stavove o aktivnom uključivanju u postupak prijavljivanja sumnje na zlostavljanje tek 58% pedijatarata i 28% medicinskih sestara o istom se pozitivnom izjasnilo. Zabrinjava 15% ispitanika koji se ne uključuju u postupak prijave jer smatraju da to ne spada u područ-

je njihove odgovornosti, kao i podatak o 21% pedijatarata i 11% medicinskih sestara koji ne sudjeluje u postupku prijavljivanja jer smatraju da se tjelesno kažnjavanje treba tolerirati kao odgojnu mjeru.

4. Statistički uspoređujući razlike u stavovima između pojedinih grupa ispitanika s obzirom na mjesto rada uočeno je više razlika, pri čemu posebno treba obratiti na podatak da internisti u odnosu na internističke medicinske sestre ($\chi^2=33, 7; p<0, 001$), te internisti u odnosu na pedijatre ($\chi^2=16, 9; p<0, 001$) značajno više smatraju da je pod određenim okolnostima svatko u stanju zlostaviti dijete, te da internisti u odnosu na internističke medicinske sestre značajno češće smatraju da se neposlušna i tvrdoglava djeca mogu se odgajati samo uz kaznu batinama.

Treba na svim razinama edukacije implementirati stav da zdravstveni djelatnici moraju biti educirani za prepoznavanje slike zanemarenog i/ili zlostavljanog djeteta, te kroz trajnu edukaciju u postupku bodovanja i relicenciranja treba iskoristiti potencijal od 67% ispitanika koji su iskazali pristanak da se uključe u edukaciju.

LITERATURA

1. Avon SL. (2004) Forensic odontology: the roles and responsibilities of the dentist. J Can Dent Assoc.70(7):453-8.
2. Boehm A., Itzhaky H. (2004) The social marketing approach: a way to increase reporting and treatment of sexual assault. Child Abuse Negl. 28:253-265.
3. Glaser D. Child Neglect, Abstracts from 4th European Conference on Child Abuse and Neglect, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. 1993:69.
4. Kempe i sur. (1962) The Battered Child Syndrome. Journal of the American Medical Association.181:17-24.
5. Pečnik N. (1996) Fizičko kažnjavanje na razmeđu zlostavljanja djece i društvenog prihvaćenog roditeljskog ponašanja. Ljetopis studijskog centra socijalnog rada. Svezak III, 133-141.
6. Pejčinović R. (1989) Zapuštanje i zlostavljanje djece od strane roditelja u evidenciji centra za socijalni rad u Zagrebu. Socijalna zaštita. (1)28-29.

- | | |
|--|--|
| <p>7. Petelinc D. (2001) Stavovi i znanja policijskih djelatnika o zlostavljanju i zapuštanju djece. Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet u Zagrebu, Specijalistički rad.</p> <p>8. Sanderson C. (2005) Zavođenje djeteta. 1.izd. V.B.Z.: Zagreb</p> | <p>9. Vodanović M. (2007) Zlostavljanje i zanemari-
vanje djece – razmatranja za stomatologa prak-
tičara. Bilten Stomatologia BIH. 9(27-28):7-13.</p> |
|--|--|

RAZLOZI I OČEKIVANJA STUDENATA NAKON ZAVRŠETKA STUDIJA SESTRINSTVA

SAŽETAK

Zajednički cilj svih vrsta obrazovanja je profesija i profesionalni rad, stoga je veoma važno obrazovanje medicinskih sestara. Visokoobrazovana medicinska sestra utječe na bolju organizaciju posla, kvalitetniju skrb za pacijenta, puno manji mortalitet, bolju prevenciju bolesti, također i brojne uštede u zdravstvu. U sestrinskoj struci tehnološki napredak se iz dana u dan odvija veoma brzo i upravo zbog tog razloga je bitno cjeloživotno obrazovanje. U ovom radu prikazani su najčešći razlozi upisa i očekivanja studenata nakon završetka trogodišnjeg studija.

Ključne riječi: obrazovanje, medicinska sestra

UVOD

Premda obrazovanje samo po sebi nije čarobni štapić kojim će se riješiti svi globalni problemi, ono svakako jest činitelj koji čini bitnu razliku osobito na individualnoj razini. O njegovu značenju svjedoče i zaključci UNESCO-ve međunarodne komisije za obrazovanje na pragu 21. stoljeća prema kojima je obrazovanje najvažnije raspoloživo sredstvo za poticanje dubljeg i skladnijeg ljudskog razvitka, a time i za smanjenje gladi, siromaštva, izvlaštenosti, neznanja, ugnjetavanja i rata (Delors, 1998). Obrazovanje u užem smislu uključuje: proces usvajanja znanja i razvoj vještina, prvenstveno onih koji su važni za obavljanja zadanih, profesionalnih uloga (A.H.Halsay, Prema S.Fere, 1986). Obrazovanje je u širem smislu-proces socijalizacije koji uključuje usvajanje znanja i vještina (obrazovanje u užem smislu) i usvajanje vrijednosti i stavova (odgoj). Uspješnim završavanjem srednjoškolskog obrazovanja za zanimanje medicinska sestra/tehničar stječe se temeljna naobrazba u trajanju od pet godina u skladu s važećim propisima Republike Hrvatske. Nakon završene srednje medicinske škole postoji mogućnost nastavka školovanja na Studi-

ju sestrinstva koji je viša razina obrazovanja medicinskih sestara a koja osigurava visoku razinu i kvalitetu obrazovanja. Uvjet upisa je završen program srednjoškolskog obrazovanja, položena državna matura i razredbeni ispit.

Prema odredbama novog Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju studij sestrinstva u Republici Hrvatskoj traje najmanje tri godine. U Republici Hrvatskoj se trenutno u sustavu visokog obrazovanja medicinske sestre školuju u dva ciklusa: trogodišnji studij općeg usmjerenja (bacc. med. techn.), mogućnost dvogodišnje specijalizacije (dipl.med.techn.)

Po završetku trogodišnjeg preddiplomskog studija diplomanti imaju usvojena znanja i vještine za obavljanje sestrinske prakse, osposobljeni su za organizaciju i rad po načelima sestrinske skrbi primjenjujući holistički i partnerski pristup. Definirana je njihova uloga u zdravstvenom timu na raznim razinama zdravstvene zaštite koja ih obvezuje na praćenje zdravstvenog stanja bolesnika i životno ugroženih osoba. Završetkom studija stječe se pravo i obaveza za procjenu potreba za edukacijom te primjenom načela i tehnika podučavanja pojedinca, obitelji i zajednice. Osim navedenog postoji mogućnost daljnjeg kontinuiranog učenja, praćenja srodnih struka, sudjelovanje u istraživanjima u sestrinstvu. Također je omogućeno i sudjelovanje u obrazovanju medicinskih sestara..

Kako je već poznato, sam termin specijalizacija prema rječniku stranih riječi podrazumijeva stručno usavršavanje, usmjeravanje nečega na pojedine grane. Znanstveno i stručno napredovanje je neovisno, ali ipak međusobno ovisno. Specijalizacija u sestrinstvu daje kompetencije temeljem znanja i vještina koje usvaja tijekom obrazovanja. Hrvatske medicinske sestre pokazale da je interes za visokim obrazovanjem u sestrinstvu jači od neizvjesnosti budućeg statusa u zdravstvenim i zdravstveno-so-

cijalnim ustanovama. Kroz visoko obrazovanje sve većeg broja medicinskih sestara se osigurava visoka kvaliteta zdravstvene njege i percepcija medicinske sestre kao uvaženog stručnjaka na tom području.

Konfucije je jednom rekao:

“Ako planirate godinu dana unaprijed, posijte sjeme, ako planirate deset godina unaprijed, posadite drvo, ali ako planirate za narednih sto godina, poučavajte djecu.” Ovo je smjernica na kojoj se temelje koledži i sveučilišta za obrazovanje u duhu ljudskih vrijednosti’ (Education in Human Values)

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja bio je prikazati razloge upisa i očekivanja zbog koji studenti najčešće upisuju Studij sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu

U cilju prikazivanja razloga upisa i očekivanja strukturirana je anonimna anketa koja se sastoji od šest grupa pitanja koja sadržavaju tvrdnje prema Likertovoj skali s kojima se budući i trenutni studenti suočavaju tijekom upisa na studij i daljnjeg školovanja.

METODE ISTRAŽIVANJA

U radu je korišten anonimni upitnik koja se sastoji od šest grupa pitanja koja sadržavaju tvrdnje prema Likertovoj skali a s kojima se budući i trenutni studenti suočavaju tijekom upisa na studij i daljnjeg školovanja. Rezultati su prikazani u tablici pomoću relativnih frekvencija. Istraživanje se provodilo na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu na uzorku od 200 studenta od čega je bilo 100 redovnih i

100 izvanrednih studenata. Anketni upitnik sadržava slijedeće podatke: starosna dob, spol, godina studija, redovni/ izvanredni studij, šest grupa pitanja koja sadrže 5-7 tvrdnji prema Likertovoj skali.

REZULTATI

Istraživanje je provedeno posebno za redovne i izvanredne studente da bismo usporedili i uočili razlike u razmišljanjima.

Pitanje 1.

‘Zašto ste upisali studij sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu?’

U tablici 1 i 2 navode se glavni razlozi upisa na Zdravstveno veleučilište su a koji su želja za pomaganjem ljudima. Redovni studenti imaju veću želju za pomaganjem ljudima (57%) u odnosu na izvanredne studente (49%). Izvanredni studenti misle da nije tako lako naći posao u struci (39%), dok redovni studenti očekuju brzo zapošljavanje (42%). Redovni studenti su zainteresirani za veće usvajanje znanja iz područja sestrinstva (54%). Studenti redovnog studija očekuju bolje plaćen posao nakon završetka studiranja (36%). Velika je zainteresiranost za bolje radno mjesto i jednih i drugih.

