

ZBORNIK RADOVA

Izazovi suvremenog sestrinstva

Opatija, 2012.

ZBORNİK RADOVA

KONFERENCIJA "Izazovi suvremenog sestrinstva"

29. – 31. ožujka 2012., Opatija, Hrvatska

Izdavač: Zdravstveno veleučilište Zagreb, Hrvatska

Urednici: Mara Županić, dipl.med.techn., Vesna Turuk, dipl.med.techn., prof.

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

Recenzija: Dr.sc. Biserka Sedić, Štefaniya Ozimec-Vulinec, dipl.med.techn., 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 **8 bodova** za aktivno i **5 bodova** za pasivno sudjelovanje.

CIP zapis dostupan u računalnom katalogu Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu pod brojem 800796.

ISBN 978-953-6239-33-7

SADRŽAJ

Standardi izvrsnosti sestrinskog obrazovanja <i>Snježana Čukljek, prof.</i>	11
Znanstveno-istraživački rad u području zdravstvene njege u Hrvatskoj <i>Prof.dr.sc. Sonja Kalauz, Olja Vori, dipl.med.techn., Jozefina Franjković, bacc.med.techn.</i>	17
Zdravstvena njega temeljena na dokazima <i>Olivera Petrak, prof., Melita Rukavina, prof.</i>	21
Klinička ispitivanja lijekova – dodatni izazov u suvremenoj sestrinskoj praksi <i>Vlasta Šiprak, bacc. med.techn., Branka Duvnjak, bacc.med.techn.</i>	25
Akcijsko istraživanje u profesiji medicinskih sestara <i>Valentina Kriškić, dipl.med.techn., Irena Kovačević, dipl.med.techn.</i>	31
Kako dobiti odgovor na istraživačko pitanje? <i>Melita Rukavina, prof., Olivera Petrak, prof., Mr.sc. Mirna Kostović Srzentić</i>	33
Usporedba nastanka postoperativnih komplikacija kod bolesnika u JIL-u u odnosu na vrstu prijema <i>Irena Kovačević, dipl.med.techn., Danijela Prugovečki, bacc.med.techn.</i>	39
Zašto prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti KNB (ni)je lako organizirati? <i>Dr.sc. Aleksandar Džakula, dr.med., Mara Županić dipl.med.techn.</i>	45
Realnost i perspektive sestrinskog djelovanja u zajednici <i>Nataša Mrakovčić, dipl.med.techn., Prof.dr.sc. Luka Kovačić</i>	47
Home Care - The Conception in Czech Republic <i>Mgr. Marta Senkyrikova, Magda Sloupova</i>	51
Kućna njega u Republici Češkoj <i>Mgr. Marta Senkyrikova, Magda Sloupova</i>	53
Preventivno djelovanje kroz rad patronažnih sestara u Krapinsko – zagorskoj županiji <i>Ines Vinski, bacc.med.techn., Marija Mirt bacc.med.techn.</i>	55
Današnje mogućnosti zdravstveno odgojnog rada u Patronažnoj djelatnosti <i>Božena Vrabec dipl.med.techn., Mara Županić dipl.med.techn.</i>	59
Mogućnosti sestrinskog djelovanja u promicanju zdravlja <i>Jadranka Pavić, dipl.med.techn., prof., Maja Posedi, Nikolina Prvonožec, studentice 3. godine sestrinstva</i>	63
Promocija tjelesne aktivnosti u cilju prevencije kroničnih nezaraznih bolesti – projekt “Pješke ili biciklom na posao” <i>Marija Prekupec, dipl.med.tehn., Renata Kutnjak Kiš, dr.med., spec.epidemiolog</i>	69
Integralni pristup zdravlju pri kardiovaskularnim bolestima <i>Biserka Sviben, bacc. med.techn., Marija Mirt, bacc.med.techn.</i>	73
Sustavni rad patronažne sestre na poboljšanju zdravlja romske populacije <i>Božica Zubec, bacc.med.techn., Marijana Kos-Mesec, bacc.med.techn., Milanka Peharec, med.sr, Radojka Dimić, med.sr.</i>	75

Partnerski odnos obitelji i medicinske sestre u promicanju mentalnog zdravlja	79
<i>Vedrana Iveta, dipl. med. techn., Marina Sibiljan, studentica stručnog studija Sestrinstva Sveučilišta u Dubrovniku, Danijela Miljanić, dipl.med.techn.</i>	
Doprinos medicinske sestre upoznavanju raširenosti problema alkoholizma među mladima	85
<i>Kordić Kristina, bacc.med.techn., Dr.sc. Racz Aleksandar, dr.med.spec., Tomičević Lidija, dr.med.spec., Antolić Slavko, dr.med.spec.</i>	
Maslovljeva piramida – instrument za procjenu kvalitete rada u sestrinstvu	89
<i>Rosana Svetić Čišić, dipl.med.techn., Ljubica Crnošija, bacc.med.techn., Renato Kujundžić, med.teh., Alen Benko, med.teh.</i>	
Specifičnosti suradnje između medicinske sestre i liječnika	93
<i>Lada Perković, prof., Iva Takšić, prof., Morana Bilić, prof.</i>	
Procjena uporabe komunikacijske tehnologije u svrhu edukacije medicinskih sestara/studenata ZVU-a	97
<i>Dario Naletilić, dr.med., Slavko Antolić, dr.med.spec., Dr.sc. Aleksandar Racz, dr.med.spec.</i>	
The System of Lifelong Learning for Nurses in the Czech Republic	101
<i>Mgr. Petra Jurenikova, Ph.D.</i>	
Program cjeloživotnog učenja za medicinske sestre u Republici Češkoj	103
<i>Mgr. Petra Jurenikova, Ph.D.</i>	
Chronic wounds – Organization of Medical and Nursing Care in the Czech Republic	105
<i>Mgr. Jana Strakova</i>	
Kronične rane – organizacija medicinske i sestrinske skrbi u Republici Češkoj	107
<i>Mgr. Jana Strakova</i>	
Timski rad u dijagnostici	109
<i>Milena Fiket, bacc.med.techn, Mira Pavličić, bacc.med.techn.</i>	
Suradnja, komunikacija i timski rad	113
<i>Ljiljana Tomić, bacc.med.techn., Blaženka Prusac, bacc.med.techn.</i>	
Inovativnost u komunikaciji u Ustanovi za zdravstvenu njegu “Čorluka”	117
<i>Pavo Čorluka, med.teh., Ana Kreković, bacc. physioth., Dunja Lapov, bacc. physioth.</i>	
Elektronska vizita – moderan način komunikacije	119
<i>Helena Fuček, med.s., Franjo Svedrec, med.t., Jakov Vojković, dr.med., Zvonimir Koler, med.t., Venesa Berković, bacc.med.tech., Renata Habeković, bacc.med.tech., Prof.dr.sc. Bojan Biočina</i>	
Iskustva u međunarodnoj suradnji - dolazna mobilnost -	127
<i>Prof.dr.sc. Žarko Nožica, Vesna Turuk, dipl.med.techn., prof., Mara Županić, dipl.med.techn.</i>	
Procjena zadovoljstva bolesnika razinom edukacije od strane medicinskih sestara u KBC “Sestre milosrdnice”, Zagreb	129
<i>Benceković Željka, dipl. med.techn; Režek Biserka, dipl.med.techn;</i>	
Samopercepcija i percepcija kliničkog mentorstva na studijima sestrinstva	133
<i>Marija Šilje, med.sr., Marina Sibiljan, med.sr., Sanja Zoranić, dipl.med.techn., Prof.dr.sc. Sonja Kalauz</i>	

Procjena kompetentnosti zdravstvenih ustanova – magnet bolnica <i>Ljubica Crnošija, bacc.ms.</i>	135
Politika upravljanja kvalitetom rada u Ustanovi za zdravstvenu njeгу i rehabilitaciju “Zorica” <i>Zora Grbavac, dipl. med. techn.</i>	137
Znanost, etika i vjera u praksi medicinske sestre <i>Marija Brdarević, prof.</i>	139
Uloga emocionalne inteligencije u radu medicinskih sestara <i>Zrinka Pukljak Irićanin, prof., Janko Babić, prof., Lada Perković, prof.</i>	147
Povezanost predoperativne sestrinske pripreme bolesnika i postoperativnog intenziteta boli <i>Lada Perkovic, prof., Ivana Nadj, prof., Zrinka Pukljak Iricanin, prof.</i>	153
Bullying u sestrinstvu <i>Jozefina Sesar, dipl.med.techn.</i>	157
Mobbing u sestrinstvu – tabu tema ili neosnovani mit <i>Jozefina Sesar, dipl.med.techn.</i>	159
Stavovi medicinskih sestara o farmaceutskoj industriji <i>Dr.sc. Aleksandar Racz, dr.med.spec, Slavko Antolić, dr.med.spec., Tara Beata Racz, student na Studiju psihologije, Filozofski fakultet, Zagreb</i>	169
Primjena sestrinske dokumentacije u domovima za starije i nemoćne osobe <i>Slavica Garić, bacc.med.techn., Ana Deucht, bacc.med.techn., Mira Jelić dipl.med.techn., Marica Lukić, dipl.med.techn., Mara Županić, dipl.med.techn.</i>	179
Utjecaj temperature vode za rehidraciju na udio mikroelemenata u zamjenskoj hrani za dojenčad <i>Mr.sc. Ivana Filipović-Vrhovac, Prof.dr.sc. Jasna Bošnjir, Dr.sc. Aleksandar Racz, dr.med.spec, Slavko Antolić, dr.med.spec, Prof.dr. Dinko Puntarić, dr.med.spec</i>	183
Mogućnost zapošljavanja medicinskih sestara u Njemačkoj <i>Vesna Turuk, dipl.med.techn., prof., Julijana Jozepović, Ana Mustač, studentice studija sestrinstva ZVU, Zagreb</i>	189
Suočavanje studenata sestrinstva s ispitnim situacijama na Zdravstvenom veleučilištu <i>Vesna Turuk, dipl.med.techn., prof., Domagoj Karažija, Kristina Horvat, studenti studija sestrinstva ZVU, Zagreb</i>	193
Automatski vanjski defibrilator <i>Snježana Čukljek prof., Katarina Halužan, Marija Škreblin, studentice studija sestrinstva ZVU, Zagreb</i>	199
Pinel im je skinuo okove, a jesmo li mi? <i>Karolina Kosar, Valentina Križanić, Tatjana Mihalić, studentice studija sestrinstva ZVU, Zagreb</i>	203

PROGRAM STRUČNOG SKUPA

ČETVRTAK 29. ožujak, 2012.

07.30 – 09.00	Prijava sudionika
09.00 – 10.00	Svečano otvaranje
10.00 – 11.00	Koktel dobrodošlice
11.00 – 11.20	Standardi izvrsnosti sestrinskog obrazovanja - Snježana Čukljek, prof.
Podtema	KLINIČKO ISTRAŽIVANJE U SESTRINSTVU KAO TEMELJ SESTRINSKE PRAKSE
11.20 – 11.40	Znanstveno-istraživački rad u području zdravstvene njege u Hrvatskoj - Prof. dr.sc. Sonja Kalauz, Olja Vori dipl.med.techn., Jozefina Franjković bacc.med.techn.
11.40 – 11.50	Zdravstvena njega temeljena na dokazima - Olivera Petrak, prof., Melita Rukavina, prof.
11.50 – 12.00	Klinička ispitivanja – dodatni izazov u suvremenoj sestrinskoj praksi - Vlasta Šiprak, bacc. med. techn., Branka Duvnjak, bacc.med.techn.
12.00 – 12.10	Akcijsko istraživanje u profesiji medicinskih sestara - Valentina Kriksić, dipl. med.techn, Irena Kovačević, dipl.med.techn., Marija Briški, bacc.med.techn.
12.10 – 12.20	Kako dobiti odgovor na istraživačko pitanje - Vrste nacrtu u sestrinskim istraživanjima - Melita Rukavina, prof., Olivera Petrak, prof., Mr.sc. Mirna Kostović - Srzentić
12.20 – 12.30	Usporedba nastanka postoperativnih komplikacija kod bolesnika u JIL-u, u odnosu na vrstu prijema - Irena Kovačević, dipl.med.techn., Danijela Prugovečki, bacc.med.techn.
12.30 – 12.40	Usporedba povezanosti ventilator pneumonija (ventilator associated-pneumonia/VAP) u odnosu na broj dana mehaničke ventilacije - Šime Stanić, dipl.med.techn., Irena Kovačević, dipl.med.techn.
12.40 – 13.10	RASPRAVA
13.10 – 14.30	RUČAK
Podtema	IZAZOVI PREVENTIVNOG DJELOVANJA U SESTRINSKOJ PRAKSI
14.30 – 14.50	Zašto prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti (ni)je lako organizirati? - Dr.sc. Aleksandar Džakula, dr.med., Mara Županić, dipl.med.techn.
14.50 – 15.10	Realnost i perspektive sestrinskog djelovanja u zajednici - Nataša Mrakovčić, dipl.med.techn., Prof.dr.sc. Luka Kovačić
15.10 – 15.20	Home Care - The Conception in Czech Republic - Mgr. Marta Senkyrikova, Magda Sloupova
15.20 -15.30	Preventivno djelovanje kroz rad patronažnih sestara u Krapinsko-zagorskoj županiji - Ines Vinski, bacc.med.techn., Marija Mirt, bacc.med.techn.
15.30 -15.40	Današnje mogućnosti zdravstveno-odgojnog rada u Patronažnoj djelatnosti - Božena Vrabec, dipl.med.techn., Mara Županić, dipl.med.techn.
15.40 – 15.50	Mogućnosti sestrinskog djelovanja u promicanju zdravlja - Jadranka Pavić, dipl. med.techn., prof., Maja Posedi, Nikolina Prvonožec, studentice studija sestrinstva ZVU, Zagreb
15.50 – 16.10	STANKA ZA KAVU
16.10 – 16.20	Promocija tjelesne aktivnosti u cilju prevencije kroničnih nezaraznih bolesti – projekt “Pješke ili biciklom na posao” - Marija Prekupec, dipl.med.tehn., Renata Kutnjak Kiš, dr.med., spec.epidemiolog

16.20 – 16.30	Integralni pristup zdravlju pri kardiovaskularnim bolestima - Biserka Sviben, bacc.med.techn., Marija Mirt, bacc.med. techn.
16.30 – 16.40	Sustavni rad patronažne sestre na poboljšanju zdravlja romske populacije - Božica Zubec, bacc.med.techn., Marijana Kos-Mesec, bacc.med.techn., Milanka Peharrec, med.sr, Radojka Dimić, med.sr.
16.40 – 16.50	Partnerski odnos obitelji i medicinske sestre u promicanju mentalnog zdravlja - Vedrana Iveta, dipl.med.techn., Marina Sibiljan, studentica stručnog studija Sestrinstva Sveučilišta u Dubrovniku, Danijela Miljanić, dipl.med.techn.
16.50 – 17.00	Doprinos medicinske sestre upoznavanju raširenosti problema alkoholizma među mladima - Kristina Kordić, bacc.med.techn., Dr.sc. Aleksandar Racz, dr.med.spec., Lidija Tomičević, dr.med.spec., Slavko Antolić, dr.med.spec.
17.00 – 17.10.	Maslovljeva piramida – instrument za procjenu kvalitete rada u sestrinstvu - Rosana Svetić Čišić, dipl.med.techn., Ljubica Crnošija, bacc.med.techn., Renato Kujundžić, med.teh., Alen Benko, med.teh.
17.10 – 17.40	RASPRAVA
20.30 -	SVEČANA VEČERA

PETAK 30. ožujak, 2012.

07.30 – 09.00	PRIJAVE SUDIONIKA
Podtema	SURADNJA, KOMUNIKACIJA I TIMSKI RAD
09.30 – 09.50	Specificnosti suradnje između medicinske sestre i liječnika - Lada Perkovic, prof., Iva Taksic, prof., Morana Bilić, prof.
09.50 – 10.00	Uporaba komunikacijske tehnologije u svrhu edukacije medicinskih sestara/studenata ZVU-a - Dario Naletilić, dr.med., Slavko Antolić, dr.med.spec, Dr.sc. Aleksandar Racz, dr.med.spec
10.00 – 10.10	The System of Lifelong Learning for Nurses in Czech Republic - Mgr. Petra Jurenikova Ph.D.
10.10 – 10.20	Chronic wound – Organization of Medical and Nursing Care in Czech Republic - Mgr. Jana Strakova
10.20 – 10.30	Timski rad u dijagnostici KBC “Sestre Milosrdnice”, Zagreb - Milena Fiket, bacc.med.techn., Mira Pavličić, bacc.med.techn.
10.30.- 10.40	Suradnja, komunikacija i timski rad - Ljiljana Tomić, bacc.med.techn., Blaženka Prusac, bacc.med.techn.
10.40. – 10.50	“i Zdravstvena njega u kući” Inovativnost u komunikaciji u Ustanovi za zdravstvenu negu “Ćorluka”- Provedba pilot projekta - Pavo Ćorluka, med.teh., Ana Kreković, bacc. physioth., Dunja Lapov, bacc. physioth.,
10.50 – 11.20	STANKA ZA KAVU
11.20 -11. 30	Elektronska vizita – moderan način komunikacije - Helena Fuček, med.sr, Franjo Svedrec, med.teh., Jakov Vojković, dr.med. Zvonimir Koler, med.teh., Venesa Berković, bacc.med.tech., Renata Habeković, bacc.med.tech., Prof.dr.sc. Bojan Biočina
11.30 – 11.40	Iskustva u međunarodnoj suradnji - dolazna mobilnost- Prof.dr.sc. Žarko Nožica, Vesna Turuk, dipl.med.techn., prof., Mara Županić, dipl.med.techn.
11.40 – 11.50	Procjena zadovoljstva bolesnika razinom edukacije od strane medicinskih sestara u KBC “Sestre milosrdnice”, Zagreb - Željka Benceković, dipl.med.techn., Biserka Režek, dipl.med.techn.
11.50 – 12.00	Samopercepcija i percepcija kliničkog mentorstva na studijima sestrinstva - Marija Šilje, ms, Marina Sibiljan, ms., Sanja Zoranić, dipl.med.techn., Prof.dr.sc. Sonja Kalauz
12.00 – 12.10	Procjena kompetentnosti zdravstvenih ustanova – Magnet bolnica - Ljubica Crnošija, bacc.med.techn.
12.10 – 12.20	Politika upravljanja kvalitetom u Ustanovi za zdravstvenu negu i rehabilitaciju u kući “Zorica” - Zorica Grbavac, dipl.med.techn.
12.20 – 13.00	RASPRAVA
13.00 – 14.30	RUČAK
	SLOBODNE TEME
14.30 – 14.40	Znanost, etika i vjera u praksi medicinske sestre - Marija Brdarević, prof.
14.40 – 14.50	Uloga emocionalne inteligencije u radu medicinske sestre - Zrinka Pukljak Iričanin, prof., Janko Babić, prof., Lada Perković, prof.
14.50 – 15.00	Povezanost predoperativne sestrinske pripreme bolesnika i postoperativnog intenziteta boli - Lada Perkovic, prof., Ivana Nadj, prof., Zrinka Pukljak Iricanin, prof.
15.00 – 15.10	Bulling u sestrinstvu - Jozefina Sesar, dipl.med.techn.
15.10 -15.20	Mobbing u sestrinstvu – tabu tema ili neosnovani mit - Karmen Švaljek, bacc.med.techn., Dr.sc. Aleksandar Racz, dr.med.spec., Olivera Petrak, prof., Slavko Antolić, dr.med.spec.
15.20 – 15.50	RASPRAVA
20.30	KAZALIŠNA PREDSTAVA

SUBOTA 31. ožujak, 2012.

	SLOBODNE TEME
09.30 – 09.40	Stavovi medicinskih sestara o farmaceutskoj industriji - Dr.sc. Aleksandar Racz, dr.med.spec, Slavko Antolić, dr.med.spec., Tara Beata Racz, student na Studiju psihologije, Filozofski fakultet, Zagreb
09.40 – 09.50	Primjena sestrinske dokumentacije u domovima za starije i nemoćne osobe - Slavica Garić, bacc.med.techn., Ana Deucht, bacc.med.techn., Mira Jelić dipl.med.techn., Marica Lukić, dipl.med.techn., Mara Županić, dipl.med.techn.
09.50 – 10.00	Utjecaj temperature vode za rehidraciju na udio mikroelemenata u zamjenskoj hrani za dojenčad - Mr.sc. Ivana Filipović-Vrhovac, Prof.dr.sc. Jasna Bošnjir, Dr.sc. Aleksandar Racz, dr.med.spec, Slavko Antolić, dr.med.spec, Prof.dr. Dinko Puntarić, dr.med.spec
10.00 – 10.10	Mogućnosti zapošljavanja medicinskih sestara u Njemačkoj - Vesna Turuk, dipl. med.techn., prof., Julijana Jozepović, Ana Mustač, studentice studija sestrinstva ZVU, Zagreb
10.10 – 10.20	Suočavanje studenata sestrinstva s ispitnim situacijama na Zdravstvenom veleučilištu - Vesna Turuk, dipl.med.techn., prof., Domagoj Karažija, Kristina Horvat, studenti studija sestrinstva ZVU, Zagreb
10.20 – 10.30	Automatski vanjski defibrilator - Snježana Čukljek, prof., Katarina Halužan, Maja Škreblin, studentice studija sestrinstva ZVU, Zagreb
10.30 – 10.40	Pinel im je skinuo okove, a jesmo li mi? - Karolina Kosar, Valentina Križanić, Tatjana Mihalić, studentice studija sestrinstva ZVU, Zagreb
10.50 – 11.30	STANKA
11.30 – 12.15	RASPRAVA I ZAKLJUČCI SKUPA, ZATVARANJE SKUPA

STANDARDI IZVRSNOSTI SESTRINSKOG OBRAZOVANJA

UVOD

Posljednjih dvadesetak godina govori se o izvrsnosti i kvaliteti u obrazovanju pa tako i sestrinskom obrazovanju. Sve do tada podrazumijevalo se da je obrazovanje kvalitetno, a u slučaju donošenja odluke o kvaliteti ili nekvaliteti obrazovanja ona se zasnivala na subjektivnoj procjeni a ne objektivnim čimbenicima.

Razvoj sestrinske profesije, prepoznavanje značaja obrazovanja u očuvanju zdravlja, uspješnom liječenju i oporavku dovelo je do definiranja standarda u sestrinskom obrazovanju kako u pojedinim zemljama poput Velike Britanije, Kanade tako i na međunarodnoj razini kroz preporuke Međunarodnog savjeta sestara i Svjetske zdravstvene organizacije.

Uvođenje i primjena smjernica Bolonjskog procesa, približavanje Europskoj uniji dovodi do promišljanja o kvaliteti u sustavu visokog obrazovanja, te uvođenja niza zakonskih i podzakonskih propisa. U svrhu osiguravanja kvalitete u visokom obrazovanju 2009. donosi se *Zakon o osiguravanju kvalitete u znanosti i visokom obrazovanju*, te potom 2010. *Pravilnik o sadržaju dopusnice te uvjetima izdavanja dopusnice za obavljanje djelatnosti visokog obrazovanja, izvođenje studijskog programa i reakreditaciju visokih učilišta*. Osniva se Agencija za znanost i visoko obrazovanje u čijoj je nadležnosti postupak vanjske prosudbe visokih učilišta, postupak inicijalne akreditacije stručnih studijskih programa (dok je postupak akreditacije sveučilišnih studijskih programa u nadležnosti Senata sveučilišta) i reakreditacije studijskih programa.

O izvrsnosti u sestrinskom obrazovanju promišljaju svi dionici sa svog aspekta studenti, nastavnici, profesionalne udruge i komore, društvo i pacijenti te predstavnici obrazovnih institucija – ministarstva.

STANDARDI SESTRINSKOG OBRAZOVANJA

Medicinske sestre predstavljaju najveću skupinu zdravstvenih djelatnika u Republici Hrvatskoj

kao i svugdje u svijetu. Trenutno je za obavljanje zdravstvene njege licencirano oko 32000 medicinskih sestara, oko 22 000 medicinskih sestara radi u sustavu zdravstva, a ostale sestre u sustavu socijalne skrbi, prosvjete i sl. Procjenjuje se da u svijetu medicinske sestre i primalje čine oko 35 miliona zdravstvenih djelatnika. Medicinske sestre značajno doprinose u skrbi za oboljele na svim razinama zdravstvene zaštite. Svjetska zdravstvena organizacija Odjel za ljudske resurse već godinama naglašava značaj medicinskih sestara u pružanju zdravstvene skrbi.

Potreba za globalnim standardima u obrazovanju medicinskih sestara proizašla je iz kompleksnosti zdravstvene skrbi koju medicinske sestre pružaju, pojave velikog broja zdravstvenih djelatnika na različitim razinama i iz potrebe da se osigura pravedniji pristup zdravstvenoj skrbi. Raznolikost u inicijalnoj edukaciji širom svijeta ne može se više zanemarivati. U nekim zemljama inicijalna edukacija je na srednjoškolskoj razini, dok u drugima na prvostupničkoj razini (WHO, 2009). Izražen je trend da inicijalna edukacija u sestrinskom obrazovanju bude na prvostupničkoj razini.

Opći standardi za inicijalno sestrinsko obrazovanje identificiraju esencijalne komponente u sestrinskom obrazovanju.

Standardi obrazovanja su definirana razina kakvoće za odobrenje i provođenje studijskog programa. Standardi se mogu definirati kao "temeljni" koji definiraju minimalnu razinu prihvaćene kvalitete, te kao standardi "izvrsnosti" koji se odnose na najvišu razinu kvalitete.

Svjetska zdravstvena organizacija definira temeljne, globalne standarde sa ciljem da oni potaknu promjene u sestrinskom obrazovanju i doprinesu povišenju inicijalne razine obrazovanja u svijetu. Preporuke se temelje na analizi sustava obrazovanja širom svijeta, te na rezultatima istraživanja koja ukazuju da obrazovanje medicinske sestre

ne samo povećavaju sigurnost pacijenta i kvalitetu skrbi nego i spašavaju živote.

Obrazovanje medicinskih sestara mora biti usklađeno sa profesionalnim i društvenim zahtjevima koji se stavljaju pred medicinske sestre. Sveukupna društvena zbivanja, demografske promjene, napredak znanosti i primijenjenih znanstvenih disciplina, razvoj visoke tehnologije, nagla urbanizacija, industrijalizacija i migracija stanovništva, utječu na način življenja suvremena čovjeka, a posljedično i na razvoj sestrinstva. Sestrinstvo se mora prilagoditi trenutnom zdravstvenom stanju pojavi novih bolesti, skrbi za oboljele od malignih bolesti i bolesti cirkulacijskog sustava budući one dominiraju na listama najčešćih bolesti. Značajna je uloga medicinske sestre u programima zdravstvene zaštite usmjerenim promociji zdravlja, prevenciji bolesti i oštećenja, te radu u zajednici (Čukljek, 2010).

Međunarodni savjet sestara navodi da zdravstvena njega obuhvaća samostalno i suradničko zbrinjavanje pojedinaca svih dobi, obitelji, grupa i zajednice; zdravih i bolesnih i u svim okruženjima. Zdravstvena njega uključuje unaprjeđenje zdravlja, prevenciju bolesti i zbrinjavanje bolesnih, onesposobljenih i umirućih. Ključne uloge medicinske sestre su zbrinjavanje bolesnih, zagovaranje potreba i prava pacijenta, osiguravanje sigurne okoline, istraživački rad, sudjelovanje i utjecanje na oblikovanje zdravstvene politike, menadžment, edukacija. Tijekom obrazovanja potrebno je pripremiti studente za navedene uloge.

Standardi u sestrinskom obrazovanju odnose se na:

- osobitosti programa
- razvoj i reviziju programa
- kurikulum
- nastavnike
- upise studenata

Osobitosti programa

Standardi vezani uz program odnose se na opis studijskog programa i ishode učenja.

U uvodnom dijelu programa potrebno je prikazati razvoj programa, očekivane kompetencije (ishode učenja) koje student stječe po završetku programa, mogućnost stjecanja licence, naziv koji se stječe, mogućnost nastavka studija na višim razinama edukacije, načine praćenja usvajanja znanja i vještina studenata tijekom studija. Program studija mora biti usklađen sa standardima sestrinske prakse i Etičkim kodeksom medicinskih sestara.

Po završetku studija diplomant treba biti sposoban koristiti rezultate istraživanja u praksi, razvijati kulturalne kompetencije, prakticirati zdravstvenu negu i zadovoljavati potrebe populacije, kritičko i analitičko razmišljati, upravljati resursima i raditi sigurno i učinkovito, učinkovito zagovarati potrebe klijenata, biti profesionalac i učinkovito djelovati u interdisciplinarnom timu, vješto upravljati i kontinuirano se profesionalno razvijati (WHO, 2009).

Zakon o osiguravanju kvalitete u znanosti i visokom obrazovanju određuje minimalne uvjete za osnivanje novog visokog učilišta te pokretanje novog studijskog programa. Za osnivanje novog visokog učilišta zakon određuje: sadržaj elaborata o osnivanju, minimalni broj stalno zaposlenih nastavnika te minimalne prostorne uvjete i opremu potrebnu za izvođenje nastave. Sadržaj elaborata o novom stručnom studijskom programu vrlo detaljno je propisala Agencija za znanost i visoko obrazovanje koja po zaprimanju elaborat proslijeđuje Akreditacijskom savjetu. Sadržaj elaborata za sveučilišni program procjenjuje jedinica za unutarnji sustav osiguravanja i unaprjeđivanja kvalitete Sveučilišta.

Pri osnivanju novog studijskog programa sukladno Zakonu i Pravilniku elaborat mora sadržavati studiju opravdanosti programa, prikaz usporedivosti programa sa studijima u Europi, povezanost programa sa gospodarstvom i analizu zapošljivosti, međunarodnu suradnju, prikaz uključenosti studenata u rad visokog učilišta. Potrebno je opisati studijski program i navesti kompetencije koje se stječu završetkom studija. Procjenjuje se i ustrojenost informatičkog sustava vezanog uz organizaciju i provedbu studijskog programa.

Razvoj i revizija programa

Standardi vezani uz razvoj i reviziju programa obuhvaćaju upravljanje, akreditaciju, infrastrukturu i suradnju sa drugim subjektima.

Sestrinski studiji moraju jasno definirati svoju misiju, viziju i ciljeve. Programi sestrinskih studija moraju biti usklađeni sa zdravstvenim potrebama lokalne zajednice, edukacijski i klinički ishodi programa moraju biti jasno definirani. Sestrinski studij mora posjedovati pravila vezana uz zapošljavanje nastavnog sestrinskog osoblja. Uloge osoblja moraju biti jasno definirane i propisane. Potrebno je osigurati sustave procjene koji omogućavaju dobivanje povratne informacije koliko program omogućava zadovoljavanje profesionalnih i društvenih zahtjeva i izazova koji se stavljaju pred medicinske sestre.

Sestrinsko obrazovanje mora biti dio visokoškolskog obrazovanja, mora zadovoljiti nacionalne kriterije za inicijalnu akreditaciju te potom reakreditaciju programa.

Obrazovanje medicinskih sestra mora se provoditi u primjerenim uvjetima – dvorane, laboratoriji, dostupnost računala i interneta, knjižnica, primjerena recenzirana literatura na materinjem jeziku. Potrebno je osigurati dovoljan broj osoblja, te financijska sredstava za izvođenje studijskog programa. Sestrinski studiji moraju uspješno surađivati sa drugim visokoškolskim ustanovama, sa drugim disciplinama, udrugama, komorama, poslodavcima na domaćoj i inozemnoj razini.

Pri akreditaciji i reakreditaciji programa u Hrvatskoj koja se provodi svakih 5 godina, procjenjuje se da li ustanova i studij ispunjavaju propisane uvjete. Procjenjuje se postojanje strategije, misije i vizije visokog učilišta, broj zaposlenih nastavnika i njihova znanstveno nastavna/nastavna zvanja, broj zaposlenog administrativnog osoblja, broj studenata (odnos broja nastavnika i studenata, te administrativnog osoblja i studenata), prostorni uvjeti za izvođenje nastave ($m^2/studentu$), opremljenost laboratorija, opremljenost knjižnice, informatičke učionice, suradnja sa drugim ustanovama iz sustava obrazovanja te kliničkim nastavnim bazama.

Kurikulum

Nastavni plan treba biti kongruentan sa filozofijom programa, standardima prakse zemlje u kojoj se izvodi, propisanim kompetencijama i Etičkim kodeksom medicinskih sestara. Standardi se odnose na izradu kurikuluma, suradnju sa drugim disciplinama u kurikulumu, te procjenu usvojenosti znanja kod studenta.

Nastavni plan mora sadržavati sadržaje koji omogućuju stjecanje osnovnih kompetencija. Minimalni standardi propisani su direktivama 77/452/EEC, 77/453/EEC, 36/2005/EC. Osobine i sadržaj obrazovanja definira direktiva 77/453/EEC koja je ugrađena i u direktivu 2005/36/EC. Kao glavna područja učenja navode se sestrinstvo, bazične i društvene znanosti. Uz sadržaj programa direktiva navodi da se obrazovanje 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.

Sadržaje nastavnog programa potrebno je uskladiti sa demografskim osobitostima populacije i društvenim utjecajima, uz praćenje osobitosti razvoja sestrinske profesije.

Studijski plan mora biti usklađen sa preporukama Bolonjskog procesa. Davies (2008) Bolonjski proces naziva tihom revolucijom u visokoškolskom sestrinskom obrazovanju u Europi. Usklađivanje sa ciljevima Bolonjske deklaracije dovelo je do značajnih promjena i započinjanja ujednačavanja razina obrazovanja medicinskih sestara diljem Europe. Proces harmonizacije sestrinskog obrazovanja još uvijek traje.

Donošenje Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju 2003. olakšalo je primjenu ciljeva Bolonjske deklaracije. Zakon navodi da se obrazovanje na stručnim studijima izvodi kroz dvije do tri godine (120-180 ECTS bodova), završetkom studija u trajanju od najmanje od 180 ECTS bodova stječe se naziv prvostupnika struke. Po završetku preddiplomskog studija može se nastaviti studij na specijalističkom diplomskom stručnom studiju koji može trajati jednu do dvije godine.

Nastavni program usklađen sa preporukama Bolonjskog procesa temelji se na opterećenju studenta, a ne nastavnika, naglasak je stavljen na rezultate učenja, a ne isključivo sadržaje podučavanja. Primjenjuju se metode podučavanja sa studentom u središtu nastavnog procesa i studenti se pripremaju za cjeloživotno učenje, zapošljavanje i samozapošljavanje.

Opterećenje studenta iskazuje se kroz ECTS bodove, koji iskazuju ukupan rad studenata (prisutnost na teoretskoj i praktičnoj nastavi, samostalno učenje, pripremu za predavanja, seminare, vježbe, pripremu za ispite). Usmjerenost se sa obrazovnih sadržaja preusmjerava na kompetencije i ishode učenja. Ishodi učenja su tvrdnje (napisane od strane edukatora) o tome što se od studenta očekuje da zna, razumije i/ili da je sposoban pokazati (demonstrirati) nakon završetka procesa učenja.

Procjena usvojenosti znanja i vještina mora biti u direktnoj vezi sa ishodima učenja, treba biti pouzdana, transparentna i pravična. U autentičnim realnim situacijama kada se radi o usvajanju kliničkih vještina.

Suvremene metode poučavanja podrazumijevaju stavljanje studenta u centar zbivanja. To znači više samostalnog rada studenta, više kritičkog i stvaralačkog mišljenja, rješavanje problema, više

vođenja u smjeru upotrebe znanja u novim situacijama, manje klasičnog podučavanja. Preporuča se seminarska nastava, pisani radovi, vlastite analize i istraživanja u odnosu na nastavu ex katedra. Pristup nastavnika studentu mijenja se i trebao bi biti osobniji (Čukljek, 2009).

Prema Uputama za sastavljanje prijedloga studijskih programa Agencije za znanost i visoko obrazovanje svaki predmet u studijskom planu mora sadržavati opće informacije: nositelj predmeta, naziv predmeta, status redovnog ili izbornog predmeta, godinu studija na kojoj se predmet izvodi, ECTS koeficijent predmeta, broj sati predavanja, vježbi i seminara. U opisu predmeta potrebno je navesti ciljeve predmeta, uvjete za upis predmeta, očekivane ishode učenja za predmet, sadržaj predmeta, vrste izvođenja nastave, obaveze i način praćenja studenta, ocjenjivanje studenta te popis obvezatne i dopunske literature.

Nastavnici

Standardi se odnose na nastavnike koji izvide teorijsku i praktičnu nastavu, te na profesionalan razvoj nastavnika i suradnika.

Osnovni uvjeti za izvođenje nastave propisani su u sustavu obrazovanja i svaki nastavnik ili suradnik ih mora ispunjavati. Osnovni preduvjet za izvođenje nastave na visokim učilištima je izbor u odgovarajuće nastavno ili znanstveno nastavno zvanje. Uvjete koje kandidat 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.

Uz navedene uvjete sestrinske udruge na nacionalnoj razini odnosno Svjetska zdravstvena organizacija propisuju minimalne standarde. Minimalni standardi vezani uz sestrinsko obrazovanje ovise o stanju u sestrinstvu, dakle broju i strukturi visokoobrazovanih sestara – broju sestara sa završenim prvostupničkim studijima, specijalističkim diplomskim studijima, magistarskim i doktorskim studijima.

Voditelj studija sestrinstva treba biti medicinska sestra, sa znanjima iz upravljanja i administracije te edukacije. Nastavnici iz sestrinskih predmeta moraju biti medicinske sestre sa znanjima iz područja koja podučavaju, te posjedovati praktična znanja iz tog područja. Suradnici koji izvide praktičnu nastavu moraju biti najmanje prvostupnici

i moraju imati ekspertna znanja iz područja koja podučavaju.

Vijeće medicinskih sestara i primalja Velike Britanije 2006 donijelo je Standarde vezane uz minimalno obrazovanje nastavnika koji sudjeluju u praktičnoj nastavi kako bi osiguralo minimalne kriterije provođenja praktične nastave, standardi se revidiraju svakih 2 godine.

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

Stalno obnavljanje znanja i daljnje usavršavanje neupitno je za nastavnike i suradnike u sustavu sestrinskog obrazovanja.

Pravni propisi u Hrvatskoj propisuju kao što je već navedeno uvjete koje nastavnik mora ispuniti za izbor u znanstveno nastavno/nastavno zvanje; znanstveno nastavno zvanje kao minimalan uvjet za vođenje predmeta na sveučilišnom studiju, nastavno zvanje za vođenje predmeta na stručnom studiju, minimalan broj stalno zaposlenih nastavnika na studijima za pokretanje programa, optimalan odnos broja studenta i nastavnika na studiju. Kompetencije za izvođenje nastave procjenjuju se najkasnije svakih 5 godina, pritom se procjenjuje nastavna, stručna i znanstvena djelatnost nastavnika u proteklom razdoblju i povjerava se ili se nastavniku može uskratiti izvođenje nastave u narednom razdoblju.

Upisi studenata

Studiji sestrinstva trebaju jasno definirati minimalne uvjete upisa, prijelaza sa drugih visokih učilišta te nastavka studija. Uvjeti za upis na studije ne smiju biti diskriminirajući, trebaju biti usklađeni sa nacionalnim propisima vezanim uz upise na visokoškolske ustanove. Minimalni standardi zahtijevaju posjedovanje znanja iz bazičnih znanosti, matematike, materinjeg jezika i primjerene socijalne vještine. Pri upisu studenata definiraju se zdravstveni i drugi uvjeti potrebni za studij. Tijekom upisa ustanova traži studente koji žele raditi posao medicinske sestre, spremni su za neovisno učenje i sposobni su završiti studij.

Uz navedene standarde sestrinskog obrazovanja, vezano uz sestrinske doktorske studije kao standard navode se i istraživanja. Pozornost se usmjerava na postojanje financijskih, tehničkih i institucijskih resursa za izvođenje studija. Najzahtjevniji standardi u većini zemalja su nastavno osoblje – medicinske sestre koje imaju ovlasti te mogu izvoditi nastavu; te osiguravanje uvjeta potrebnih za istraživanja.

Kvalitetom sestrinskih doktorskih studija od 1995 bavi se International Network for Doctoral Education in Nursing te je i izrađen dokument Quality Criteria Standards and Indicators (QCSI) for Doctoral Programs in Nursing (Kim 2006, Kim 2010).

Studenti i izvrsnost sestrinskog obrazovanja

U procjeni kvalitete studiranja značajna pozornost pridaje se studentima i uvjetima studiranja. Procjenjuje se dostupnost informacija o studiju studentima, potpora koju visoko učilište pruža studentima u nastavnim i izvannastavnim aktivnosti, postojanje i aktivnosti Studentskog zbora, zapošljavanje diplomiranih studenata, postojanje kontakata sa bivšim studentima...

Studenti svake godine procjenjuju putem anonimne ankete uvjete studiranja te izvođenje nastave iz pojedinog predmeta. Podaci dobiveni evaluacijom od strane studenata služe za unaprjeđenje kvalitete izvođenja nastave.

Obrazovanje je proces kojem studenti stječu i mijenjaju znanja, vještine i stavove. U istraživanju provedenom na studentima sestrinskih studija, istraživači su zamolili studente da navedu savjete koje su dobili od nastavnika, dio navedenih savjeta odnosio se na sestrinsku praksu no većina savjeta može se kategorizirati u životne savjete poput: primjenjujte naučeno, poštujujte raznolikost, pitajte suradnike za savjete, budite strpljivi, nastavite učiti, učite iz pogrešaka, nikada ne pretpostavljate, ne odustajte od svojih snova, kritički razmišljajte (Smith, Fitzpatrick 2006)

ZAKLJUČAK

Kvaliteta u sestrinskom obrazovanju odnosi se na usklađenost svih elemenata programa sestrinskog obrazovanja: filozofiju, konceptualni okvir i kurikulum kao i značaj za sestrinsku praksu. Kurikulum treba biti primijenjen tako da osigurava stjecanje propisanih bazičnih kompetencija za obavljanje sestrinske djelatnosti u skladu sa kompleksnim zahtjevima pacijenata i u stalno promjenjivoj radnoj okolini. Procjena primjene standarda sestrinskog obrazovanja može se pratiti kroz izradu i procjenu kvalitete izvođenja sestrinskog studijskog programa u Republici Hrvatskoj.

LITERATURA

1. Borneuf, AM, Haigh C. The who and where of clinical skills teaching: a review from UK perspective. *Nurse Education Today* 2012; 30: 197-201.

2. CRNM. Standards for Nursing Education Programs 2007.
3. Čukljek, S. Medicinske sestre edukatori na sestrinskim studijima. Zbornik radova konferencije medicinskih sestara "Hrvatsko sestrinstvo ususret Europskoj uniji", Opatija 2011.
4. Čukljek, S. Sestrinstvo znanje i izvrsnost. Zbornik radova konferencije medicinskih sestara "Znanjem do izvrsnosti", Opatija 2010.
5. Čukljek, S. Usklađivanje visokoškolskog sestrinskog obrazovanja sa promjenama u sestrinstvu. Zbornik radova konferencije medicinskih sestara "Upravljanje promjenama u sestrinstvu", Opatija 2009.
6. Davies, R. The Bologna process the quiet revolution in ... *Nurse Educ. Today* (2008), doi:10.1016/j.nedt.2008.05.008.
7. Kim MJ, Lee H, Kim HK, Ahn YH, Kim E., Yun SN, Lee KJ. Quality of faculty, students, curriculum and resources for nursing doctoral education I Korea: A focus group study. *International Journal of Nursing Studies* 2010; 47: 295-306
8. Kim MJ, McKenna HP, Ketefian S. global quality criteria, standards. And indicators for doctoral programs in nursing; literature review and guideline development. *International Journal of Nursing Studies* 2006; 43: 477-489.
9. NEPAB. Standards for Alberta Nursing Education Programs Leading to Initial Entry to Practice as a Registered Nurse, 2005.
10. Pravilnik o sadržaju dopusnice te uvjetima izdavanja dopusnice za obavljanje djelatnosti visokog obrazovanja, izvođenje studijskog programa i reakreditaciju visokih učilišta. *Narodne novine NN 83/10*.
11. Roxburgh M, Watson R, Holland K, Johnson M, Lauder W, topping K. A review of curriculum evaluation in United Kingdom nursing education. *Nurse Education Today* 2008; 28: 881-889.
12. Salminen L, Stolt M, Saarikoski M, Suikkala A, Vaartio H, Leino-Kilpi H. Future challenges for nursing education – a European perspective. *Nurse Education Today* 2012; 30: 233-238.
13. Sawatzky JV, Enns CL, Ashcroft TJ, Davis PL, Harder BN. Teaching excellence in Nursing education. A caring framework. *Journal of Professional Nursing* 2009; 5:260-266.

14. Smith, MJ, Fitzpatrick JJ. Best practices in nursing education: stories of exemplary teachers. New York Springer Publishing Company 2006.
15. UKCC. Standards for specialist education and practice 2001.
16. WHO. Global Standards for Initial Education of Professional Nurses and Midwives, Geneva 2009.
17. Zakon o osiguravanju kvalitete u znanosti i visokom obrazovanju. Narodne novine NN 45/09.

Prof.dr.sc. Sonja Kalauz,
Zdravstveno veleučilište

Olja Vori, dipl.med.techn.,
Croatia zdravstveno osiguranje,

Jozefina Franjković, bacc.medd.techn.,
Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, KBC Zagreb

ZNANSTVENO-ISTRAŽIVAČKI RAD U PODRUČJU ZDRAVSTVENE NJEGE U HRVATSKOJ

Sažetak

Sestrinstvo ima dugu tradiciju usvajanja različitih vrsta znanja kako bi se postigla najveća moguća razina izvrsnosti prilikom pružanja zdravstvene njege. Tijekom povijesti postojala su različita shvaćanja i tumačenja njegove uloge: kao umijeća/vještine/techne ili sestrinstva kao čiste znanosti. Usprkos ubrzanom razvoju, sestrinstvo danas nema potpuno jasnu orijentaciju u pogledu svoga određenja, svoga integriteta, svojih jedinstvenih teorija i jedinstvenih metodologija istraživanja. Teoretičari sestrinstva još uvijek raspravljaju o pitanjima poput: Što je to specifično u sestrinskoj znanosti što je čini različitom (jedinstvenom) u odnosu na druge znanstvene discipline?; Koji su to predmeti, ciljevi istraživanja i rezultati potrebni da se zadovolje potrebe ili vrijednosti sestrinske profesije?; Treba li sestrinska znanost svoju jedinstvenu teorijsku i metodološku strukturu?

Hrvatsko sestrinstvo još poprilično zaostaje, ne samo u praćenju ovih rasprava, već i u samoj orijentaciji pri odabiru kojim putem treba ići. Pojam znanstveno-istraživačkog rada medicinskim sestrama poprilično je nejasan, pa zbog toga najčešće odabiru prepoznatljivu skalu "vrijednosti" u svojoj profesiji. Bez obzira na objektivne razloge: nedostatak vremena za znanstveno-istraživački rad, manjak autoriteta za uvođenje novina (zasnovanih na znanstveno-istraživačkom radu), nedostupnost literature, neupućenost u procese znanstveno-istraživačkog rada, nameće se pitanje cjelokupne društvene i profesionalne odgovornosti za ovu vrlo važnu dimenziju u sestrinskom obrazovanju i praksi.

Ključne riječi: znanstvenoistraživački rad, sestrinstvo

Znanost je sistematizirana i argumentirana suma znanja u određenom povijesnom razdoblju o objektivnoj stvarnosti do koje se došlo svjesnom primjenom određenih objektivnih metoda istraživanja, a samo znanstveno znanje promjenjiva je kategorija. Ono se mijenja, nadopunjuje i dograđuje, kolektivno je i pripada svim ljudima koji ga znaju i žele upotrijebiti. Kao takvo ima zajedničku paradigmu, ista pravila i ista teorijska ishodišta. Temeljna obilježja znanosti su: dinamičnost, jedinstvo teorije i prakse, sličnost razvojnih razdoblja znanosti, kreativnost, eksperimentalnost, racionalnost i logičnost. Svaka znanstvena disciplina ima svoje posebno, specifično polje znanja, po kojem se razlikuje od drugih znanstvenih disciplina.

Sestrinstvo ima dugu tradiciju usvajanja različitih vrsta znanja kako bi se postigla najveća moguća razina izvrsnosti prilikom pružanja zdravstvene njege. Tijekom povijesti postojala su različita shvaćanja i tumačenja sestrinstva: sestrinstva kao umijeća/vještine/techne i sestrinstva kao čiste znanosti. Teoretičari sestrinstva još uvijek raspravljaju o pitanjima poput: Što je to specifično u sestrinskoj znanosti što je čini različitom (jedinstvenom) u odnosu na druge znanstvene discipline?; Koji su to predmeti, ciljevi istraživanja i rezultati potrebni da se zadovolje potrebe ili vrijednosti sestrinske profesije?; Treba li sestrinska znanost svoju jedinstvenu teorijsku i metodološku strukturu?

Danas, bez obzira na razvoj profesije medicinske sestre nemaju potpuno jasnu orijentaciju u pogledu svojih jedinstvenih teorija, svojih jedinstvenih metodologija istraživanja (treba li teorije preuzeti iz područja društvenih ili prirodnih znanosti ili jednih i drugih i prilagoditi ih potrebama svoje

discipline?). U skladu s tim nameće se jedno vrlo važno pitanje: ako sestrinstvo želi biti legitimna i autonomna disciplina treba li imati vlastite teorije i vlastitu istraživačku metodologiju? Ako se koristi metodologija drugih disciplina, hoće li se postaviti pitanje zašto se istraživanja ne obavljaju unutar tih znanstvenih područja? Mnogi se teoretičari slažu da sestrinstvo kao posebno znanstveno područje mora imati svoje specifične teorije.

Većina se njih najčešće referira na model Barbare Carper (1978.) u kojem je identificirala četiri osnovna oblika ili područja znanja: empirijsko, estetsko, etičko i osobna znanja.¹ Carper je preporučila svoj model kao osnovu za diseminaciju znanja, upravo zbog složenosti problema s kojim se medicinske sestre susreću svaki dan. Prema njoj važno je odrediti potrebnu vrstu znanja jer cilj svake profesije mora biti dobivanje onih znanja koje je moguće testirati i primijeniti u praksi.

Model Barbare Carper doprinio je velikom broju kvalitativnih istraživanja uključenih u sestrinsku literaturu, jer se pokazao kao suvisli vodič u sestrinskoj edukaciji, istraživanju, razvoju teorija i praktičnoj primjeni holističkog pristupa u skrbi za bolesnog čovjeka, dakle u integraciji, uključivanju i eklektičnom pristupu svim njegovim problemima, koji se moraju sagledavati u svjetlu jedinstvenosti, ali i njihovoj složenosti. Ukazala je medicinskim sestrama na neospornu vrijednost empirijskih istraživanja, no istovremeno i na posebnu "umjetnost" u njihovom radu, potrebu za osobnim znanjem važnog za njih ali i za druge ljude oko njih i važnost pravilnog etičkog pristupa. Cilj ovog modela jest generiranje holističkog pristupa bolesniku u svakodnevnoj sestrinskoj praksi, razvijanje sposobnosti refleksije tijekom edukacije i razvoj sestrinskih teorija. Iako svako od ovih područja znanja teži da pojedinačno bude neovisna, njihova primjena u području zdravstvene njege moraju biti integrirana. Ovaj model daje vrlo djelotvornu i praktičnu podlogu za dizajniranje, provođenje i evaluaciju istraživanja zasnovanih na razumijevanju drugačijih perspektiva znanosti, posebice u odnosu na holistički pristup u sestrinskim istraživanjima.

Sestrinska praksa ovisi o empirijskom znanju vezanom uz ponašanje čovjeka u stanjima zdravlja i

bolesti, o estetskoj svijesti individualnog iskustva, osobnog razumijevanja sebstva i sposobnosti etičke prosudbe. Svako od ovih područja mora biti moguće interpretirati i kritički sagledati, predlagati različite forme ispitivanja i dobivanja različitih vrsta dokaza važnih za sestrinsku praksu.

Znanstveno istraživački rad uvijek je bio dio sestrinske prakse, čak i u prvobitnoj zajednici, iako se nisu koristile sofisticirane istraživačke metode. Primjena prirodnih lijekova zasnivala se na promatranju njihove učinkovitosti i njihovih popratnih pojava, a iskustva u njegovanju i liječenju prenosila su se s koljena na koljeno. Pristup u njezi ranjenika Florence Nightingale (svježi zrak, čista voda, kvalitetna prehrana ...) tijekom Krimskog rata značajno je smanjio broj infekcija i smrtnost, što se moglo i statistički pratiti. No, tek su prvi pravi sestrinski znanstveni radovi objavljeni u časopisu *Nursing Research* 1952. godine. Pri svojim su istraživanjima medicinske sestre koristile metodologiju iz područja društvenih znanosti, a uglavnom su se odnosila na obrazovanje i međusobne profesionalne odnose.² Od tog su vremena istraživanja u sestrinstva doživjela svoj "procvat" tako da danas postoji više od 1200 sestrinskih časopisa indeksiranih u CINAHL-u (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature).³ Konačni rezultat tako intenzivnog rada bio je izdavanje časopisa *Evidence-Based Nursing*, 1998. godine, tek tri godine poslije prvog broja časopisa *Evidence-Based Medicine*.

Pojaва prakse utemeljene na dokazima te posebice sestrinske prakse utemeljene na dokazima jest svojevrsna inovacija, no nedvojben je njezin utjecaj na zakonsku regulativu i obrazovanje u za sada najrazvijenijim zemljama svijeta. Tako primjerice Komora za sestrinstvo i primaljstvo (NMC - *The Nursing and Midwifery Council*), kao regulacijsko tijelo u svom je dokumentu *Code of Conduct* propisalo da medicinske sestre i primalje moraju "practicirati njegu utemeljenu na aktualnim rezultatima istraživanja, te primjerima dobre prakse", a da program obrazovanja "mora odražavati suvremeno znanje i omogućiti razvoj prakse utemeljene na dokazima".⁴

Da bismo dobili sliku o znanstveno-istraživačkom radu u sestrinstvu u Hrvatskoj, u provedenom istraživanju pošlo se od hipoteze da medicinske sestre ne vladaju osnovnim znanjima u tom području, da

¹ Usp. Barbara Carper, "Fundamental Patterns of Knowing in Nursing", *Advances in Nursing Sciences*, 1, 1978., str. 13-23.

² Drugo izdanje časopisa *Nursing Research* sadržavalo je devet znanstvenih članaka, najviše iz područja obrazovanja medicinskih sestara.

³ Tijekom 2005. godine objavljeno je čak 5400 znanstvenih članaka iz područja sestrinstva.

⁴ NMC Code of Professional Conduct, Chapter 1/11 Evidence Based Nursing, 2008.

je njihova motivacija za rad u znanosti nedostatna, te da svoju perspektivu vide u "pozicioniranju" na rukovodećim radnim mjestima unutar zdravstvenih radnih organizacija. Anketirano je 100 medicinskih sestara koje rade u različitim zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj, 30 njih bili su studenti diplomskih stručnih specijalističkih studija, a 35 ih je već završilo te studije.

Istraživanje je pokazalo da:

- se 63 % ispitanika želi baviti znanstveno-istraživačkim radom, no samo njih 4 % zna objasniti taj pojam i pojam *sestrinstva zasnovanog na činjenicama* – EBN/EBNP,
- samo 7 % ispitanika zna navesti osnovne karakteristike kvalitativnih studija,
- samo 11 % ispitanika zna tko/što čini *stratificirani uzorak* za istraživanje,
- od svih teorija zdravstvene njege, njih oko 24, ispitanici navode samo tri: teoriju Virginie Henderson/46 %, teoriju Dorothee Orem 12 %, teoriju Florence Nightingale 2 %. Neki od njih naveli su slijedeće "teorije": teoriju Andrije Štampara, teoriju dr Vladimira Čepulića, teoriju SZO,
- ni jedan ispitanik nije znao navesti koncepte zdravstvene njege,
- je samo 35 % ispitanika točno navelo stil citiranja u području biomedicinskih znanosti,
- ispitanici kroz pet godina sebe vide:
 - 37 % - na rukovodećem radnom mjestu glavne sestre klinike, odjela ili jedinice,
 - 21 % - u nastavi na studijima sestrinstva (nastavnici, mentori),
 - 14 % - na rukovodećem radnom mjestu pomoćnika ravnatelja za sestrinstvo,
 - 9 % - u samom procesu rada, u direktnom odnosu s bolesnikom,
 - 7 % - na doktorskom studiju sestrinstva,
 - 12 % - nije sigurno/ostalo

Iz ovog istraživanja razvidno je da iako se 63 % medicinskih sestara želi baviti znanstveno-istraživačkim radom, samo njih 7 % želi završiti doktorske sestrinske studije. Također je jasno da veliki broj medicinskih sestara ne posjeduje osnovna znanja iz područja znanstveno-istraživačkog rada, te da svoj razvoj karijere usmjeravaju prema rukovodećim radnim mjestima. Zanimljiv, a istodobno i vrlo zabrinjavajući podatak jest da samo 9 % ispitanika vidi sebe u direktnom procesu zdravstvene njege, uz krevet bolesnika.

Iz ovog bi se dalo zaključiti da je medicinskim sestrama pojam znanstveno-istraživačkog rada poprilično maglovit, te da najčešće odabiru prepoznatljivu skalu "vrijednosti" u svojoj profesiji. Bez obzira na razloge koje navode: nedostatak vremena za znanstveno-istraživački rad, manjak autoriteta za uvođenje novina (zasnovanih na znanstveno-istraživačkom radu), nedostupnost literature, nepućenost u procese znanstveno-istraživačkog rada, nameće se pitanje odgovornosti za ovu vrlo važnu dimenziju u sestrinskom obrazovanju i praksi. Danas u Hrvatskoj ne postoji ni jedan "jači" stručni časopis, a izdavanje znanstvenog časopisa tek je u embrionalnoj fazi razvoja. Ne postoji jasna koncepcija razvoja sestrinstva s aspekta znanosti, a ne potiče se ni znanstvena znatiželja članova te profesije. Obrazovanje medicinskih sestara u Hrvatskoj, na visokoškolskoj razini, potiče (ili barem zahtijeva) od studenata da tijekom studija prikupljaju, analiziraju i kritički obrađuju znanstvene informacije koje onda, najčešće samo formalno, primjenjuju u zdravstvenoj njezi konkretnih bolesnika i to uglavnom u formi završnih ili diplomskih radova. No, po izlasku iz obrazovnog sustava, pretraživanja baza podataka, prikupljanje podataka i provođenje zdravstvene njege zasnovane na relevantnim dokazima potpuno se zanemaruje ili je pak ono tek posljedica motivacije i znatiželje rijetkih pripadnika sestrinske profesije

LITERATURA:

1. DiCenso, A., Cullum, N., Ciliska, D. Evidence-based nursing. St.Louis: Mosby; 2005.
2. Kalauz, S. Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma, Zagreb, Pergamena, 2011.
3. Gerrish, K., Clayton, J. Promoting evidence-based practice: an organizational approach. Journal of Nursing Management. 2004; 12: 114–123.
4. Relf, M., Kaplow, R. Critical care nursing practice: an integration of caring, competence, and commitment to excellence, U: Gonce Morton, P., Fontaine, D.K., Hudak, C.M., Gallo, B.M. Critical care nursing. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
5. Štifanić, M. Što sestre rade na fakultetu? Rijeka: Udruga Hrvatski pokret za prava pacijenata; 2011.

ZDRAVSTVENA NJEGA TEMELJENA NA DOKAZIMA

Sažetak

Zdravstvena praksa temeljena na dokazima (EBP) je sestrinska praksa koja koristi rezultate istraživanja kao temelj sestrinskih odluka, aktivnosti i interakcija s klijentom, a ima za cilj poboljšati praksu i ubrzati pacijentov oporavak. Po principima EBP-a svaka odluka u zdravstvenoj praksi mora biti utemeljena na dokazima iz kliničkih istraživanja. EBP je nastao je iz potrebe boljeg i bržeg povezivanja rezultata istraživanja sa sestrinskom praksom, a uslijed znatnog povećanja troškova zdravstvene zaštite tijekom posljednjih 20-ak godina. Njegova primjena postala je moguća tek razvojem tehnologije i pojavom elektroničkih baza podataka, a u praksi rezultira time da sestrinske aktivnosti postaju klinički relevantne, isplative i rezultiraju pozitivno za pacijenta. Daljnje prednosti su ujednačavanje sestrinskih postupaka u različitim sredinama, poticanje cjeloživotnog učenja, te razvoj sestrinstva u visoko profesionalnu djelatnost.

Proces EBP-a sastoji se od pet koraka: identificiranje kliničkog problema, prikupljanje dokaza, evaluacija dokaza, primjena u praksi i evaluacija uvedenih promjena. Dokazi se razlikuju po kvaliteti, pa je tako razvijen rigorozan hijerarhijski sustav za njihovu evaluaciju koji se kreće od najkvalitetnijih sustavnih pregleda randomiziranih kontroliranih studija, pa do dokaza najmanje vrijednosti, a to su nesustavna klinička opažanja.

Izazovi s kojima se sestre suočavaju u primjeni EBP-a prilično su zahtjevni. Poteškoće u primjeni su nedostatak vremena u svakodnevnoj praksi sestara, otpor prema promjenama, nedostupnost sestrinskih časopisa s mogućnošću uvida u cjelokupne tekstove, nedovoljni tehnički uvjeti za pretraživanje, nedostatak znanja i vještina za zadovoljavajući kritični pristup prema rezultatima istraživanja, te nepokrivenost brojnih područja sestrinske prakse kvalitetnim istraživačkim radom.

Ključne riječi: zdravstvena njega temeljena na dokazima, zdravstvena praksa temeljena na dokazima, sestrinstvo, istraživački rad

Što je praksa temeljena na dokazima?

U odabiru najbolje zdravstvene njege za pacijenta, medicinske sestre rukovode se znanjima stečenim tijekom školovanja, a značajnu ulogu igraju vlastito iskustvo, kao i ono starijih kolega, odnosno praksa uvriježena u pojedinoj instituciji. Takav način rada prisutan je i u drugim zdravstvenim djelatnostima, no, on je vrlo konzervativan što rezultira upotrebom određenih postupaka bez kritičkog preispitivanja njihove djelotvornosti, a posljedica je i neunificiranost liječenja (Čelić i Sutherland, 2003; Marušić i Kovačić, 2004). U zadnjih dvadesetak godina u sestrinstvu se upotrebljava nekoliko termina koji označavaju slično ili identično nastojanje za unaprjeđenjem sestrinske prakse, a to su *zdravstvena njega temeljena na dokazima (evidence-based care - EBC)*, *zdravstvena praksa temeljena na dokazima (evidence-based practice - EBP)*, *sestrinstvo temeljeno na dokazima (evidence-based nursing - EBN)*, *donošenje odluka temeljeno na dokazima (evidence-based decision making)*, *primjena istraživanja (research utilization - RU)* (Estabrooks, 1998; Fitzpatrick i Wallace, 2006; Polit i Beck, 2010).

U enciklopediji sestrinskih istraživanja navodi se da je "zdravstvena praksa temeljena na dokazima sestrinska praksa koja koristi rezultate istraživanja kao temelj sestrinskih odluka, aktivnosti i interakcija s klijentom." (Fitzpatrick i Wallace, 2006; str. 183). Za razliku od toga, primjena istraživanja odnosi se na upotrebu nalaza istraživanja u praksi koja nije povezana s originalnim istraživanjem (Polit i Beck, 2010). Možemo zaključiti da je EBP širi pojam od primjene istraživanja. Primjena istraživanja započinje pitanjem *Kako mogu nalaz ovog istraživanja uključiti u svoju kliničku praksu?*, dok EBP počiva na kliničkom pitanju *Koji je, po rezultatima istraživanja, najbolji način za rješavanje ovog problema?* (Polit i Beck, 2010). Stoga je danas primjena istraživanja tek jedna faza u procesu EBP-a. EBP ima za cilj poboljšati praksu i ubrzati pacijentov oporavak, a svaka odluka u zdravstvenoj praksi mora biti utemeljena na dokazima iz kliničkih istraživanja. Iskustvo zdravstvenog djelatnika i njegova

intuicija su također korisni, ali nisu presudni u donošenju odluka (Merćep, 2002).

Nastanak koncepta prakse temeljene na dokazima

'60.-ih i '70.-ih godina prošlog stoljeća uvidjelo se da se sestrinska praksa vrlo sporo razvija. Promjene koje se događaju u zdravstvenoj djelatnosti posljedica su novih znanja do kojih sestre i drugi zdravstveni djelatnici dolaze čitanjem, raspravama ili na skupovima i konferencijama, no, taj proces se ne odvija zadovoljavajućom brzinom (Fitzpatrick i Wallace, 2006). Potaknut uvidom u vrlo sporo uključivanje istraživačkih nalaza u svakodnevnu sestrinsku praksu, epidemiolog Archie Cochrane osnovao je organizaciju Cochrane s ciljem pripreme i širenja sustavnog pregleda rezultata istraživanja s područja zdravstvene njege. Ta je organizacija odigrala ključnu ulogu u konstituiranju EBP-a. 1988. godine medicinska škola McMaster sveučilišta u Kanadi razvila je strategiju učenja u kliničkim uvjetima pod nazivom "medicina temeljena na dokazima" čiji je inicijator bio David Sackett. Kanadska koncepcija odnosila se na sve profile zdravstvenih djelatnika i također je dala značajni doprinos promoviranju EBP-a.

EBP je složeni proces, a njegovo implementiranje postalo je moguće tek razvojem tehnologije i pojavom elektroničkih baza podataka (Merćep, 2002). Jedan od poticaja za njegov razvoj je i znatno povećanje troškova zdravstvene zaštite tijekom posljednjih 20-ak godina, stoga je od izuzetne važnosti eliminirati iz prakse nedjelotvorne postupke.

Koje su prednosti prakse temeljene na dokazima?

Zagovaratelji prakse temeljene na dokazima smatraju da primjenom načela EBP-a sestrinske aktivnosti postaju klinički relevantne, isplative i rezultiraju pozitivno za pacijenta. Potrebno je imati racionalne argumente za odabir njege koja je najadekvatnija većini populacije pacijenata uz prihvatljive troškove. To je vrlo ambiciozan "pothvat" jer predstavlja most između teorije i prakse: cilj mu je povezati najbolje dostupne istraživačke dokaze s kliničkim, pacijentovim i organizacijskim kontekstom kako bi se povećala kvaliteta i isplativost zdravstvene njege. Osim toga, EBP se u potpunosti uklapa u okvir cjeloživotnog učenja koje je neophodno u današnjim uvjetima brzog zastarijevanja znanja.

Kao argument za primjenu EBP-a je i višeslojnost primjene rezultata istraživanja. Možemo govoriti o tri razine primjene: indirektno (promjene u načinu razmišljanja medicinskih sestara), direktno (uključivanje saznanja u zdravstvenu njegu) i persuazivno (upotreba nalaza za utjecanje na osobe koje donose odluke) (Estabrooks, 1998). Teoretičari smatraju da će primjenom EBP-a doći do ujednačavanja sestrinskih postupaka u različitim sredinama, te će svi pacijenti dobivati jednako kvalitetnu zdravstvenu njegu određenu istim dokazima.

Dakle, svrha primjene načela EBP-a može biti višestruka, ovisno o polazišnoj točki s koje promatramo sestrinsku praksu. Sasvim sigurno je briga za pacijenta od primarne važnosti, no, postoje i drugi aspekti koje je moguće unaprijediti, a to su smanjivanje troškova sestrinske njege, te promoviranje sestrinstva kao visoko profesionalne djelatnosti. Kao što vidimo, u teoriji je EBP odlično zamišljen, no, postavlja se pitanje u kojoj mjeri je to izvedivo u našim uvjetima.

Koraci u praksi temeljenoj na dokazima

Praksa temeljena na dokazima uključuje nekoliko koraka koji se razlikuju s obzirom na autore. Najčešće se navodi pet faza:

- a) **Identificiranje kliničkog problema** tj. pitanja koje uključuje četiri podpitanja: koga liječimo, koji su dosadašnji postupci sestrinske skrbi, koja je alternativa, te koji je željeni ishod. U literaturi su navedena pitanja poznata kao *PICO* shema: Patient - pacijent, Intervention - postupak, Comparison – usporedba, Outcome – ishod ili učinak.
- b) **Prikupljanje dokaza** – u današnje vrijeme najbrži način pregledavanja literature u svrhu prikupljanja dokaza jest pretraživanje interneta. Postoje brojne baze koje najčešće nude sažetke radova, a njihovo proučavanje složena je vještina sama po sebi.
- c) **Evaluacija dokaza** – pri kritičkom osvrtu na dokaze treba procijeniti jesu li rezultati vrijedni i mogu li se primijeniti u našim uvjetima za pojedinačnog pacijenta. Ovo je možda najteži korak u cijelom procesu.
- d) **Primjena u praksi** uključuje donošenje odluke. Prilikom primjene ne smijemo zaboraviti da i pacijent treba sudjelovati u odluci, pa je potrebno njega ili članove obitelji primjereno informirati o mogućnostima. Klinička primjena uključuje upute za kliničku praksu i analizu odlučivanja.
- e) **Evaluacija uvedenih promjena u praksi** – nakon primjene nekog postupka, potrebno je procijeniti

ti njegovu efikasnost. Odluka nije konačna, već treba stalno pratiti nove dokaze, a u slučaju da se nova strategija pokaže djelotvornom, potrebno je dobiveni nalaz podijeliti sa stručnom javnošću.