Na kraju pitanja studenti su naveli svoje mišljenje zašto su upisali studij sestrinstva a ono je: volim posao koji radim i želim unaprijediti svoje znanje, volim sestrinstvo kao struku, zbog Europske unije (EU), zbog uspjeha na državnoj maturi, dolazi vrijeme kada bez diplome neće imati puno izbora za rad u struci.

Tablica 1.

ZAŠTO STE UPISALI STUDIJ SESTRINSTVA NA ZDRAVSTVENOM VELEUČILIŠTU?					
Redovni studenti	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem
Želja mi je pomagati ljudima	57%	34%	7%	2%	0%
Lakše ću pronaći posao	31%	42%	26%	1%	0%
Usvojiti ću veća znanja i vještine iz područja sestrinstva	54%	38%	8%	0%	0%
Radi stjecanja statusa visokog obrazovanja	44%	45%	11%	0%	0%
Zbog dobre plaće u budućnosti	26%	36%	30%	5%	3%
Zbog radnog mjesta gdje će mi trebati visoko obrazovanje i diploma	36%	42%	17%	3%	2%
Zbog prepoznatljivog nastavnog plana i programa i tradicije Veleučilišta	14%	26%	36%	13%	11%

Tablica 2.

ZAŠTO STE UPISALI STUDIJ SESTRINSTVA NA ZDRAVSTVENOM VELEUČILIŠTU?					
Izvanredni studenti	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem
Želja mi je pomagati ljudima	49%	36%	14%	0%	1%
Lakše ću pronaći posao	25%	39%	27%	8%	1%
Usvojiti ću veća znanja i vještine iz područja sestrinstva	45%	32%	17%	3%	3%
Radi stjecanja statusa visokog obrazovanja	35%	42%	19%	3%	1%
Zbog dobre plaće u budućnosti	25%	22%	33%	16%	4%
Zbog radnog mjesta gdje će mi trebati visoko obrazovanje i diploma	41%	30%	22%	6%	1%
Zbog prepoznatljivog nastavnog plana i programa i tradicije Veleučilišta	10%	29%	41%	17%	3%

Tablica 3.

NA KONAČNU ODLUKU O VAŠEM UPISU NA DODIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ IMALA/O JE:					
Redovni studenti	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem
Samostalno sam donijela/o odluku o upisu	76%	18%	5%	0%	1%
Na odluku su utjecali moji roditelji	1%	11%	22%	31%	35%
Na odluku je utjecala moja prijateljica, prijatelj	0%	5%	11%	33%	51%
Na odluku je utjecao moj poslodavac i nova sistematizacija radnog mjesta	2%	4%	13%	26%	55%
Imala/o sam dobar postotak ocjena i dobre rezultate na razredbenom ispitu	20%	42%	22%	11%	5%
Nigdje se drugdje nisam uspjela/o upisati osim na taj studij	2%	4%	9%	20%	65%

Tablica 4.

NA KONAČNU ODLUKU O VAŠEM UPISU NA DODIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ IMALA/O JE:					
Izvanredni studenti	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem
Samostalno sam donijela/o odluku o upisu	69%	22%	7%	0%	2%
Na odluku su utjecali moji roditelji	7%	9%	22%	26%	36%
Na odluku je utjecala moja prijateljica, prijatelj	6%	15%	10%	26%	43%
Na odluku je utjecao moj poslodavac i nova sistematizacija radnog mjesta	9%	14%	22%	23%	32%
Imala/o sam dobar postotak ocjena i dobre rezultate na razredbenom ispitu	8%	22%	44%	13%	13%
Nigdje se drugdje nisam uspjela/o upisati osim na taj studij	7%	3%	5%	26%	59%

Pitanje 2.

‘Na konačnu odluku o Vašem upisu na dodiplomski stručni studij imala/o je?’

U tablici 3 i 4 većina redovnih i izvanrednih studenata je samostalno upisala studij (76% i 69%) sestrinstva bez utjecaja ili prisiljavanja drugih (roditelja, prijatelja, poslodavca ili sl.). Na konačnu odluku kod redovnih studenata je utjecao dobar postotak ocjena (42%) i dobri rezultati na prijamnom ispitima (42%).

Na kraju pitanja studenti su naveli svoje mišljenje što je utjecalo na konačnu odluku o upisu na studij: sadašnji posao, zbog boljeg radnog mjesta.

Pitanje 3.

Što očekujete od studija sestrinstva?

U tablici 5 i 6. prikazano je da redovni i izvanredni studenti najviše očekuju da će se upoznati sa najnovijim odjelima i suvremenom tehnologijom (43% i 40%). Veća je zainteresiranost studenata redovnog studija za sudjelovanje u znanstvenim i istraživačkim radovima i projektima (36%). Također očekivanja i redovnih i izvanrednih studenata su i aktivno sudjelovanje u vježbama u zdravstvenoj njezi (45% i 41%), najviša kvaliteta u izvođenju nastave,

te potpuna samostalnost iz svih područja u sestrinstvu. Kao najvažnije očekivanje ističemo priznavanje obrazovanja na budućem radnom mjestu nakon završetka školovanja. Studenti očekuju da će nakon završetka postići veće samopouzdanje i uspjehe u struci. Za redovne studente, i nešto manje za izvanredne bi bilo idealno i slažu se za besplatnu mogućnost nastavka studiranja na svim dodiplomskim i diplomskim studijima.

Na kraju pitanja studenti su naveli svoje mišljenje što očekuju od studija sestrinstva:

- Besplatnu ili jeftiniju literaturu

Pitanje 4.

Nedostatak studiranja na studiju sestrinstva je?

U tablici 7 i 8 prikazano je da kao najveći nedostatak studiranja na studiju sestrinstva redovni studenti navode nemogućnost postizanja najviše razine obrazovanja-doktorski studij (30%). Izvanredni studentima je to nedostatak u 22%. Također veliki postotak je i na skupoći tj. nemogućnosti nastavka besplatnog obrazovanja na svim dodiplomskim i diplomskim studijima. Redovnim studentima je najveći postotak odgovora (38%) u nedostatku studiranja zbog toga što je percepcija

Tablica 5.

ŠTO OČEKUJETE OD STUDIJA SESTRINSTVA?					
Redovni studenti	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem
Upoznavanje s najnovijim odjelima i suvremenom tehnologijom	43%	38%	17%	1%	1%
Sudjelovanje u znanstvenim i istraživačkim radovima i projektima	30%	36%	27%	3%	4%
Aktivno sudjelovanje na vježbama u zdravstvenoj njezi iz svih područja	45%	38%	12%	4%	1%
Potpunu samostalnost i priznavanje obrazovanja na budućem radnom mjestu nakon završetka studija	56%	29%	13%	1%	1%
Najvišu kvalitetu u izvođenju nastave i vježbi	47%	39%	11%	2%	1%
Individualni rad mentora sa svakim studentom	28%	30%	29%	10%	3%
Više samopouzdanja i uspjeha	49%	39%	11%	1%	0%
Mogućnost napretka u struci	55%	32%	10%	2%	1%
Mogućnost razmjene studenata sa studentima iz zemalja EU	22%	21%	26%	21%	10%
Besplatnu mogućnost nastavka obrazovanja na svim dodiplomskim i diplomskim stručnim studijima	31%	33%	17%	8%	11%

Tablica 6.

ŠTO OČEKUJETE OD STUDIJA SESTRINSTVA?					
Izvanredni studenti	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem
Upoznavanje s najnovijim odjelima i suvremenom tehnologijom	19%	40%	31%	7%	3%
Sudjelovanje u znanstvenim i istraživačkim radovima i projektima	17%	26%	43%	11%	3%
Aktivno sudjelovanje na vježbama u zdravstvenoj njezi iz svih područja	22%	41%	34%	1%	2%
Potpunu samostalnost i priznavanje obrazovanja na budućem radnom mjestu nakon završetka studija	40%	43%	12%	3%	2%
Najvišu kvalitetu u izvođenju nastave i vježbi	34%	32%	25%	8%	1%
Individualni rad mentora sa svakim studentom	19%	31%	35%	12%	3%
Više samopouzdanja i uspjeha	36%	33%	27%	4%	0%
Mogućnost napretka u struci	41%	40%	18%	1%	0%
Mogućnost razmjene studenata sa studentima iz zemalja EU	13%	22%	32%	19%	14%
Besplatnu mogućnost nastavka obrazovanja na svim dodiplomskim i diplomskim stručnim studijima	28%	17%	21%	13%	21%

Tablica 7.

NEDOSTATAK STUDIRANJA NA STUDIJU SESTRINSTVA JE:					
Redovni studenti	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem
Nemogućnost sudjelovanja u znanstvenim i istraživačkim radovima i projektima	8%	32%	35%	19%	6%
Nemogućnost postizanja najviše razine obrazovanja- doktorski studij	17%	30%	25%	22%	6%
Nemogućnost nastavka besplatnog obrazovanja na svim dodiplomskim i diplomskim stručnim studijima	38%	32%	20%	8%	2%
Percepcija studija kao manje važnog od sveučilišnih studija	26%	40%	18%	13%	3%
Preveliki broj studenata na jednog mentora	22%	28%	31%	14%	5%
Ne mogućnost razmjene studenata sa studentima iz zemalja EU	22%	21%	27%	20%	10%

ja studija manje važna od sveučilišnog. Izvanredni studenti navode kao nedostatak preveliki broj studenata na jednog mentora (44%).

Pitanje 5.

Cilj Vašeg studiranja je?

U tablici 9 i 10 prikazano je da je redovnim studentima cilj studiranja položiti ispite s više znanja (53%), većom ocjenom u redovitom roku studiranja i ispuniti očekivanja svojih roditelja (33%), dok se izvanredni studenti djelomično slažu s njima. Studenti oba studija žele postići dovoljnu

Tablica 8.