Pojedini autori navode veći broj faza, pa tako uključuju i fazu odabira područja u praksi u kojem postoji potreba za dokazima, te odlučivanje o tome što predstavlja dokaz (Hewit-Taylor, 2002; prema Fitzpatrick i Wallace, 2006), odnosno oblikovanje i evaluacija pilot EBP projekta, oblikovanje i evaluacija šireg EBP projekta, te objavljivanje nalaza dobivenih primjenom projekta (Polit i Beck, 2010). Kako bi se olakšala primjena, u literaturi su prikazani različiti algoritmi koji olakšavaju primjenu principa EBP-a (Burns i Grove, 2003).

Vrednovanje dokaza

Dokazi koje treba iskoristiti za unaprjeđenje sestrinske prakse razlikuju se po kvaliteti, pa je tako razvijen rigorozan hijerarhijski sustav za evaluaciju dokaza, odnosno istraživačkih nacrti na temelju kojih su dobiveni dokazi. Poznavanje različitih vrsta istraživačkih nacrti neophodan je preduvjet za provođenje zdravstvene njege temeljene na dokazima. Hijerarhija najčešće uključuje sedam nivoa, od kojih se na prvoj, najvišoj razini nalaze sustavni pregledi randomiziranih kontroliranih, kao i nerandomiziranih studija (meta-analize, te pregledni ili narativni radovi). Meta-analize uključuju statističku analizu većeg broja nezavisnih radova s istim istraživačkim problemima, a njihova vrijednost izravno ovisi o kvaliteti uključenih pojedinačnih radova (Burns i Grove, 2003). Cijenjene su jer sažimaju veći broj nalaza i daju jasniju i objektivniju sliku o problemu.

Na sljedećoj razini po kvaliteti su pojedinačna kontrolirana, randomizirana istraživanja, odnosno nerandomizirana. Slijede sustavni pregledi korelacijskih istraživanja, te pojedinačna korelacijska istraživanja. Sustavni pregledi kvalitativnih/fizioloških/deskriptivnih istraživanja su na petoj razini, a šestu razinu predstavljaju pojedinačna takva istraživanja. Dokazi najmanje vrijednosti su nesustavna klinička opažanja (Marušić i Kovačić, 2004; Polit i Beck, 2010). Neki autori nude još detaljnije hijerarhije kvalitete dokaza razdijeljenih u deset kategorija (Sutherland, 2001).

Kritike prakse temeljene na dokazima

Izazovi s kojima se sestre suočavaju u primjeni EBP-a prilično su zahtjevni. Da bi EBP zaživio,

potrebne su bitne promjene kako u samom zdravstvenom sustavu, tako i u ponašanju ljudi. Prva i najuočljivija poteškoća je nedostatak vremena u svakodnevnoj praksi sestara za posvećivanje proučavanju literature. S aktualnim manjkom medicinskih sestara, sestre jedva pokrivaju i dosadašnji, redoviti posao, pa im uvođenje bilo kakve dodatne aktivnosti u svakodnevni raspored predstavlja nemoguću misiju. Što je djelatnik na nižoj poziciji, to se suočava s većim brojem prepreka za provedbu EBP-a (Asadoorian i sur., 2010).

Poteškoća koja se ne odnosi samo na medicinske sestre, već na ljudsku djelatnost općenito jest otpor prema promjenama. Ljudi nisu skloni mijenjati uobičajenu praksu jer promjene zahtijevaju dodatni kognitivni, emocionalni, a ponekad i tjelesni napor. Nadalje, sestrinski i ini časopisi s objavljenim istraživanjima su još uvijek u većoj mjeri nedostupni sestrama. Tehnički uvjeti neophodni za pretraživanje aktualnih istraživanja nisu osigurani, pa je često neizvedivo doći u posjed cijelog teksta nekog objavljenog istraživanja. Osim toga, tijekom školovanja sestre ne stječu dovoljno znanja i vještina koje bi im omogućile kritičnost prema rezultatima istraživanja, što nije situacija samo kod nas, već o toj problematici govore i u zapadnom svijetu (Burns i Grove, 2003). Druga vještina koja je neophodna za provođenje EBP-a je sposobnost pretraživanja literature na internetu, koju starije generacije teže svladavaju. Čak i kada bi se proveli takvi organizacijski koraci kojima bi prevladali navedene poteškoće, ostaje problem nedostatka sestrinskih istraživanja s čime se sestrinstvo kao profesija suočava na svjetskoj razini. Sestrinska istraživanja znatno kaskaju za srodnim područjima iza kojih stoje dobro utemeljene discipline, kao što je medicina. Postoje brojna područja sestrinske prakse koja nisu pokrivena kvalitetnim istraživačkim radom što primjenu načela EBP-e za sada stavlja pod veliki upitnik (Allen i Lyne, 2006). Pojedini autori smatraju da je već producirana znatna suma sestrinskih istraživanja, ali nedovoljno ih je replicirano, pa za određeni problem postoje dva-tri istraživanja s nalazima koji nisu suglasni (Burns i Grove, 2003). Osim toga, sestrama nedostaje vještina kritičke evaluacije istraživanja, što umanjuje njihov interes za proučavanjem istraživačkih radova (Fawcett i Garity, 2009). I konačno, kritičari smatraju da su prednosti EBP-a pretjerane, i da se bespotrebno obezvrjeđuje individualna klinička procjena, te da se nedovoljno pažnje poklanja kvalitativnim istraživanjima (Polit i Beck,

2010). Neki spočitavaju ovom pristupu i baziranje zdravstvene djelatnosti "na brojevima", pretjerano idolopoklonstvo prema statističkim postupcima, a postoji i bojazan da bi uvođenje EBP-a smanjilo autonomiju u odlučivanju (Estabrooks, 1998).

Zaključak

Zdravstvena njega temeljena na dokazima pruža velike mogućnosti unaprjeđenja sestrinske prakse: omogućuje povećanje dobrobiti za pacijente, za medicinske sestre, kao i za društvo u cjelini. Ona podrazumijeva promjenu gledanja na zdravstvenu praksu: prednost ima dokaz ispred mišljenja i slijepog praćenja pravila (Čelić i Sutherland, 2003). No, usvajanje principa zdravstvene njege temeljene na dokazima zasigurno nije ni jednostavno, ni brzo provedivo. Ono zahtijeva promjene u načinu razmišljanja i ponašanja zdravstvenih djelatnika, promjene na razini organizacije (bolnice ili ustanove primarne zdravstvene zaštite), ali i promjene u sustavu obrazovanja medicinskih sestara. Iako je u nas ova tematika uvedena u specijalističko obrazovanje medicinskih sestara kao zaseban predmet, to ni u kom slučaju nije dovoljno, već je potrebno organizirati kontinuirane i lako dostupne radionice koje bi sestrama omogućile stjecanje neophodnih vještina za provođenje prakse temeljene na dokazima. Ne smijemo smetnuti s uma da i odluke na razini državne uprave mogu biti odlučujuće.

Estabrooks (1998) smatra da su neki navedeni nedostaci i kritike EBP-a utemeljeni, dok su drugi u manjoj mjeri racionalni, no, svakako moramo imati na umu da bez "dobre" sestrinske znanosti ne može biti "dobre" zdravstvene njege temeljene na dokazima. Kao opći zaključak možemo reći da je EBP pokret koji je neminovan ako želimo ostvariti ono čemu zdravstveni djelatnici teže, a to je pružiti pacijentu što kvalitetniju zdravstvenu skrb. Čak i ako nismo u mogućnosti u potpunosti ga implementirati u naše zdravstvo, svakako ga treba prihvatiti, makar djelomično, i truditi se što više uvažavati vrijednost dokaza.

Literatura

1. Allen, D. i Lyne, P. (2006) *The reality of nursing research*. London: Routledge.
2. Asadoorian, J., Hearson, B., Satyanarayana, S. i Ursel, J. (2010) Evidence-based practice in Healthcare: An exploratory cross-discipline comparison of enhancers and barriers. *Journal for healthcare quality*. Vol. 32, br. 3, 15-22.
3. Burns, N. i Grove, S.K. (2003) *Understanding nursing research*. Philadelphia: Saunders.
4. Čelić, R. i Sutherland, S.E. (2003) Stomatologija zasnovana na dokazu – znamo li što to znači? *Acta Stomatologica Croatica*. Vol. 37, br. 2, 189-193.
5. Estabrooks, C.A. (1998) Will evidence-based nursing practice make practice perfect? *Canadian journal of nursing research*. Vol. 30, br. 1, 15-36.
6. Fawcett, J. i Garity, J. (2009) *Evaluating research for evidence-based nursing practice*. Philadelphia: Davis Company
7. Fitzpatrick, J.J. i Wallace M. (2006) *Encyclopedia of Nursing Research*. New York: Springer Publishing Company.
8. Marušić, M. i Kovačić, N. (2004) *Medicina utemeljena na dokazima*. U: M. Marušić i suradnici (ur.), *Uvod u znanstveni rad u medicini*. Zagreb: Medicinska naklada, 124-136.
9. Merćep, I. (2002) *Medicina zasnovana na dokazima*. *Medicus*. Vol. 11, br. 1, 113-114.
10. Polit, D.F. i Beck, C.T. (2010) *Essentials of nursing research*. Philadelphia: Wolters Kluwer i Lippincott Williams & Wilkins.
11. Sutherland, S.E. (2001) Evidence-based dentistry: Part IV. Research design and levels of evidence. *Journal-Canadian Dental Association*. 67, 375-378.

KLINIČKA ISPITIVANJA LIJEKOVA – DODATNI IZAZOV U SUVREMENOJ SESTRINSKOJ PRAKSI

Sažetak

Klinička ispitivanja predstavljaju zasebno i vrlo specifično područje rada. U svakodnevnoj praksi iziskuju više rada, angažmana, administracije od "standardne" kliničke prakse. Da bi se neko kliničko ispitivanje ispravno i kvalitetno obavljalo, nužna su dodatna specifična znanja iz GCP- DKP, dodatno vrijeme, osoblje i prostor.

Sudjelovanje medicinske sestre kao člana ispitivačkog tima je nužno i nezamjenjivo, a u nas je za sada uglavnom nedovoljno prepoznato.

U provedbi kliničkih studija općenito, pa tako i u Hrvatskoj, postoje stanovite "slabe točke". Neke od njih nisu u djelokrugu rada medicinskih sestara, međutim na neke od njih mogu i trebaju značajno utjecati upravo medicinske sestre.

Ključne riječi: dobra klinička praksa – GCP, standardne operativne procedure, kliničko ispitivanje lijekova, protokol, brošura za ispitivača, informirani pristanak, štetni događaj, nus pojava, učinkovitost, sigurnost, studijska sestra.

Uvod

Klinička ispitivanja predstavljaju specifično područje u koje su uključeni mnogobrojni profili stručnjaka, znanstvenici, liječnici, medicinske sestre, farmaceuti, statističari, administratori i dr. U svakodnevnoj praksi iziskuju dodatni rad, angažman, znanja kao i administraciju, u odnosu na "standardnu" kliničku praksu. Medicinska sestra kao studijska sestra unutar studijskog tima ima važnu ulogu u kvalitetnom provođenju kliničkog ispitivanja.

U Hrvatskim bolnicama i ambulantama rade se klinička ispitivanja lijekova, a smatra se da bi ih moglo i trebalo biti i više.

Prisutnost kliničkih ispitivanja predstavlja priznanje hrvatskoj medicini jer nijedna farmaceutska tvrtka neće organizirati ispitivanja u zemlji ili u ustanovi za koju misli da ima "lošu medicinu". Klinička ispitivanja pružaju našim pacijentima prili-

ku da dobiju lijekove koje inače ne bi mogli dobiti kao i dodatnu skrb.

Tu je i financijska korist, kako za društvo tako i za pojedince koji provode ispitivanje. Naše bolnice su tako lani imale direktnu korist od kliničkih ispitivanja od nekih milijun eura što zaista nije zanemarivi iznos.

Kako bi se medicinske sestre što lakše snašle i bile u mogućnosti da spremno odgovore na nove izazove koje donose klinička ispitivanja i njihove standardne procedure nužno je omogućiti dodatnu edukaciju u okviru programa za sestrinsko obrazovanje iz područja kliničkih ispitivanja.

Što je kliničko ispitivanje?

Svako istraživanje u ljudi namijenjeno otkrivanju ili potvrđivanju kliničkih, farmakoloških i/ili drugih farmakodinamičkih učinaka ispitivanog proizvoda, i/ili utvrđivanju nuspojava i/ili ispitivanju apsorpcije, raspodjele, metabolizma i izlučivanja, s ciljem utvrđivanja neškodljivosti - sigurnosti i/ili djelotvornosti ispitivanog proizvoda koje se odvija u kontroliranim kliničkim uvjetima prema određenim i odobrenim protokolima.

Kod svakog lijeka najvažnija je ravnoteža između koristi i potencijalne štete. Proces istraživanja novog lijeka, odnosno izlaska novog farmaceutskog proizvoda na tržište, danas stoji 1,2 milijarde dolara, a traje od 10 do 13 godina.

Ispitivanje novog lijeka, počinje i prolazi kroz dvije faze ispitivanja: pretkliničko i kliničko ispitivanje. Znanstveni temelji kliničkih ispitivanja moraju biti čvrsti, a pretklinički i klinički podaci o ispitivanom proizvodu moraju podupirati i opravdavati daljnje provođenje kliničkoga ispitivanja.

Učinak potencijalno aktivne supstance ispituje se u pretklinici u laboratoriju najprije "in vitro", a potom "in vivo" na laboratorijskim životinjama, i to na barem tri vrste (štakori, psi i primati). Ako ispitivana supstanca tu pokaže potencijal, slijedi kliničko ispitivanje.

Klinička ispitivanja odvijaju se u 4 faze. Svaka faza ima različitu svrhu i pomaže znanstvenicima odgovoriti na različita pitanja.

- I faza kliničkih ispitivanja provodi se na zdravim dobrovoljcima. Ispitivani lijek se prvi puta primjenjuje i to na maloj skupini ispitanika (cca. 20-80) kako bi se procijenila njegova sigurnost, odredio siguran raspon doza i prepoznali neželjeni učinci.
- Faza II - ispitivani lijek se daje većoj skupini ispitanika, koji boluju od neke bolesti (cca. 100-300), u ispitivanju sudjeluje više ispitivačkih centara-multicentrično, kako bi se provjerila djelotvornost lijeka u odnosu na standardno liječenje ili placebo i dalje procijenila sigurnost primjene. Placebo je nedjelatna, inertna tvar ili postupak koji nije specifično djelotvoran za stanje za koje se primjenjuje. Prema vanjskom izgledu potpuno je istovjetan ispitivanom lijeku.
- Faza III – su multinacionalna ispitivanja koja se provode na nekoliko stotina do nekoliko tisuća bolesnika (cca 500-3000) da bi se na velikom uzorku potvrdila djelotvornost, pratili neželjeni učinci – rijeđe nuspojave koje se nisu mogle otkriti na malim uzorcima ispitanika, kao i kontinuirana procjena sigurnosti primjene. Ako lijek u ispitivanju zadovolji sve potrebno, nakon uspješno završene III faze lijek može biti registriran za primjenu na tržištu.
- Faza IV – nakon stavljanja lijeka u promet provode se ispitivanja koja godinama bilježe sve naknadno utvrđene nuspojave. Statistike kažu da je za utvrđivanje samo jedne nuspojave koja se javlja kod jednog od 2.000 pacijenata treba liječiti njih 6.000, a da bi se registrirala dva slučaja nuspojava, potrebno je čak 10.000 bolesnika. U tome je i glavni razlog zbog kojeg se i danas događa da nakon godina kliničkih ispitivanja neki lijek »ispadne« iz igre zbog ozbiljnih nuspojava. Tajna je u zakonu statistike, jer ako se neki lijek ispita na 1.000 ljudi i nema nuspojava, može se dogoditi da je nuspojava ipak prisutna u tri promila bolesnika, što nije moglo doći do izražaja na tolikom uzorku.

Zbog procjene učinka liječenja i kako bi se osigurala veća objektivnost podataka dobivenih kliničkim ispitivanjem, kliničke studije se često maskiraju/oslijepljuju. Prema maskiranosti kliničke studije mogu biti:

- o Otvorenog tipa – svi sudionici znaju koji lijek ispitanik dobiva

- o Jednostruko slijepe studije – bolesnik ne zna koji lijek dobiva
- o Dvostruko slijepe studije – bolesnik, ispitivač, motritelj, a često ni analitičar podataka ne znaju koji lijek bolesnik dobiva.

Tko može sudjelovati u kliničkom ispitivanju?

U ispitivanju mogu učestvovati svi koji su dobrovoljno potpisali informirani pristanak i koji zadovoljavaju uključne kriterije odn. čimbenike koji omogućuju nečije sudjelovanje u kliničkom ispitivanju. Isključni kriteriji su kriteriji koji spriječavaju nekoga da sudjeluje u ispitivanju. Uključno/isključni kriteriji temelje se na čimbenicima kao što su starost, spol, vrsta i stadij bolesti, fizikalni status, odgovarajući laboratorijski parametri, prijašnja liječenja i druga medicinska stanja ili bolesti.

Kriteriji za uključanje su definirani Protokolom svake pojedine studije. Ispunjavanje kriterija procjenjuju ispitivači na screeningu odnosno na viziti probira. Ako ispitanik zadovolji sve zadane kriterije pristupa se randomizaciji ili uključanju bolesnika u studiju. Poštivanje kriterija uključanja i isključanja važna je postavka medicinskog istraživanja, koja pomaže dobivanju pouzdanih rezultata.

Kako bi se postigla nepristranost ispitivača i ispitanika provodi se postupak randomizacije ili nasumičnog odabira ispitanika u određenu istraživačku skupinu. Npr. jedna skupina prima ispitivani lijek, druga standardni lijek, a treća placebo.

Kako se štiti sigurnost ispitanika?

Etički i pravni propisi koji određuju medicinsku praksu primjenjuju se i na klinička ispitivanja. K tome su klinička ispitivanja dodatno regulirana međunarodnim propisima (International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice, Helsinška deklaracija, itd.) kao i propisima na državnoj razini (Pravilnik o dobroj kliničkoj praksi; Pravilnik o prometu lijekovima i medicinskim proizvodima, itd.), s ugrađenim mehanizmima zaštite ispitanika.

U Hrvatskoj klinička ispitivanja odobrava i nadzire Središnje etičko povjerenstvo i Ministarstvo zdravlja RH. Središnje etičko povjerenstvo je nezavisno tijelo zdravstvenih djelatnika i drugih članova nemedicinske struke, koje osigurava etičnost kliničkog ispitivanja i zaštitu prava ispitanika. Niti jedno kliničko ispitivanje u RH se ne smije provoditi dok nije odobreno od strane Središnjeg etičkog povjerenstva i Ministarstva zdravlja.

Prije inicijalne submisije studije na centralno etičko povjerenstvo i MZRH, potrebno je ishoditi odobrenje lokalnih bolničkih tijela kao što su Etičko povjerenstvo ili Povjerenstvo za lijekove unutar institucije.

Što je Protokol/Plan kliničkog ispitivanja?

Protokol kliničkog ispitivanja je osnovni dokument kliničke studije na kojem se temelji ispitivanje. To je plan ispitivanja pažljivo napravljen da štiti zdravlje ispitanika i da odgovori na specifična ispitivačka pitanja. Protokol precizno definira ciljeve kliničkog ispitivanja, indikacije i stanja bolesnika koji mogu sudjelovati u ispitivanju, raspored testova, postupaka, lijekova i njihovih doza, kao i trajanje ispitivanja. Tijekom ispitivanja ispitanike redovito prati ispitivački tim u skladu sa zadanim Protokolom, kako bi primjenio predviđenu terapiju, imao detaljan uvid u njihovo zdravstveno stanje te odredio sigurnost i djelotvornost liječenja.

Što je Informirani pristanak?

Informirani pristanak je postupak upoznavanja ispitanika s ključnim podacima o kliničkom ispitivanju prije nego ispitanik odluči hoće li u njemu sudjelovati. Podrazumijeva i stalan proces davanja informacije ispitanicima tijekom cijelog ispitivanja. Kako bi pomogli nekome odlučiti hoće li ili neće sudjelovati u ispitivanju, liječnici i sestre uključeni u ispitivanje moraju ispitaniku objasniti sve detalje ispitivanja.

Nakon toga delegirani član ispitivačkog tima daje ispitaniku dokument informiranog pristanka koji uključuje detalje ispitivanja: svrhu, trajanje, tražene postupke, moguće rizike i koristi od ispitivanja, kontakt podatke ispitivača i/ili studijske sestre. Potencijalni ispitanik treba imati dovoljno vremena da razmisli, konzultira obitelj, prijatelje, svog odabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite ili bilo koga drugog prije nego donese odluku da li želi sudjelovati u ispitivanju i potpisati dokument informiranog pristanka. Ispitanik se može povući iz ispitivanja u bilo kojem trenutku bez potrebnog objašnjenja.

Provođenje kliničkog ispitivanja prate i nadziru:

- Monitor (Motritelj) – od strane sponzora ispitivanja ili osobe/tvrtke koju je sponzor ovlastio za motrenje određenog ispitivanja (CRO);
- Audit (nadzor) – od strane nezavisnih osoba/tvrtki ovlaštenih za nadzor ispitivanja;

- Inspekcija – od strane regulatornih tijela koja odobravaju ispitivanje (npr. Ministarstvo zdravlja, FDA, EMEA)
- Što nadziru:
- Etički aspekt (Odobrenja za provedbu ispitivanja/nadopuna; Informirani pristanak)
- Pridržavanje Protokola ispitivanja (Compliance)
- Izvornu medicinsku dokumentaciju ispitanika (Source data)
- Test listu ispitanika (CRF - ispunjeno, datum, potpis)
- “Inventura” lijekova (Accountability)

Koristi i potencijalni rizici za ispitanika u kliničkom ispitivanju

Koristi

Kliničko ispitivanje koje je dobro smišljeno i dobro provedeno osigurava ispitaniku da ima:

- aktivniju ulogu u vlastitoj zdravstvenoj skrbi
- pristup novim istraživačkim postupcima prije nego ona postanu široko dostupna
- mogućnost bržeg obavljanja pretraga u vodećim ustanovama zdravstvene skrbi tijekom ispitivanja
- pravo koristiti skupe usporedne ili simptomatske lijekove koji nisu na listi fondova zdravstvenog osiguranja
- mogućnost da svojim sudjelovanjem pridonese razvitku novih lijekova

Potencijalni rizici

- Protokol ispitivanja može zahtijevati više vremena i pozornosti nego standardno liječenje izvan ispitivanja, uključujući češće dolaske na kontrolne vizite, složenije procedure, boravak u bolnici, itd.
- pokusno liječenje može biti nedjelotvorno
- mogu se pojaviti neugodne i opasne nuspojave

Koristi od kliničkog ispitivanja za ostale sudionike

Korist od kliničkog ispitivanja je višestruka za sve sudionike: za ispitanike koji u njima sudjeluju, za zdravstvene djelatnike koji ih provode, za zdravstvene ustanove, za zdravstvene fondove država u kojima se provode, za sponzore studija (farmaceutске tvrtke) te za društvo u cjelini.

Korist za zdravstvene djelatnike je ta što kroz sudjelovanje u studijama postaju dio međunarodnog

studijskog tima te na taj način stječu i izmjenjuju znanja i iskustva te se afirmiraju na području kliničkih ispitivanja. U studijama se standardiziraju i kontroliraju određene procedure koje nakon toga često ulaze i unapređuju svakodnevnu praksu. Nije na odmet napomenuti i financijsku korist, jer se kliničke studije honoriraju zdravstvenim ustanovama u kojima se provode. Prema tome ustanove zadržavaju 10 – 30 % (uz napomenu da se sve pretrage, zahvati, itd. u studiji plaćaju zdravstvenoj ustanovi dodatno na taj iznos). Ostatak iznosa glavni ispitivač raspoređuje članovima studijskog tima koji rade na studiji.

Korist za zdravstvene ustanove i fondove zdravstvenog osiguranja, osim gore navedenih je i u tome što kroz kliničke studije bolnice dobivaju stanovite, uglavnom vrlo skupe lijekove, opremu te financijsku naknadu.

Tko financira klinička ispitivanja?

Klinička ispitivanja financiraju ili sponzoriraju razne vrste organizacija ili pojedinaca, uključujući medicinske ustanove, zaklade, dobrotvorne skupine, nacionalna tijela, a najčešće farmaceutske kompanije koje razvijaju odnosno ispituju određeni lijek.

Uloga medicinske sestre u kliničkom ispitivanju

U provedbi kliničkih studija općenito, pa tako i u Hrvatskoj, postoje stanovite “slabe točke”. Neke od njih nisu u djelokrugu rada medicinskih sestara, međutim na neke od njih mogu i trebaju značajno utjecati upravo medicinske sestre.

- U velikom broju kliničkih studija događa se kašnjenje u predviđenom roku ili broju ispitanika koji trebaju biti uključeni u određeno ispitivanje. Time se produžuje vrijeme trajanja studije što uveliko utječe na povećanje troškova ispitivanja, a može imati i značajan negativni utjecaj na cjelokupni razvoj lijeka u ispitivanju. Medicinske sestre uključene u studiju trebaju stoga biti aktivni sudionici u osmišljavanju i provedbi postupka identifikacije potencijalnih kandidata za određeno kliničko ispitivanje, sa ciljem da njihov centar u dogovorenom roku u studiju uključi unaprijed predviđeni broj ispitanika, a ako je moguće da taj broj i nadmaši.
- Daljnji nedostatak je neadekvatno proveden postupak informiranja ispitanika (prije spomenuti Informirani pristanak). Važno je da medicinska sestra koja sudjeluje u ispitivanju prati da

niti jedna procedura vezana za kliničku studiju ne bude obavljena prije nego navedeni postupak bude propisno proveden te ispitanik i ispitivač potpišu i datiraju obrazac Informiranog pristanka (u 2 primjerka: za ispitanika i za Studijsku dokumentaciju – Investigator Site File).

- Odstupanje od Protokola ispitivanja idući je problem u kliničkim studijama, bilo da se radi o neredovitom dolasku ispitanika na kontrolne vizite ili ne obavljanju svih pretraga, zahvata, terapija i ostalog predviđenog Protokolom. Uloga medicinske sestre u navedenom je ključna. Sestra će to postići na način da vodi evidenciju i planira termine kontrolnih vizita, da ispitanika obavijesti o terminu posjete ili eventualnoj promjeni termina. Razvijene komunikacijske vještine studijske sestre vrlo su bitne u kontaktu sa ispitanikom. Važno je uspostaviti odnos povjerenja kako bi ispitanik bio dobro informiran i pridržavao se dobivenih uputa i kako bi nas obavještavao o svim promjenama, tegobama, novim lijekovima i štetnim događajima koji mogu biti od presudne važnosti za donošenje zaključaka o ispitivanom lijeku. Studijska sestra planira i prati koje je postupke kod ispitanika potrebno obaviti na idućoj kontrolnoj viziti te dogovora potrebne pretrage (UZ, RTG, CT, MRI, itd.). Vođenje i evidencija o potrebnom lijeku/lijekovima u studiji, laboratorijskom i drugom materijalu, pravovremeno naručivanje studijskog materijala također spada u zaduženja studijske sestre.
- “Osipanje” ispitanika tijekom studije predstavlja značajnu poteškoću u prikupljanju i kasnijoj obradi podataka. To se dešava kad ispitanici prestanu dolaziti na kontrolne vizite bez da povuku svoj pristanak i/ili obavijeste studijski tim o svome stanju zbog kojeg eventualno nisu u mogućnosti više dolaziti. Angažirana medicinska sestra će održavati kontakt sa “svojim” ispitanicima te ih motivirati da redovito dolaze na kontrolne vizite, odnosno da je obavijeste ako to nisu u mogućnosti, kako bi se mogao zakazati idući termin vizite ili dogovoriti daljnja procedura.
- Osnova svake kliničke studije je medicinska dokumentacija (ispitanikovi nalazi, pov. bolesti, Rtg slike, itd.) koja nakon svake vizite bolesnika treba biti sakupljena i uložena u PB bolesnika, kako bi mogla biti pregledana i analizirana od strane liječnika u ispitivanju.
- Medicinske nalaze potrebno je u što kraćem vremenu od vizite ispitanika upisati u Test listu

ispitanika/CRF; To je najčešće zadatak mlađih liječnika u studijskom timu, ali iz iskustva upisivanje podataka u CRF nerijetko "padne" i na studijske sestre. Poznavanje programa koji pružaju uvid u status pacijenata u studiji – IWRS, sistem centralnog laboratorija, pretaživanje baza podataka kako bi se detektirali potencijalni kandidati za studiju važno je kako bi uvijek imali najnovije informacije i kako bi se studija mogla odvijati bez poteškoća.

- Studijskoj sestri trebalo bi omogućiti da se za potrebe studije koristi vanjskom telefonskom linijom, faxom, skenerom, fotokopirnim aparatom i službenim mobitelom. Potrebna je dodatna edukacija o rukovanju medicinskim aparatima i instrumentima koji se koriste u toku ispitivanja kao npr. centrifuga, infuzijske pumpe, min-max termometri, 12 kanalni EKG itd.
- Studijska sestra je odgovorna za aplikaciju studijske terapije. Također je zadužena za vođenje evidencije o studijskom lijeku i ostalim lijekovima koji se koriste u ispitivanju, uvjetima skladištenja lijekova, potrošenim ili vraćenim količinama, narudžbama, itd. Svakodnevno provjerava i bilježi temperaturu na temperaturne logove i alarmira ukoliko dođe do odstupanja od propisanih granica.
- U njezinoj nadležnosti je i organizacija prikupljanja, označavanja i pohrana bioloških uzoraka (krv, punktat, i sl.) na predviđeno/dogovoreno mjesto unutar zdravstvene ustanove. Studijska sestra organizira slanje uzorka u planirano/dogovoreno vrijeme u centralni laboratorij na analizu, priprema dokumentaciju potrebnu za slanje (AWB, proforma, uputnica), te kontaktira kurijere koji su zaduženi za transport uzoraka.

Da bi medicinske sestre mogle adekvatno ostvariti svoju ulogu u kliničkom ispitivanju lijekova nužno je ispuniti nekoliko preduvjeta:

- dodatna edukacija medicinskih sestara u kliničkim ispitivanjima i ulozi med. sestre u njima (u Vel. Britaniji postoji 1 – 2 godišnja edukacija za "research nurses");
- barem pasivno, a optimalno aktivno znanje engleskog jezika (veći dio studijske dokumentacije i komunikacije je na engleskom jeziku);
- poželjno je osnovno poznavanje rada na PC-iju (računalu) te pristup i komunikacija email-om, SMS-om, MMS-om...
- potrebno je da med. sestre budu "službeni" članovi ispitivačkih timova te da sudjeluju na edukaciji

(Investigators meeting; Initiaton visit) koja se organizira povodom određene kliničke studije;

- odvojiti dodatno vrijeme za studijske procedure, dokumentaciju i monitoring vizite
- postići razumijevanje, priznanje, podršku i pomoć kolega i drugog osoblja na odjelu kako bi klinička ispitivanja prihvatili u svjetlu dobrobiti za ispitanika, studijski centar, instituciju i društvo u cjelini.
- nužno je da se uspostavi pravična i transparentna raspodjela financijskih sredstava te da medicinske sestre koje sudjeluju u njima budu adekvatno honorirane za svoj rad.

Zaključak

Primarni cilj uloge studijske sestre je implementacija studijskog protokola tijekom cjelokupnog kliničkog ispitivanja kako bi se osigurala sigurnost ispitanika i prikupljanje vjerodostojnih podataka. Višeslojnost zadataka zahtjeva od sestre da bude izvrstan komunikator, edukator, menadžer i istraživač te da posjeduje visoku razinu kliničkog iskustva kao i sposobnost da samostalno obavlja sve zadatke koji proizilaze iz zadane studije.

Iako procedure u kliničkom ispitivanju zahtijevaju dodatno vrijeme, mnogo je pozitivnih aspekata za unaprijeđenje sestrinske struke kao što je visoka razina autonomije i prilika da direktno sudjeluje u razvoju novih lijekova.

U ovom radu spomenuti su samo neki aspekti kliničkih ispitivanja u kojima je uloga medicinske sestre nužna, nezamjenjiva i kod nas za sada uglavnom nedovoljno prepoznata. Detektiranje tih činjenica je značajan preduvjet za odgovornu raspravu o kliničkim ispitivanjima unutar sestrinske prakse.

Literatura

1. Zakon o lijekovima. NN br.71/07 i 45/09
2. Zakon o medicinskim proizvodima. NN br. 67/08
3. Pravilnik o kliničkim ispitivanjima lijekova i dobroj kliničkoj praksi – urednički pročišćen tekst. NN br. 14/2010 i 127/2010
4. Guideline for Good Clinical Practice; ICH Harmonized Tripartite Guideline, EMEA 2002; <http://www.emea.eu.int/pdfs/human/ich/013595en.pdf>
5. Pravilnik o praćenju nuspojava nad lijekovima i medicinskim proizvodima, NN br. 121/03 I 177/04

6. Francetić I. Vitezić D (ur.). Osnove kliničke farmakologije. Zagreb: Medicinska naklada, 2007.
7. Kerr DJ, Knox K, Robertson DC, Stewart D, Watson R (ur.). Clinical Trials Explained. A Guide to Clinical Trials in the NHS for Healthcare Professionals. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2006.
8. Jenkins V, Fallowfield L., Solis-Trapala I et al. Discussing randomised clinical trials of cancer therapy: evaluation of Cancer Research UK training programme. British Medical Journal 2005; 330(7488):400
9. Medical research Council (1998) MRC Guidelines for Good Clinical Practice in Clinical trials.
10. Action research from the inside: issues and challenges in doing actionresearch in your own hospital David Coghlan MSc PhD SM Lecturer in Business Studies, School of Business Studies, University of Dublin, Trinity College, Dublin, Irelandand Mary Casey MMedSc BNS RGN RM. Ireland. 9 May 2001.
11. B.Bognar.Mogućnost ostvarivanja uloge učitelja – akcijskog istraživača posredstvom elektroničkog učenja. Doktorska disertacija. Filozofski fakultet. Zagreb. 2008.
12. S. Andrew, E. Halcomb. Mixed methods research for nursing and the health sciences. Blackwell Publishing. 2009.
13. I. Holloway. S. Wheeler. Quantitative research in nursing and healthcare. Wiliey-Blackwell. 2010.
14. H. Streubert Speziale, H. J. Streubert, D. Rinaldi Carpenter. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. Fifth edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2010.
15. Badger, T. g. Action researche, change and methodological rigour. Jurnal of nursing management, 8(4),201-207.2000.
16. Patrici L. Munhall. Nursing research a qualitative perspective. 2011.
17. R. Winter, C. Munn-Giddings. A handbook for action research in health and social care. 2001. Akcijsko istraživanje i profesionalni razvoj učitelja i nastavnika. Priredile Dubravka Kovačević i Renata Ozorlić Dominić. Agencija za odgoj i obrazovanje. Zagreb. 2011. g.

AKCIJSKO ISTRAŽIVANJE U PROFESIJU MEDICINSKIH SESTARA

“Znanost može postaviti granice znanja, ali ne bi trebala ograničiti stvaralačku maštu, inovativnost, i imaginaciju”. (Bertrand Russell 1872-1970).

Nema istraživanja bez akcije niti akcije (djelovanja) bez istraživanja. Kurt Lewin

Koncept akcijskog istraživanja postoji dugi niz godina. U stvari, ovaj proces je osmišljen u medicinskim školama na prijelazu stoljeća. Medicinski proces promatranja simptoma, upotrebe unutarnjih i vanjskih podataka dobivenih ispitivanjem i istraživanjem, primjene liječenja i vrednovanja rezultata liječenja vrlo je sličan našem modelu akcijskog istraživanja. Lewin (1947) i Covey (1953) prvi su smislili taj pojam u svrhu unapređenja vlastite prakse.

Lewin (1946, str. 206) smatra kako nije dovoljno da akademska zajednica razjasni postojeće društvene probleme i da opće smjernice već je važno da i sami praktičari u konkretnoj socijalnoj situaciji imaju mogućnost usmjeravati svoje djelovanje na temelju rezultata koje su uočili.

Namjera akcijskog istraživanja je pružiti osobi mogućnost promjene (akcija) razvijanjem znanja putem racionalne refleksije osobnog iskustva (istraživanje). (Grundy, 1982.).

Greenwood (1984) je među prvima objašnjava primjenu akcijskog istraživanja u sestrinskoj profesiji. Akcijsko istraživanje (Piper, 1972, Žganec, 1999) označava istraživačku strategiju putem koje istraživač ili istraživački tim u suradnji s pogođenim osobama na temelju prve analize pokreće proces promjene, opisuje, kontrolira i prosuđuje uspješnost rješenja određenog problema. Odnosno, metoda koja ljudima iz prakse omogućuje da žive sa složenošću stvarnog iskustva, a da istovremeno teže konkretnu poboljšanje. (Kemmis i Taggart, 1984.). To je istraživanje koje se ne provode na ljudima već s ljudima.

Akcijsko istraživanje u sestrinstvu podupire težnju sestrinske profesije u ostvarenju znanstveno utemeljene prakse (e.g. Hart & Anthropol, 1996.) i sredstvo

je razvoja praktičara koji “razmišljaju” i unapređuju znanje vlastite prakse i sestrinske prakse općenito. La Stly, Walters i East (2001.) smatraju da akcijsko istraživanje u sestrinstvu podupire rad medicinske sestre sa i za pacijenta nasuprot radu bez aktivnog sudjelovanja pacijenta.

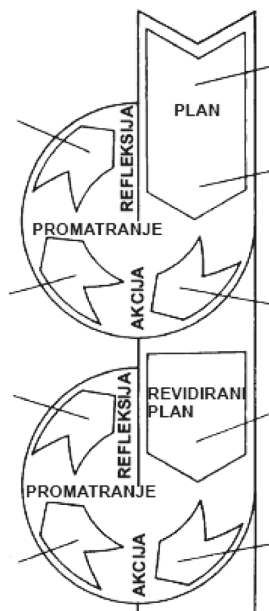
Neke od tema interesantnih za akcijsko istraživanje u sestrinskoj profesiji podrazumijevaju područje kvalitete zdravstvene njege, unapređenje sistemsko-organizacijske komponente, edukacija, menadžment promjena i to iz razloga što predstavljaju stvarne elemente u stvarnom vremenu, pružaju mogućnost djelovanja i učenja istovremeno. Mogu doprinjeti prikupljanju podataka i stvaranju teorija i znanja o stvarnim zbivanjima unutar bolničko-organizacijskih jedinica te posljedično unapređenje sestrinskih znanja o istom kao i posljedično unapređenje sestrinske prakse.

- Neka od područja u koje se uključuje akcijsko istraživanje u sestrinskoj djelatnosti podrazumijeva:
- Zajednica – povezanost sa zajednicom kako bi se postigle promjene na lokalnoj razini (Parson & Warner-Robbins, 2002; Shelton, 2008; Walters & East, 2001).
- Promjene na razini bolnica, klinika- sestrinske prakse (e.g. Mander, Cheung, Wang Fu & Zhu, 2010; Reed, Pearson, Douglas, Swinburne & Wilding, 2002)
- Procjena i unapređenje edukaciji vježbi medicinskih sestara (e.g. Chien, Chan & Morrissey, 2002; Walker, Bailey, Brasell-Brian & Gould, 2001.)
- Unapređenje sestrinske prakse na temelju pacijentovih viđenja i iskustava iste (e.g. Lauri Sainio, 1998; Olshanskeye 2005)
- Unapređenje prakse na temelju feedbacka medicinskih sestara i drugog zdravstvenog osoblja (e.g. Coetzee, Britton & Clow, 2005; Glasson, Chang & Bidewell, 2008; Ives & Melrose, 2010; Mitchell,

Conlon, Armstrong & Ryan, 2005; Reid-Searl et al. 2009.)

Akcijsko istraživanje nam pruža praktična rješenja za specifične izazove prakse.

Lewinov pristup akcijskim istraživanjima:



Slika 1. Lewinov pristup akcijskim istraživanjima

Lewin smatra da se akcijsko istraživanje odvija u spiralnoj izmjeni etapa: planiranje, djelovanje, promatranje i refleksija.

Osoba koja provodi akcijsko istraživanje mora se upustiti u četiri temeljna procesa:

- izraditi plan rada kako bi se poboljšalo ono što je već u tijeku
- djelovati kako bi se plan proveo u djelo
- promatrati djelovanja u kontekstu u kojem se odvija
- razmišljati o učincima kao o temelju za daljnje planiranje i nizanje krugova

Stringer (1996.) ističe tri osnovne etape u okviru kojih se ostvaruje akcijsko istraživanje:

- promatranje
- razmišljanje
- djelovanje

U posljednje vrijeme autori sve više smatraju kako je akcijsko istraživanje sistematičan proces čije se etape ne moraju nužno odvijati uzastopno već je moguće da umjesto jednodimenzionalne spirale koja se koristila u opisivanju procesa akcijskog istraživanja koristimo višedimenzionalnu spiralu koja ukazuje na značaj spontanosti u stvaralačkom i razvojnom procesu akcijskog istraživanja. Polazeći od jednog proble-

ma, za vrijeme našeg istraživanja često se javljaju novi koje je važno uzeti u obzir jer se na taj način može sagledati sva kompleksnost onoga čime se bavimo.

Važnu ulogu u akcijskom istraživanju imaju "kritički prijatelji". "Kritički prijatelj" omogućuje viđenje situacije iz druge perspektive i nudi kritički uvid. "Kritički prijatelj" kao osoba koja dijeli profesionalni kontekst i pomaže praktičaru u ostvarivanju akcijskog istraživanja savjetujući ga i dajući mu povratne informacije (McNiff, Lomax & Whitehead, 1996; Lomax, Woodward i Parker u Lomax, 1996; Winter i Munn-Giddings, 2001).

Akcijska istraživanja započinju malim koracima možda samo i jedne osobe, a mogu napredovati prema opsežnim promjenama. Sve što treba je prihvatiti izazov s ciljem unapređenja vlastite prakse.

LITERATURA

1. Action research from the inside: issues and challenges in doing action research in your own hospital David Coghlan MSc PhD SM Lecturer in Business Studies, School of Business Studies, University of Dublin, Trinity College, Dublin, Ireland and Mary Casey MMedSc BNS RGN RM. Ireland. 9 May 2001.
2. B. Bogner. Mogućnost ostvarivanja uloge učitelja – akcijskog istraživača posredstvom elektroničkog učenja. Doktorska disertacija. Filozofski fakultet. Zagreb. 2008.
3. S. Andrew, E. Halcomb. Mixed methods research for nursing and the health sciences. Blackwell Publishing. 2009.
4. I. Holloway, S. Wheeler. Quantitative research in nursing and healthcare. Wiley-Blackwell. 2010.
5. H. Streubert Speziale, H. J. Streubert, D. Rinaldi Carpenter. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. Fifth edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2010.
6. Badger, T. g. Action research, change and methodological rigour. Journal of nursing management, 8(4), 201-207. 2000.
7. Patricia L. Munhall. Nursing research a qualitative perspective. 2011.
8. R. Winter, C. Munn-Giddings. A handbook for action research in health and social care. 2001.
9. Akcijsko istraživanje i profesionalni razvoj učitelja i nastavnika. Priredile Dubravka Kovačević i Renata Ozorlić Dominić. Agencija za odgoj i obrazovanje. Zagreb. 2011. g.

KAKO DOBITI ODGOVOR NA ISTRAŽIVAČKO PITANJE?

Vrste nacrtu u sestrinskim istraživanjima

Sažetak

Nacrt istraživanja je plan organizacije i izvođenja znanstvenog istraživanja (Mejovšek, 2003). Odluka o nacrtu ovisi o nekoliko faktora: cilju istraživanja, vrsti varijabli, mogućnosti upotrebe tehnika i metoda te području istraživanja. Vrste nacrtu koji se najčešće koriste u sestrinskim istraživanjima su: eksperimentalni, kvaziekperimentalni, korelacijski i deskriptivni nacrt. Eksperimentalni nacrt omogućuje utvrđivanje *utjecaja* nezavisne varijable na zavisnu varijablu. To je moguće zahvaljujući njegovim glavnim obilježjima, a to je *slučajni raspored ispitanika u skupine*, *manipulacija* nezavisne varijable od strane istraživača te dobra *kontrola* eksperimentalne situacije. Kvaziekperimentalni nacrti olakšavaju potragu za znanjem i provjerom uzročnosti gdje kontrola nije u potpunosti moguća. Oni uključuju intervenciju, međutim nema slučajnog raspoređivanja po skupinama, a neki kvaziekperimentalni nacrti nemaju čak ni kontrolnu skupinu. Najveći nedostatak je taj što se ne mogu tako lako donositi zaključci o uzročno-posljedičnim vezama između varijabli odnosno gotovo uvijek postoji barem jedna moguća alternativna hipoteza. Kada nas zanima proučavanje učinka potencijalnog *uzroka* kojim ne možemo manipulirati, upotrebljavamo nacrt koji proučava odnose među varijablama koji se naziva korelacijski nacrt. Deskriptivni nacrt ima svrhu prikupiti što više informacija o karakteristikama unutar nekog određenog područja istraživanja.

U radu se razmatraju prednosti i nedostaci svake vrste nacrtu. Odluka o vrsti nacrtu jedan je od važnih koraka u istraživačkom procesu čiji odabir omogućuje prikupljanje kvalitetnih podataka i dobivanje odgovora na istraživački problem čime širimo i razvijamo znanja u području sestrinstva i pridonosimo zdravstvenoj njezi temeljenoj na dokazima.

Ključne riječi: eksperimentalni nacrt, eksperimentalna i kontrolna skupina, načelo slučajnosti, kvaziekperimentalni nacrti, kauzalno zaključivanje, korelacijski nacrt, deskriptivni nacrt.

U odabiru vrste nacrtu u istraživanjima osnovno pitanje koje si trebamo postaviti je: Što želimo saznati? Nacrt istraživanja je plan organizacije i izvođenja znanstvenog istraživanja (Mejovšek, 2003), odnosno njegova funkcija je da nam omogući da podaci koje smo prikupili u provedenom istraživanju daju što jasniji i jednoznačan odgovor na istraživačko pitanje ili problem. Pregledom literature koja se bavi vrstama nacrtu možemo uočiti kako različiti autori imaju različite podjele, ponekad i nazive vrsta nacrtu. Od samog naziva nacrtu koji se može razlikovati ovisno o korištenoj literaturi puno je važnije znati koje informacije možemo dobiti iz prikupljenih podataka i o kojim ograničenjima u zaključivanju treba voditi računa.

U istraživanjima u području sestrinstva koriste se različite vrste nacrtu. Vrste nacrtu koji se najčešće koriste možemo svrstati u četiri skupine:

- eksperimentalni
- kvaziekperimentalni
- korelacijski i
- deskriptivni nacrt.

Eksperimentalni nacrti

Ako nas zanima utvrđivanje *utjecaja* nezavisne varijable na zavisnu varijablu moramo provesti eksperiment. Eksperimentalni nacrti omogućavaju donošenje zaključaka o uzročnoj povezanosti između varijabli. To znači osigurati najveću moguću kontrolu za testiranje uzročnosti s najmanjom mogućom pogreškom. Kako bi utvrdio uzročnost istraživač mora ukloniti sve faktore koji mogu utjecati na zavisnu varijablu osim uzroka (nezavisne varijable) koji se ispituje.

3 su glavna elementa eksperimentalnog istraživanja:

1. *Slučajni raspored ispitanika u skupine*. Skupine u koje su ispitanici po slučaju raspoređeni osiguravaju usporedbu s obzirom na veći broj njihovih bioloških, psiholoških i socijalnih obilježja. Razlike među grupama na kraju istraživanja koje se mogu opaziti nakon slučajnog raspoređivanja ispitanika po skupinama se mogu tretirati kao posljedica tretmana (intervencije) odnosno djelovanja nezavisne varijable.
2. Iako uzorci ispitanika često ne zadovoljavaju načelo reprezentativnosti, načelo slučajnosti ispitanika u izboru eksperimentalne i kontrolne skupinu, se treba poštivati jer je to temeljno načelo u izboru ispitanika bilo koje vrste (Mejovšek, 2003). Slučajnost izbora je u funkciji objektivnosti i nepristranosti, a to su temelji eksperimenta i općenito znanstvene spoznaje. Postoji neslaganje oko toga da li je slučajno uzorkovanje nužan uvjet da bi neki nacrt smatrali eksperimentalnim. Randomizacija gdje se neslučajno odabrani ispitanici po slučaju dijele po skupinama, neki smatraju zadovoljavajućom zamjenom za slučajni uzorak. Neki podaci govore da u području sestrinstva čak 55.3% studija sestrinskih intervencija ne obuhvaća čak ni slučajno raspoređivanje ispitanika po skupinama (Abraham, Chalifoux i Evers, 1992, prema Fitzpatrick i Wallace, 2006).
3. *Manipulacija nezavisne varijable* je pod kontrolom istraživača, dakle istraživač nešto čini nekim ispitanicima odnosno postoji neki oblik intervencije. Manipulacija znači da istraživač namjerno mijenja nezavisnu varijablu i onda promatra njezin utjecaj na zavisnu varijablu. Manipulacija znači da se tretman na nekim ispitanicima primjenjuje, a na drugima ne.
4. *Kontrola eksperimentalne situacije i uvjeta*, uključujući kontrolnu ili usporednu skupinu koja omogućava kontrolu raznih čimbenika koji mogu pored nezavisne varijable utjecati na zavisnu varijablu.

Ima više vrsta eksperimentalnih nacrtova od kojih ćemo nabrojati samo neke.

U grupnim eksperimentalnim nacrtima se uspoređuju skupine ispitanika izložene različitim uvjetima, što znači da uz eksperimentalnu skupinu (nadalje ES) postoji i kontrolna skupina (nadalje KS). Pod kontrolnom skupinom obično podrazumijevamo klasičan primjer gdje ispitanici nisu bili izloženi djelovanju nezavisne varijable odnosno tretmana

i nju nazivamo *netretirana kontrolna skupina* npr. jedna skupina ima predoperativnu pripremu (ES), druga nema (KS), te uspoređujemo razlike u tjeskobi nakon operacije. Međutim, kontrolne skupine mogu biti različite. Kod *kontrolne skupine standardnog tretmana* jedna skupina prima klasični lijek protiv depresije (KS), druga prima novi eksperimentalni (ES). Kod *kontrolne skupine nespecifičnog tretmana* upotrebljava se placebo kako bi se utvrdilo dolazi li do promjena isključivo zbog pozitivnih očekivanja ispitanika (odnosno uvjerenja da bi nezavisna varijabla trebala djelovati na određeni način) neovisno o djelovanju nezavisne varijable. A imamo i *kontrolnu grupu ekvivalentnih parova* gdje imamo parove ispitanika koji su izjednačeni po relevantnim faktorima, jedan je u eksperimentalnoj drugi u kontrolnoj skupini. Ovisno o području birat ćemo kontrolnu skupinu koja omogućava najbolji odgovor na istraživački problem.

Tipičan predstavnik eksperimentalnih nacrtova je *grupni nacrt s kontrolnom skupinom i opažanjem prije i poslije tretmana*. Npr. želimo ispitati učinkovitost predoperativne pripreme na doživljaj boli nakon operacije te u jednoj skupini primijenimo predoperativnu pripremu (ES), dok druga skupina koja nam služi kao kontrolna neće imati predoperativnu pripremu. Bol se mjeri prije i nakon primjene nezavisne varijable kod obje skupine.

Jedan od složenijih eksperimentalnih nacrtova je i *faktorijalni nacrt* u kojem ima više nezavisnih varijabli i koji omogućuju provjeru postoji li interakcija između tih varijabli (prema Milas, 2005). Tako npr. medicinsku sestru može zanimati upotreba dviju terapijskih strategija u stimulaciji prerano rođene djece: taktilna i auditivna. Također nas zanima utječe li dnevna količina stimulacije na njihov napredak. Ovakav nacrt omogućava nam dobivanje odgovora na tri pitanja: 1) dovodi li auditivna stimulacija do različitih efekata na razvoj djeteta u odnosu na taktilnu; 2) ima li količina stimulacije (neovisno o modalitetu) utjecaj na razvoj djece i 3) je li auditivna stimulacija najefikasnija kada se primjenjuje u određenoj količini i je li taktilna stimulacija najefikasnija kada se primjenjuje u različitim količinama. Dakle, ne samo da ova vrsta nacrtova omogućava dobivanje odgovora na pitanje o glavnim efektima nezavisne varijable, dakle koja je stimulacija učinkovitija ili koja količina stimulacije daje najbolje učinke, već omogućava ispitivanje interakcije između dvije nezavisne varijable te npr. možemo dobiti da su 15 minuta taktilne stimulacije

i 45 minuta auditivne stimulacije najbolji oblici tretmana što ne bismo mogli utvrditi da smo radili dva zasebna istraživanja u kojima se manipulira samo s jednom nezavisnom varijablom (prema Fawcett i Garrity, 2009).

U biomedicini se često rade tzv. *randomizirana klinička istraživanja*, kojim se ispituju cjepiva, novi načini liječenja te nove primjene do tada poznatih načina liječenja. Cilj im je odrediti je li novi postupak odnosno novi lijek kako učinkovit, tako i siguran (Lukić, 2004). Ona koriste veliki broj ispitanika kako bi testirali učinak tretmana i usporedili njihove rezultate sa rezultatima kontrolne skupine koja nije primila tretman (ili je primila tradicionalni tretman). Ispitanici se biraju iz odabrane populacije, uz upotrebu čvrstih kriterija i zatim se po slučaju raspoređuju u eksperimentalnu i kontrolnu skupinu. Inicijalno stanje ispitanika treba biti jednako prije početka tretmana s tim da u interpretaciji dobivenih rezultata treba voditi računa da uzorak možda nije reprezentativan za ciljnu populaciju.

U eksperimentalne nacрте ubrajaju se i *nacрти unutar ispitanika* odnosno *nacрти ponovljenih mjerenja*. To znači da su ispitanici sami sebi zapravo kontrolna skupina jer je svaki ispitanik izložen svim eksperimentalnim uvjetima.

Nema sumnje da su eksperimentalni nacрти naj-snažniji nacрти za testiranje hipoteze o uzročno-posljedičnim vezama među varijablama. Smatra ih se "zlatnim standardom" (prema Polit i Beck, 2010) za istraživanja koja proučavaju utjecaj različitih intervencija jer one omogućavaju najkvalitetnije dokaze što se tiče učinka intervencije. Zahvaljujući trima elementima koje smo već naveli: manipulacija, kontrola i slučajni raspored po skupinama, eksperimentalni nacрти omogućavaju da se alternativna objašnjenja za kauzalne interpretacije mogu isključiti. To je osobito istina ako se intervencija temelji na do-broj teorijskoj podlozi.

Naravno, usprkos niza prednosti, eksperimentalni nacрти imaju i svoja ograničenja. Prvo, znatan broj zanimljivih varijabli nije dostupan manipulaciji pa tako se veliki broj ljudskih karakteristika kao što je bolest ili zdravstvene navike ne mogu po slučaju rasporediti među ljudima. Drugo, mnoge varijable bi se mogle tehnički, ali ne i etički manipulirati. Postoje područja i discipline u kojima je neetički mijenjati situaciju da bi se vidjele popratne pojave što osobito vrijedi za "područje istraživanja u zdravstvu". Npr. do danas nije bilo eksperimenata koji proučavaju direktan utjecaj pušenja na

nastanak raka pluća. Takav eksperiment odnosno eksperimentalni nacrt bi zahtijevao da ljude po slučaju rasporedimo u grupu pušača (eksperimentalna skupina, koju prisiljavamo da puši) i grupu nepušača (kontrolna skupina, koju prisiljavamo da ne puši). Eksperimenti na ljudima su uvijek izvor etičkih dilema i ograničenja.

Drugi potencijalni problem je da se kod ispitanika može javiti tzv. Hawthorne efekt gdje bez obzira u kojim se uvjetima ispitanici nalaze, mijenjaju svoje ponašanje radi saznanja da sudjeluju u istraživanju neovisno o djelovanju nezavisne varijable.

Dakle, možemo zaključiti da eksperimentalni nacрти imaju određena ograničenja koja ih ponekad čine teško primjenjivim u realnim okolnostima, ali su zasigurno superiorna spram svih ostalih kada govorimo o testiranju hipoteze o uzročno posljedičnim odnosima.

Kvazieksperimentalni nacрти

Kvazieksperimentalni nacрти olakšavaju potragu za znanjem i provjerom uzročnosti gdje kontrola nije u potpunosti moguća. Oni uključuju intervenciju, međutim nema slučajnog raspoređivanja po skupinama, a neki kvazieksperimentalni nacрти nemaju čak ni kontrolnu skupinu.

Ti nacрти su osmišljeni kako bi se kontroliralo što je više moguće prijetnji valjanosti u situaciji gdje nedostaju neki elementi eksperimentalnih nacрта. Neekvivalentna kontrolna skupina je ona gdje kontrolna skupina nije odabrana po slučaju i relativno često se koristi u kvazieksperimentalnim nacrtima. U većini tih nacрта ispitanici se biraju iz istog skupa ispitanika i za ES i za KS. Ali u nekim kvazieksperimentalnim nacrtima se prirodno definiraju eksperimentalna i kontrolna skupina. Npr. skupine mogu uključivati ispitanike koji su odabrali neki tretman te skupinu ispitanika koji taj tretman nisu odabrali. Te grupe se ne mogu smatrati ekvivalentne jer se obično ispitanici u kontrolnoj skupini razlikuju po svojim karakteristikama u odnosu na one iz eksperimentalne skupine.

Jedan od često korištenih kvazieksperimentalnih nacрта je *nacrt s netretiranom kontrolnom skupinom s testiranjem prije i poslije*. Zanima nas npr. promatranje učinka novog programa u bolnici koji uključuje uvođenje posebne osobe koja će prva primati pacijente prilikom hospitalizacije kako bi im se olakšao boravak, pri čemu je zavisna varijabla zadovoljstvo pacijenta. Kako se program primjenjuje u cijeloj bolnici, nije moguća randomizacija

pacijenata u skupine koji će biti uključeni u novi program i onih koji neće. U tu svrhu koristi se prikupljanje podataka iz druge bolnice sa sličnim obilježjima koja ne uvodi novi model rada s pacijentima. Podaci o zadovoljstvu pacijenata se prikupljaju prije nego što model krene u obje bolnice i nakon njegove primjene (prema Polit i Beck, 2010).

Kvazieksperimentalni nacrt je i nacrt *prekinutih vremenskih nizova* gdje nas može zanimati mijenja li se stopa samoubojstava u školama uvođenjem različitih oblika psihološke pomoći u školama, pri čemu se možemo poslužiti podacima od ranije kako bi pratili kakvi su trendovi bili prije uvođenja programa i prati se neko vrijeme kakva je stopa samoubojstava nakon uvođenja programa (prema Milas, 2005).

Snaga kvazieksperimentalnih nacrtova je u tome što su praktični – nije uvijek moguće provesti pravi eksperiment. Sestrinska istraživanja se često provode u prirodnim uvjetima, gdje je teško uvesti novi tretman samo nekim pacijentima, a drugima ne. Najveći nedostatak je što se ne mogu tako lako donositi zaključci o uzročno-posljedičnim vezama između varijabli. Kod kvazieksperimentalnih nacrtova postoje alternativna objašnjenja za dobivene rezultate. Ako npr. proučavamo ima li određeni režim prehrane utjecaj na težinu kod korisnika u domovima umirovljenika, a pritom nemamo kontrolnu skupinu ili imamo nekeivalentnu kontrolnu skupinu i opazimo porast težine moramo se pitati slijedeće: Je li moguće da je neki drugi faktor doveo do povećanja težine? Je li moguće da su razlike prije tretmana između eksperimentalne i kontrolne skupine dovele do razlika u težini? Je li moguće da su starije osobe dobile na težini jer su oni najkrhkiji umrli ili su bili prebačeni u bolnicu? Ako je neki od odgovora potvrđan onda se smanjuje mogućnost zaključivanja o uzročnim efektima ove intervencije. Treba imati na umu da kod kvazieksperimentalnih nacrtova gotovo uvijek postoji barem jedna moguća alternativna hipoteza.

Dakle, možemo zaključiti da kvazieksperimentalni nacrti imaju većinu odlika eksperimentalnih nacrtova, ali je zbog nemogućnosti kontroliranja nekih zavisnih varijabli njihova spoznajna snaga manja, a na taj način izvedeni kauzalni zaključci nesigurni.

Korelacijski nacrti

Kada nas zanima proučavanje učinka potencijalnog *uzroka* kojim ne možemo manipulirati, upotrebljavamo nacrt koji proučava odnose među va-

rijablama koji se naziva korelacijski nacrt. Svrha korelacijskih nacrtova je proučavanje odnosa između ili unutar dvije ili više varijabli u jednoj grupi. Proučavanje se može odvijati na nekoliko razina: opisivanje odnosa (deskriptivni korelacijski nacrt), predviđanje odnosa između varijabli (prediktivni korelacijski nacrti) ili istovremeno testiranje svih odnosa predviđenih od strane neke teorije (testiranje modela). Korelacijski nacrti obično zahtijevaju veliki broj ispitanika kako bi se obuhvatio cijeli raspon mogućih rezultata u nekoj varijabli (prema Fawcett i Garrity, 2009).

Nacrti u kojima se retrospektivno proučava neka pojava su oni u kojima se pojava ili fenomen koji postoji ili se pojavio u sadašnjosti, povezuje s pojavom iz prošlosti (Sutherland, 2001). Primjer su *retrospektivna istraživanja* raka pluća, gdje istraživač kreće od osoba od kojih neke boluju od raka pluća, a neke ne, te traži razlike u ranijem ponašanju i zdravstvenim navikama npr. jesu li pušači. Naravno, važno je voditi računa da se ispitanici iz te dvije skupine što manje međusobno razlikuju odnosno da su izjednačeni po većini varijabli npr. spol, dob i sl.

Korelacijska istraživanja koja koriste *prospektivni nacrt* kreću od pretpostavljenog uzroka i idu prema pretpostavljenim posljedicama ili učinku (Sutherland, 2001). Prospektivna istraživanja raka pluća tako kreću od uzoraka pušača i nepušača i kasnije nakon nekog vremena uspoređuju te dvije skupine po incidenciji raka pluća. Iako su ova istraživanja skuplja, ona imaju veću snagu od retrospektivnih istraživanja jer uklanjaju bilo kakve sumnje u vremenski slijed događaja (za pušenje se zna da prethodi raku pluća). Uzorci su reprezentativniji za pušače i nepušače, u odnosu na retrospektivna istraživanja, te je moguće bolje kontrolirati vanjske faktore koji mogu objasniti opažene učinke.

Deskriptivni korelacijski nacrt se odnosi na opisivanje varijabli i provjera odnosa između njih.

Prediktivni korelacijski nacrti imaju za svrhu predviđanje vrijednosti jedne varijable na temelju vrijednosti druge varijable. Predikcija je jedan od načina proučavanja uzročnih odnosa među varijablama. Cilj ovog nacrtva je predviđanje razine zavisne varijable na temelju vrijednosti nezavisne ili više nezavisnih varijabli. Nezavisne varijable koje su najučinkovitije u predviđanju su visoko povezane sa zavisnom varijablom, ali nisu visoko povezane s ostalim nezavisnim varijablama u istraživanju.

Neka istraživanja su pak osmišljena kako bi testirala točnost pretpostavljenog *kauzalnog modela*. Nacrt zahtijeva da se sve varijable koje su važne za model izmjere te je potreban velik heterogen uzorak. Svi "putovi" koji odražavaju odnose među konceptima se trebaju identificirati i razvija se konceptualna mapa. Analiza utvrđuje jesu li rezultati konzistentni sa modelom (prema Burns i Grove, 2003).

Deskriptivni nacrti

Deskriptivni nacrt ima svrhu prikupiti što više informacija o karakteristikama unutar nekog određenog područja istraživanja. Njegov osnovni cilj je pružiti sliku neke situacije kako se ona prirodno odvija. Npr. može nas zanimati da utvrdimo postotak adolescenata koji iskazuju neka rizična ponašanja kao što su spolni odnos bez zaštite, konzumacija droga i alkohola i sl. U ovoj vrsti nacrtu nema manipulacije varijablama te nema nezavisne i zavisne varijable jer nas ne zanima utvrđivanje uzročnosti. Pristranost ili sistematske pogreške se uklanjaju; 1) konceptualizacijom i operacionalizacijom varijabli; 2) odabirom veličine uzorka i načinom uzorkovanja; 3) valjanim i pouzdanim mjernim instrumentima te 4) načinom prikupljanja podataka koji djelomično kontroliraju okolinu (Burns i Grove, 2003). Deskriptivni nacrti se razlikuju po svojoj složenosti, neki obuhvaćaju samo dvije varijable, neki ih naravno imaju više.

Komparativni deskriptivni nacrti se koriste za opisivanje varijabli i ispitivanje razlika u varijablama između dvije ili više grupa npr. može nas zanimati postoje li razlike u prilagodbi kod djece oboljele od različitih kroničnih bolesti.

Dakle, u ovim istraživanjima cilj nije objašnjavanje ili razumijevanje uzroka koji su u podlozi proučavanih varijabli, već je cilj opisivanje karakteristika uzorka što opravdava upotrebu deskriptivnih nacrtu.

Glavni nedostatak deskriptivnih i korelacijskih nacrtu koji se ubrajaju u neeksperimentalne nacrtu je njihova nemogućnost da utvrde uzročne odnose sa zadovoljavajućom sigurnošću. To ne predstavlja problem ako je nama cilj samo opisati neki uzorak, međutim neki istraživači često iz korelacijskih nacrtu žele izvući zaključke o uzročno posljedičnim vezama između varijabli što je radi svih drugih faktora koji mogu utjecati na proučavanu pojavu vrlo teško i nije znanstveno opravdano. Usprkos tome, korelacijska istraživanja predstavljaju važnu ulogu u području istraživanja u sestrinstvu jer

mnogi zanimljivi problemi nisu podložni manipulaciji. Korelacijska istraživanja nam često omogućuju učinkovito prikupljanje velikog broja podataka o nekom problemu te tako npr. možemo u jednoj točki mjerenja prikupiti opsežne informacije o zdravstvenim poteškoćama i navikama hranjenja ispitanika te ispitivati koje od tih poteškoća su u korelaciji s prehrambenim navikama. Eksperimentalni nacrti su, za razliku od korelacijskih, u mogućnosti istovremeno proučavati znatno manji broj varijabli, tako da nam korelacijska istraživanja mogu dati dobru bazu informacija o nekim varijablama i njihovim pretpostavljenim odnosima prije nego što se krene u primjenu nekih od sestrinskih intervencija.

Prije nego što krenemo u provođenje istraživanja nužno je dodatno proučiti literaturu o vrstama nacrtu kako bi pažljivo odabrali onaj koji najbolje odgovara na naše istraživačko pitanje, uzimajući u obzir o kojim ograničenjima u zaključivanju treba voditi računa. Ponekad možemo ustvrditi da s obzirom na uvjete koje postoje u praksi i s obzirom na metode koje nam stoje na raspolaganju neće biti moguće utvrditi uzročno posljedične odnose među varijablama što nam je bio inicijalni cilj, već ćemo se morati odlučiti za korelacijski nacrt koji će nam dati uvid u odnose među varijablama, ali neće nam poput eksperimentalnog nacrtu omogućiti kauzalno zaključivanje. Svaka vrsta nacrtu ima svoje prednosti i nedostatke, te je važno biti upoznat s njima. Zaključno, možemo reći da odluka o nacrtu ovisi o nekoliko faktora: cilju istraživanja, vrsti varijabli, mogućnosti upotrebe tehnika i metoda te području istraživanja. Imajući to u vidu, nema sumnje da ćemo moći prikupiti kvalitetne podatke i doprinijeti širenju i razvijanju znanja u području sestrinstva i pridonijeti zdravstvenoj njezi temeljenoj na dokazima.

Literatura

1. Burns, N. i Grove, S. K. (2003). *Understanding Nursing Research*. Philadelphia: Saunders.
2. Fawcett, J. i Garritty, J. (2009). *Evaluating Research for Evidence Based Nursing Practice*. F.A. Davis Company, Philadelphia. Fitzpatrick, J.J. i Wallace M. (2006). *Encyclopedia of Nursing Research*. New York: Springer Publishing Company.
3. Lukić, I. K. (2004). Vrste istraživanja. U: Marušić, M. i sur. (ur). *Uvod u znanstveni rad u medicini*. Medicinska naklada, Zagreb, str. 28-36.

4. Mešovšek, M. (2003). Uvod u metode znanstvenog istraživanja u društvenim i humanističkim znanostima. Edukacijsko rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Naklada Slap, Jastrebarsko.
5. Milas, G. (2005). Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima. Naklada Slap, Jastrebarsko.
6. Polit, D. F. i Beck, C.T. (2010). Essentials of Nursing Research. Philadelphia: Wolters Kluwer i Lippincott Williams & Wilkins.
7. Sutherland, S. E. (2001). Evidence-based dentistry: Part IV. Research design and levels of evidence. Journal-Canadian Dental Association. 67, 375-378.

Irena Kovačević, dipl.med.techn.

Zdravstveno veleučilište

Danijela Prugovečki, bacc.med.techn.

KBC "Sestre milosrdnice"

USPOREDBA NASTANKA POSTOPERATIVNIH KOMPLIKACIJA KOD BOLESNIKA U JIL-U U ODNOSU NA VRSTU PRIJEMA

SAŽETAK

Intenzivno liječenje podrazumijeva zbrinjavanje pacijenata s teškim bolestima i stanjima koja ugrožavaju njihov život (respiracijska insuficijencija, šok, politrauma itd.). Pretpostavlja se da navedeni bolesnici manifestiraju postojeću disfunkciju i nedostatne organske rezerve, te su podložni razvoju komplikacija. Nadalje, zatajenje jednog organskog sustava utječe na ostale organske sustave.