NEDOSTATAK STUDIRANJA NA STUDIJU SESTRINSTVA JE:					
Izvanredni studenti	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem
Nemogućnost sudjelovanja u znanstvenim i istraživačkim radovima i projektima	15%	27%	40%	13%	5%
Nemogućnost postizanja najviše razine obrazovanja- doktorski studij	18%	22%	32%	20%	8%
Nemogućnost nastavka besplatnog obrazovanja na svim dodiplomskim i diplomskim stručnim studijima	37%	28%	20%	7%	8%
Percepcija studija kao manje važnog od sveučilišnih studija	33%	24%	28%	9%	6%
Preveliki broj studenata na jednog mentora	44%	26%	21%	6%	3%
Ne mogućnost razmjene studenata sa studentima iz zemalja EU	21%	24%	33%	10%	12%

Tablica 9.

CILJ VAŠEG STUDIRANJA JE:					
Redovni studenti	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem
Položiti ispite s više znanja, većom ocjenom u redovnom roku studiranja	53%	34%	10%	2%	1%
Položiti ispite bez obzira na znanje, ocjenu i dužinu studiranja te dobiti diplomu	18%	24%	29%	19%	10%
Steći dovoljnu količinu znanja i biti prepoznatljiv na tržištu rada	54%	35%	10%	0%	1%
Ispuniti očekivanja roditelja i okoline	25%	33%	24%	12%	6%

Tablica 10.

CILJ VAŠEG STUDIRANJA JE:					
Izvanredni studenti	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem
Položiti ispite s više znanja, većom ocjenom u redovnom roku studiranja	31%	27%	34%	7%	1%
Položiti ispite bez obzira na znanje, ocjenu i dužinu studiranja te dobiti diplomu	20%	24%	26%	17%	13%
Steći dovoljnu količinu znanja i biti prepoznatljiv na tržištu rada	40%	43%	13%	3%	1%
Ispuniti očekivanja roditelja i okoline	20%	17%	31%	16%	16%

Tablica 11.

VAŠE OČEKIVANJE NAKON ZAVRŠENOG DODIPLOMSKOG STUDIJA JE:					
Redovni studenti	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem
Odmah se zaposliti bilo gdje bez obzira na stručnu spremu	19%	25%	27%	22%	7%
Odmah se zaposliti sa svojom sadašnje stečenom stručnom spremom u sustavu zdravstva	31%	35%	23%	9%	2%
Upisati specijalistički diplomski stručni studij na Zdravstvenom veleučilištu	36%	36%	17%	9%	2%
Upisati specijalistički diplomski stručni studij na drugom fakultetu	20%	18%	14%	31%	17%

Tablica 12.

VAŠE OČEKIVANJE NAKON ZAVRŠENOG DODIPLOMSKOG STUDIJA JE:					
Izvanredni studenti	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem
Odmah se zaposliti bilo gdje bez obzira na stručnu spremu	14%	20%	35%	19%	12%
Odmah se zaposliti sa svojom sadašnje stečenom stručnom spremom u sustavu zdravstva	23%	28%	34%	11%	4%
Upisati specijalistički diplomski stručni studij na Zdravstvenom veleučilištu	28%	23%	31%	13%	5%
Upisati specijalistički diplomski stručni studij na drugom fakultetu	11%	9%	29%	35%	16%

količinu znanja i biti prepoznatljivi na tržištu rada (54% i 43%).

Pitanje 6.

Vaše očekivanje nakon završenog dodiplomskog studija je:

U tablici 11 i 12. prikazano je da su očekivanja studenata i na redovnom i izvanrednom studiju djelomično ista, a to je da se odmah zaposle bilo gdje bez obzira na stručnu spremu. Većina studenata koji ne namjerava upisati diplomski studij želi se odmah zaposliti sa svojom sadašnje stečenom stručnom spremom u sustavu zdravstva. Ukupno njih 61% planira upisati specijalistički stručni studij na Zdravstvenom veleučilištu. Studenti ne namjeravaju upisati diplomski studij na nekom drugom fakultetu.

ZAKLJUČAK:

Istraživanje je provedeno na jednakom broju redovnih i izvanrednih studenata. Odgovori redovnih i izvanrednih studenata razlikovali su se u nekim odgovorima. Percepcija veleučilišnog studija kao manje važnog od sveučilišnog je glavni nedostatak studiranja na studiju sestrinstva. Ukupno 62% stu-

denata planira upisati specijalistički stručni studij na Zdravstvenom veleučilištu. Veliki broj studenata želi se zaposliti i uz rad nastaviti svoje školovanje. Razvojem i napretkom medicine postavljaju se sve veći stručni i profesionalni zahtjevi za zdravstvene djelatnike uključujući medicinske sestre i tehničare. Studente svih generacija i profesori trebaju ohrabrivati i poticati da usvajaju što više znanja te da time doprinose što većoj uspješnosti i napretku struke.

LITERATURA

1. Havelka M., Visoko obrazovanje u Hrvatskoj i Europskim zemljama (Institut of Social Sciences Ivo Pilar), Zagreb, 2003.
2. JoAnn Zerwekh, Jo Carol Claborn. - NURSING today, St. Louis, Mo., London], 2003.
3. Pavić J., Šimunec D., Sestrinstvo-imidž i stvarnost, HKMS, Zagreb. 2009.
4. <http://67.18.19.66/~humhr/uploads/Sestrinski%20glasnik/SG%2001-2008.pdf>
5. V. Vizek., M. Rijavec., V. Vlahović-Štetić., D. Miljković: Psihologija obrazovanja, IEP-Vern, 2003.

Tanja Lupieri, bacc.med.techn.,
Miroslava Kičić, bacc.med.techn.,
Marina Rukavina, bacc.med.techn.,
Marina Vrhovec, bacc.med.techn.,
Dolores Štefančić, bacc.med.techn.

MEDICINSKE SESTRE U OFTALMOLOGIJI: STRUČNO USAVRŠAVANJE I UNAPREĐENJE PRAKSE UNUTAR ZDRAVSTVENOG SUSTAVA RH

Sažetak

Napredak u informatizaciji utječe na stavove, norme društva i zdravstvenu zaštitu. Informatizacija u sestrinstvu otvara mogućnost medicinskoj sestri u oftalmologiji da kvalitetnije, kompetentnije i inovativnije pruža zdravstvenu skrb oftalmološkom bolesniku. Sestrinstvo i zdravstvena njega u oftalmologiji imaju sve veću važnost za zdravstveni sustav RH zbog porasta komplikacija kroničnih bolesti, produženog životnog vijeka i stila života. U svom radu medicinske sestre u oftalmologiji moraju djelovati u skladu s kompetencijama i preuzeti odgovornost za kvalitetu pružene njege. Na temelju istraživanja oftalmološke sestrinske prakse, potrebno je utemeljiti sestrinske standarde koji trebaju biti učinkoviti. Cjeloživotni sustav obrazovanja osnovna je pretpostavka razvoja oftalmološke sestrinske skrbi.

Ključne riječi: medicinska sestra u oftalmologiji, obrazovanje, standardi, cjeloživotno učenje

* Klinička bolnica „Sveti Duh“, Zagreb

Uvod

Zdravstvena zaštita stanovništva Republike Hrvatske provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 150/2008). Brojne promjene u zdravstvenom sustavu utječu i na promjene u sestrinstvu. Sestrinska skrb se usmjerava prema holističkom zbrinjavanju bolesnika. Kako bi se riješili identificirani problemi u sestrinstvu, potrebna je suradnja svih

sudionika i to državnih tijela i institucija, poslodavaca i zdravstvenih ustanova, sestrinskih organizacija i pojedinaca, kako bi svatko u okviru svojih ovlasti preuzeo obvezu i odgovornost za rješavanje problematike sestrinstva u RH. Problemi kao što su nedovoljna zastupljenost više razine profesionalaca u strukturi zaposlenih sestara, nejasne radne uloge unutar timova za zdravstvenu njegu, nepostojanje standarda sestrinske prakse, nedefinirane kompetencije medicinskih sestara za provođenje specifičnih vještina u pojedinim područjima zdravstvene njege, praksa neutemeljena na dokazima, odnosno rezultatima istraživanja iz područja prakticiranja djelatnosti, nedostatna suradnja i podrška poslodavca u kontekstu cijeloživotnog obrazovanja samo su neki od elemenata kojima je opterećena sestrinska praksa sestrinstva u RH (1).

Medicinska sestra u oftalmologiji u zdravstvenom sustavu RH

Očekivanja od zdravstvene skrbi oftalmološkog bolesnika dramatično su se promijenila u protekla dva desetljeća. Medicinske sestre u oftalmologiji osjetile su potrebu da se prilagode, te razvijaju praksu utemeljenu na dokazima kako bi zadovoljile očekivanja bolesnika i šire društvene zajednice. Uloga medicinske sestre u oftalmologiji je poboljšanje zdravstvenog stanja bolesnika, podizanje razine svijesti o načinima sprečavanja vidnih poremećaja koristeći obrazovanje i vještine kao primarni alat. Obrazovne metode razvijene su kako bi pomogle medicinskim sestrama u oftalmologiji pri pružanju edukacije bolesnicima da bolje razumiju proces bolesti i važnost liječenja i sestrinske skrbi (4). Sestrinska skrb oftalmoloških bolesnika sve više se usmjerava prema holističkom zbrinjavanju bolesnika (2). Društvena zbi-

vanja djeluju na zdravstveno stanje pučanstva i na potrebe za sestrinskom skrbi, ali i na razvoj znanosti koje pridonose razvoju sestrinstva (2). Osim temeljnih znanja medicinskim sestrama su za razvoj profesije potrebna istraživanja vlastite prakse i primjena znanja dobivenih tim istraživanjima.