Zbog visokog rizika za razvoj komplikacija, praćenje dostupnih funkcija iziskuje kontinuirani monitoring, uz praćenje dostupnih informacija, pacijentove pritužbe, fizikalni pregled, laboratorijske pretrage te neinvazivni i invazivni nadzor. Indikacije za prijem bolesnika u JIL su životno ugroženi bolesnici, bez obzira na etiologiju, svi bolesnici kojima je potrebna strojna ventilacija pluća, bolesnici u stanju šoka, bolesnici u stanju akutne kome, bolesnici koji su uspješno reanimirani, poslijeoperacijski, nakon velikih operacija i transplantacije.

Više od 40% prijema bolesnika u JIL, odnosi se na postoperacijsko zbrinjavanje. Po stupnjevima hitnosti, operativni zahvati se dijele na hitne i elektivne. Prema kategorizaciji operativnih zahvata s obzirom na hitnost razlikuje se:

1. Hitni operativni zahvat, čije vrijeme za izvođenje podrazumijeva hitno i trenutno zbrinjavanje. U tu kategoriju spadaju opsežna krvarenja, opstrukcija crijeva, opstrukcija žučnog mjehura, frakture lubanje s ulegnućem kosti i opsežne opekline.
2. Hitni operativni zahvat s odgodom, podrazumijeva izvođenje zahvata unutar 24-30 sati. Dijagnoze koje se odnose na ovu kategoriju su akutna upala žučnog mjehura, bubrežni i žučni kamenci.

3. Elektivni operativni zahvat, podrazumijeva vrijeme za izvođenje zahvata u periodu od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci. Odnosi se na dijagnoze katarakte, hernie, benigne tumore uterusa...
4. Operativni zahvat na osobni zahtjev. Vrijeme za izvođenje ovog zahvata nije ograničeno i izvodi se po dogovoru. U ovu kategoriju spada estetski kirurški zahvat.

Operativni zahvati mogu biti učinjeni iz više razloga:

1. Dijagnostičke svrhe: biopsija, eksplorativna laparotomija i dr.
2. U svrhu liječenja: tumori, upalne bolesti i dr.
3. u rekonstruktivne i kozmetičke svrhe: mamoplastika, face lifting i dr.
4. U palijativne svrhe: gastrostoma, smanjivanje intenziteta boli i dr.

U poslijeoperacijskom periodu moguće su postoperativne poteškoće (bol, mučnina, povraćanje, abdominalna distenzija i štućavica). Njihova karakteristika je da otežavaju oporavak bolesnika ali ne ugrožavaju njegov život. Za razliku od poteškoća, postoje i postoperativne komplikacije, i one ugrožavaju život bolesnika.

Moguće komplikacije:

- Šok (hipovolemijski, distribucijski, ekstrakardijalni i kardijalni)
- Krvarenje (primarno, intermediarno, sekundarno)
- Infekcija operativne rane
- Disrupcija, evisceracija i dehiscencija operativne rane
- Duboka venska tromboza

- Plućna embolija
- Respiratorne komplikacije
- Gastrointestinalne komplikacije
- Opstrukcija crijeva.

Poznavanje simptoma i njihovo rano prepoznavanje su od iznimne važnosti u njihovoj prevenciji.

Postoperativne komplikacije mogu se javiti kod svih operacija, a isto tako mogu biti jedinstvene kod određenih zahvata. Bez obzira na sve zadovoljene aspekte u perioperacijskom periodu, izbjegavanje komplikacija je ponekad neizbježno zbog prirode bolesti. Čimbenici koji mogu utjecati na to su mnogobrojni, od primarne bolesti, vrste operacije, preoperativne prevencije (pušenje, tjelesna težina), intraoperativno (anastomoza), postoperativno (rana mobilizacija).

Kirurške komplikacije se odnose na komplikacije od strane kirurške rane (dehiscencija rane, infekcija, hematoma), komplikacije termoregulacije (hipotermija, maligna hipertermija), postoperativna povišena temperatura, plućne (atektaza, pneumonija- aspiraciona, nosokomijalna, VAP, plućna embolija), srčane (hipertenzija, infarkt miokarda, aritmije), bubrežne (retencija urina, akutno zatajenje bubrega), endokrinološke, hepatobilijarne, neurološke (delirij, demencija, TIA, moždani inzulit).

Cilj ovog istraživanja je istražiti i usporediti učestalost nastanka postoperativnih komplikacija (dehiscencija rane, krvarenje, respiratorne komplikacije, infekcija, gastrointestinalne komplikacije), kod bolesnika s hitnim operativnim zahvatom u odnosu na one s elektivnim.

Istraživanje je provedeno u KBC "Sestre milosrdnice" u Središnjoj jedinici intenzivnog liječenja Zavoda za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje. Istraživanje je uključilo sve bolesnike primljene u JIL u periodu od 1.10.2011. - 1.02.2012.

Metoda rada je prospektivno istraživanje na dvije grupe bolesnika. Grupa 1.: bolesnici koji su zaprimljeni u hitnoj službi. Grupa 2.: bolesnici s redovnim primitkom. Analizirana je medicinska i sestrinska dokumentacija, uz distribuciju po dobi, spolu, vrsti primitka, i nastalim komplikacijama. Dobiveni podaci su statistički obrađeni, uz grafički i numerički prikaz rezultata.

Dobiveni rezultati pokazuju da je od ukupnog broja bolesnika obuhvaćeno istraživanjem primljeno u

JIL zbog elektivnog zahvata (više od 60 %). Bolesnici zaprimljeni zbog hitnog zahvata bili su izloženi većem riziku za nastanak komplikacija. U toj skupini prevalirali su muškarci i to starije dobi (iznad 60 god). Najčešće komplikacije kod bolesnika koji su hitno primljeni bili su dehiscencija rane, infekcija, te respiratorne komplikacije. Ostale postop. komplikacije zapažene su u manjem broju. Također i broj smrtnih ishoda veći je kod bolesnika koji su hitno primljeni. Uočeno je da je broj dana ležanja i dana na mehaničkoj ventilaciji duži kod hitnih prijema. Postoperativne komplikacije su ozbiljan problem koji uključuje niz medicinskih, sestrinskih, etičkih, ali i ekonomskih aspekata. Kod bolesnika koji su adekvatno preoperativno pripremljeni za operativni zahvat znatno je smanjena mogućnost nastanka postoperativnih komplikacija u odnosu na hitni prijem. Stoga je dobra perioperativna skrb bolesnika izuzetno bitna i uključuje multidisciplinarni tim koji se adekvatno brine za bolesnike s najvećim naglaskom na medicinske sestre i provođenje zdravstvene njege. Postoperativne komplikacije su ozbiljan problem kirurgije i zato je potrebno provoditi sve medicinske i sestrinske intervencije da se broj istih svede na najmanju moguću mjeru.

Literatura:

1. Jukić, M., Gašparović, V., Husedžinović, Ino., Majerić kogler, V., Perić, M., Žunić, J. Intenzivna medicina. Zagreb: Medicinska naklada: 2008.
2. Kalauz, S. Zdravstvena njega kirurških bolesnika s odabranim specijalnim poglavljima, nastavni tekstovi Zdravstvenog veleučilišta. Zagreb. 2000.
3. Black, J. M., Hokanson Hawks, J., Keene, A. M. Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcome, Sixth edition, W. B. Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania, 2001.
4. Townsend, C. M. Sabiston Textbook of Surgery, 18th edition: The Biological Basis of Modern Surgical Practice, Saunders, 2007
5. Satyawar, A.B., Shinde, V. S., Chaudhari, L. S. Audit of intensive care unit admissions from the operating room. Indian J. Anaesth. 2006; 50 (3): 193-200.

USPOREDBA POVEZANOSTI VENTILATOR PNEUMONIJA (VENTILATOR ASSOCIATED- PNEUMONIA/VAP) U ODNOSU NA BROJ DANA MEHANIČKE VENTILACIJE

Ključne riječi: ventilator, ventilator pneumonija, bolesnik na mehaničkoj ventilaciji, čimbenici rizika, prevencija ventilator pneumonije.

SAŽETAK

Infekcije stečene u bolnici (bolničke ili nozokomialne infekcije) značajan su zdravstveni i financijski problem u bolnicama većine zemalja. Bolnička pneumonija je drugi najčešći oblik bolničke infekcije i vodeći je uzrok smrti vezane uz bakterijske infekcije u bolnici. Pet do deset posto hospitaliziranih bolesnika razvije infekciju povezanu sa zdravstvenom skrbi (bolničku infekciju) u razvijenim zemljama, a još znatno veći postotak u nerazvijenim zemljama svijeta.

Mehanička ventilacija je primjena mehaničke naprave (stroja) radi djelomične potpore ili potpune zamjene bolesnikove ventilacije, te se u jedinici intenzivnog liječenja provodi rutinski. Mehanička ventilacija ima pozitivan i negativan učinak na liječenje vitalno ugroženog bolesnika, s jedne strane spašava život tog bolesnika dok s druge strane može dovesti do komplikacija koje mogu biti izrazito negativne po bolesnikovo zdravlje. Indicirana je kada bolesnikova spontana ventilacija nije dovoljna za održavanje života ili kada je prijeko potrebno preuzeti nadzor nad ventilacijom da bi se spriječilo zatajenje drugih organskih sustava.

VAP povećava morbiditet i mortalitet, produljuje boravak bolesnika u bolnici, povećava rezistenciju mikroorganizama na antimikrobne lijekove, znatno povećava financijske troškove liječenja, ali i povećava patnju bolesnika kako i njihovih obitelji.

VAP je najučestalija komplikacija kod bolesnika u jedinicama intenzivnog liječenja. Prosječno korištenje strojne ventilacije u bolesnika koji su razvili

ventilator pneumoniju je 20,28 dana, dok su bolesnici koji nisu razvili ventilator pneumoniju u prosjeku ventilirani kroz 9,20 dana. Postoji pozitivna korelacija (0,856897) i statistička značajnost između broja dana mehaničke ventilacije i pojavnosti VAP-a. Dakle, što su bolesnici duže bili na mehaničkoj ventilaciji to je pojava VAP-a veća. Ovo govori u prilog hipotezi da prolongirana ventilacija povećava rizik od stjecanja ventilator pneumonije. Protražirana strojna ventilacija je bitan čimbenik koji je utjecao na visinu stope ventilator pneumonija. Važan čimbenik nastanka VAP-a je dob preko 60 godina. Od 7 bolesnika kod kojih se razvio VAP 4 (57.14%) bilo je starije od 60 a 3 (42,86%) mlađe od 60 godina. Provedeno istraživanje dokazuje da udio muškog spola, kod kojih se je razvio VAP, iznosi 85,7% a ženskog 14% što u ovom slučaju govori da spol utječe na visinu stope ventilator pneumonije. U ovom šestomjesečnom istraživanju visokorizični čimbenici koji su bili prisutni kod bolesnika koji su razvili VAP također su reintubacija i traheotomija 6 puta, koma 4 puta te KOPB i DM 1 put. U prethodnom tekstu navedeno je još niz visokorizičnih čimbenika koji su bitni za nastanka VAP-a. U razdoblju od 01.-01.30.06.2011 u Jedinici intenzivnog liječenja O.B Zadar stopa ventilator pneumonija na 1000 dana korištenja umjetne ventilacije koja iznosi 13, što znači da se na 1000 dana strojne ventilacije kod 13 bolesnika razvije ventilator pneumonija. Stopa VAP-a prema svjetskoj literaturi Centra za kontrolu u Atlanti (CDC-u) se kreće od 2.1-11 na 1000 dana strojne ventilacije, što znači da je stopa VAP-a po provedenom istraživanju iznad navedenih vrijednosti (16). Vodeći se ovim rezultatima, u smislu preventivnih mjera trebalo bi uvesti korektivne mjere, te detaljno nadzirati proved-

bu protokola u svakodnevnom radu kako bi se na vrijeme uočili eventualni propusti.

Podaci o stopama ventilator pneumonija važan su smjerokaz osoblju JIL-a i Povjerenstvu za kontrolu bolničkih infekcija u smislu sagledavanja poduzetih, te pronalaženja i planiranju novih, efikasnijih metoda za smanjenje učestalosti ventilator pneumonija.

VAP predstavlja veliki epidemiološki, dijagnostički, terapijski i ekonomski problem. Liječenje VAPA je dugotrajno. Izuzetno je zahtjevno i skupo. Uzročnici VAP-a su često otporni na brojne antimikrobne lijekove. Nastanak VAP-a nemoguće je u potpunosti spriječiti ali ga pravilnim pristupom prevenciji i liječenju može učinkovito ograničiti. Smanjenje incidencije ove pojave uvelike bi smanjilo duljinu boravka bolesnika u bolnici, smanjilo troškove liječenja te osiguralo našem klijentu bolju skrb.

Prvi korak u borbi protiv pneumonija povezanih sa strojnom ventilacijom je edukacija zdravstvenog osoblja, tj. upoznavanje rizičnih čimbenika, i mjera sprečavanja prilikom svakodnevne skrbi oko strojno ventiliranih bolesnika, a provodi se pismenim (preporuke i postupnici), te usmenim putem. Preporuke o mjerama sprečavanja donosi Povjerenstvo za kontrolu bolničkih infekcija uz bezrezervnu podršku menadžmenta bolnice.

Preporuke za sprečavanje ventilator pneumonija odnose se na mjere higijene ruku, korištenje zaštitne odjeće, higijenu podova i bolesnikove okoline, manipulaciju respiratornim sekretima, održavanje respiracijskog pribora i bronhoskopa, sprečavanje refluksa i aspiraciju sadržaja crijeva, sprečavanje kolonizacije donjeg dišnog trakta orofaringealnom florom, sprečavanje kolonizacije donjih dišnih putova kroz traheostomu, te racionalizaciju korištenja antibiotika širokog spektra. Izuzetno je važno napraviti, poštivati i provoditi standardne operativne procedure, standarde postupaka, protokole i ostale mjere u liječenju i zdravstvenoj njezi u svrhu prevencije i liječenja VAP-a. Suradnja multidisciplinarnog tima na izradi ovih protokola je ključna. Razvoj smjernica za dokazivanje, kliničkih protokola i evaluacijskih obrazaca jedan je od važnih ciljeva kojima trebamo težiti. Izrada protokola mora biti u skladu sa kliničkim iskustvima i rezultatima istraživanja.

Od izuzetnog je značaja kontinuirana edukacija zdravstvenog osoblja za provođenje zdravstvene njege. Kontinuirana edukacija zdravstvenog osoblja pa tako i medicinskih sestara zaposlenih u jedi-

nicama intenzivnog liječenja omogućava očuvanje i osiguravanje stručnih kompetencija. Učinkovitost i svrha kontinuirane edukacije poprilično ovisi o količini stručnih znanja i vještina koje potrebno usvojiti i potreba zdravstvenih djelatnika za novim znanjima. Ciljevi kontinuirane edukacije trebaju biti pokušaji nadoknađivanja manjkavih znanja i tako prilagođavanju svakodnevno promjenjivim zahtjevima struke. Pojam cijeloživotnog učenja podrazumijeva stručnu izobrazbu, profesionalni razvoj uzrokovan brzim promjenama stručnih i socijalnih zahtjeva u modernim društvima kojima i naša država želi pripadati.

LITERATURA

1. Kleončić M. Donji dišni sustav- Građa i funkcija, <http://www.efsa.hr/Podvodni teme/Donji-disni-sustav.htm>
2. Bačić A i suradnici. Mehanička ventilacija u Anesteziologija, intenzivno liječenje i reanimatologija, Chrono d.o.o. Split, Split 2003., str 355-367.
3. Kučišec-Tepeš N. Bakterijski uzročnici bolničkih pneumonija, Sprečavanje bolničkih pneumonija-7. tečaj iz kontrole bolničkih infekcija za medicinske sestre, Zagreb, 2004., str:11-18.
4. Kalenić S, Horvatić J, Tripković V. Nove preporuke za prevenciju bolničkih pneumonija, Sprečavanje bolničkih pneumonija-7 tečaj iz kontrole bolničkih infekcija za medicinske sestre, Zagreb, 2004., str: 1-9.
5. Tripković V. Mikrobiološka dijagnostika pneumonija u bolesnika na strojnoj ventilaciji, sprečavanje bolničkih infekcija u bolesnika na strojnoj ventilaciji-12. poslijediplomski tečaj trajnog usavršavanja 1. kategorije iz kliničke mikrobiologije, Zagreb, 2003., str:75-83.
6. Kučišec-Tepeš N. Nadzor i prevencija bolničke pneumonije u bolesnika na strojnoj ventilaciji (VAP), Signa Vitae, 2004;1, str. 10-15.
7. Koeman M, van der Ven A J A M, Ramasay G, Hoepelman I M, Bonten M J M. Ventilator-associated pneumonia: recent issues on pathogenesis, prevention and Diagnosis, Journal of hospital infections, 2001; 49, str. 155-162.
8. Kalenić S. Nadzor nad bolničkim infekcijama, Sprečavanje bolničkih infekcija u bolesnika na strojnoj ventilaciji-12. poslijediplomski tečaj trajnog usavršavanja 1. kategorije iz kliničke mikrobiologije, Zagreb, 2003., str:1-5.

9. Radonić R, Ivanović D. Odrasli bolesnik na strojnoj ventilaciji, Sprečavanje bolničkih infekcija u bolesnika na strojnoj ventilaciji-12. poslijediplomski tečaj trajnog usavršavanja 1. kategorije iz kliničke mikrobiologije, Zagreb, 2003., str: 23-25.
10. Sekulić A. Uloga orofaringealne flore u patogenezi pneumonije povezane sa strojnom ventilacijom pluća, Sprečavanje bolničkih infekcija u bolesnika na strojnoj ventilaciji-12. poslijediplomski tečaj trajnog usavršavanja 1. kategorije iz kliničke mikrobiologije, Zagreb, 2003., str:31-33.
11. Ivanišević D, Kalauz S. Uloga medicinske sestre u sprečavanju respiratornih komplikacija, Signa Vitae, 2004., 1; str: 18-22.
12. Majerić- Kogler V, Krčmar T. Dijagnostika pneumonija u bolesnika na respiratoru, Sprečavanje bolničkih infekcija u bolesnika na strojnoj ventilaciji-12.poslijediplomski tečaj trajnog usavršavanja 1. kategorije iz kliničke mikrobiologije, Zagreb, 2003., str: 69-74.
13. Jukić M., Gašparović V., Husedžinović I., Majerić-Kogler V., Perić M, Žunić J. Strojna ventilacija u JIL-u, Intenzivna medicina, Medicinska naklada,Zagreb, 2008., str. 83-107
14. Damiani N. N. Rječnik nazivlja u kontroli infekcija, Priručnik o postupcima kontrole infekcija, Merkur A. B. D. i Referentni centar za bolničke infekcije Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, Zagreb, 2004., str: xxvii-xxx
15. Damiani N. N. Prevencija bolničkih pneumonija, Priručnik o postupcima kontrole infekcija, Merkur A. B. D. i Referentni centar za bolničke infekcije Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, Zagreb, 2004., str: 279-285.
16. Ventilator Associated Pneumonia – Event, preuzeto dana 14. studenog, 2011. s <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/6pscVA-Pcurrent.pdf>

Dr.sc. Aleksandar Džakula, dr.med.

ŠNZ "Andrija Štampar", Zagreb

Mara Županić dipl.med.techn.

Zdravstveno veleučilište Zagreb; Dom zdravlja Zagreb-Centar

ZAŠTO PREVENCIJU KRONIČNIH NEZARAZNIH BOLESTI KNB (NI)JE LAKO ORGANIZIRATI?

Sažetak

Kronične nezarazne bolesti su vodeći uzrok smrti u Republici Hrvatskoj, pa se i zdravstvenoj skrbi za njih posvećuje najveća pažnja. Unutar zdravstvene skrbi posebno mjesto zauzima preventivno djelovanje. Naime, opći je dojam, (ali i stav stručnjaka) da postoje mnoge mogućnosti da se kroz preventivno djelovanje može i mora učiniti više u borbi protiv kroničnih nezaraznih bolesti.

Međutim, promatrajući djelovanje zdravstvenog sustava i preventivne aktivnosti nije jasno zašto se to "više preventive" ne ostvaruje. Zbog čega se preventiva ne prepoznaje kao učinkovita? I postavlja se pitanje – možemo li bolje? I što učiniti za bolju prevenciju u budućnosti!

Ključne riječi: prevencija, kronične nezarazne bolesti, faktori rizika, odgovornost, primordijalne i kvartarne prevencije.

Uvod

Analiza stanja u Republici Hrvatskoj pokazala je da **osnovni problem nije nedjelotvornost sustava**, već da postoje ograničenja u određivanju sadržaja, odgovornosti i zadataka u preventivnim intervencijama.

Na primjer mnoge temeljne odrednice preventivnog djelovanja zapravo nisu odgovorene. Primjerice: **zašto provoditi prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti ?...** Zbog visokog pobola i mortaliteta? Javne obaveze države da skrbi za zdravlje građana? Ili zbog etičke obaveze zdravstvenih djelatnika uključujući i kompetentne medicinske sestre da pomažu svima koji imaju potrebe? Ovo naizgled općenit pitanje, pokazuje da područje preventive zahtjeva kompleksne analize, a ne tek kritične točke provedbe pojedinih aktivnosti.

Takva analiza na prvom mjestu podrazumijeva pojašnjenje pojmova povezanih s preventivnim djelovanjem i aktivnostima. I odmah se pojavljuje zanimljiv problem, naša javnost slabio je (ili uopće nije) upoznata s terminima **primordijalne i kvartarne prevencije** – mi isključivo koristimo podjelu na primarnu, sekundarnu i tercijarnu.

Nadalje, na što konkretno djelujemo u preventivnim aktivnostima? Uobičajeno se smatra da pokušavamo djelovati na determinante koji utječu na razvoj bolesti odnosno faktore rizika. Međutim koji su to faktori, koje determinante – te kad njihovu prisutnost smatramo znakom za akciju?

Ako su **faktori rizika** stanja i utjecaji koji povećavaju vjerojatnost pojave bolesti postavlja se pitanje:

- Kako ih odrediti?
- Koja im je granica?
- Kako se mjere?
- Kako se odrediti prema njima u intervenciji?

Drugim riječima, preventivne aktivnosti ni su apstraktna i kabinetska "djelovanja" već vrlo zahtjevan posao koji iziskuje iznimne napore, znanja i puno energije i prije samog početka provođenja planiranih aktivnosti.

Za učinkovito provođenje preventivnih programa potrebno je među ljudima osvijestiti važnost zdravog načina življenja i pokazati njegove prednosti. Ako ne znamo što šteti našem zdravlju i što može dovesti do ozbiljnih posljedica, nećemo znati ni da to trebamo izbjegavati. Stoga je edukacija ključna u prevenciji.

Tko zna više, djelotvorniji je!

Nakon preboljele bolesti, obično većina ljudi nastoji prihvatiti sve predložene promjene, aktivnosti, lijekove da bi potpuno vratili zdravlje. A za očuvanje

zdravlja, prije nastupa bolesti, još se rijetko pribjegava svim oblicima zdravog života.

Upravo to je zadaća svih nas – promicanje zdravog stila življenja i podizanje svijesti o osobnoj ulozi svakog pojedinca u očuvanju vlastitog zdravlja – edukacijom pučanstva i stručnjaka, medijskim kampanjama – od novina, časopisa, radijskih i TV emisija, do različitih publikacija, knjiga, upitnika, preventivnih pregleda i sl.

Zaključak

I na kraju možemo zaključiti – i prije početka preventivnih intervencija u budućnosti, nužni su: jasno definiranje **cilja i sadržaja** preventivnih aktivnosti, određivanje **kriterija** za provođenje prevencije te organizacija intervencija i deklariranje **odgovornosti** za zdravlje. Nadalje, za uspješnu provedbu preventive u Republici Hrvatskoj potrebno je definirati termin prevencije i kriterije za rizične faktore, određivanje ciljnih populacija, jasno određenje prema populacijskom i individualnom, definiranje odgo-

vornosti i zaduženja u provođenju prevencije, intersektorska suradnja te uvođenje kriterija pravednosti kao vrijednosti i cilja preventivnog djelovanja.

Literatura

1. Džakula A, Ivezić J, Zilić M, Crnica V, Bander I, Holcer NJ, Šogorić S, Pavić J, Županić M, Vuletić S. Cardiovascular risk factors and visiting nurse intervention--evaluation of a Croatian survey and intervention model: the CroHort study. Coll Antropol. 2012 Jan; 36 Suppl 1:21-5.
2. Džakula A, Šogorić S, Polasek O, Juriša A, Andrić A, Radaković N, Todorović G. Cardiovascular diseases, risk factors and barriers in their prevention in Croatia. Coll Antropol. 2009 Apr; 33 Suppl 1:87-92.
3. Kovačević J, Šogorić S, Džakula A. Health system research in the Republic of Croatia 1990-2010. Acta Med Croatica. 2010 Dec; 64(5):341-8. Croatian.

REALNOST I PERSPEKTIVE SESTRINSKOG DJELOVANJA U ZAJEDNICI

SAŽETAK

Patronažna zdravstvena djelatnost je integralni dio primarne zdravstvene zaštite i u svom djelokrugu rada uključuje mjere promocije zdravlja i prevencije bolesti. Specifičnost u radu ove djelatnosti je skrb za pojedinca i obitelj te poznavanje osobitosti zajednice koja uključuje kulturalne i okolinske čimbenike. Patronažne sestre djeluju kao korisnikovi savjetnici i mogu integrirati sve nivoe zdravstvene zaštite iz razloga što se njihov rad kontinuirano provodi u zajednici i u domu korisnika. Sveobuhvatnošću populacije patronažne sestre mogu usvojiti pristup zdravstvu u zajednici s fokusom na ljude koje obuhvaća zajednica ili pak pristup javnom zdravstvu koji naglašava čitavu populaciju ili rizične grupe unutar populacije. Na ovaj način moguće je procjenjivati stresore i potencijale zajednice te na taj način djelovati u ostvarivanju zdravstveno socijalnih programa u skrbi za populaciju, te sposobnosti zajednice da se metodama samopomoći i uzajamne pomoći uključi u vlastitu skrb. Istovremeno u domu korisnika moguće je imati realniji uvid na fizičke, duhovne, emocionalne i socijalne komponente što pruža mogućnost holističkog pristupa skrbi čime može efikasnije pridonijeti njenoj pozitivnoj evaluaciji. Oba načina koriste sestrinsku ekspertizu u profiliranju populacije čije potrebe treba prepoznati.

Aktualno stanje u patronažnoj djelatnosti u Republici Hrvatskoj ukazuje na nužnost promjena te intenzivnog rada na njenoj revitalizaciji. Nedostatak sustavne zdravstvene politike doveo je do marginalizacije sestrinstva u zajednici – patronažne zdravstvene skrbi i njezine nedostatne prepoznatljivosti u provođenju programa koji se odnose na promociju zdravlja i prevenciju bolesti. Velika većina programa, koji se provode u pojedinim županijama, prepušteni su individualnoj inicijativi patronažnih se-

stara a u nacionalnim programima zaštite zdravlja zanemarena je participacija patronažne djelatnosti. Primjere dobre prakse pronalazimo u sredinama u kojima patronažne sestre pokazuju inicijativu inzistirajući na svojoj prepoznatljivosti osmišljavanjem zdravstveno preventivnih programa koji se temeljene na potrebama lokalnog stanovništva. Također svoj doprinos patronažna sestra dokazuje i kao član Tima za zdravlje Primorsko-goranske županije sudjelujući u strateškom planiranju zdravlja u lokalnoj upravi i samoupravi.

Ključne riječi: sestrinstvo u zajednici, preventivni programi.

UVOD

Patronažna djelatnost danas je primarno preventivno-edukativna i informativna djelatnost, sa zadaćom prikupljanja potrebnih podataka i otkrivanja te zbrinjavanja bolesnih, nemoćnih i socijalno ugroženih stanovnika te zadaćom očuvanja, unapređenja i zaštite zdravlja ostalih. U tu svrhu ona mora uočavati faktore koji utječu na socijalno-ekonomsko i zdravstveno stanje stanovništva i obitelji. Patronažne sestre u suradnji sa obiteljskim liječnicima, socijalnom službom, drugim zdravstvenim ustanovama, društvenim organizacijama i karitativnim ustanovama, kao i sa vlastitim prosvjetnim radom, pomažu u rješavanju takve problematike i štite interes pacijenata. Svoj rad zato planiraju na temelju Plana i programa mjera HZZO-a, suradnje sa obiteljskim liječnikom, pedijatrom i ginekologom te na temelju dojava drugih medicinskih ustanova, socijalne službe, pojedinih obitelji ili na temelju vlastitih zapažanja i procjena. Osim edukativne uloge u stanovništvu putem tečajeva i rada u malim grupama te provođenja zdravstveno preventivnih i promotivnih programa, rade i na edukaciji novog kadra i ostalih zdravstvenih pripravnika

te nadziru provedbu kućne njege. Stoga je jasno da moraju raspolagati sa širokim spektrom stručnog znanja, vještinama komunikacije, vještinama pružanja utjehe, podrške, savjeta i edukacije, uz poznavanje i poštivanje etičkih principa. Na patronažnu sestru je tako danas usmjeren i onaj dio preventivnog rada koji je nekad vršio obiteljski liječnik, a kojeg on nažalost zbog nastalih organizacionih promjena sve manje radi. Tako obiteljski doktor pomalo gubi svoju osnovnu ulogu sprječavanja nastanka bolesti i ranog otkrivanja oboljelih, a sve više se pretvara u administrativnu djelatnost te poslužioca bolesti.

Danas patronažnu djelatnost u Hrvatskoj provodi 917 patronažnih sestara sa prosječno 1.437 posjeta godišnje, što u prosječnim 212 radnih dana iznosi oko 6,8 dnevno. 781 patronažna sestra ima VŠS sa dvogodišnjim i trogodišnjim studijem, a 136 sestara još ima SSS i one su čak zadnjih godina u porastu za 18%. Nisu dostupni pouzdani podatci koliko ima patronažnih sestara sa VSS sa specijalističkim diplomskim stručnim studijem iz javnog zdravstva, ali razumno je razmišljati da su te sestre potencijali koji će u svojim sredinama ravnopravno participirati pri oblikovanju javnozdravstvene politike, koja prepoznaje i efikasno odgovara na lokalne potrebe stanovništva, racionalno koristi postojeće resurse i potiče razvoj inovativnih programa.

PRIMJERI DOBRE PRAKSE

U Primorsko-goranskoj županije godinama se provode zdravstveno preventivni programi, programi promocije zdravlja za ciljanu populaciju, programi unaprijeđenja zdravlja i kvalitete života u socijalno depriviranim sredinama. Važno je istaknuti da je upravo patronažna sestra autor svih programa i da su svi programi prepoznati od lokalne samouprave i sufinancirani u njihovoj provedbi. Provođitelji svih programa su patronažne sestre koje provode i evaluaciju. Na osnovu dobivenih rezultata analiziraju se postignuća i planiraju daljnje aktivnosti.

Osim dolje navedenih programa, patronažna sestra je član Tima za zdravlje Primorsko-goranske županije i jedan od članova ekspertnih timova za tri javnozdravstvena prioriteta (Prevenција kardiovaskularnih bolesti; Prevenција raka vrata maternice i Prevenција psihičkih oboljenja kod starijih osoba).

1. Projekt “Prevenција kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti u zajednici” provodio se šest godina u Domu zdravlja Primorsko-goranske županije.

Bolesti srca i krvnih žila, prema podacima HZZJZ, vodeći su uzrok smrti u Hrvatskoj, a na

drugom mjestu registriranih dijagnoza u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Danas se smatra da je moguće reducirati i do 50% prijevremenih smrti i invaliditeta od navedenih bolesti. Naime, postoje čvrsti dokazi o učinkovitosti primarne i sekundarne prevencije od tih bolesti, zato je glavni cilj bio rano otkrivanje čimbenika rizika za nastanak navedenih bolesti. Patronažne sestre su godišnje testirale 1 200 ispitanika starosne skupine od 35 – 65 godina starosti (slučajnim odabirom u kućama, ambulantni, radnim mjestima, mjesnim odborima) kao najrizičnijoj skupini.

Pri tome su provodile: mjerenje tjelesne težine i visine, određivanje indeksa tjelesne mase, mjerile vrijednosti krvnog tlaka, glukoze, kolesterola i triglicerida iz kapilarne krvi, mjerenje obujma struka i bokova, određivanje WHR, ispitivale o navikama pušenja cigareta, procijenjivale znanja ispitanika o čimbenicima rizika. Provedena je evaluacija a rezultati su prezentirani lokalnoj samoupravi. Također je istraživanje prezentirano i na 10. međunarodnoj konferenciji patronažnih sestara u Japanu 2011. godine.

Pri tome se je istaknula uloga patronažnih sestara kao partnera u jačanju transfera znanja, sposobnosti, širenja rezultata istraživanja i dokaza na kojima se baziraju buduće aktivnosti a čime se jača pozicija patronažnih sestara u sustavu PZZ-te kao i razvijanje partnerskog odnosa sa korisnicima usluga.

2. Projekt “Tečaj pripreme trudnica za porod i roditeljsku funkciju” provodi se već pet godina. Nosioци edukacije su patronažne sestre uz ginekologa, fizioterapeuta, psihologa i pravnika. Mjesečno se održavaju tematska predavanja i rad u grupama sa trudnicama i budućim očevima pomažući im u usvajanju znanja i vještina ali i oslobađanja od nelagoda i zabluda koje se javljaju u najosjetljivijem periodu života a to je put do ostvarivanja roditeljstva. Uspjeh koji je polučio ovakav oblik rada je značajan kako za buduće roditelje tako i za cjelokupnu zajednicu.

3. Projekt “Grupe za potporu dojenju” provodi se već četiri godine.

Zahvaljujući ovom programu koji je motivirao patronažne sestre da kvalitetno i predano organiziraju rad na promociji dojenja kroz male grupe okupljajući buduće majke, majke koje doje, one koje to žele ali imaju poteškoće kao i zainteresirane očeve, bake i druge članove obitelji garantira uspjeh u promicanju dojenja. Zahvaljujući

ostvarivanju i realizaciji 10. koraka u promicanju dojenja riječko rodilište je ponovo dobilo naslov "Rodilište prijatelj djece".

4. Projekt "Unaprijeđenje kvalitete života romske populacije" provodi se drugu godinu.

U rad su uključene patronažne sestre, liječnik, psiholog, profesor rehabilitator i profesor hrvatskog jezika. Aktivnosti se provode u romskom naselju.

Romi su godinama bili na marginama društvenog interesa, što je pridonijelo znatnom zaostajanju kvalitete uvjeta njihovog življenja u odnosu na većinsko stanovništvo, što zbog niskog stupnja obrazovanja, što zbog njihove nemotiviranosti za uključivanje u formalne i njima dostupne oblike rada. Specifičan način življenja i druge karakteristike romske populacije uvjetuju da djeca u romskim obiteljima, nerijetko, odrastaju u težim uvjetima i nemaju jednake mogućnosti ravnopravnog sudjelovanja u društvu. Mnoga djeca pripadnika romske nacionalne manjine svakodnevno se susreću s preprekama koje im otežavaju kvalitetno zadovoljavanje potreba, uključujući i redovito obrazovanje i zdravstvenu zaštitu, kao i integriranje u širu društvenu zajednicu.