Medicinska sestra u oftalmologiji mora biti obrazovana i osposobljena da bi mogla zadovoljiti uvijete za samostalno obavljanje dijagnostičkih pretraga i zdravstvene njege oftalmoloških bolesnika. Nakon završetka srednjoškolskog obrazovanja stječe se zvanje medicinske sestre/tehničara opće njege, nakon završetka dodiplomskog stručnog studija stječe se zvanje medicinske sestre/tehničara prvostupnice, a završetkom diplomskog specijalističkog stručnog studija sestrinstva stječe se zvanje diplomirane medicinske sestre.

U prošlosti je u okviru Visoke škole u Zagrebu osnovan smjer medicinskih sestara u oftalmologiji općeg i ortoptičkog smjera koja je školovala nekoliko generacija, nakon čega je zadovoljila potrebe za tako obrazovanim stručnim kadrom i prestala sa svojim djelovanjem. Danas više ne postoje medicinske sestre sa navedenim stručnim obrazovanjem, a potrebe za takvim sestrinskim stručnim kadrom postoje. Ističe se potreba za pokretanjem organiziranog stručnog obrazovanja na nivou visokoškolskog sustava obrazovanja. Medicinska sestra u oftalmologiji prepoznata je na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, te ovisno o stupnju stručne spremne proizlaze kompetencije za samostalno obavljanje specifičnih intervencija u zdravstvenoj skrbi oftalmoloških bolesnika.

Standardi u praksi oftalmoloških medicinskih sestara

Standardi sestrinske prakse u oftalmologiji su validne definicije dogovorene i prihvatljive kvalitete zdravstvene njege na svim razinama zdravstvene zaštite kojima se prosuđuje i evaluira sestrinska praksa (4). Veliki nedostatak predstavlja nepostojanje standarda oftalmološke sestrinske prakse u RH. Iz tog razloga neophodno je usmjeriti se na istraživanje onih područja koja će doprinjeti izradi smjernica na temelju kojih će se postaviti standardi. Standardi bi trebali biti izgrađeni na način da budu stručni, priznati, prihvaćeni te fleksibilni.

Vizija i misija oftalmoloških medicinskih sestara

Medicinska sestra u oftalmologiji spremna je za promjene u skladu sa suvremenim zahtjevima i iza-

zovima novih tehnologija i informatizacije u zdravstvu. Vrijednosti prema kojima kojima ćemo pružati oftalmološke usluge utemeljene su na kvaliteti, povjerenju, inovativnosti i razumjevanju potreba naših bolesnika.

Misija medicinskih sestara u oftalmologiji je pružanje vrhunske usluge u oftalmološkoj skrbi za bolesnika s naglaskom na timskom i individualnom razvoju, obrazovanju i praksi zasnovanoj na dokazima.

Strukovna organizacija medicinskih sestara u oftalmologiji u RH

Na inicijativu medicinskih sestara/tehničara u oftalmologiji 2009. godine osnovano je Društvo oftalmoloških medicinskih sestara/tehničara u okviru Hrvatske udruge medicinskih sestara. Svrha osnivanja Društva je okupljanje medicinskih sestara/tehničara s ciljem razmjene znanja i vještina, te stjecanje novih znanja iz područja zdravstvene njege oftalmoloških bolesnika. Društvo predstavlja udruživanje profesionalaca koje odlikuje znanje, intelektualna i individualna odgovornost. Cilj je interdisciplinarno povezivanje svih medicinskih sestara/tehničara u oftalmologiji na cijelom teritoriju RH, te poticanje međusobne suradnje i ostvarivanje preduvjeta za stručno usavršavanje u oftalmologiji s tendencijom za suradnjom sa sličnim strukovnim organizacijama na međunarodnoj razini. Kroz Društvo kao strukovnu organizaciju poticati ćemo razmjenu znanja svim raspoloživim alatima s ciljem integracije u međunarodne strukovne organizacije putem on-line komunikacije i učenja.

Cjeloživotno učenje medicinskih sestara u oftalmologiji

S brzim razvojem novih tehnologija u oftalmologiji mijenjaju se radni i društveni odnosi pa se od medicinskih sestara u oftalmologiji očekuje kontinuirano praćenje tih promjena i aktivno sudjelovanje. Medicinska sestra mora trajno učiti kako bi bila u mogućnosti pratiti promjene. Cjeloživotno učenje definira se kao aktivnost učenja tijekom života s ciljem unapređivanja znanja, vještina i sposobnosti unutar osobne, građanske, društvene i poslovne perspektive (3).

Cjeloživotno učenje za medicinske sestre u oftalmologiji podrazumijeva:

- stjecanje i osuvremenjivanje svih vrsta sposobnosti, interesa, znanja i kvalifikacija u oftalmologiji. Promicanje razvoja znanja i sposobnosti

koje će im omogućiti aktivno sudjelovanje u svim područjima od važnosti za sestrinsku profesiju.

- uvažavanje svih oblika učenja: formalno obrazovanje (npr. tečaj na fakultetu), neformalno obrazovanje (npr. usavršavanje vještina potrebnih na radnom mjestu), i informalno obrazovanje, međugeneracijsko učenje (razmjena znanja u radnom okruženju) (3).

Prednosti cjeloživotnog učenja

Profesionalni razvoj struke ovisi o kvaliteti njezinih kadrovskih resursa. Korištenje tih resursa s ulaganjem u njihovu kvalitetu primarni su čimbenici razvoja. Cjeloživotno učenje nije samo oblik obrazovanja već mora postati vodećim načelom u kontekstu usvajanja znanja (3).

Zaključak

Kako mogu medicinske sestre u oftalmologiji doprinijeti oftalmološkoj zdravstvenoj zaštiti? Provođenje sestrinske prakse ili prakticiranje djelatnosti u RH obilježeno je nizom problema na koje treba usmjeriti posebnu pozornost jer su zahtjevi koje pred sve zdravstvene djelatnike postavlja suvremeni razvoj tehnologije i znanosti sve veći (1). Svrha je pratiti kretanje oftalmološke skrbi i o tome izvještavati i komparirati ih na međunarodnoj razini. Neophodno je motivirati medicinske sestre u oftalmologiji za izvrsnost u pružanju zdravstvene skrbi te je potrebno odrediti smjernice koje će uspostaviti standarde sestrinske prakse. Učinkovito korištenje standarda osigurati će pružanje visoko kvalitetne njege oftalmološkim bolesnicima. Potaknuti inicijativu za stručnim školovanjem potrebitih stručnjaka, a to su u našem slučaju medicinske sestre –ortoptičarke, koje bi na temelju stručnog

obrazovanje stekle kompetencije i vještine za provedbu dijagnostičkih i terapijskih postupaka u oftalmologiji. Zbog velikog interesa srodnih struka koje apliciraju na to područje nužno je potrebno osigurati adekvatno obrazovanje kako bi medicinske sestre u oftalmologiji i dalje mogle kompetentno prakticirati znanja koja tradicionalno obavljaju u zadnjih pedesetak godina. Smatramo da sestrinska profesija ne treba čekati prepoznavanje u društvu već kontinuiranim stručnim usavršavanjem aktivno pridonositi unapređenju struke.

Reference

1. Rimac B., Franković S., Krajnović F. i sur. Strateški okvir razvoja sestrinstva u RH 2008.-2014, Sestrinski glasnik 2008;4 213-218
2. Marović J. Cjeloživotno učenje, Edupoint, 2003;3-5
3. Du Toit R, Palagyi A, Brian G., The Development of Competency-based Education for Mid-level Eye Care Professionals: A Process to Foster an Appropriate, Widely Accepted and Socially Accountable Initiative, Education for Health, Volume 23, Issue 2, 2010, dostupno na: <http://www.educationforhealth.net/>
4. Davies H., Ingham C., Mathison J., McDermott B., McQueen L., Shaw M., Shute N., Tillotson J., Competencies: An integrated career and competency framework for ophthalmic nursing, Royal College of Nursing, 2005. dostupno na: <http://www.aona.org.au/documents/RCNcompetenciesOphthalmicNursing.pdf>
5. Ledford Janice K. The Complete Book to Ocular History Taking. EyeWrite Productions. Slack Incorporated, 2006

INVAZIVNA PREOPERATIVNA OBRADA BOLESNIKA S FARMAKOREZISTENTNOM EPILEPSIJOM

UVOD

Epilepsija je jedna od najčešćih kroničnih neuroloških bolesti. Postavljanje dijagnoze epilepsije primjenom stereoelektroencefalograma (SEEG-a) predstavlja inovaciju u liječenju farmakorezistentnih epilepsija. Stereoelektroencefalogram je invazivna kirurška procedura koja ima izuzetnu dijagnostičku vrijednost sa ciljem preciznog određivanja epileptogene zone ili zone ishodišta epileptičkog napada. Medicinska sestra je neizostavni dio zdravstvenog tima koja sudjeluje u sveukupnom zbrinjavanju pacijenta.

Ključne riječi: epilepsija, stereoelektroencefalogram, medicinska sestra

RAZRADA

Epilepsija je paroksizmalni poremećaj funkcije središnjeg živčanog sustava koji je: rekurentan, stereotipan te povezan s ekscesivnim, sinkronim i ograničenim neuronalnim izbijanjima. Učestalost epilepsije je od 0, 5-1%. Postoji mnogo različitih klasifikacija epilepsija: prema etiološkim faktorima, prema kliničkoj slici te prema elektroencefalografskoj formi patoloških valova. Najčešća klasifikacija koja se danas primjenjuje u praktičnom radu s bolesnicima preporučena je od Internacionalne lige za borbu protiv epilepsije (ILAE, 1981.g), a temelji se na dvije glavne stavke: lokalizaciji neuralnog izbijanja (lokalni i generalizirani) i kliničkoj manifestaciji atake.

Lokalne (žarišne epilepsije) ograničeno se šire jednim dijelom moždane hemisfere, a generalizirane epilepsije difuzno zahvaćaju mozak te se javljaju konvulzivni i nekonvulzivni napadaji.