Cilj projekta je unaprijediti usvajanje osnovnih higijenskih navika djece i žena, razvijanje socijalnih kompetencija, osviješćivanje važnosti samobriga za zdravlje djece i vlastito zdravlje svakog pojedinca, unaprijeđenje komunikacije u obitelji, razvijanje svijesti o očuvanju okoliša i zbrinjavanju komunalnog otpada te edukacija o važnosti usvajanja hrvatskog jezika za djecu polaznike prvih razreda.

Rezultati jednogodišnjeg rada su vrlo zadovoljavajući i prepoznati u zajednici.

RASPRAVA

Važnost patronažne djelatnosti je neupitna i bez nje bi se u potpunosti ugasio onaj posljednji socijalno-preventivni i edukativni element našeg primarnog zdravstva. Ali, da li je to dovoljno?

Prikazani primjeri rada patronažnih sestara u Primorsko-goranskoj županiji pokazuju koliko je važna prisutnost i prepoznatljivost patronažnih sestara u radu u zajednici. Prepoznavanje potreba stanovništva te procijenjivanje tih potreba stavlja patronažnu sestru u ulogu kreatora preventivnih programa koji garantiraju unaprijeđenje zdravlja kako pojedinca tako i cijele zajednice.

Ako postavimo pitanje zašto se navedeni oblici rada ne pojavljuju češće u praksi možemo doći do više odgovora a svi bi se mogli svesti na zajednički nazivnik. Patronažna djelatnost ima zakonske okvire rada ali nema zajedničku viziju i misiju kao djelatnost. Nemotiviranost sestara, nedovoljna educiranost ili jednostavno "čemu se dodatno izlagati poslovima ako se baš ne mora". Među redovima patronažnih sestara treba "zamašnjak" koji će osmišljavati, prezentirati na nivou lokalne samouprave ali i znati motivirati patronažne sestre. Programi u jednoj, dvije, ili tri županije ne mogu prezentirati djelatnost u cijeloj Republici. Na nacionalnom nivou djelatnost mora biti percipirana kao kvaliteta i potencijal i neizostavni dio primarne zdravstvene zaštite i umjesto da se u programima, usput, ili, nekako stidljivo, navodi patronažna sestra kao provoditelj treba "u startu" jasno znati što može i treba raditi patronažna sestra u programima na nacionalnom nivou.

Dok god imamo visok postotak patronažnih sestara sa SSS i patronažne sestre sa VSS bez priznatih kompetencija i statusa teško je govoriti o perspektivama sestrinske djelatnosti u zajednici.

Jednostavno jesmo li dovoljno bogati da ne koristimo potencijale patronažne djelatnosti?

ZAKLJUČAK

Kvalitetan rad sestrinstva u zajednici je bitan faktor zaštite pacijenata i održavanja zdravlja stanovništva. Patronažne sestre kao okosnice primarne prevencije su pokazale da:

- predvode u prevenciji, screeningu, procjeni,
- sa standardne planirane skrbi prelaze na proaktivnu skrb,
- potiču timski pristup i surađivanje,
- prate grupe visokog rizika,
- planiraju i pružaju skrb koju korisnici razumiju,
- usmjeravaju se na poboljšanje kvalitete,
- stvaraju snažne veze unutar zajednice koje promoviraju socijalnu integraciju i zdrav životni stil u cilju promoviranja i razvoja programa,
- povećavaju ulogu u javnosti, kod nezdravstvenog osoblja u ostalim sektorima.....

"Nitko na svijetu nije jači od čovjeka koji zna.,"

LITERATURA

1. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2009.g., Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2010.

2. Bocalja J., Buratović T., Čulov I., Značaj patro-
nažne službe - Outreach na hrvatski način, M.
F. Rijeka, 2006.
3. Županić M., Uloga medicinske sestre u pa-
tronažnoj djelatnosti u promicanju kardiova-
skularnog zdravlja, Zdravstveno Veleučilište
Zagreb, Zagreb 2008.
4. Ljubotina A., Patronažna skrb u očuvanju i
promidžbi zdravlja, M. F. Rijeka, Rijeka 1997.
5. Mrakovčić N., Sestra zaštitnica obitelji,
ZZJZPGŽ - Narodni zdravstveni list Rijeka,
Rijeka 2009.
6. Pravilnik HZZO., Pravila i opći uvjeti ugova-
ranja PZZ., HZZO, Zagreb 2006.
7. MZISS. Program mjera zdravstvene zaštite u
patronažnoj zaštiti, NN156/2008., 1.6.1.-1.6.4.,
Zagreb, 2008.
8. Mazzi B., Obiteljski liječnik i prevencija bo-
lesti., U: Mazzi B., Zbornik osmog kongresa
HDOD- HLZ, Rovinj 2008; 9-20.
9. Pavić J., Preventivna sestrinska djelatnost u
primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Visoka zdrav-
stvena škola Zagreb, Zagreb

Mgr. Marta Senkyrikova^{1,2}, Magda Sloupova¹

¹ Department of Nursing, Faculty of Medicine, Masaryk University, Brno, Czech Republic

² Internal Cardiology Clinic, Faculty Hospital, Brno, Czech Republic

HOME CARE - THE CONCEPTION IN CZECH REPUBLIC

The realized research gives overview of the principles of Home Care focusing on South Morava region in Czech Republic. It also gives an overview of the principles of Home Care all over the world. Research is focused on detecting the determinants which are significant for client's evaluation, specifically satisfaction with the service provided by home care agencies (first goal of research). Second goal is to detect client's knowledge about possibilities of service by home care agencies. Third goal is to prove the relation among nursing diagnosis and requirements of frequency for providing nursing care by the home care agencies.

Research has been realized in home care agency (in total 8 agencies) in Brno (Czech Republic) and their clients. Total number of respondents/clients 102 (100 %), asked by questionnaire. The frequent reason for providing the service by home care agencies to respondents has been recognized deficiency in mobility (47.06%), general decreasing of health condition (52.94%). The most frequent illness detected in clients were locomotive organs illnesses, mostly joints and spine (66.67%) respondents, metabolic illnesses (65.69%), skin and tissue illness, mostly non healing wounds (55.88%) respondents, cardiovascular illnesses (50.98%), inability to take care of stoma by themselves.

Mgr. Marta Senkyrikova^{1,2}, Magda Sloupova¹

¹ Department of Nursing, Faculty of Medicine, Masaryk University, Brno, Czech Republic

² Internal Cardiology Clinic, Faculty Hospital, Brno, Czech Republic

KUĆNA NJEGA U REPUBLICI ČEŠKOJ

Provedeno istraživanje daje pregled temeljnih načela kućne njege s naglaskom na regiju Južne Morave u Republici Češkoj. Također daje pregled načela kućne njege koja su prisutna i zajednička u cijelom svijetu.

Jedan od ciljeva istraživanja bio je otkrivanje ključnih faktora koji su nužni za pacijentovu procjenu usluge, osobito faktora koji utječu na zadovoljstvo uslugom koju pružaju agencije za kućnu negu.

Sljedeći cilj istraživanja bio je otkrivanje upućenosti klijenta u postojanje usluga koju pružaju agencije za kućnu negu.

Treći cilj je bio dokazivanje povezanosti između sestrinske dijagnoze i učestalosti pružanja sestrinske njege/skrbi od strane agencije.

Istraživanje je provedeno u ukupno 8 agencija u Brnu (Republika Češka) i kod osoba koje su koristile njihove usluge.

Ukupan broj ispitanika koji su odgovarali na pitanja iz upitnika bio je 102 (100 %). Učestali razlog pružanja usluga kućne njege od strane agencija jest nepokretnost pacijenata (47.06% ispitanika) te opće pogoršanje zdravstvenog stanja (52.94% ispitanika). Najčešći uzrok radi kojeg su osobe tražile usluge kućne njege jesu bolesti lokomotornog sustava, u najvećem broju slučajeva bolesti zglobova i kralježnice (kod 66.67% ispitanika), poremećaji metabolizma (65.69% ispitanika), bolesti kože i tkiva, uglavnom rane koje ne zacjeljuju (55.88% ispitanika), bolesti kardiovaskularnog sustava (50.98% ispitanika) te nemogućnost samostalne brige o stomi.

Ines Vinski, bacc.med.techn.

Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije – Patronažna djelatnost

Marija Mirt bacc.med.techn.

Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije – glavna sestra

PREVENTIVNO DJELOVANJE KROZ RAD PATRONAŽNIH SESTARA U KRAPINSKO – ZAGORSKOJ ŽUPANIJI

Sažetak

“Zdravlje predstavlja tjelesno, duševno, socijalno i ekonomsko blagostanje, a ne samo odsutnost bolesti.” (SZO)

U zemljama s dobro razvijenom granom preventivne medicine dokazana je manja stopa smrtnosti, bolja kvaliteta življenja te duži životni vijek.

Patronažna služba Doma zdravlja Krapinsko-zagorske županije organizirana je kroz rad patronažnih sestara u šest ispostava koje su smještene u šest većih gradova Županije. Ukupno brojimo 25 patronažnih sestara. Osim same skrbi o kroničnim bolesnicima, kao i skrbi o starim i nemoćnima, rad patronažnih sestara usmjeren je i u samu preventivnu djelatnost.

Ključne riječi: patronažna sestra, infiltracija u zajednicu, cjelovit pristup

Uvod

Jedan od glavnih ciljeva strategije razvoja zdravstva Republike Hrvatska je očuvanja i unapređenje zdravlja, smanjenje pobola i smrtnosti od kroničnih nezaraznih bolesti te produljenje trajanja i kvalitete života pojedinca i zajednice.

Od velike je važnosti infiltracija i aktivacija patronažne sestre u zdravstvene i nezdravstvene službe u svojoj lokalnoj zajednici. U preventivnoj djelatnosti ostvarena je suradnja i s drugim ne zdravstvenim ustanovama poput centara za socijalnu skrb, crvenim križem, obiteljskim centrom, općinama, vjerskom zajednicom i samim županijskim službama.

Najveći naglasak je suradnja s liječnicima opće/obiteljske medicine i drugim specijalističkim ustanovama (npr. liječnik interne medicine, fizijatrije, psihijatrije itd.)

Uloga patronažne sestre u zajednici je očuvanje i unapređenje zdravlja s naglaskom na zdravu populaciju, kao i buđenje svijesti pojedinaca o preuzimanju odgovornosti za svoje zdravlje i za svoju bolest. Cjelogodišnji program rada patronažnih sestara usmjeren na zajednicu u Krapinsko-zagorskoj županiji, obuhvaća:

- tečajeve za trudnice (svaki drugi mjesec tijekom godine na 8 lokacija),
- rad s grupama za potporu dojenja, (*svaki mjesec na 8 lokacija*),
- zdravstveni odgoj u vrtićima putem igraonica (svaki mjesec u svim vrtićima na području Krapinsko-zagorske županije),
- savjetovališta za kronične bolesnike (*svaki mjesec*) i
- obilježavaju se svi važni datumi vezani uz preventivni rad kao i provođenje akcija prigodom istih kako bi stalno bili prisutni i prepoznatljivi u zajednici.

Patronažna sestrinska skrb usmjerena je prema dvije glavne grupe rješavanja postavljenih zadataka, a to su :

- Promicanje i očuvanje zdravlja te sprečavanje bolesti kod;
 - novorođenčeta
 - dojenčeta
 - male i predškolske djece
 - školske djece i omladine
 - žena osobito za vrijeme trudnoće, babinja i dojenja
 - starijih i nemoćnih osoba
 - osoba s povećanim potrebama
 - osoba rizičnog ponašanja i loših životnih navika

- Prepoznavanje, pravodobno otkrivanje i skrb za bolesne i nemoćne koja se provodi tamo gdje ljudi žive i rade, a najčešće u njihovim domovima.

Slika 1. Tečaj za trudnice u Krapini 2011



Slika 2. Grupa za potporu dojenja – Bedekovčina 2011.



Slika 3. Suradnja s udrugom Europa Dona



Za dobre rezultate u djelatnosti patronažne sestre bitan je cjelovit i multidisciplinarni pristup s Svjetska zdravstvena organizacija je definirala unapređenje zdravlja kao »proces koji omogućava ljudima

da povećaju kontrolu nad zdravljem i da poboljšaju svoje zdravlje«. To predstavlja opsežan socijalni i politički proces koji obuhvaća akcije usmjerene na jačanje vještina i sposobnosti pojedinca, kao i na akcije koje su povezane s odrednicama zdravlja. U mnogim područjima postoji osnovni nedostatak razumijevanja za unapređenje zdravlja.

Slika 4. Zdravstveni odgoj u vrtiću



Slika 5. Sajam zdravlja – Klanjec 2011.



Slika 6. Dan bolesnika 2011. – Župni dvor crkve Sv. Nikola Krapina



Promocija zdravlja je kompleksan skup međudjelovanja koja:

- uključuju cjelokupno stanovništvo u svakodnevnom životu
- predstavlja opsežni socijalni i politički proces, koji je
- usmjeren prema akcijama, nužnim da bi se
- obratila pažnja na uvjete, koji djeluju na
- zdravlje. Ona kombinira
- različite, ali i komplementarne metode i pristupe.

Uključujući:

- edukaciju
- socijalnu mobilizaciju
- zagovaranje zdravlja
- razvoj zakonodavstva i javne politike koja pomaže zdravlje (višedisciplinski) svakom pojedincu.

Zaključak

Patronažna sestrinska skrb je djelatnost koja se odvija u obitelji i zajednici uz maksimalno sudjelovanje i učešće korisnika. Prepoznavanje i tretira-

nje najraznovrsnijih problema pojedinca i obitelji čine ju zdravstveno-socijalnom i edukativnom djelatnošću.

Cilj patronažne zaštite je proširenje zdravstvene zaštite izvan zdravstvene ustanove, aktivno pronalaženje onih kojima je potrebna zdravstvena i socijalna zaštita.

Literatura

1. Zorka Mojsović i suradnici, (2005) Zdravstvena njega u zajednici, Visoka zdravstvena škola.
2. Mojsović i suradnici. Sestrinstvo u zajednici II, Zagreb, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2006. (odabrano poglavlje)
3. www.hzzo-net.hr
4. Zbornik radova – tekstovi, Ministarstvo zdravstva R.Hrvatske, Intersektorska i međuprofesionalna suradnja u promicanju zdravlja u R.H. Zagreb, travanj 2003.

Božena Vrabec dipl.med.techn.

Dom zdravlja Zagreb Zapad- pomoćnica ravnateljica za sestrinstvo

Mara Županić dipl.med.techn.

Zdravstveno veleučilište, Dom zdravlja Zagreb-Centar- patronažna djelatnost

DANAŠNJE MOGUĆNOSTI ZDRAVSTVENO ODGOJNOG RADA U PATRONAŽNOJ DJELATNOSTI

Sažetak

Poimanje zdravlja vrlo je širok pojam, podložen je raznim sicio- psihološkim teorijama koje opravdavaju stavove pojedinca o zdravom i preventivnom zdravstvenom ponašanju. Usvajanje smjernica o zdravom zdravstvenom ponašanju počinje u obitelji u najranijem djetinjstvu. Formiraju se navike za unapređenje vlastita zdravlja, poštuju se mjere prevencije ili rane dijagnostike, utvrđivanje vlastitog stanja zdravlja i mogućnost liječenja te prihvaćanje bolesnih stanja, uputa i savjeta u procesima liječenja.

Odrastanjem se formiraju individualni životni stilovi, mijenjaju se navike, ponašanje i vjerovanja. Egzistencijalni životni problemi te socijalni i ekonomski resursi imaju direktan utjecaj na rizično ponašanje koje se povećava ovisno o kognitivnoj i emotivnoj strukturi pojedinca.

Rastuće potrebe društva teže ka pronalaženju novih obrazovnih modela, sveobuhvatnom pristupu u komunikaciji, informiranosti, privatnosti, dostojanstvu i to sve u okvirima holizma i humanizma uz maksimalno uključivanje korisnika (partnerski odnos) i njegove obitelji u sve faze zdravstveno odgojnog rada.

Razvijanje novih obrazovnih metoda zdravstveno odgojnog rada zahtijeva veći stupanj obrazovanja, autonomnosti i samostalnosti u okvirima kompetencija te kvalitetne sustave podrške.

Ključne riječi: zdravstveno ponašanje, promocija, prevencija, zdravstveni odgoj, mediji, patronažne medicinske sestre

CILJ ovog rada je prikaz djelovanja patronažnih medicinskih sestara u području zdravstveno odgojnog rada na unapređenja zdravlja i prevencije bolesti kroz razne vidove edukacije.

Povijesni razvoj zdravstvenog odgoja

Elementi zdravstvenog odgoja datiraju razvojem prvih civilizacija i religijskih promjena najčešće kao usmena predaja osnovnih poruka o zdravom načinu života i sprečavanju bolesti. U 12 stoljeća osnutkom prve medicinske škole u Salermu postoje i pisana pravila u obliku zdravstveno odgojnog priručnika u stihovima, a osnovne smjernice za narod čuvani su kao ljekaruše u oblicima današnjih bilježnica (izvor Thaler L. "Povijest medicine Hrvatske i slovenije 1770-1850").

Polovicom 17 stoljeća razvija se prosvjetiteljski pokret koji ističe važnost promjena u svim segmentima ljudskog djelovanja pa tako i u pogledu zdravstvenog ponašanja. Iz tog vremena postoje i prvi zapisi iz Hrvatske. Ivan Krstitelj Lalanguieu (1743-1799), iz Varaždina piše upute za babice/primalje "Kratek nauk od meštrije pupkorezine", a M. A. Reljković u didaktičkoj pjesmi "Kućnik" daje upute seljaku o čuvanju zdravlja prema mjesecima u godini, u "Satiru" piše o alkoholizmu i te usmjerava pučanstvo na pomoć pri liječenju odlaskom liječniku u zamjenu za babe vračare.

Tijekom 19 stoljeća u zdravstveno prosvjetiteljstvo se uključuju liječnici. Najznačajnije ime u Hrvatskoj povijesti je Dr. Andrija Štampar. Osnivač je Škole narodnog zdravlja, obrazovne ustanove za školovanje zdravstvenih i nezdavstveni osoba. Napisao je niz popularnih članaka za narod, a u prosvjećivanju pučanstva bilo koje vrste koristio je prigodne filmove. Poznati udžbenik Socijalne medicine iz 1925. daje početne smjernice za zdravstveno odgojni rad i prosvjećivanja u školama (u poglavlju socijalne pedagogije u službi socijalne medicine). Zaslugom prof. Štampara 1920 osnivaj se prva škole za sestre pomoćnice u Zagrebu. Lujza Wagner Janović, završetkom obrazovanja u Zagrebu, nastavlja

školovanje kao stipendistica Rockefellerove fondacije u SAD i Kanadi. Diplomirala je 1928 u Torontu. Po povratku u Hrvatsku sudjeluje u osnivanju *Središta sestara za socijalno-higijenski rad u Zagrebu*, ključne ustanove za razvoj polivalentne patronažne sestrinske službe. Upravo u direktnom radu s ljudima sestre su savjetovala, odgajale, prenosile preporuke i sudjelovale u liječenju i opravku, a sve s ciljem zadovoljenja potreba bolesnika, njegove obitelji i okoline.

Potrebe stanovništva i razvitak moderne medicine traži novu organizaciju zdravstvene službe u kojoj zdravstveni odgoj postaje mjera zdravstvene zaštite integrirana u svakodnevni posao patronažne medicinske sestre. s višom razinom obrazovanja, profesionalnim kompetencijama i vještinama koje određuju samostalnost u radu.

Javnozdravstveni oblici zdravstvenog odgoja usmjereni potrebama današnjeg društva

Zdravstveni odgoj je samostalna disciplina unutar javnog zdravstva istovremeno i medicinska disciplina prvenstveno radi povezivanja osnovnih medicinskih spoznaja o zdravom i bolesnom čovjeku u interakciji s njegovim zdravljem, ponašanjem i odnosima i zajednici.

Dio je općih kulturnih zbivanja u kojem sudjeluju svi (majka kada kupa dijete, novinari koji zagovaraju nove tehnologije, sustav koji smanjuje resurse zdravstvenih usluga). Ta golema mreža obavješćivanja stalno se dopunjuje i nezaobilazno u nju se uključuju zdravstveni radnici u okviru zdravstvene zaštite i medicinske intervencije, a sve u smjeru primjene zdravstvenih postignuća i boljitka za svakog ponaosob člana društva. Sam proces promjena je dugotrajan i teško prepoznatljiv, često podcijenjen od današnjih visoko obrazovanih struktura društva. Traži se slobodniji i znatno brži način informiranja putem interneta, medija (radio, televizije, časopisa...), rjeđe koristeći stručnu literaturu i zdravstveno odgojne aktivnosti.

Slijedeći trendove novog vremena sestrinstvo u zajednici djeluje kao profesionalna autonomna djelatnost primjenjuje holistički pristup, poštuje i uvažava svakog pojedinca, njegovu osobnost, potrebe, vjerovanja i vrijednosti, načelo jednakosti i pravednosti što isključuje svaku diskriminaciju ili osobnu privilegiju. Kompetencije patronažnih medicinskih sestara proizlaze iz obrazovanja (studij sestrinstva - prvostupnima sestrinstva), a profesionalnost je određena usvojenim standardima profesije/struke. Postupci zdravstvene njege temelje na znanju

i načelima prakse, poštivanju kodeksa etike, a ne na iskustvenim postupcima ili jednostavnim rutinskim vještinama

Osnovni cilj djelatnosti patronažnih medicinskih sestara je primjena intervencija koje odgovaraju aktivnostima primarne, sekundarne i tercijarne prevencije sukladno "Planu i programu mjera zdravstvene zaštite", a definirane su u obaveznom zdravstvenom osiguranju za područje patronažne zdravstvene zaštite. Patronažna sestra educira i odgaja korisnike određenog područja, počevši od trudnoće kroz sve životne cikluse rasta i razvoja stvarajući okolinu za zdrav i dugovječan život.

U cijelom procesu zdravstveno odgojnog rada i edukacije osnovni preduvjet za uspješan rad je osobni primjer (ne pušenje, pravilna prehrana). Osobni primjer je tih ali veoma moćan oblik zdravstvenog odgoja.

Uvidom u zdravstveno odgojne elemente, potrebe, mogućnosti prihvatanja i uključivanja pojedinca, grupe ili zajednice patronažna medicinska sestra odabire model zdravstveno odgojnog djelovanja (savjetovanje, odgojne mjere, prosvjećivanje, zdravstveno odgojni rad u zajednici i na kraju sudjelovanje u aktivnostima i projektima zajednice).

Savjetovanje

Savjetovanje je prije svega razgovor u kojem se postiže dobar dvosmjerni interaktivni proces s planiranom aktivnošću u tri faze (identifikacija, osvješćivanje i donošenje odluke o rješavanju problema). Sam pristup podrazumijeva veliku razinu profesionalnog znanja, komunikacijskih vještina s odgovarajućim pristupom u kojem

savjetovati znači ni prisiljavati, ni upućivanje nego razumijevanje i pomoć pri prihvatanju i donošenju odluke. Savjetovanje je interaktivan model kojim patronažna medicinska sestra i korisnik identificiraju, osvješćuju i donose odluke o rješavanju problema. Cilj je stvoriti dobar partnerskog odnosa u kojem korisnik sam predlaže, prihvaća i donosi odluku o rješavanju potencijalnog problema.

Savjetovanje se najčešće koristi u individualnom radu s pojedincem ili obitelji uz mogućnost korištenja raznih tehnika intervjua, mijenjanje uloga korištenjem vježbi nužnih za stjecanje psihofizičkih vještina unutar životnog okruženja.

Odgojne mjere

Usmjerene na mijenjanje navika, promjenu stavova, usvajanju novih znanja i stavova te stjecanju

vještina za svakodnevne aktivnosti. Radi se o interaktivnom odnosu tijekom dugotrajnog procesa u kojem se poštuje partnerski odnos, povjerenje, razumijevanje i uloga voditelja. Za planirane ciljeve i ciljeve ishoda provodi se detaljna analiza vlastitih iskustava, uočavanje pogrešaka, vrednovanje pozitivnih promjena i pojedinih postupaka. Pri radu treba stalno imati na umu da korisnik razumije poruke, shvaća njihovu vrijednost i prihvaća ih kao odgojni proces. Cijeli postupak odgojnih mjera uključuje pohvale i nagrade kao i kritike i kazne. Za provedbu je važna određena disciplina, trajno prihvaćanje promjene uz redovitu evaluaciju naučenog. Odgojne mjere se najčešće koriste u individualnom pristupu pojedincu i obitelji s kroničnim bolestima, ovisnosti i neprihvatljivom ponašanjem adolescenata.

Prosvjećivanje

Prosvjećivanje pridonosi širenju istina i znanja tijekom obrazovnih procesa s ciljem prevencije i promocije zdravlja i stjecanja zdravih zdravstvenih stavova i navika. Učenjem određenih pojmova i činjenica, usvojene spoznaje i istine povezujemo sa uzrocima i posljedicama, odnosno načinima kako uzroci dovode do posljedica. U zdravstveno odgojnom radu prosvjećivanje oslobađa od neizvjesnosti i straha i daje mogućnost racionalnog promišljanja pri suočavanju s zdravstvenim problemom ili bolešću. Izbor obrazovnih procesa u interakciji je s načinom prikazivanja, interesom i motivacijom pojedinca ili grupe.

Danas patronažne sestre vrlo često koriste prosvjećivanje na tečajevima za trudnice, u grupama potpore dojenja, radu s kronično oboljelom djecom i kroničnim bolesnicima. Obrazovni program se provodi kao interaktivni proces s grupom radi rasprava, izmjene mišljenja i iskustva drugih s ciljem poticanja u planiranoj promjeni.

Najčešće se korištena metoda rada je predavanje, Power Point prezentacija uz potporu prigodnih filmova putem video prikazivanja te podjele pisanih materijala ili brošura kao baze za nastavak učenja.

Zdravstveni odgoj u zajednici

Samim poučavanjem pa ni intenzivnim odgojnim radom koji teži usvajanju stavova i razvitku određenog ponašanja ne može se postići unapređenje zdravstvenog stanja i sprečavanje bolesti bez skupnog i društvenog prihvaćanja tih ideja u zajedničkim akcijama i participaciji zdravstvenih radnika i stanovništva, Partnerstvo u zaštiti zdravlja (par-

tnerska rješenja) podrazumijeva zajedničko dogovaranje i odlučivanje zdravstvenih radnika u PZZ i društveno političkih organizacija (mjesna samouprava radna zajednica, razne interesne zajednice, crveni križ, udruge, klubovi).

Ovakva sveobuhvatna i razgranata suradnja omogućava patronažnoj medicinskoj sestri prikupljanje i razmjenu informacija pomoću kojih može lakše detektirati problematiku djece, mladih ljudi, budućih roditelja, osoba treće životne dobi i bolesnih na području svog djelovanja.

Danas u vrijeme informatičke opremljenosti u obitelji, korištenje novih tehnoloških postignuća u sustavu zdravstva brzi tempo života upravo usmjerava mlade osobe na internetsko informiranje, educiranje i prosvjećivanje.

Napredak tehnologije, dostupnost različitim sadržajima putem interneta (Web stranice), medija (radio, televizija), časopisa u odnosu na stručnu literaturu, seminare i tečajeve otvara sasvim nove vidike i potrebe korisnika, a s tim u vezi i promjene u sestrinskoj skrbi.

Komercijalna ili zdravstvena propaganda

Časopis- osnovni medij u zdravstvenom komuniciranju jedan od najviše korištenih izvora u biomedicini. Ima funkcija službenog medija koje javno registrira znanstvene spoznaje. Časopis je medij za diseminaciju informacija, društvena je institucija kroz koju je vidljiv doprinos, prestiž, uvid u stručni rad.

Sukladno dogovoru sa redakcijom časopisa "Moje dijete", a koji je podržao promovirati rad patronažnih sestara u sklopu Projekta, i gdje je dogovoreno da svaki mjesec patronažne sestre imaju prostora za predstavljanje svih zdravstveno odgojnih aktivnosti u svojoj Županiji kao i obrađivanje jedne unprijed dogovorene teme. Časopis je mjesečnik i u svakom broju će se osigurati do tri stranice prostora za kontinuirani zdravstveni odgoj i promoviranje vrijednosti rada patronažne sestre sa svim regionalnim specifičnostima.

Sudjelovanje u emisijama Hrvatske RTV

Internet, Forumi - Naime kada je došlo do suradnje Hrvatske udruge patronažnih sestara i Albatros media stvorili su se uvjeti za pripremu edukativnog priručnika pod nazivom "Moji prvi dani". Naime, priručnik je samo jedan dio Projekta pod nazivom "Moja mala sovica". Osim priručnika izrađena je web stranica www.mojamalasovica.hr

sa svim svojim sastavnicama gdje roditelji mogu postaviti pitanje i dobiti odgovor od patronažne sestre, i još puno toga. Također je ponuđena mogućnost internetskog komuniciranja preko facebook-a moja mala sovica . Time se prvenstveno htjelo biti u trendu sa jednim načinom internetskog komuniciranja prihvaćenim od strane svih ljudi posebice mladih roditelja. Danas mladi roditelji jako često u traženju rješenja nekih problema, nedoumica, savjeta i svega ostalog vezanog za njihovo dijete okrenuti su internetu.

Zaključak

Suradnja sa drugim profesijama, poboljšanje komunikacijskih vještina, sposobnosti upravljanja, kritičkog promišljanja ima za cilj kvalitetnije i brže rješavanje problema, autonomnost u području djelovanja te proširivanje aktivnosti na sve poslovne subjekte u zajednici.

Stalne promjene u društvu rezultiraju potrebom da patronažna medicinska sestra stalno prilagođava programe zdravstvenog odgoja korisnicima i

zajednici. Neophodno je u programu promocije i prevencije zdravlja uključiti nove projekte i aktivnosti, stalno procjenjivati činitelje koji utječu na zdravlje, interaktivno učiti, evaluirati i istraživati. Svoj rad usmjeriti na daljnji rast i razvoj djelatnosti.

Jurenik

Literatura

1. Prašek, M. (1999). Značaj edukacije bolesnika, Posebnosti u skrbi osoba sa šećernom bolešću. Zagreb: Sveučilišna klinika za dijabetes, endokrinologiju i bolesti metabolizma "Vuk Vrhovac"
2. Mojsović, Z. (2006). Sestrinstvo u zajednici, drugi dio: Korisnici u zajednici. Zagreb: Zdravstveno veleučilište
3. Zakon o zdravstvenoj zaštiti od (NN, 150/08)
4. www.hcjz.hr (22.02.2012.).
5. A. Džakula et al. (2012): Visiting Nurse Intervention Model, Coll. Antropol. 36.

Jadranka Pavić, dipl.med.techn., prof.,

Zdravstveno veleučilište Zagreb

Maja Posedi, Nikolina Prvonožec, studentice 3. godine sestrinstva

Zdravstveno veleučilište Zagreb

MOGUĆNOSTI SESTRINSKOG DJELOVANJA U PROMICANJU ZDRAVLJA

Sažetak

U radu su prikazane mogućnosti sestrinskog djelovanja u promicanju zdravlja, naglašena je važnost i problematika sestrinskog djelovanja u edukaciji populacije putem medija. Rezultati istraživanja pokazuju da pacijenti svih dobnih skupina respektiraju savjete medicinskog osoblja. Ipak, pacijenti mlađe životne dobi često se o svojoj bolesti informiraju u medijima, dok se starija populacija najviše oslanja na savjete medicinskog osoblja.

Ključne riječi: sestrinstvo, mediji, promicanje zdravlja

Uvod

Unapređenje zdravlja se može shvatiti najvišim dometom zdravstvenog djelovanja, a za cilj ima omogućavanje povećane kontrole pojedincima i zajednicama na čimbenicima koji uvjetuju zdravlje. Prvi formalni dogovor o promicanju zdravlja na međunarodnoj razini održao se na konferenciji u Ottawi 1986.¹ Osnovni dokument donesen na Konferenciji poznat je pod nazivom Povelja iz Ottawe. Dokument čuva ideju stvaranja zdravlja kao ugaoni stup pristupa promociji zdravlja: "Zdravlje se stvara tamo gdje ljudi žive, gdje se vole, rade i igraju" (Mojsović, 2005.). Postizanje fizičkog i mentalnog zdravlja nije samo odgovornost pojedinca. Veliku ulogu u promicanju zdravlja imaju zdravstveni radnici koji primjenom raznih vrsta slanja poruka mogu utjecati na zdravstvenu prosvijećenost populacije. U novije vrijeme sve veću pažnju zaokupljaju mediji koji su danas jedno od najsnažnijih sredstava za prijenos informacija. Mediji predstavljaju kompleksni pojam koji označava sustave javnog informiranja, koji služe za raspršivanje (diseminaciju) vije-

sti i audio-vizualnih sadržaja u svrhu informiranja, obrazovanja i zabave najširih slojeva stanovništva. Televizija, novine, radio i internet dostupni su gotovo svim ljudima. Putem informiranja, obrazovanja, zabave, mediji formiraju stavove onoga tko ih upotrebljava. Bez medija suvremeno društvo nema svoju potpunost te je neizbježno sredstvo procesa današnje globalizacije. Polazište su za svaku ideju i njenu realizaciju. Imaju velik utjecaj u društvu, uvelike služe povezivanju te na taj način omogućavaju lakši pristup željenim informacijama.

Uloga medija u društvu

Mediji su u općoj definiciji vrlo složeni pojam koji označava sustave javnog informiranja koji služe za raspršivanje vijesti i audio-vizualnih sadržaja u svrhu informiranja, obrazovanja te zabave najširih slojeva stanovništva. U današnjem društvu mediji nisu samo posrednici koji prenose neki sadržaj, već su stvorili vlastitu socijalnu sredinu i postali su dio vlastitog prirodno-umjetnog okruženja. U strukturalnoj podijeli suvremenog društva mediji imaju svoje mjesto i bez njih suvremeno društvo nema svoju potpunost. Uz svoju prvotnu ulogu u društvu, dakle informiranje, oni su preuzeli ulogu obrazovanja, neprestane edukacije, formiranja stavova, traženja prepoznatljivosti određene profesije te stvaranja prepoznatljivosti ponaosob stanovitog lika. Od medija se očekuje puno, jer oni informiraju, prenose znanje, umrežuju svijet, predstavljaju zabavu. Njihova svrha je učiniti svijet i događanja u njemu što bližim. Mediji su prvi pokrenuli proces globalizacije, jer su po svojoj naravi univerzalni i dostupni svima (Malović, 2005. prema Pavić 2009.). Pitanje medija je uvijek aktualno bez obzira s kojeg

¹ Prva međunarodna konferencija o promociji zdravlja u Ottawi u Kanadi 1986.godine

se aspekta promatralo. Počevši od pitanja slobode medija, što je mjerilo uspješne demokratizacije, te profesionalizma i izgradnje civilnoga društva. Pored informiranja, obrazovanja, zabave, mediji formiranju stavove onog tko ih koristi. U cjelini, osobito je suvremeni medij neizbježno sredstvo procesa današnje globalizacije (Pavić, 2008.).

Uloga sestrinstva u globalnim promjenama u zdravstvenoj zaštiti

Još 1977. godine na Skupštini Svjetske zdravstvene organizacije najavljeno da će svi napori SZO biti usmjereni na zdravlje, a ne na bolest. Tada je istaknuto da su medicinske sestre veliki potencijal koji treba preuzeti veliki dio poslova u reorganiziranoj zdravstvenoj zaštiti. U Alma Ati održana je 1978. godine međunarodna konferencija na kojoj je donesen dokument koji sadrži deset točaka na osnovu kojih je promijenjen pristup zdravlju zajednice u kojem pojedinac i lokalna zajednica dobivaju aktivnu ulogu. Ona uključuje jednakost pružanja usluge i naglašava potrebu ciljanja zdravstvene zaštite najvulnerabilnijim skupinama, osnaživanje i poštovanje, sudjelovanje, intersektorijsku aktivnost i pružanje usluge tamo gdje ljudi žive. U tom području vodeću ulogu dobiva medicinska sestra koja je u stalnom kontaktu s korisnicima (Mojsović, 2005.). Kroz brojne Konferencije o zdravlju sustavno je naglašavana uloga medicinskih sestara u promicanju zdravlja u kojima su istaknuta slijedeća područja djelovanja: stil života i zdravlje, rizični čimbenici koji djeluju na zdravlje i okoliš, preusmjeravanje sustava zdravstvene zaštite, svekolika potpora za ostvarivanje promjena. Tehnologizacijom i informatizacijom mijenja se stil života populacije, mijenjaju se uzroci mortaliteta i morbiditeta što znači da je u profesionalnom radu medicinskih sestara potrebno mijenjati strategiju i pristup edukaciji prilagođenu promjenama koje donosi globalizacija. Kako su mediji prepoznati kao značajan čimbenik u svakodnevnicu ljudi, neophodno je iskoristiti moguće resurse i kanale koji mogu poslužiti u slanju poruka koje su namjenjene unapređenju zdravlja.

Koliko su medicinske sestre uključene u edukaciju populacije putem medija?

Uloge medicinske sestre u skrbi za korisnika su brojne. One se isprepliću kroz zdravstvene, psihološke, socijalne potrebe pojedinca ili zajednice. Tako

medicinska sestra ima ulogu praktičarke, učiteljice i odgajateljice, savjetnice, odvjetnice ili zastupnice korisnika i njegovih interesa, case managera, vođe, zastupnice promjena (Mojsović, 2005.). Kroz svoje djelovanje ona potiče interakciju pojedinca, obitelji i zajednice u odnosu na zdravstveno socijalne aspekte života i na taj način postaje neizostavni član široke društvene zajednice. Ipak, postavlja se pitanje koliko su potencijali medicinskih sestara prepoznati u društvu i koliko medicinske sestre koriste medije kao mogući alat u edukaciji populacije? Postoje brojna otvorena pitanja na ovome području koja su vezana uz povijesni razvoj sestrinstva kao i status u medicinskom timu. Rad medicinskih sestara nedovoljno je vrednovan i u društvenoj javnosti nedovoljno poznat iako medicinske sestre djeluju u svim razinama zdravstvene djelatnosti. Njihov rad neadekvatno je medijski popraćen i prikazivan javnosti. Jedan od ključnih razloga zašto sestrinstva nema u medijima jest to što medicinske sestre nisu nikad tražile publicitet niti je u struci postojala aktivnost koja se bavila komuniciranjem s ciljem, odnosno informiranje javnosti putem medija (Pavić, 2011.). Iako su medicinske sestre najbrojnije u zdravstvenom sustavu, a k tome mnoge od njih visoko obrazovane i educirane za djelovanje u promociji zdravlja, u medijima ih nema, poglavito kad je riječ o temama za koje su one najkompetentnije. Dr. Mario Harapin, predsjednik zbora HND-a² smatra da medicinske sestre nisu dovoljno glasne te da ih zato nema dovoljno u medijima koji ih nisu prepoznali kao relevantne sugovornike. Medicinske sestre trebale bi medijima ponuditi zanimljive teme, ukazati na nepravilnosti, organizirati konferencije za novinstvo, okrugle stolove, javno prikazati svoj rad ili organizirati dane otvorenih vrata. Najveći problem u svemu tome je imidž medicinskih sestara koji najprije treba promijeniti, tako da nisu više samozatajne pomoćnice doktora. Rješenje za to je edukacija vodećih sestara za odnose s javnošću i medijima, kako navodi dr. Harapin, prvi korak je odabir glasnogovornice koja će poboljšati komunikaciju. Ipak, posljednjih godina sestrinstvo je počelo s edukacijom pučanstva putem medija (Pavić, Šimunec, 2009.). Tako je, između ostalog Hrvatska komora medicinskih sestara osim stručnog časopisa za medicinske sestre pokrenula i časopis "Puls pacijenata". To je časopis koji je namjenjen pacijentima i u kojemu medicinske sestre, ali i svi članovi tima interdisciplinarno sudjeluju na područjima

² Hrvatsko novinarsko društvo

svojih kompetencija u edukaciji populacije. Osim toga Hrvatska Komora medicinskih sestara 2010. godine pokrenula je radio emisiju “Naše zdravlje” na Radio Slunju. Urednica emisije je dipl.med.sestra Jadranka Pavić, a voditeljica emisije je prvostupnica sestrinstva Ankica Pavlešić. Teme emisije, pripremljene su u okvirima sestrinskih kompetencija, vezane su uz svakodnevnicu i najčešće dileme usmjerene očuvanju zdravlja ili rješavanju određenih tegoba. Medicinske sestre sporadično sudjeluju i u nekim televizijskim i radijskim emisijama, međutim u odnosu na broj medicinskih sestara i njihovu zastupljenost u zdravstvenom sustavu kao i njihovim kompetencijama, taj način djelovanja u medijima je zanemariv. Stoga je važno u sestrinskom profesionalnom djelovanju osvijestiti i ojačati mogućnost djelovanja putem medija. U Hrvatskoj postoji petnaestak televizijskih postaja, zatim oko 130 radijskih postaja, više od deset dnevnih novina, oko 200 tjednika, magazina i sličnih specijaliziranih glasila čiji je broj u povećanju (Pavić, 2008.). U tom području postoji prostor djelovanja kroz kojega medicinske sestre mogu ostvariti svoju temeljnu ulogu, a to je edukacija populacije, a osim toga na taj način utjecati će na društvenu percepciju sestrinstva što je dugoročno značajno kako za sestrinstvo i njegovu ulogu u timu tako i za njihovo javno zdravstveno djelovanje.

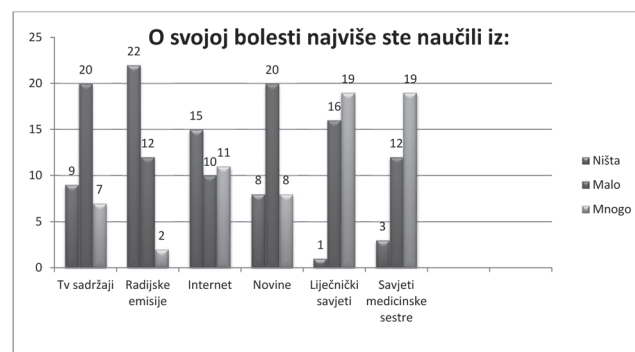
Cilj i metoda istraživanja:

Cilj istraživanja usmjeren je na izvore edukacije pacijenata o zdravstvenim problemima te njihovu učinkovitost i razumljivost. Cilj je usporediti koliko u edukaciji pacijenata o zdravstvenim problemima sudjeluje zdravstveno osoblje, a koliko to čine mediji. Rezultati istraživanja mogli bi poslužiti u planiranju sestrinske edukacije pacijenata putem medija. Istraživanje je provedeno putem strukturiranog upitnika u ambulanti opće medicine DZ Bjelovar i DZ Čakovec, na uzorku od 36 ispitanika.

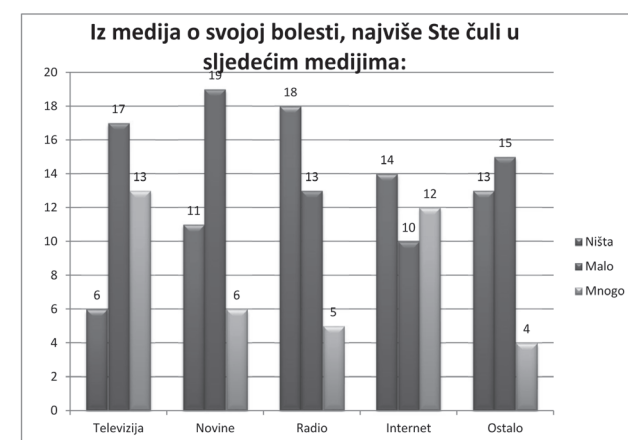
Obrada podataka i rasprava

U istraživanju je sudjelovalo 36 osoba, od toga 30 ih boluje od kronične bolesti. Od njih 36, 19 je muškog, a 17 ženskog spola. Dob ispitanika kreće se od 20 do 79 godina. Odgovori na ostala pitanja prikazani su u sljedećim grafikonima.

Grafikon br. 1



Grafikon br. 2



Rezultati odgovora na pitanje “O svojoj bolesti najviše ste naučili iz” pokazuje kako su pacijenti najviše naučili od zdravstvenog osoblja, zatim interneta i televizije dok su najmanje naučili iz radijskih emisija (grafikon 1). U kategoriji mladih osoba od 20 do 40 godina u edukaciji je najmanje zastupljen radio 20 %, najviše internet 70%, a ostali medijski sadržaji kao i zdravstveni radnici participiraju u edukaciji između 50 i 60 %. U kategoriji srednjih godi-

Tablica 1. Rezultati odgovora u rubrici “mnogo” na pitanje “O svojoj bolesti najviše ste naučili iz”, razvrstani prema dobnim skupinama

	20-40 godina (%)	40-60 godina (%)	60 i više godina (%)
TV sadržaji	50	6,25	0
Radijske emisije	20	6,25	0
Internet	70	25	0
Novine	50	12,5	10
Liječnički savjeti	60	62,5	40
Savjeti medicinske sestre	50	75	50

Tablica 2. Rezultati odgovora u rubrici “mnogo” na pitanje “Iz medija o svojoj bolesti najviše ste čuli u slijedećim medijima”, razvrstani prema dobnim skupinama

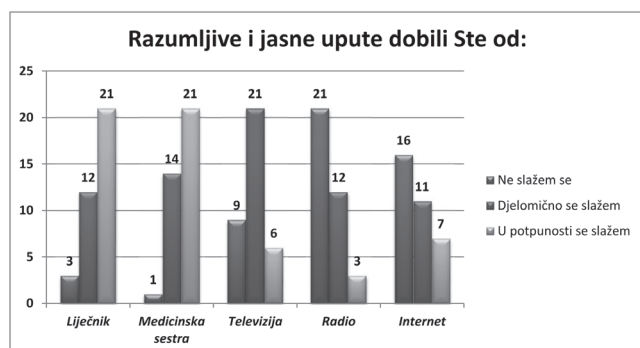
	20-40 godina (%)	40-60 godina (%)	60 i više godina (%)
Televizija	60	25	20
Novine	50	0	10
Radio	40	0	10
Internet	70	37,5	0
Ostalo	60	12,5	0

Tablica 3. Rezultati odgovora ”u potpunosti se slažem” na pitanje “Razumljive i jasne upute dobili ste od”, razvrstani prema dobnim skupinama

	20-40 godina (%)	40-60 godina (%)	60 i više godina (%)
Liječnik	50	68,75	60
Medicinska sestra	40	68,75	60
Televizija	30	12,5	20
Radio	0	6,25	0
Internet	40	25	0

na kao i starije populacije od 60 godina, najviše su zastupljeni savjeti zdravstvenog osoblja. U manjem obimu u edukaciji populacije srednjih godina su prisutni mediji dok u populaciji starijoj od 60 godina od medija su prisutne samo novine u 10%. Iz navedenih rezultata može se zaključiti kako u edukaciji mlade populacije imaju podjednaki doprinos zdravstveno osoblje i mediji dok starija generacija preferira isključivo savjete zdravstvenog osoblja. Televizija i internet najviše su zastupljeni mediji iz kojih su ispitanici najviše čuli o svojoj bolesti. Iz interneta o svojoj bolesti najviše je naučila mlada generacija (70 %), zatim srednja (37,5%) dok je starija populacija najviše naučila iz televizije 20%, novina 10%, radija 10%, a interneta 0%.

Grafikon br. 3



Razumljive i jasne upute ispitanici su dobili u istom obimu od liječnika i medicinske sestre (21 ispitanik), djelomično televizije (21 ispitanik). Nejasne upute dobili su iz radija (21 ispitanik) i interneta 16 ispitanika (grafikon 3.). Razumljive i jasne upute

mlada generacija dobila je od zdravstvenog osoblja između 40 i 50 % te iz televizije i interneta 30 do 40 %. Populacija srednje životne dobi razumljive i jasne upute dobila je u većini od zdravstvenog osoblja 68,5% i manjim dijelom medija (internet 25%, televizija 12,5, radio 6,25%). Populacija starije životne dobi najviše razumljivih informacija dobila je od zdravstvenog osoblja, dok su mediji zastupljeni u samo 20% kroz televizijske medije.

Zaključak

Rezultati provedene ankete pokazuju značajnu ulogu medicinske sestre u informiranju pacijenata i davanju savjeta za koje su kompetentne. Osim zdravstvenog osoblja, važan izvor informiranja o bolesti jesu i mediji. Najčešće korišteni mediji su televizija, internet i novine. U današnje vrijeme mediji su preuzeli ulogu obrazovanja i edukacije te su mjerilo društvene stvarnosti. Iz toga razloga i zdravstveno osoblje treba gledati na medije kao alat koji može poslužiti u edukaciji široke mase ljudi. Uvođenje prakse partnerstva između medija i zdravstvenih djelatnika u cilju širenja informacija koje bi mogle pridonijeti unapređenju zdravlja, trebao bi biti jedan od ciljeva javnozdravstvenoga djelovanja. Vodeća uloga medicinskih sestara je i edukacija stanovništva o prevenciji bolesti i očuvanju zdravlja. U skladu s time sposobne su priređivati teme iz područja svoje kompetencije za edukaciju šire javnosti. Ipak, gledajući sestrinstvo i njegovu participaciju u medijima, može se zaključiti kako je ono

minimalno ili skoro neznatno zastupljeno. Razlozi između ostalog leže u edukaciji medicinskih sestara koja ih ne uči medijskoj kulturi i djelovanju u javnosti. Isto tako, mediji ne prepoznaju medicinske sestre kao moguće partnere jer nisu upoznati sa mogućnostima sestrinskog rada zbog naslijeđa povijesti u kojemu su medicinske sestre predstavljane isključivo kao “pomoćnice” liječnika. Ipak, rezultati provedenog istraživanja pokazuju kako pacijenti u istoj mjeri vjeruju liječnicima i medicinskim sestrama kad su u pitanju savjeti o njihovom zdravlju. Iz tog razloga bitno je pokrenuti proces edukacije kako bi se na taj način osnažila prezentacija sestrinstva kao profesije široj javnosti te osigurao prostor djelovanja u medijima.

Literatura

1. Mojsović, Z. i suradnici. Sestrinstvo u zajednici: Priručnik za studij sestrinstva. Visoka zdravstvena škola. Zagreb. 2005.
2. Pavić, J., Šimunec, D. Sestrinstvo- imidž i stvarnost. Hrvatska komora medicinskih sestra. Zagreb. 2009.
3. Pavić, J. Sestrinstvo u medijskom prostoru. Plavi fokus. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb. Svibanj 2011.
4. Pavić, J. Analitički osvrt na sestrinstvo u medijima, neobjavljeni diplomski rad. Zdravstveno veleučilište. 2008.
5. Pavić, J. Promocija interesa i prava osoba s invaliditetom u tiskovnim medijima, neobjavljeni diplomski rad. Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet. 2009.
6. Malović, S. i sur., Osnove novinarstva. Golden marketing – tehnička knjiga. Zagreb. 2005.

Internetske stranice:

1. Promicanje zdravlja (Health promotion) // Hrvatski časopis za javno zdravstvo
2. <http://www.hcz.hr/clanak.php?id=12813> (09-01-2012)
3. Mediji // Wikipedija <http://hr.wikipedia.org/wiki/Mediji> (09-01-2012)

Marija Prekupec, dipl.med.tehn.

Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije

Renata Kutnjak Kiš, dr.med., spec.epidemiolog

Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije

PROMOCIJA TJELESNE AKTIVNOSTI U CILJU PREVENCIJE KRONIČNIH NEZARAZNIH BOLESTI – PROJEKT “PJEŠKE ILI BICIKLOM NA POSAO”

Ključne riječi: promocija tjelesne aktivnosti, biciklizam, hodanje, aktivan transport, nagradni natječaj, Međimurska županija

Uvod

Nedovoljna tjelesna aktivnost je od strane Svjetske zdravstvene organizacije identificirana kao 4. vodeći rizični faktor za ukupnu smrtnost, a 6% ukupne smrtnosti može se pripisati nedovoljnom kretanju. U razvijenim zemljama svijeta, ekonomski gubici vezani uz nedovoljno kretanje su također značajni. Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da se u razvijenim zemljama, od 1,5% do 3% direktnih zdravstvenih troškova može pripisati nedovoljnoj tjelesnoj aktivnosti.

Mnoga su znanstvena istraživanja potvrdila da redovita tjelesna aktivnost smanjuje rizik obolijevanja od koronarne srčane bolesti i moždanog udara, šećerne bolesti, povišenog krvnog tlaka, raka debelog crijeva i raka dojke te depresije a izuzetno je važna i za održavanje poželjne tjelesne težine. No, usprkos tome, više od 60% svjetske populacije ne dostiže potrebnu dnevnu razinu zdravstveno usmjerene tjelesne aktivnosti. Stoga Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije kroz svoje aktivnosti, programe i projekte, širi spoznaje o povezanosti tjelesne aktivnosti i zdravlja, radne produktivnosti te ukupne kvalitete života.

Cilj rada

Prikazati rezultate projekta “Pješke ili biciklom na posao” kojeg Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije, multisektorskim pristupom kroz formu nagradnog natječaja, provodi četiri godine, a u cilju promoviranja aktivnog načina života, odnosno povećanja broja aktivnih osoba u domeni transporta.

Metode

Natječaj “Pješke ili biciklom na posao” organiziramo u mjesecu rujnu kao doprinos Europskom tjednu kretanja (16.-22. rujna) i u sklopu lokalnih i/ili nacionalnih javnozdravstvenih kampanja. Prvi put je bio organiziran 2007. godine, kao dio jednomjesečne javnozdravstvene kampanje “Srce za život” koju smo proveli u suradnji s kardiolozima Županijske bolnice Čakovec. Natječaj je bio namijenjen zaposlenim osobama koje su trebale tijekom 2 radna tjedna, u svakom tjednu najmanje 2 dana ići na posao i/ili s posla pješke. Prijava rezultata bila je omogućena po završetku natječaja putem pristupnice koja se mogla poslati poštom ili se mogla popuniti na web aplikaciji Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije. Pristupnice s prijavom rezultata (kao dio edukativnog letka s ciljem promocije zdravstveno usmjerene tjelesne aktivnosti) bile su distribuirane u dječje vrtiće, škole, ljekarne, ordinacije primarne zdravstvene zaštite u cijeloj županiji te na gradske bazene Čakovec. Za potvrdu vjerodostojnosti prijavljenih rezultata tražili smo ime i kontak svjedoka. Za osobe koje su bile najaktivnije i koje su prošle najviše kilometara, osigurali smo vrijedne nagrade.

Slijedeće godine, natječaj smo organizirali u sklopu kampanje “Povezani zdravljem” Hrvatske mreže zdravih gradova, a u mjesecu rekreacije i tjelesne aktivnosti (rujan 2008. godine) čiji je nositelj bio Tim za zdravlje Međimurske županije. Tada smo natječaj produljili na 3 radna tjedna, dodali smo kategoriju biciklista, a prijavljene osobe trebale su najmanje 3 radna dana u svakom tjednu pješačiti ili putovati biciklom na posao i/ili s posla. Osigurali smo i vrijednije nagrade, najaktivnije osobe u svakoj kategoriji (pješači i biciklisti) su osvojile bi-

cikl, te ostale vrijedne nagrade. Osim spomenutog natječaja, u mjesecu rekreacije i tjelesne aktivnosti organizirali smo još desetak različitih aktivnosti (predavanja, izložbi, natječaja, promotivnih vožnji biciklom, javno-zdravstvenih akcija) s ciljem promocije aktivnog stila života.

Treći put smo natječaj organizirali 2009. godine uz ista pravila, a četvrti put je natječaj bio organiziran 2011. godine uz bitno drugačija pravila. Naime, prijašnjih smo godina najuspješnijima smatrali osobe koje su prošle najviše kilometara, te su na taj način zaposlenici s kraćim udaljenostima do posla imali malu šansu osvojiti nagrade. Promjenom kriterija dali smo šansu svima koji su zadovoljili osnovna pravila natječaja (barem 3 dana u svakom od 3 radna tjedna pješačiti ili voziti bicikl na posao i/ili s posla, najmanja udaljenost do posla 1km, prijedeno najmanje 20 km tijekom cijele akcije), a nagrade su izvučene ždrijebom. To je rezultiralo izuzetno dobrim odazivom. Suorganizator natječaja svih godina su bili Gradski bazeni u Čakovcu koji su osim toga za sve prijavljene osobe osigurali jednodnevne karte za gradske bazene.

Metodama deskriptivne epidemiologije opisani su rezultati natječaja temeljem analize podataka s Pristupnica s prijavom rezultata koje je Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije zaprimio poštom ili preko web aplikacije.

Rezultati

U nagradni natječaj se u 4 godine ukupno uključilo 369 osoba (2007. godine 32 osobe, 2008. godine 71 osoba, 2009. godine 93 osobe i 2011. godine 173 osobe), od kojih je bilo 110 muškaraca (29,8%), te 259 žena (70,2%). U kategoriji pješaka se prijavilo 80 osoba (21,7%), a u kategoriji biciklista 289 (78,3%). Prema dobnoj strukturi, najviše prijavljenih osoba bilo je u dobi od 30-49 godina, njih 206 (55,8%), starijih od 50 godina je bilo 110 (29,8%), te mlađih od 30 godina 53 osobe (14,4%). Prema stručnoj spremi, najviše je prijavljenih osoba imalo srednju stručnu spremu 225 (61%), potom 46 osoba (12,5%) nisku stručnu spremu, 60 (16,2%) prijavljenih osoba je imalo visoku stručnu spremu, te 38 (10,3%) višu. Ukupno su za vrijeme sva četiri nagradna natječaja sudionici prošli 51.304 km, odnosno prosječno po sudioniku u jednom natječaju 139 km. Udaljenost do posla manju od 5 kilometara imale su 253 prijavljane osobe (68,6%), a veću od 5 kilometara 116 osoba (31,4%). Preko web aplikacije se na natječaj prijavilo 138 osoba (37,4%), a 231 osoba (62,6%) se prijavila putem pošte.

Rasprava

Povezanost tjelesne aktivnosti sa zdravljem i kvalitetom života ljudi nikada do sada nije izazivala toliku pažnju, a što je i razumljivo, obzirom da se Europa ali i cijeli svijet suočavaju sa epidemijom nekretanja koja uzima sve veći danak u smrtnosti i obolijevanju. Nedostatak tjelesne aktivnosti je odraz užurbanog stila života, ubrzanog tehnološkog razvoja, okoliša koji ne pruža dovoljno prilika za aktivan život ali i nedovoljne osvještenosti o važnosti svakodnevne tjelesne aktivnosti za zdravlje ljudi.

Uključivanje redovite tjelesne aktivnosti u dnevnu rutinu smatra se dobrom strategijom za povećanje broja aktivnih osoba. Stoga je važno provoditi programe koji potiču stanovništvo na pješačenje i vožnju biciklom u svrhu transporta. U Europi, 30% putovanja automobilom se poduzima na relacijama kraćim od 3 km, a 50% kraćim od 5 kilometara. Udaljenost od 5 kilometara moguće je proći biciklom za 20 minuta, a brzim hodom za 50 minuta. Tako se lakše može postići preporučena količina tjelesne aktivnosti umjerenog intenziteta od 150 minuta tjedno.

Vožnja biciklom je u Međimurju uvijek bila važna, kako za potrebe transporta tako i rekreacije, a tome u prilog govore i neka istraživanja. Tako je prema istraživanju o tjelesnoj aktivnosti Hrvatskog stanovništva koju je 2007. godine proveo prof.dr.sc. Danijel Jurakić sa Kineziološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, 7% svih ispitanika starijih od 15 godina redovito koristilo bicikl kao transportno sredstvo, no bile su uočene i značajne regionalne razlike. Najviši udio ispitanika – njih 15%, koji su koristili bicikl kao transportno sredstvo bio je u Sjevernoj regiji u koju su bili uključeni i ispitanici iz Međimurske županije.

Slične rezultate pokazalo je i istraživanje koje je u sklopu programa "Zdrava županija" provela 2007. godine Djelatnost školske medicine našeg Zavoda među roditeljima djece koja su 2007. godine upisala 1. razred osnovne škole. Naime, od 795 očeva koji su bili zaposleni i anketirani, njih 114 ili 14,3% je odlazilo na posao pješke ili biciklom, a od 680 zaposlenih majki, 183 odnosno 27% ih je također do posla pješačilo ili su putovale biciklom. Rezultati natječaja "Pješke ili biciklom na posao" također su pokazali veću uključenost žena (70,2% prijavljenih osoba) u obje kategorije (biciklisti-69%, pješaci 75%), no ipak je u kategoriji biciklista udio muškaraca bio veći nego u kategoriji pješaka. Mnoge Europske zemlje bilježe pad razine aktivnog prijevoza na posao, te je važna provedba programa

koji stimuliraju dolaske ili odlaske na posao pješke ili biciklom.

Iako je broj osoba uključenih u projekt "Pješke ili biciklom na posao" relativno mali, obzirom da iz godine u godinu raste broj prijavljenih osoba, te obzirom na činjenicu da se spomenuti natječaj organizira u sklopu drugih regionalnih i/ili nacionalnih kampanja za promociju aktivnog stila života, ovakav način rada pokazao se dijelom uspješne strategije za promicanje tjelesne aktivnosti.

U promoviranje natječaja uključili smo mnogobrojne suradnike, te smo tako osim direktnih korisnika projekta (osobe prijavljene na natječaj) senzibilizirali cjelokupnu javnost za povezanost tjelesne aktivnosti i zdravlja. Medijske aktivnosti smatrao osobito važnim te su bile organizirane brojne konferencije za medije, a bili su realizirani i brojni prilozi u tiskanim i audio vizualnim medijima.

Osim medija, u promociji natječaja sudjeluju liječnici primarne zdravstvene zaštite, ljekarne, osnovne i srednje škole, dječji vrtići, regionalna i lokalna samouprava te Međimurski savez sportske rekreacije "Sport za sve" i druge sportsko-rekreativne udruge. Projekt se realizira u suradnji s brojnim sponzorima.

Zaključak

Aktivan stil života nezamjenjiv je faktor psihofizičkog zdravlja stanovništva. Redovita tjelesna aktivnost povećava kvalitetu života pojedinaca i cjelokupnog društva, doprinosi podizanju radne sposobnosti stanovništva i ekonomskom napretku, doprinosi smanjuju troškova zdravstvene zaštite i mirovinskog osiguranja te tako utječe na povećanje nacionalnog dohotka. Brojne znanstvene spoznaje kao i iskustvo više zemalja pokazalo je da je za uspješnu strategiju promoviranja zdravog stila života potreban multisektorski pristup.

Literatura

1. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen, World Health Organization, 2006.

2. Steps to health A European framework to promote Physical activity for Health. Copenhagen, World health Organization, 2007.
3. Županijski tim za zdravlje. Plan za zdravlje građana Međimurske županije do 2012. godine. Čakovec, Međimurska županija, 2008.
4. Global Recommendations on Physical Activity for Health, WHO 2010. Dostupno na adresi: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf. Datum pristupa informaciji: 01.02.2012.
5. Kahlmeier S, Racioppi F, Cavill N, Rutter H, Oja P. "Health in all policies" in practice: guidance and tools to quantifying the health effects of cycling and walking. J Phys Act Health 2010; Suppl 1:120-5.
6. R. Bassett D, Jr., Pucher J, Buehler R, L. Thompson D, E. Crouter S. Walking, Cycling, and Obesity Rates in Europe, North America, and Australia. Journal of Physical Activity and Health, 2008, 5, 795-814
7. James F. Sallis, Lawrence D. Frank, Brian E. Saelens, M. Katherine Kraft. Active transportation and physical activity: opportunities for collaboration on transportation and public health research. Transportation Research Part A 38 (2004): 249-268
8. R. Brown D, W. Health G, Levin Martin S. Promoting Physical Activity A Guide for Community Action. Second Edition, Centers for Disease Control and Prevention, 2010. Dostupno na adresi: <http://books.google.hr/books?id=mz684yzplMUC&printsec=frontcover&hl=hr#v=onepage&q&f=false>. Datum pristupa informaciji: 01.02.2012.
9. Jurakić D, Pedišić Ž, Andrijašević M. Physical Activity of Croatian Population: Cross-sectional Study Using International Physical Activity Questionnaire. Croat Med J 2009 1; 50(2): 165-173. doi: 10.3325/cmj.2009.50.165
10. Heimer Stjepan, (2008). Situation report on diet and physical activity in Croatia, WHO Europe.

Biserka Sviben, bacc. med.techn.

Dom zdravlja Krapinsko zagorske županije – patronažna djelatnost

Marija Mirt, bacc.med.techn.

Dom zdravlja Krapinsko zagorske županije – glavna sestra

INTEGRALNI PRISTUP ZDRAVLJU PRI KARDIOVASKULARNIM BOLESTIMA

SAŽETAK

Bolesti srca i krvnih žila su vodeći uzrok smrti kako u svijetu tako i kod nas. U 2000. godini umrlo je od bolesti srca i krvnih žila 26.712 osoba ili praktički svaki drugi umrli u Hrvatskoj. Po tome su značajan javnozdravstveni problem jer uzrokuju veliko ekonomsko opterećenje zbog samih troškova liječenja, smanjenje produktivnosti i izostajanja s posla, ali isto tako uzrokuju i nesposobnost, invaliditet i prijevremenu smrtnost.

KLJUČNE RIJEČI: integralni pristup zdravlju, kardiovaskularne bolesti.

UVOD

U Hrvatskoj ne postoji na razini države Registar za koronarnu bolest i infarkt miokarda, a niti za apoplektički inzult. Na žalost, nema ni točnih podataka o rasprostranjenosti najvažnijih čimbenika rizika kao što su hiperkolesterolemija, hipertrigliceridemija, hipertenzija, pušenje, pretilnost, nedovoljna tjelesna aktivnost itd. Podaci dobiveni na manjim uzorcima ispitanika ukazuju da je učestalost tih čimbenika rizika u nas znatno veća nego li u razvijenim zemljama zapadne Europe ili USA, ali podataka dobivenih sustavnim epidemiološkim istraživanjima zapravo nema. Jednako tako do sada nije postojalo sustavno periodično (primjerice svakih 3-5 godina) i jednoobrazno (uporabom standardiziranih upitnika koji omogućuju međunarodne usporedbe) praćenje čimbenika rizika na reprezentativnom uzorku stanovništva koje bi omogućavalo i praćenje trendova kretanja tih čimbenika.

Kroz ovaj rad će se prikazati primjeri promocije zdravlja i prevencije kardiovaskularnih bolesti kroz multisektorski pristup s ciljem da se pojedincima i zajednicama omogući povećana kontrola nad činiteljima koji uvjetuju zdravlje. To je koncept koji

naglašava pozitivne potencijale i sposobnosti kako pojedinca tako i zajednice.

Cilj preventivne medicine je očuvanje i unapređenje zdravlja i sprečavanja bolesti kroz primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju što je tradicionalna i općeprimjenjiva podjela prevencije.

Cilj promicanja zdravlja je podizanje razine zdravlja stanovništva, a ne samo sprečavanje bolesti. Usmjeren je cjelokupnom stanovništvu i njegovom okolišu, za razliku od preventivnih postupaka usmjerenih pojedinim skupinama stanovništva izloženim najvećem riziku obolijevanja.

Ideja promicanja zdravlja podrazumijeva unapređenje zdravlja i stvaranje potencijala za dobro zdravlje prije nego se zdravstveni problem ili ugroženost pojave.

Povelja Iz Ottawe definira promicanje zdravlja kao proces koji ljudima omogućava da unaprijede svoje zdravlje i osposobe se za kontrolu vlastitog zdravlja. Kao prioritete u strategiji navodi izgradnju politike usmjerene zdravlju, stvaranje okoliša koji pridonosi zdravlju, jačanje aktivnosti na razini zajednice, razvijanje osobnih znanja i vještina te reorjentiranje zdravstvenih službi.

Naglasak treba biti na usvajanju zdravog načina života od najranije životne dobi te na mijenjanju po zdravlje štetnih usvojenih navika. Stoga treba osnaživati aktivnosti na području promicanja zdravlja, zdravstvenog odgoja i prosvjećivanja osobito u primarnoj, ali i specijalističkoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti koristeći suvremene edukacijske metode i interaktivni pristup. Treba stvoriti preduvjete da zdraviji način života bude dostupniji i privlačniji od drugih opcija. U stvaranju takvog okruženja osim zdravstva trebaju sudjelovati i drugi sektori kao što su prosvjeta, poljoprivreda, gospodarstvo

itd. jer je međusektorska suradnja nužni preduvjet za postizanje uspjeha.

Prevenција ovih bolesti mora se provoditi na razini promicanja zdravlja te na svim razinama prevencije jer se time postiže ostvarenje glavnog cilja ove strategije, a to je smanjenje tereta kojeg predstavljaju ove bolesti u zdravstvenom i gospodarskom smislu.

Taj teret se ne sastoji samo u preranom umiranju prevelikog broja građana već i u velikim troškovima liječenja, fizikalne rehabilitacije, invaliditeta, smanjene produktivnosti oboljelih i ogromnog broja izgubljenih radnih dana zbog bolovanja.

ZAKLJUČAK

Pokret promocije zdravlja mora obuhvatiti intersektorski i interdisciplinarni pristup koji obvezuje i "nezdravstvene struke" na brigu i odgovornost za zdravlje. Učinkovita strategija mora uključivati aktivnosti usmjerene pojedincu, obitelji i zajednici te nacionalne i međunarodne aktivnosti s ciljem podizanja znanja, vještina i usvajanja zdravih životnih navika. Provedbom programa moguće je reducirati i više od 50% prijevremenih smrti i invaliditeta

od KVB što nam pokazuju svjetska iskustva, a najznačajniju ulogu u provedbi moraju imati primarna zdravstvena zaštita i javnozdravstvena djelatnost na svim razinama. Za provedbu programa i razvoj kapaciteta uz multisektorski pristup potrebna je i snažna politička i financijska potpora.