Rano postavljanje dijagnoze i liječenje prikladnim antiepileptikom u monoterapiji i optimalnoj dozi osigurava uspješnost liječenja i predstavlja najmanji rizik za nastanak nuspojava. Farmakorezistentnost se očituje nezadovoljavajućom kontrolom napadaja

uz primjereno odabrana 2-3 standardna antiepileptika ili antiepileptika nove generacije u optimalnim dozama. Duži period nezadovoljavajuće kontrole napadaja uzrokuje: kognitivne smetnje, nezadovoljavajuću kvalitetu života, pojava stigmi, sniženo samopoštovanje, ozljeđivanje, povećani mortalitet..

Stereoelektroencefalogram je najpreciznija i najsigurnija dijagnostička procedura za potvrdu epileptogene zone mozga i planiranja funkcijske neurokirurgije. Koristi se kao dio invazivne preoperativne dijagnostičke obrade bolesnika sa epilepsijom koji usprkos redovitom uzimanju antiepileptičke terapije i dalje imaju učestale epileptičke napadaje. Stereoelektroencefalogramom se bilježi intracerebralna EEG aktivnost bez potrebne kraniotomije. Primijenjuju se duboke elektrode sa višestrukim kontaktima (5-15 kontakata po elektrodi).

PREDNOSTI

STEREOELEKTROENCEFALOGRAMA I DUBOKIH ELEKTRODA

Stereoelektroencefalogram primjenom dubokih elektroda može obraditi područja mozga koja su izvan dometa grid elektroda. Grid je smješten na površini mozga i dobar je u lokalizaciji površinskih ishodišta (surface), ali nije dobar za duboka područja mozga (medijalni, temporalni i frontalni režanj). Također, SEEG može pokriti veća područja mozga i monitorirati obje strane mozga.

Indikacije za ovu dijagnostičku metodu su:

- parcijalna epilepsija, (poglavito temporalnog ishodišta, kriptogena /MR negativna/, potvrđena lezija mozga koja nije u jasnoj korelaciji sa kliničkom slikom, dvojna patologija.

Preoperativna priprema bolesnika obuhvaća:

- anamneza
- klinička slika
- interiktalni EEG

- MR mozga (po protokolu za epilepsiju)
- PET-FDG mozga
- psihologijsko testiranje
- interiktalni i iktalni višednevni VEEG

Video EEG-e monitoriranjem potvrđuje se dijagnoza epilepsije ili neepileptičkih napadaja (NEA), vizualizacija fenotipske kliničke slike te precizna dijagnoza epilepsije u skladu sa Internacionalnom klasifikacijom. Ukoliko se radi o epilepsijama parcijalnog oblika video EEG omogućuje određivanje ishodišta napadaja (frontalno, temporalno, parijetalno, okcipitalno). Ovim dijagnostičkim postupkom dobivaju se važne smjernice da će se pacijentu ugraditi duboke elektrode.

Postoje mnogobrojne sestrinske dijagnoze i intervencije značajne u zbrinjavanju pacijenata kojima je indicirana dijagnostička pretraga SEEG primjenom dubokih elektroda. Neke od sestrinskih dijagnoza su :

Visok rizik za pad u/s smanjivanja terapije antiepilepticima

Visok rizik za nastanak poremećaja raspoloženja, depresija u/s općim stanjem

Tjeskoba u/s ishodom bolesti.

Neupućenost u/s tijekom i ishodom bolesti

Medicinska sestra ima vodeću ulogu u edukaciji pacijenta u sljedećim segmentima :

- Usvajanje znanja o epilepsiji

Neophodno je informirati bolesnika i članove obitelji o bolesti, njenom tijeku i liječenju. Epilepsija je bolest kroničnog karaktera. Bolesnik i njegova obitelj moraju poznavati čimbenike koji mogu pridonijeti pojavi epileptičkih napada.

- Razumijevanje stanja koja su uvjetovana bolešću

Napadaji su neugodno iskustvo za promatrača, a kod bolesnika se nakon napadaja javljaju sram, napetost i depresija. Stoga, kod bolesnika treba poticati povjerenje u vrijednost propisanih pravila (životna slika u skladu s bolešću) jer to bolesniku povećava samopouzdanje i strah od nastanka iznenadnog napadaja.

- Nadzor nad učestalosti napadaja

Bolesnika treba upoznati s mogućnostima vlastitog utjecaja na smanjivanje broja epileptičkih napadaja i to pridržavanjem propisane terapije, usvajanjem određenog načina života te izbjegavanjem provokativnih faktora. Na takav se način napadaji mogu izbjeći te se intervali između njihove pojave mogu znatno produžiti.

- Psihosocijalna prilagodba

Često su upravo socijalni i psihološki problemi veća poteškoća od samog napadaja. Epilepsija nije prepreka za čovjekov profesionalni razvoj iako je broj zanimanja djelomično ograničen. Bolesnici ne smiju obavljati poslove na kojima bi mogli ozlijediti sebe ili nekoga iz svoje okoline (npr. visinski radovi, rad na strojevima, profesionalni vozači). Najbliže poslovne suradnike bolesnik mora upoznati sa svojom dijagnozom.

ZAKLJUČAK:

Stereoelektroencefalogram je značajna inovacija koja je doprinijela liječenju farmakorezistentnih epilepsija. Tijekom dijagnostičkog postupka primjene SEEG-a djelokrug rada medicinske sestre je veoma specifičan i kompleksan. Osim dobrog poznavanja osobitosti same bolesti i dijagnostičke procedure do izražaja dolazi i načelo pomoći pri učinkovitoj prilagodbi samom postupku. Medicinska sestra kontinuirano ostaje uz pacijenta neposredno nakon ugradnje dubokih elektroda i spajanja na aparat. To iziskuje od medicinske sestre visoku razinu znanja i spremnost na pravovremeno poduzimanje adekvatnih intervencija.

LITERATURA

1. Zurak N., Brinar V., Božičević D., Neurologijska propedeutika. Medicinski fakultet Zagreb, 1992.
2. Guyton, A.C. Medicinska fiziologija. Medicinska knjiga, Zagreb-Beograd, 1990.
3. Sedić, B. Nastavni tekstovi. Zdravstveno veleučilište Zagreb, 1998.
4. Poeck, K. Neurologija. Školska knjiga, Zagreb, 1994.

PROCES UNAPREĐENJA KVALITETE ŽIVOTA OSOBA SA INKONTINENCIJOM U KRAPINSKO-ZAGORSKOJ ŽUPANIJI

U Krapinsko-zagorskoj županiji SimBex je kao edukator zdravstvenog osoblja i populacije za uspostavu sustavne kvalitete zbrinjavanja inkontinencije potaknut potrebom za vježbe pri inkontinenciji i aktivno sudjelovao u uspostavi vježbi.

Udruga umirovljenika koja kontinuirano vježba uz vodstvo fizioterapeuta uključila je vježbe pri inkontinenciji u svoj program vježbi. Suport za nadogradnju kvalitete fizičke aktivnosti i postigli smo uključivanjem voditelja fizio i radnih terapeuta pri Zdravstvenom veleučilištu. Na taj smo način pomogli u procesu unapređenja kvalitete života osoba sa inkontinencijom.

Koordinaciju i suradnju uspostavili smo sa patro-nažnom službom Županijskog doma zdravlja koja aktivno participira u procjeni inkontinencije u populaciji.

Gradsko društvo Crvenog križa sa programom pomoći u kući starijim osobama aktivno je u otkrivanju, procjeni i pomoći pri rješavanju problema inkontinencije, uključujući potrebnu intervenciju djelatnika.

Uočili smo zajedničku brigu u komunikaciji, pažljivom pristupu, analizi, rješenjima i treningu -vježbi. Inkontinencija je veliki problem u populaciji. Oko 100 milijuna ljudi pati od urinarne inkontinencije. Učestalija je sa porastom životne dobi, kada dolazi do promjena u funkciji stanica, kontroli centralnog živčanog sistema, hormonalnog balansa i imunološkog odgovora.

Nevoljnim istjecanjem mokraće i stolice dovodi do organskih, socijalnih i higijenskih poteškoća.

Smanjena razina estrogena, nakon menopauze dovodi do promjena na vaginalnom epitelu i epitelu tkiva mokraćne cijevi. Promjene na tkivu stjen-

ke rodnice, mokraćne cijevi i mokraćnog mjehura, dovode do simptoma iritacije mokraćnog mjehura što rezultira pečenjem, učestalim mokrenjem, pojačanim nagonom na mokrenje, noćnim mokrenjem i inkontinencijom. Sluznica je suha, blijeda i vrlo osjetljiva.

Dolazi do popuštanja napetosti mišića, te slabljenja vazivnog tkiva zdjelice. Kontrakcije mišića dna zdjelice su slabe. Ti mišići sa mišićima mokraćnog mjehura i mokraćne cijevi sudjeluju u zadržavanju mokraće. Strukture s vremenom postaju slabije što dovodi do nekontroliranog gubitka mokraće i stolice.

Smanjena pokretljivost, kognitivne i senzorne poteškoće, nedostatak motivacije i okolinski faktori dodatni su otežavajući faktori koji utječu na inkontinenciju.

Kod žena navedenom procesu doprinose porodi, prilikom kojih dolazi do rastezanja i širenja svih struktura zdjelice, što kasnije dovodi do slabljenja tkiva. Uz veći broj težih poroda, čimbenici koji ubrzavaju prirodni tijek slabljenja strukture su operacije u maloj zdjelici, kašalj kod kroničnih bolesti, težak fizički rad i prekomjerna tjelesna težina.

Bolesniku sa inkontinencijom važno je pravilno pristupiti. Potrebno je uzeti pravilnu anamnezu i iz niza poteškoća kod pacijenta ustanoviti da pati od inkontinencije. Veliki broj bolesnika navodi niz simptoma vezanih uz urogenitalni trakt ali ne navodi inkontinenciju. Tu se radi o sramu ili o neznanju. Pravilno vođenim razgovorom treba se približiti bolesniku i ustanoviti da li se radi o inkontinenciji. Treba potom učiniti fizikalni pregled koji uključuje i osnovni neurološki pregled.

Rade se i osnovne laboratorijske pretrage krvi i urina.

UZV i eventualno kontrastne pretrage.

Potrebno je ustanoviti trajanje i razvoj inkontinencije, isključiti urogenitalne infekcije. Količina mokraće koje istječe bez kontrole volje ovisi o subjektivnoj procjeni pa nema osobitog značaja.

Urodinamika danas ima važan klinički značaj uz druge pretrage kao što su anamneza, fizikalni pregled, endoskopija i radiološka ispitivanja.

Za kontinenciju koja se definira kao sposobnost zadržavanja mokraće u mokraćnom mjehuru između epizoda voljne mikcije, odgovorna je konverzija tlakova u mokraćnom mjehuru i uretri.

Za vrijeme punjenja mokraćnog mjehura tlak nikad ne prelazi 15 –30 cm vode uz 300 do 450 ml volumena. Tlak u uretri je oko 100 -120 cm vode.

Prilikom mokrenje tlak u mokraćnom mjehuru poraste i istodobno u uretri padne. To nastaje pod utjecajem parasimpatikusa koji uzrokuje kontrakcije detruzora.

Za normalno funkcioniranje mokraćnog mjehura važni su kapacitet mjehura, sposobnost prilagodbe, osjetljivost, mogućnost kontrakcije i voljna kontrola.

Cistometrijom određujemo te vrijednosti.

Kapacitet mjehura iznosi normalno oko 400 do 500 ml. Mokraćni mjehur ima sposobnost prilagodbe. Porastom volumena istodobno tlak ne raste. Kontraktilnost mjehura pokazuje učestalost i amplituda kontrakcija. Upotrebom volje dolazi do kontrakcija detruzora, porasta tlaka u mokraćnom mjehuru uz istodobni pad tlaka u mokraćnoj cijevi i dolazi do akta mokrenja.

Za inkontinenciju je važan tlak u uretri.

Uroflow je protok mokraće koji pokazuje brzinu odnosno količinu mokraće u jedinici vremena. Normalni protok kod muškaraca iznosi 20-25 ml/s i 25-30 ml/ s kod žena. Ovo mjerenje je važno za dokazivanje opstrukcije.

Elektromiografija pokazuje voljnu komponentu sfinktera i aktivnost mišića zdjelice, ali ne pokazuje nam aktivnost glatke muskulature sfinktera.

Veliki problem se javlja kod žena u obliku stress inkontinencije, u ženskoj populaciji učestalost inkontinencije je pet puta veća.

Stres inkontinencija je nevoljno izlaženje mokraće prilikom kašlja, smijeha, kihanja i podizanja tereta. Kod urgentne inkontinencije imamo normalne tlakove u uretri.

Postoje dva razloga nastanka urgentne inkontinencije:

- hiperosjetljivost detruzora, kada nestabilnost mjehura s naglim porastom tlaka nadvlada tlak u uretri,
- uretralna nestabilnost uz konstantan tlak u mokraćnom mjehuru.

Najčešće se radi o kombinaciji oba uzroka. Javlja se i psihogena nestabilnost mjehura koja može biti izazvana senzornim impulsima (hladnoća, šum vode), emocionalnim stanjima (strah, uzbuđenje) ili neurozama.

Slabost sfinktera je osnovni uzrok većine tipova ženske inkontinencije. Starošću mišićna vlakna popuštaju, vezivni sistem popušta. S vremenom popušta tonus uretre. Prolongirani porodi, epiziotomija, učestale urogenitalne infekcije, kirurške intervencije u području vrata mjehura te zračenje pridonose pojavi inkontinencije.

Inkontinencija ovisi o najviše o kvaliteti sfinktera.

Uspješnost rješavanja problema inkontinencije nije samo spoznaja da je pacijent suh nego i kvaliteta i komfor života. Važan je i status mokraćnog mjehura. Bolesnici kod kojih je mokraćni mjehur izgubio svoju kontraktilnost i imaju jako oslabljen tonus uretre teže će riješiti inkontinenciju.

Treba imati na umu da inkontinenciju mogu uzrokovati razna oboljenja, promjene na urogenitalnom traktu i vanjski faktori. Potreban je bliski kontakt s bolesnikom, zadobiti njegovo povjerenje, dobiti od njega sve važne podatke.

U obradi treba izbjegavati suviše i invazivne pretrage. Osnovna je suradnja zdravstvenih djelatnika i bolesnika o kojoj ovisi uspješna prevencija, dijagnostika, liječenje i rehabilitacija.

Kako?

Procjenom inkontinencije, opskrbom odgovarajućih upojnih pomagala i uspostavom Kegellovih vježbi i toaletnog treninga.

Edukacijom medicinskog osoblja, patronažne djelatnosti, djelatnika u službi pomoći u kući, te procjenom u ciljnim skupinama.

Patronažne sestre kao savjetnici kontinuirano djeluju u zajednici i domu korisnika. Fokusirajući se na grupe djeluju na ostvarivanje zdravstveno-socijalnih programa u skrbi za populaciju. Metodama samopomoći i uzajamne pomoći uključuju pojedince i grupe na efikasnije podizanje kvalitete života. Anketom patronažnih medicinskih sestara Županijskog doma zdravlja Krapinsko-zagorske županije dobili smo informacije kojima raspolažu u okviru

svoje djelatnosti procjenjujući stanja inkontinencije u populaciji.

Pitanjem o vrsti i težini inkontinencije dobili smo uvid u spoznaje da,

Stres inkontinencija dominira sa 88%

Nagonska je prisutna sa 26%

Refleksna sa 37%

i mješovita sa 92, 5%

Pitanjem tko dijagnosticira inkontinenciju dobili smo podatke da,

dijagnozu inkontinencije postavlja urolog sa 63%

ginekolog sa 59%

liječnik PZZ sa 7, 4%

i neurolog sa 48 %

Mogućnosti zbrinjavanja pomagalima:

potpuno zbrinuti 85 %

djelomično 14, 8 %

Odgovarajuće pomagalo prema stvarnim potrebama, težini inkontinencije i vrsti pomagala: odgovarajuće pomagalo ima 74 %

neadekvatno 25, 9 %

Poznavanje problematike i potrebe za novim spoznajama,

S problemom su dovoljno upoznate, ali traže i dodatna specifična znanja iz područja menadžmenta za pojedine tipove inkontinencije 92, 5 patронаžnih sestara

Nisu dovoljno upoznate i ne traže te spoznaje 7, 4 %

Kvaliteta života značajno se može podići uz liječenje, radom na muskulaturi, kroz vježbe te planski osmišljene aktivnosti treninga mišića dna zdjelice.

Plan intervencije se postavlja po procjeni stanja mišića dna zdjelice. Treningom mišića podiže se njihov tonus, poboljšava izdržljivost, a time i vrijeme između spontanog i kontroliranog mokrenja i izmokravanja.

Ako bismo zanemarivali problem inkontinencije u populaciji doveli bismo do stanja odustajanja od društvenih aktivnosti/ izolaciju, zatvaranje u svoju intimu. Stoga je otkrivanje pravog stanja problema u populaciji prvi zadatak Savjetovališta SimBex. Predavanja, tečajevi, tribine i suport u vježbama ciljnih skupina velika su pomoć u rješavanju ovog važnog problema.

U Krapinsko-zagorskoj županiji postoji povezanost Doma zdravlja, patronaže, Crvenog križa, službe pomoći u kući, Udruge umirovljenika i edukatora na rješavanju kvalitete života osoba sa problemom inkontinencije.

Implementacija znanja u praksu i podizanje kvalitete u procesima unapređenja, sigurno će naći mjesto u organiziranom i sustavnom pristupu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Sa dobrom komunikacijom, jasnim kompetencijama i dobrom koordinacijom raste povjerenje i poštovanje, što će imati pozitivnog odraza na kvalitetu života naših bolesnika.

Postizanje izvrsnosti prirodni je cilj zvanja i profesije medicinske sestre.

Literatura:

1. Duraković, Z. i sur. Gerijatrija medicina starije dobi (2007), Medix
2. Orešković, S. Raič, Z. Suvremeni pristup u dijagnostici i liječenju žena s inkontinencijom mokraće (2003), Medicinska naklada
3. Bešker, M. Kvaliteta i procesno upravljanje (2009), Oskar-Centar za razvoj i kvalitetu, d.o.o. 10. Jubilarni simpozij o kvaliteti Hrvatskog društva menadžera kvalitete
4. Jakšić, Ž. Nikša Pokrajac Šmalcelj, A., Mladenka Vrcić-Keglević, M. Umijeće medicinske nastave (2005), Medicinska naklada
5. Jurinić, A. Dokumentacija u fizioterapiji (2008), Tematska konferencija Hrvatskog zbora fizioterapeuta

UPORABA NEUROSTIMULATORA KOD KRONIČNE NEIZLJEČIVE BOLI

Bol je neugodan osjetilni i emotivni doživljaj povezan sa stvarnim ili mogućim oštećenjem tkiva. Dijeli se na akutnu i kroničnu, a kronična bol predstavlja problem i izazov u terapijskom smislu te uzrokuje brojne simptome i psihofizičke promjene bolesnika. Uz razne druge postupke ublažavanja boli uključujući i sestrinske intervencije danas se pojedini oblici kronične boli mogu liječiti ugradnjom neurostimulatora. Neurostimulator šalje niske razine električne energije izravno na živčana vlakna ili neurone (DBS), sastoji se od ugrađenog puls generatora (IPG) sa punjenom baterijom, vodstva (lead) - žicom izolirano olovo sa četiri elektrode i nastavka (extension) - izolirana žica koja povezuje vodstvo sa generatorom. DBS se postavlja stereotaktičkim navođenjem u lokalnoj anesteziji na određene anatomske strukture mozga ovisno o dijagnozi te se stimulacijom provjeri položaj i spoji sa IPG-om koji se ugradi supkutano. Postoperativno je moguća blaga dezorijentacija i pospanost te opće neurokirurške komplikacije i neke psihijatrijske nuspojave. U suradnji s neurologom postoperativno se vrši prilagodba razine stimulacije i terapije, zamjena baterije svakih 3-5 godina. Liječenje smanjuje simptome Parkinsonove bolesti za 25-75 %, smanjuje simptome kod kinetičkog tremora do 80 % te omogućuje smanjenje doze lijekova.

Cilj: prikazati uspješnost liječenja DBS-om.

Metode: praćenje slučajeva kojima je postavljen DBS u periodu 2009.- 2010. U KB Dubrava“.

Rezultati: prikazani su u filmu i prezentaciji.

Glavne riječi: bol, tremor, stimulacija.

Zaključak: bolesnik dobro podnosi proceduru, ako je dobro informiran i psihički pripremljen, medicinska sestra svojim stručnim znanjem može prevenirati ili pravovremeno otkriti prve znakove koji upućuju na pojavu komplikacija, kvalitetna komunikacija između bolesnika i svih članova medicinskog tima smanjuje učestalost komplikacija, te bolesniku daje sigurnost.

BOL

Bol je osjećaj prenešen od osjetilnih živaca kroz leđnu moždinu i prema osjetnom području mozga, gdje se osjećaj doživljava. Prema Međunarodnoj udruzi proučavanja boli definirana je kao “neugodno osjetno i osjećajno iskustvo povezano s pravom ili potencijalnom ozljedom tkiva, ili uvjetovano tom štetom ili ozljedom”.

PODJELA BOLI:

AKUTNA BOL

je obično uzrok oštećenja mekog tkiva, infekcije i/ili upale

obično se istovremeno liječi lijekovima ili odgovarajućim tehnikama koje otklanjaju uzrok boli, ili odgovarajućim tehnikama kojima kontroliramo osjećaj boli (analgetici).

akutna bol služi kao alarm na ozljedu ili oštećenje tijela

KRONIČNA BOL

Može se pojaviti bez ikakvog očitog uzroka ili kao posljedica razvijajuće bolesti ili neravnoteže.

Ovaj poremećaj može okinuti mnogobrojne psihološke probleme koji zbunjuju bolesnika i pružatelja zdravstvene njege, što dovodi do različitih dijagnoza i bolesnikova osjećaja bespomoćnosti i beznadnosti.

Ponekad kronična bol može imati psihosomatski ili psihogen uzrok.

Kroničnom se boli obično smatralo bol koja traje dulje od 6 mjeseci. Danas se definira kao “bolest boli”. Njeno podrijetlo, trajanje, jačina i specifični simptomi variraju. Jedina stalna činjenica koja prati kroničnu bol jest da se, kao poremećaj, ne može shvatiti na isti način kao akutna bol.

U nekim slučajevima neuspješno liječenje akutne boli može dovesti do razvijanja kronične boli.

U bolesnika s kroničnim bolima koji se ne mogu ublažavati medikamentoznom ili drugom nekirur-

škom metodom ugradnja NS najmanje je invazivna, ali vrlo učinkovita neurokirurška terapija.

POVIJEST NEUROSTIMULATORA (DBS)

Razvio se u Francuskoj 1987. g. Do danas više od 35 000 pacijenata iz cijelog svijeta ima DBS elektrode ugrađene u mozak, u SAD-u postoji 250 centara koji obavljaju operaciju, 1997. g. DBS koristi se kao tretman za tremor, 2002. g. Parkinsonova bolest, 2003. g. distonija, 2005. g. liječenje velikih depresija, 2007. g. ugradnja DBS u Hrvatskoj

DBS se više ne smatra eksperimentalnim ali se još uvijek koristi kao drugi ili treći – line tretman (invazivna)!

Rezerviran za bolesnike sa relativno naprednim slučajevima bolesti

NEUROSTIMULATOR je mozgovna ili moždana stimulacija. Šalje niske razine električne energije izravno na vlakna živca

Sastoji se od tri dijela:

1. IPG (Implanted pulse generator)
2. Nastavak (The extension)
3. Vodstvo (The lead)

IPG (Implanted pulse generator) je ugrađeni puls generator sa punjenom baterijom (pacemaker), baterija traje 3-5 god. Telemetrijski programiran uređaj pruža uvid u trajanje baterije te pravovremenu zamjenu jedinice prije ispražnjenja baterije

Nastavak (The extension) je izolirana žica koja povezuje vodstvo sa IPG-om, koja kreće od glave, sa strane na vratu, iza uha do IPG koji je smješten potkožno, ispod ključne kosti, u lumbalnom dijelu kralježnice i u abdomenu.

Vodstvo (The lead) je žicom izolirano olovo sa četiri elektrode

UPOTREBA NEUROSTIMULATORA U KB "DUBRAVA"

U KB šest bolesnika s dijagnozom "failed back surgery syndrom" ugrađen je u područje lumbalne kralježnice. U osam bolesnika s Parkinsonovom bolesti, dvije bolesnice s distonijom, dva bolesnika s dijagnozom talamičkog sindroma i parcijalne avulzije pleksusa ugrađen je iznad motoričkog korteksa.

SVRHA "DBS je liječenje bolesnika čiji simptomi ne mogu biti adekvatno kontrolirani s lijekovima, zatim liječenje neuroloških simptoma, Parkinsonove bolesti npr. ukočenost, krutost, tremor, usporjena kretanja itd. Zatim kinetički tremor, distonija, epilepsija i fantomskih boli.

PRIMJENA DBS - a

Primjena kod kinetičkog tremora – elektroda DBS nalazi se u jezgri talamusa, a smještaj elektrode kod distonije i simptoma Parkinsonove bolesti (bradikinezija/akinezija, tremor) nalaziti će se u globusu pallidusu ili subtalamičkoj jezgri.

TEHNIKA OPERACIJE

1. Postavlja se stereotaktički okvir u lokalnoj anesteziji i potenciranoj analgeziji, te se daje blagi sedativ kako bi se olakšala anksioznost pacijenta.
2. Snimanje magnetske rezonancije (MR) mozga
3. Određivanje ciljne točke prema neuroanatomskim strukturama mozga pomoću Stealth Station-a

TEHNIČKI ZAHVAT UGRADNJE ELEKTRODA

- radi se obostrana trepanacija ispred koronarne suture, uvodi se elektroda, zatim radi se makrostimulacija u loalnoj anesteziji pri nazočnosti neurologa u operacijskoj dvorani. Tijekom operacije neurokirurški tim i pacijent komuniciraju. U opću anesteziju pacijent ide tek kod postavljanja IPG – a. MR mozga radi neposredno nakon ugradnje

POTENCIJALNE KOMPLIKACIJE

Krvarenje: Asimptomatsko intrakranijalno krvarenje (10 %), simptomatsko intrakranijalno krvarenje (2%), infekcija (6%), napadaji (3%), glavobolja (25%), rizici opće anestezije, neuropsihijatrijske nuspojave (apatija, halucinacija, kognitivna disfunkcija), depresija i rizik smrti je manji od 1%

POSTOPERATIVNA SKRB – pratiti otekline, moguća blaga dezorijentiranost i pospanost. Pacijent se nekoliko puta sastaje sa neurologom zbog prilagodbe stimulacije. Baterija se mijenja svakih 3-5 g. malom incizijom kao ambulantni postupak. Lijekovi se prilagođavaju nakon operacije, (smanjenje levodopa kod PD).

SESTRINSKE DIJAGNOZE

1. ANKSIOZNOST

CILJ

- bolesnik će razumijeti razloge određenih intervencija
- bolesnik će biti informiran o redoslijedu pripreme za operacijski zahvat
- anksioznost će biti minimalizirana i kontrolirana

INTERVENCIJE

- razgovarati s bolesnikom
- slušati i razumijeti bolesnika

- individualni pristup bolesniku
- primjena sedativa ordinirani od strane liječnika
- uključiti članove obitelji tako da i oni sudjeluju

2. PROMJENA STANJA SVIJESTI U/S S OPERATIVNIM ZAHVATOM

CILJ

- svaka promjena stanja svijesti bit će na vrijeme uočena
- svi vanjski činitelji koji mogu utjecati na promjenu stanja svijesti bit će svedeni na najmanju razinu

INTERVENCIJE

- vitalne funkcije prate se svakih 15 do 30 minuta
- praćenje motoričkih i senzornih aktivnosti
- primjetiti patološke neurološke znakove
- orijentirati bolesnika u vremenu i prostoru
- svaku promjenu dokumentirati u plan

3. GLAVOBOLJA U/S S CEREBRALNIM KRVARENJEM

CILJ

- bolesnik će osjećati manji intenzitet boli, na skali boli od 0 – 5, intenzitet boli bit će 3

INTERVENCIJE

- prepoznati tip, lokalizaciju i specifične karakteristike glavobolje
- ukloniti vanjske čimbenike koji pojačavaju glavobolju (buka, svijetlo)
- primijeniti analgetike ordinirane od strane liječnika
- evaluirati odgovor na primjenu analgetika

REZULTATI

- Smanjenje simptoma kod PD za 25-75 %
- Smanjenje simptoma kod kinetičkog tremora do 80 %
- Smanjenje doza lijekova

LITERATURA

1. Fins JJ. Deep Brain Stimulation (2004) In, Encyclopedia of Bioethics, 3rd Edition. Post, SG, Editor-in-Chief. New York: MacMillan Reference. Volume 2, pp. 629–634.

2. Gildenberg Philip L and Tasker, Ronald R (1998). Textbook of stereotactic and functional neurosurgery, McGraw-Hill Publishing.
3. Deep brain stimulation in Parkinson's disease. Groiss SJ, Wojtecki L, Südmeyer M, Schnitzler A. Department of Neurology, Center for Movement Disorders and Neuromodulation, Heinrich-Heine-University of Düsseldorf, Germany, Institute of Clinical Neuroscience and Medical Psychology, Heinrich-Heine-University of Düsseldorf, Germany.
4. Surgical management of Parkinson's disease. Foltynie T, Hariz MI. UCL Institute of Neurology, Queen Square, London, UK.
5. Deep brain stimulation for movement disorders before DBS for movement disorders.
6. Blomstedt P, Hariz MI. Department of Neurosurgery, University Hospital of Umeå, Sweden.
7. Deep brain stimulation versus best medical therapy for advanced Parkinson's disease. Hariz M.
8. Deep brain stimulation for the treatment of Parkinson's disease. Volkmann J. Department of Neurology, Christian-Albrechts-University, Kiel, Germany.
9. Bilateral deep brain stimulation in Parkinson's disease: a multicentre study with 4 years follow-up.
10. Rodriguez-Oroz MC, Obeso JA, Lang AE, Houeto JL, Pollak P, Rehn Crona S,
11. Kulisevsky J, Albanese A, Volkmann J, Hariz MI, Quinn NP, Speelman JD,
12. Guridi J, Zamarbide I, Gironell A, Molet J, Pascual-Sedano B, Pidoux B,
13. Bonnet AM, Agid Y, Xie J, Benabid AL, Lozano AM, Saint-Cyr J, Romito L,
14. Contarino MF, Scerrati M, Fraix V, Van Blercom N.
15. Department of Neurology and Neurosurgery, Clinica Universitaria and
16. Medical School, University of Navarra and CIMA, Pamplona, Spain.

RECENZIJE

Istraživački rad je glavna smjernica kroz koju sestrinstvo može biti istinski prepoznato kao struka s utemeljenim i djelotvornim rješenjima za pacijenta, njegovu obitelj, same medicinske sestre i zdravstveni sustav u cijelosti. Istraživanja nam mogu dati odgovore na pitanja poput: Zašto se određena sestrinska intervencija upotrebljava? Koji je rezultat primjene tog postupka? Bi li neka druga intervencija bila djelotvornija? Kako možemo primijeniti rezultate istraživanja u praksi? Stoga je bilo kakav poticaj razvoju istraživačkog rada u hrvatskom sestrinstvu hvale vrijedan. Iako još u fazi razvoja, istraživački rad u sestrinstvu je sve više prihvaćen, i ovakve konferencije ohrabruju sestre da se i one okušaju u provjeri nekih svojih zapažanja.

Čitajući radove prijavljene za konferenciju svakako se stječe dojam da medicinske sestre idu u korak s vremenom; teme radova vrlo su zanimljive, aktualne i raznolike te pokrivaju različita područja sestrinstva. Neke od tema osvrću se na korištenje nove tehnologije, prevenciju bolničkih infekcija, ispitivanje stavova prema sestrinstvu danas, prezentaciju novih postupnika, obilježja kvalitetnih edukatora, "nove" bolesti, mobing itd. Opća ideja koja se provlači kroz većinu radova, bilo preglednih, bilo istraživačkih jest osviještenost potrebe za permanentnim obrazovanjem i daljnjim usavršavanjem vještina. Pri tome se ne zazire od korištenja saznanja iz drugih područja znanosti, kao što su psihologija ili filozofija, što je vrlo prikladno današnjem aktualnom multidisciplinarnom pogledu na problem.

Razmjena informacija i iskustava među sestrama od izuzetne je važnosti, a za to je konferencija kao najveći skup sestara u Hrvatskoj idealna prilika. Izložene teme svakako će pridonijeti poboljšanju kvalitete rada sestara u Hrvatskoj i daljnji su poticaj sestrama za rast i razvoj, i struke, ali i osobni. Svakako se nadam da će se, sad već tradicionalna, konferencija održavati i dalje i tako pružiti priliku još mnogim sestrama da podijele s kolegama svoja zapažanja, promišljanja ili rezultate istraživanja.

Od sredine prošlog stoljeća do danas primjetan je brz tehnološki razvitak i napredak u medicini, što ima utjecaj i na sestrinsku praksu. Danas, sustavi podrške u upravljanju zdravstvenom njegovom omogućuju primjenu tehnoloških dostignuća uz naglašavanje osnovne uloge sestrinstva – brige i skrbi za ljude.

Čitajući radove pristigle za tisak u Zborniku radova 11. Konferencije medicinskih sestara „Hrvatsko sestrinstvo ususret Europskoj Uniji“ uočava se da su sestre na dobrom putu te da prakticiranjem sestrinske skrbi na sustavan način što je čimbenik za postizanje nužnih promjena, poboljšavaju skrb za pacijente i njihovo zadovoljstvo. Usklađenost hrvatskog i evropskog sestrinstva je tema o kojoj se vode brojne rasprave u sestrinskim krugovima i stoga je itekako važno postizanje konsenzusa o kompetencijama, razinama obrazovanja, obrazovnoj vertikali i sl. Posebnu vrijednost predstavljaju radovi studenata kojima se ocrtava stvarnost Hrvatskog sestrinstva sa studentskog stajališta, a koje je važno i edukatorima i sestrama u zdravstvenim ustanovama kako bi unaprijedile obrazovni proces i omogućile što bolju socijalizaciju studenata u profesiju. Sestrinstvo se nije razvijalo kao profesija sama po sebi, već je slijedilo smjernice globalnog društvenog razvoja i dostignuća u medicini, pri čemu je postajalo sve zaokupljenije potrebama liječnika koji su sve više tehničkih zadataka prenosili na sestre. Zbog toga sestre postaju nezadovoljne nedovoljno jasno definiranom ulogom, neprepoznatim doprinosom cjelokupnoj zdravstvenoj zaštiti i nepovoljnim položajem u zdravstvenim ustanovama. Sestre preispituju vlastite stavove i praksu kako bi što bolje uskladile sestrinsku skrb sa sustavom vrijednosti na kojem se sestrinstvo temelji. Uz formalno specijalističko diplomsko stručno obrazovanje i stručni radovi kroz izučavanje zdravstvene njege, komunikacijskih vještina, etičkih i pravnih aspekata profesije, istraživački rad i rukovođenje, važan su čimbenik za postizanje potpune autonomnosti te prerastanje sestrinstva iz statusa zanimanja u profesiju.

Olivera Petrak, prof.

Mr. sc. Biserka Sedić

AMBALAŽA ZA PRIKUPLJANJE OPASNOG OTPADA

Ambalaža je izrađena od **kvalitetnog materijala** (PP COPO), te je pogodna za zbrinjavanje **svih vrsta opasnog otpada**, spaljivanjem **bez emisije štetnih plinova** ili drugim načinima neutralizacije otpada.

Poklopci su osmišljeni za sigurno odlaganje otpada u posude (igle, skalpeli, pipete i ostali sitni medicinski otpad).

Kante su prikladne za upotrebu u liječničkim ambulantama, laboratorijima, na bolničkim odjelima i slično.

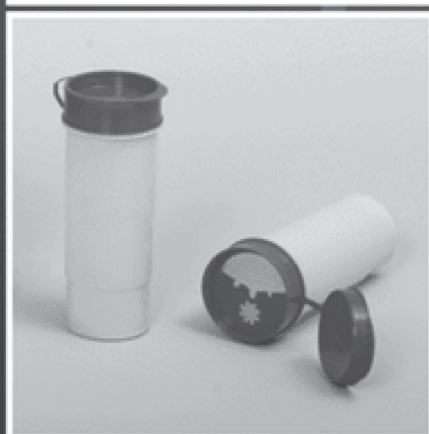
Posude su dimenzijama prilagođene raznim namjenama, a označene su bojama poklopaca i tiskanim oznakama prema naputku Ministarstva zdravstva RH, sukladno preporuci WHO.

Kanta 20 l MO



Kanta 20 l MO

Posuda 0,3 l MO



Kanta 20 l MO



Kanta 2,5 l MO

MJERE KANTI MO

KANTA	D _k (mm)	d _k (mm)	D _p (mm)	d _p (mm)	A (mm)	H (mm)	H ₁ (mm) do ruba	H ₂ (mm) do poklopca	H ₃ (mm) do otla	V _{it} (l)	V _{it} (l)	
0,3 l MO	64,5	54,6	61,7		161,8	148,3	136,5	146,8		0,3	0,33	
2,5 l MO	180	156,8	178,4	173,7	136,6	136		120,6	135,1		2,4	
20 l MO	320	280,6	320		337,8	336		297,8	330,5		19,6	

preplam

Zagrebačka 85, 10297 Jakovlje

Tel.: 01 2499-145, 2499-149

Fax.: 01 2404 445, 2404 133

E-mail: preplam@preplam.hr - prodaja@preplam.hr

www.preplam.hr



A.MENARINI
diagnostics

Zahvaljujemo se svima koji su na bilo koji način dali svoj doprinos
organizaciji konferencije, a posebno:

A.MENARINI diagnostics d.o.o.

Algebra učilište

Algoritam

Aroma vita d.o.o.

Beiersdorf d.o.o

Biofarm d.o.o.

Glas Koncila

Gornji Grad d.o.o.

Grand hotel „Adriatic“, Opatija

Kadulja A. M. d.o.o.

Led Art d.o.o.

MCS Grupa d.o.o.

Medical intertrade d.o.o.

Milsing d.o.o.

Preplam d.d.

Simbex d.o.o.

Školska knjiga Zagreb

Uriho d.o.o.

Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju DOMNIUS

Ustanova za Zdravstvenu njegu u kući Čorluka

Zdravstvena ustanova za njegu i rehabilitaciju Zorica

ORGANIZACIJSKI ODBOR