LITERATURA:

1. Kovačić, L. Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti, Zagreb, Medicinska naklada, 2003.
2. Kovačić, L. organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika, Zagreb, Zdravstveno veleučilište
3. [http://www.zdravi.gradovi.com.hr/include/pdf/documenti/pov.Ottava\(2011-o5-13\)](http://www.zdravi.gradovi.com.hr/include/pdf/documenti/pov.Ottava(2011-o5-13))
4. www.amzh.hr/pdf/kvz2010/Zerjavic-Kralj-Baklaic.pdf(2011-05-14)
5. www.zzjzpgz.hr/.../program.htm(2011-05-14)
6. Kuzman, Marina. Integralni pristup očuvanja zdravlja i prevencije bolesti. Zdravstveno veleučilište. Zagreb, (Predavanje)

SUSTAVNI RAD PATRONAŽNE SESTRE NA POBOLJŠANJU ZDRAVLJA ROMSKE POPULACIJE

SAŽETAK

Sukladno odredbama Nacionalnog programa za Rome, patronažne sestre Doma zdravlja Sisak obavljaju aktivnosti u cilju poboljšanja zdravlja i zdravstvene zaštite romske populacije, kao što je rano otkrivanje povišenih vrijednosti šećera u krvi i krvnog tlaka kod odraslih osoba te utvrđivanja stanja uhranjenosti djece. Akcije se provode u dva romska naselja na području Grada Siska, Capraške Poljane i Palanek.

U članku 14. Ustava RH jamči se jednakost: "Svaki čovjek i građanin u Republici Hrvatskoj ima prava i slobode, neovisno o njegovoj rasi, boji kože, spolu, jeziku, vjeri, političkom i drugom uvjerenju, nacionalnom i socijalnom podrijetlu, imovini, rođenju, naobrazbi, društvenom položaju ili drugim osobinama. Svi su pred zakonom jednaki."

Premda se postojećim Nacionalnim programom za Rome želi na sustavan način pomoći u poboljšanju uvjeta življenja te se nastoji osigurati ravnopravnost pripadnika romske nacionalne manjine s ostalim građanima Republike Hrvatske. Postoji opravdanost za dodatnim aktivnostima u cilju poboljšanja zdravstvene zaštite Roma, i poboljšanje ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu Roma.

KLJUČNE RIJEČI: patronažna sestra, poboljšanje zdravlja, romska populacija

UVOD

Romi su lutajući narod indijskog podrijetla raspršen širom svijeta, pretežno u Europi. Izvori ih spominju u Bizantu od 11. st. Procjene o broju pripadnika krajem 20.st. kreću se od 3 do 8 i više milijuna. Najviše ih živi u državama Istočne i Jugoistočne Europe te u Španjolskoj. Romske organizacije zalažu se za priznanje da su Romi zaseban neteritorijalni narod s vlastitom poviješću, jezikom i kulturom. Karakteristični su po jeziku, nomadizmu, ali i po zanimanjima: mala trgovina, sitni popravci, sku-

pljanje i prodaja otpadnih materijala, građevinski radovi, glazba, zabava, gatanje itd.

Danas na cijelom području Republike Hrvatske postoje raštrkana Romska naselja. Ipak najveća koncentriranost je na području nekoliko županija i to: grada Zagreba, Koprivničko-križevačke županije, Sisačko-moslavačke županije, Međimurske županije te Osječko-baranjske županije.

Na posljednjem popisu stanovništva živi ukupno 9.463 deklariranih pripadnika te nacionalne manjine procjenjuje se da u Republici Hrvatskoj živi između 30.000 i 40.000 Roma.

Nedostatak točnih podataka o broju romske nacionalne manjine, kao i nedostupnost informacija povećava mogućnost uskraćivanja prava i marginalizaciju Roma. Siromaštvo, loša informiranost, slaba motiviranost za obrazovanjem su primarni aspekt romske ugroženosti.

Republika Hrvatska osigurava prava pripadnicima svih nacionalnih manjina sukladno najvišim međunarodnim standardima te sukladno međunarodnim konvencijama i drugim dokumentima o ljudskim pravima i pravima nacionalnih manjina koji su ugrađeni u Ustav Republike Hrvatske, Ustavni zakon o pravima nacionalnih manjina i druge propise kojima se reguliraju prava i zaštita nacionalnih manjina.

Ciljevi nacionalnog programa za Rome odnose se na sljedeće javnozdravstvene mjere:

- sustavni rad na poboljšanju zdravlja romske djece i djece izjednačavanjem procijepljenosti romske djece s ostalom populacijom.
- Zdravstveno prosvjećivanje o planiranju obitelji i očuvanju reproduktivnog zdravlja te mjerama sigurnog majčinstva posebice u skupini trudnica i babinjača.
- Sustavni rad na poboljšanju higijensko sanitarnih uvjeta, kao preduvjeta za sprečavanje zaraznih

bolesti (deratizacija, ispravna voda, sanitarni uvjeti idr.).

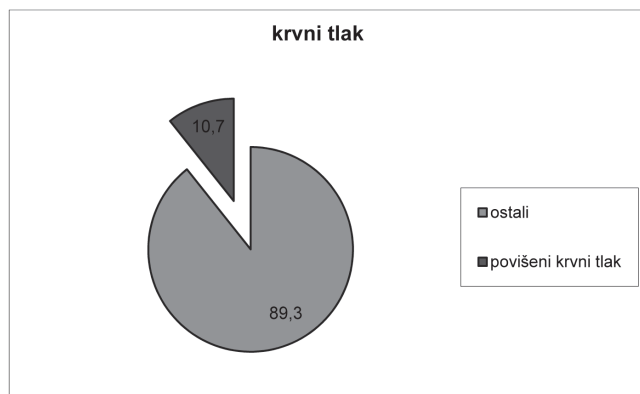
- Otkrivanje čimbenika rizika za nastanak kroničnih nezaraznih bolesti i ovisnosti.

Patronažne medicinske sestre radi specifičnosti svog rada, uključene su u javnozdravstvene aktivnosti. Briga i skrb za sve stanovnike određenog područja, kontakti sa socijalnim i drugih ustanovama su načini djelovanja patronažne sestre. Uključivanjem u Nacionalni programa za Rome stvaraju se dobri uvjeti i mogućnost zdravstvenog odgoja usmjeren romskoj populaciji. Patronažne sestre Doma zdravlja Sisak obavljaju akcije glede ranog otkrivanja povišenih vrijednosti šećera u krvi i krvnog tlaka kod odraslih osoba te utvrđivanja stanja uhranjenosti djece. Akcije se provode u dva romska naselja na području Grada Siska, Capraške Poljane i Palanjek.

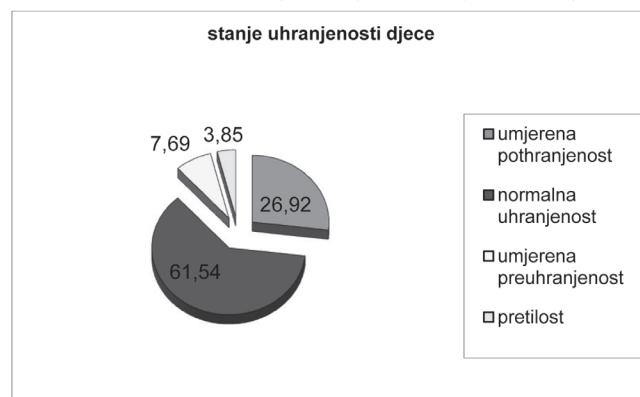
REZULTATI DOSADAŠNJIH AKTIVNOSTI

Prva aktivnost obavljena je **2008. godine**. Obuhvatom su sudjelovale 56 odrasle osoba i 52 djece. Mjerenjem je utvrđeno da povišeni tlak ima 10,7 % ispitanika (6 osoba). Mjerenja su pokazala da je 26,92 % djece (14) umjereno pothranjeno, 7,69 % djece (4) umjereno preuhranjeno te da je 3,85 % djece (2) pretilo.

Grafikon 1. Pokazatelji vrijednosti tlaka

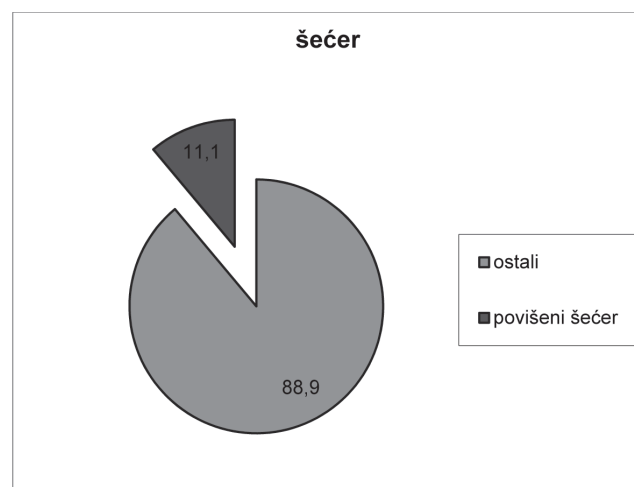


Grafikon 2. Pokazatelji stanja uhranjenosti djece

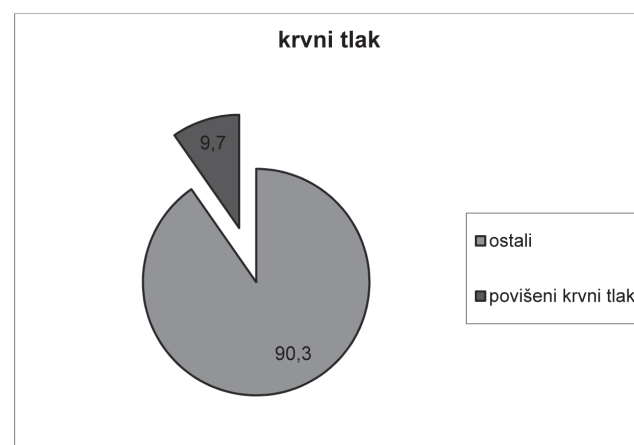


Aktivnostima 2010. godine odazvalo se 72 odraslih osoba i 70 djece. Mjerenjem je utvrđeno da povećanu razinu šećera u krvi ima 11,1 % osoba (8), dok povišeni tlak ima 9,7 % osoba (7). Mjerenja su pokazala da je 20,00 % djece (14) umjereno pothranjeno, 4,29 % djece (3) umjereno preuhranjeno te da je 2,86 % djece (2) pretilo.

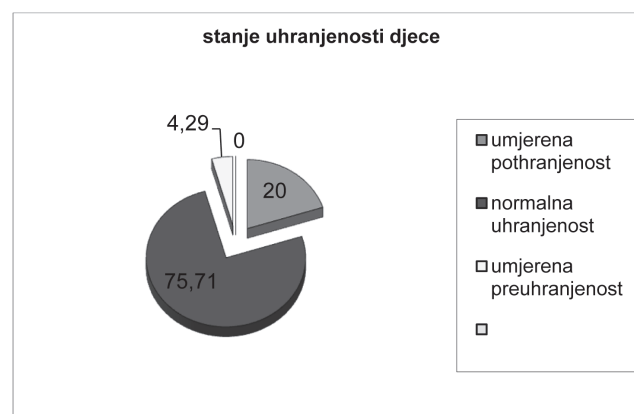
Grafikon 3. Pokazatelji vrijednosti šećera



Grafikon 4. Pokazatelji vrijednosti tlaka



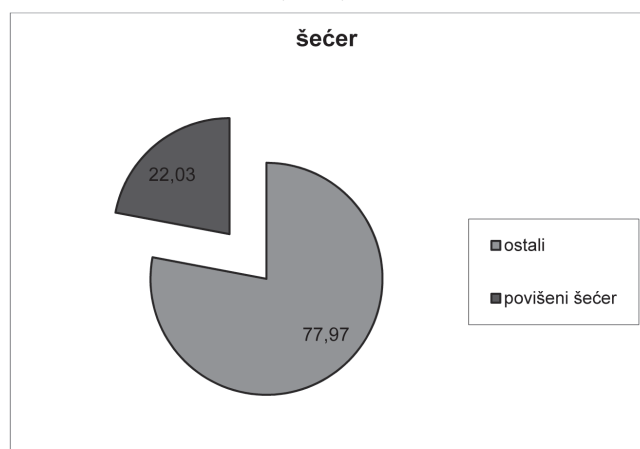
Grafikon 5. Pokazatelji stanja uhranjenosti djece



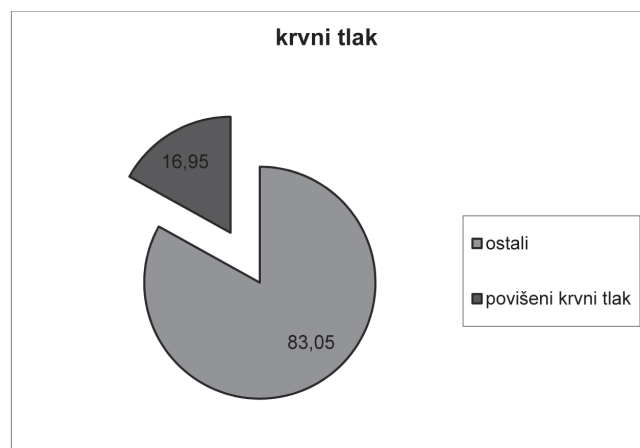
Akciji 2011. godine odazvalo se 59 odraslih osoba i 67 djece. Mjerenjem je utvrđeno da povećanu razinu šećera u krvi ima 22,03 % osoba (13), dok povi-

šeni tlak ima 16,95 % osoba (10). Mjerenja su pokazala da je 14,93 % djece (10) umjereno pothranjeno, 2,98 % djece (2) umjereno preuhranjeno te da nema pretile djece.

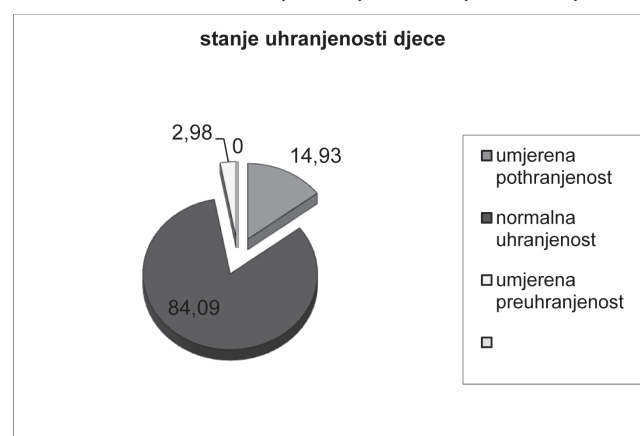
Grafikon 6. Pokazatelji vrijednosti šećera



Grafikon 7. Pokazatelji vrijednosti tlaka



Grafikon 8. Pokazatelji stanja uhranjenosti djece



ZAKLJUČAK

Akcije su pokazale da se povećava broj odraslih osoba koje imaju povećanu razinu šećera u krvi i povećani tlak. Kroz individualni zdravstveni odgoj patronažna sestra je ukazala na faktore rizika koji štetno djeluju na zdravlje, kao i na važnost pravilne prehrane te štetnost pušenja i uživanja alkohola. Osobama kojima su izmjerene povišene vrijednosti šećera u krvi i krvnog tlaka dana je preporuka da se jave obiteljskom liječniku. Jednako tako svi koji nisu imali ili nemaju ostvarena prava na zdravstvenu zaštitu upućeni su na mogućnost ostvarivanja istih kako bi mogli dobiti adekvatno liječenje.

Prvo mjerenje kod djece ukazalo je na veliki broj umjereno pothranjene djece, dok broj umjereno preuhranjene i pretile djece nije bio zabrinjavajući. Roditeljima i djeci skrenuta je pozornost na važnost pravilne prehrane i redovne tjelesne aktivnosti u razvoju svakog djeteta. Kasnijim akcijama utvrđeno je da se smanjuje broj umjereno pothranjene djece, kao i broj umjereno preuhranjene djece.

Ovakav rad uključuje i probir visoko ugroženih zdravstvenih i socijalnih pojedinaca, što stvara određene pretpostavke za individualno rješavanje problema, i povezanosti sa ostalim sektorima u Hrvatskoj (sektor obrazovanja, socijalne skrbi i sl.).

LITERATURA

1. Nacionalni program za rome, Vlada Republike Hrvatske, Zagreb, listopad 2003.
2. http://www.vlada.hr/hr/uredi/ured_za_nacionalne_manjine (02.2012.)

Vedrana Iveta, dipl. med. techn.,

Marina Sibiljan, studentica stručnog studija Sestrinstva Sveučilišta u Dubrovniku

Danijela Miljanić, dipl. med. techn.

PARTNERSKI ODNOS OBITELJI I MEDICINSKE SESTRE U PROMICANJU MENTALNOG ZDRAVLJA

SAŽETAK

Zdravlje općenito, a unutar njega mentalno zdravlje kao poseban, no ne i najmanje važan aspekt zdravlja, intimna je, životno vjerojatno najvažnija vrijednost svakog pojedinca, ali i svih ljudskih zajednica. Nepotpuna primjerenost medicinskog modela u razumijevanju, ublažavanju i liječenju psihičkih bolesti, poremećaja i teškoća, postavila je nove zahtjeve na profesije orijentirane na ove aspekte zdravlja, kako unutar medicinskih struka, tako i unutar struka koje s medicinskim strukama surađuju u dijagnostici, kurativi i prevenciji bolesti te u promociji zdravlja uopće. Što je pridonijelo da mentalno zdravlje prestane biti tema o kojoj se "govorilo šapćući", čak i u zdravstvenim krugovima. Na prvome su mjestu nastojanja da se naporom svih čimbenika unutar pojedinih država, ali i na nadnacionalnoj razini, "zaštiti i unaprijedi zdravlje populacije i da se smanje nejednakosti u dostupnosti zdravlja". Mentalno zdravlje: "...stanje općenito dobre čuvstvene i socijalne prilagodbe u različitim područjima života. Mentalno zdrava osoba je zadovoljna, rado živi i ima osjećaj da uspješno koristi svoje potencijale i ostvaruje svoje ciljeve". Stručna podrška, ohrabrenje, usmjeravanje i poduka, medicinske sestre mogu ojačati resurse obitelji, umanjiti osjećaje bespomoćnosti, straha, izoliranosti, možda i posramljenosti, ovisno o vrsti poteškoće te prevenirati pojavnost poremećaja obiteljskih odnosa ili obiteljskog nasilja.

UVOD

Jedan od najznačajnijih pokazatelja razvijenog civiliziranog društva jest briga za osobe s posebnim potrebama. Takve osobe, s manjim ili većim oštećenjem, ne mogu postići rezultate i ispuniti kriterije koje se stavljaju pred suvremenog čovjeka.

Danas je suvremeni čovjek razvojem znanosti, tehnike, medicine, komunikacije postao moćan, da sve

manje ima smisla za one koji imaju neke specifične potrebe. U svijetu je danas ideal imati, a ne i sudjelovati, pobijediti, živjeti ili uživati, tako da se osobe s posebnim potrebama teško uspijevaju izboriti za svoja prava.

Postaje im vrlo teško ostvariti svoje ljudsko dostojanstvo i ravnopravno mjesto sa tzv. "normalnim" i "zdravim" osobama. Dobro je poznata činjenica da su osobe s mentalnom retardacijom kroz povijest bile odbacivane, stigmatizirane, isključivane iz života zajednice, ako su uopće imale šansu preživjeti.¹

Mentalna retardacija smatrala se u potpunosti odstupajućom, nenormalnom pa time i negativnom pojavom, sve do krajnosti: stigmatizacije. Osobe s mentalnom retardacijom ulaze u skupinu invalidnih osoba. Koristimo i naziv »osobe s teškoćama u razvoju«, »osobe s posebnim potrebama«, no u novije vrijeme za osobe s mentalnom retardacijom koristimo naziv "osobe s intelektualnim teškoćama". Zahvaljujući porastu svijesti da su osobe s posebnim potrebama osobe, u razvijenijim društvima se počelo više činiti za njih i pružati im uvjete za ravnopravno sudjelovanje u društvenim zbivanjima.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) shvaća mentalno zdravlje kao stanje dobrobiti (ne samo odsustvo bolesti) u kojem pojedinac ostvaruje osobne sposobnosti, uspješno rješava uobičajene životne stresove, radi produktivno i plodonosno te je sposoban dati svoj doprinos u zajednici. Nadalje, važnost mentalnog zdravlja ističe se u definiciji općeg zdravlja kao "stanja potpune fizičke, mentalne i društvene dobrobiti". Definicija iz međunarodne klasifikacije bolesti iz Ženeve 1992. god. je definirala mentalnu retardaciju kao: "Stanje zaostalog ili nepotpunog razvoja uma, karakterizirano oštećenjem sposobnosti koji se očituju za vrijeme razvoja, odnosno sposobnosti koje pridonose cjelokupnom stupnju razvoja inteligencije (mišljenja, govora, motorike) i sposobnosti ostvarivanja

duševnog kontakta.” Mentalno, duševno ili psihičko zdravlje pripada u šire područje javnog zdravlja i treba ga promatrati na razini populacije, na način da se pozornost usmjeri na pozitivno mentalno zdravlje, kako bi se razvijale mjere zaštite, promicanja i poboljšanja mentalnog zdravlja.²

OBITELJ U DANAŠNJEM DRUŠTVU

Obitelj je u današnjem društvu osnovna biološka, psihološka i društvena jedinica čiji članovi dijele zajedničke vrijednosti i u međusobnoj su interakciji. Obitelj ima središnju ulogu u promicanju i održavanju zdravlja njezinih članova. Zdravlje pojedinih članova utječe na obitelj i zdravlje obitelji utječe na svakoga člana obitelji. Kad je pojedinac bolestan, ta bolest ima utjecaja na sve članove obitelji i na sve interakcije unutar obitelji. Obiteljska struktura također utječe na zdravstveni oporavak pojedinca. W. Rutz, savjetnik za mentalno zdravlje SZO smatra da je “duševna bolest odraz poremećaja u zajednici i zajednica mora biti uključena u njezino rješavanje”

Psihijatrijski bolesnici, tj. bolesnici koji boluju od duševnih bolesti nerijetko su u konfliktu s obitelji, radnom okolinom, često gube prijatelje i dospijevaju u stanje socijalne izolacije. Vrlo je važna zaštita i poštivanje ljudskih prava kao važnoga čimbenika duševnog zdravlja.

Iniciranje pozitivne promjene u obiteljima proces je u kojem je obitelji neophodna naša pratnja i prihvaćanje, dobronamjernost, strpljenje i ohrabrivanje. Pri tome moramo dovoljno dugo ostati uz obitelj, pratiti proces promjene, prihvaćati očekivane neuspješnosti i osobito u njima ohrabrivati i poticati obitelji, zahtijevati, ali ne kritizirati, već dati razumijevanje.³

ULOGA OBITELJI KOD OSOBA S MENTALNOM RETARDACIJOM

Svaki čovjek ima pravo u punini izraziti svoju ljudskost i ostvariti se kao osoba. Najhumanija briga za čovjeka je ona koja mu omogućuje život u primarnoj sredini, u obitelji. Osiguranje normalnog razvoja djece i ostalih članova obitelji jedna je od najvažnijih zadaća obitelji. Prigodom rođenja djeteta u obitelji okupi rodbina i prijatelji da čestitaju roditeljima i podijele radost s njima. Međutim, ako se umjesto “zdravog i lijepog” djeteta rodi dijete sa zdravstvenim smetnjama, rođenje se doživljava tjeskobno i žalosno. Mnogo toga se mijenja u životu roditelja i obitelji. Bilo da je riječ o tek rođenom djetetu ili odraslom članu obitelji, od roditelja i obitelji se zahtijeva da znaju pravilno postupiti u dalj-

njem djelovanju, da osobu s posebnim potrebama uključe u rehabilitacijski i rehabilitacijski tretman, te da mu budu podrška i oslonac u novonastaloj situaciji. Djeca s posebnim potrebama redovito su dobro prihvaćena u svojim obiteljima, roditelji ih iskreno vole, a također su veoma voljena i od braće i sestara. Nažalost, ima slučajeva gdje roditelji ne prihvaćaju svoju djecu s posebnim potrebama, čak ih fizički zlostavljaju.

Očekujemo li da će nam obitelj doći s definiranim problemom i motivacijom za stručni rad, mogli bismo se na samom početku razočarati. Potrebno se pripremiti na njihovu konfuziju i neznanje, ambivalenciju i otpor u prihvaćanju pomoći i iniciranju promjene. Kad obitelj i nudi svoje viđenje problema, potrebno ga je, obzirom na sve okolnosti pažljivo redefinirati, vodeći računa o mogućim manipulativnim obrascima koji su u pravilu prisutni.

Značajna uloga roditelja odnosi se na:

- odgoj
- prevenciju
- uključivanje u rehabilitacijskom i rehabilitacijskom tretmanu
- uspješnost tretmana
- prilagodba na novonastalu situaciju
- različite strategije vođenja skrbi oko djeteta
- važnost podrške obitelji, rodbine i društva.

Svaka se obitelj razlikuje u prilagodbi na novu situaciju. Bračni par doživljava dobitak djeteta s mentalnom retardacijom kao dar božje ljubavi ili kaznu. Ukoliko prihvaćaju to dijete stvara se bolji odnos između supružnika, podrška i dijete se osjeća prihvaćeno i voljeno u takvoj sredini. Razvijaju se pozitivne emocije. Ako roditelji dobitak ovakvog djeteta smatraju kaznom od Boga jer misle da im se na takav način vraćaju neke loše stvari koje su možda napravili u svom životu, ta obitelj često je osuđena na propast. Dolazi do neprihvatanja djeteta, optuživanja, svađa i na kraju razvoda roditelja. Često dijete iz ovakve obitelji bude prepušteno ulici ili nekoj od institucija koje će se brinuti o djetetu s mentalnom retardacijom.³

Prvi problemi roditelja započinju već od trenutka saznanja dijagnoze, kada započinje “**proces prilagodbe**”, tijekom kojega roditelji obično prolaze kroz nekoliko razdoblja. Trenutak saznanja dijagnoze je uvijek šokantan i bolan, tako da se obitelj vrlo često nastoji “obraniti” od nove situacije, dolazi do poricanja realnosti.

Slijedi drugi period – “**faza adaptacije**” tijekom koje se roditelji nastoje, mijenjaju svoje planove, traže korisne obavijesti, razvijaju bliske emocionalne odnose s djetetom, suočavaju se s različitim reakcijama društvene okoline. Članovi obitelji dobivaju više odgovornosti.

Na kraju u “**fazi reintegracije**”, obitelj prihvaća obveze i prilagođava se na svoga novog člana, tj. dijete se u potpunosti integrira u obitelj.

SUBJEKTIVNE I OBJEKTIVNE TEGOBE OBITELJI

Objektivne tegobe proizlaze iz svakodnevne brige za bolesnika. **Subjektivne tegobe** proširene su na mnoge emocionalne distresne situacije u vezi s njihovom brigom i osjećajem dužnosti prema bolesnom članu.

Objektivne tegobe - zapostavljanje potreba drugih članova obitelji, ponekad s dugoročnim psihološkim posljedicama. Dolazi do socijalne izolacije obitelji kao i poremećene relacije s vanjskim svijetom. Obitelj se mora suočiti i s povremenim potrebama za kriznim intervencijama ili hospitalizacijama, ali i poteškoćama u pronalaženju adekvatnog smještaja izvan obitelji. Jedna od najvećih tegoba je i sama financijska situacija koja od obitelji koja ima člana s mentalnom retardacijom traži velika financijska iscrpljivanja.

Subjektivne tegobe - članovi obitelji osjećaju često i stigmatizaciju, frustraciju kada pokušavaju održavati neke svakodnevne funkcije bolesnog člana, a bolest očigledno napreduje. Mnoga istraživanja ukazuju na pojavu teških emocionalnih reakcija u članova obitelji mentalno oboljelog člana. U takvim obiteljima dolazi do promjena životnog ciklusa i relakcijskih usluga. Roditelji često očekuju da će njihovo dijete u adolescenciji pokazati potrebu za samostalnosti i postepeno preuzeti brigu o samome sebi.

PREVALENCIJA I INCIDENCIJA

Važnu ulogu u oboljenjima osoba s mentalnom retardacijom ima prevalencija i incidencija mentalne retardacije. **Prevalencija** je utjecaj raznih faktora koje mogu dovesti do pojave ove bolesti kao:

- rana dijagnostika
- kontrola trudnoća
- socijalni uvjeti života
- stupanj zdravstvene svijesti
- organizacija zdravstvene službe.

Termin “**prevencija**” označava poduzimanje aktivnosti temeljenih na poznavanju etiologije nekog poremećaja, a sa svrhom da se izbjegne daljnji razvoj postojećih smetnji, odnosno da se reducira njihovo širenje i intenzitet. Rana prevencija u dječjoj i adolescentnoj dobi s usmjerenjem na mentalno zdravlje važna je zbog više razloga :

- sprečavanja razvoja psihičkih poremećaja u odraslih
- profesionalne usluge dječjih i adolescentnih psihijatara su vremenski zahtjevne

Kada se govori o primarnoj prevenciji na području mentalnog zdravlja u djece i adolescenata do izražaja dolazi puno značenje poslovice “bolje spriječiti nego liječiti”. Primarna prevencija u dječjoj dobi najčešće podrazumijeva otklanjanje ili barem smanjenje posljedica razvojnog poremećaja. “Zadovoljavajuće zdrav” psihološki rast i razvoj djeteta. Zdrav psihološki rast i razvoj djeteta ovisi o naslijeđenoj konstituciji, dinamici unutarobiteljskih interakcija, obrazaca ponašanja. Mnoge preventivne aktivnosti mogu poduzeti i zdravstveni djelatnici koji su uključeni u sekundarnu skrb; pedijatri, psihijatri, psiholozi s ciljem fokusiranja na visokorizične grupe. (npr. zaštita djece u čijim obiteljima je bilo provođeno nasilje, djeca roditelja ovisnih o alkoholu i sl.).⁴

Važni koraci prevencije:

- Improving the nutritional status of the community as a whole, especially the girl child in order to reduce the risk factors for mental retardation such as low birth weight, and prematurity in the offspring of these children in fupoboljšanje nutritivnog statusa zajednice u cjelini kako bi se smanjio rizik faktora za mentalnu retardaciju kao što su niske porođajne težine i prijevremeni porođaj
- Universal iodization of salt to prevent iodine deficiency disorders which are endemic in some parts of S izbjegavanje izloženosti štetnih kemikalija i tvari, uključujući alkohol, nikotin i kokain tijekom trudnoće, posebno rane trudnoće Administration of folic acid tablets to reduce the occurrence of neural tube defects; Universal immunization of children with BCG, polio, DPT, and MMR to prevent many disorders having the propensity to damage the brain and thereby causing mental
- univerzalna imunizacija djece s BCG, polio, DPT, a MPR kako bi se spriječilo mnoge bolesti koje

imaju sklonost oštećenja mozga i time uzrokuju mentalnu retardaciju. Rubella immunization (part of MMR) can totally eradicate the occurrence of maternal rubella syndrome;

- Avoiding pregnancy before 21 years and after the age of 35 years as complications of pregnancy and labour are more common before 21 yearizbjegavanje trudnoće prije 21 godina i nakon dobi od 35 godina Spacing pregnancies to help the mother to nutritionally replenish herself before the next pregnancy;
- Avoiding exposure to harmful chemicals and substances including alcohol, nicotine and cocaine during pregnancy, especially early pregnancFailed abortions are caused by chemicals often administered by quacks, using harmful mediciDetection and care for high-risk pregnancies;otkrivanje i skrb za visokorizične trudnoće;
- Screening pregnant women for infections such as syphilis and promPreventing Rh iso -immunization, a situation that can arise when the mother has Rh negative blood group.sprečavanje Rh imunizacije - situacija koja može nastati kada je majka Rh negativna krvna grupa. The damage to the foetus can be prevented by administration of a medicine called Anti-D immunoglobulin immediately after the first delivery; oštećenja na fetus može se spriječiti primjenom anti-D imunoglobulina
- probir trudnica za infekcije, kao što je sifilis
- obrazovanje o uzrocima i prevenciji mentalne retardacije
- poticajno okruženje za djecu od djetinjstva kako bi se osigurao pravilni intelektualni razvoj

UNAPRIJEĐENJE MENTALNOG ZDRAVLJA U OPĆOJ POPULACIJI

Jedna od četiri osobe u Europi barem jednom u životu ima smetnje duševnog zdravlja, a puno ih je više koji su ovim problemima zahvaćeni neizravno, stoga je nužno povećati znanje javnosti o ovim pitanjima. Informiranje javnosti i programi podizanja svijesti značajni su za promociju mentalnog zdravlja i zdravog načina života, povećanje znanja o rizičnim čimbenicima i čestim simptomima, destigmatizaciju duševnih poremećaja i promociju ranog traženja pomoći.

Stvaranjem sigurne i poticajne okoline ostvaruju se preduvjeti za unapređenje mentalnog zdravlja.

Građane treba poticati u aktivnom sudjelovanju u planiranju i provođenju aktivnosti na području zaštite mentalnog zdravlja u ovome je ključna uloga medija i novih informacijsko-komunikacijskih alata kako bi se promijenila percepcijamentalnog zdravlja i mentalne bolesti te razvile smjernice za odgovoran odnos prema ovim pitanjima.

- Razvijati svijest o zdravim načinima življenja i rizičnim čimbenicima
- Poboljšati sposobnost građana da čitaju, procjenjuju i razumiju informacije vezane uz mentalno zdravlje (zdravstvenu pismenost) kako bi mogli stvarati utemeljeno mišljenje
- Poticati aktivnosti kojima se osigurava sigurna okolina i smanjuju rizični čimbenici
- Poticati aktivnosti kojima se destigmatiziraju duševne bolesti
- Razvijati smjernice za odgovorno medijsko praćenje pitanja vezanih uz mentalno zdravlje
- Omogućiti veće sudjelovanje i utjecaj javnosti, a posebice korisnika usluga i osoba koje o njima skrbe, u donošenju planova i odluka vezanih uz mentalno zdravlje.⁴

PREVENCIJA BOLESTI KROZ FAZU ADAPTACIJE, ASIMILACIJE I AKOMODACIJE

Adaptacija je ravnoteža djelovanja organizma na okolinu i djelovanje okoline na organizam.

Asimilacija je proces u kojem dijete mjenja informacije iz okoline da ih prilagodi svojim spoznajnim strukturama.

Akomodacija je proces u kojem dijete mjenja okolinu vlastitog ponašanja da bi se prilagodio pojavama koje se događaju u njegovoj sredini, okolini. Sve ove faze se međusobno isprepliću. Taj aktivan proces provođenja ovih faza dovodi do ravnoteže, socijalne interakcije. Ako ne postoji ravnoteža između procesa asimilacije i akomodacije dolazi do usporavanja spoznajnog razvoja i dolazi do mentalne retardacije. Potrebno je dva ili više adaptivnih vještina u kojima osoba zaostaje da bi mogli govoriti o mentalnoj retardaciji. Te uzroke možemo tražiti u raznim faktorima kao što su genetski poremećaji, socijalni faktori kao što su odnosi u obitelji, faktori vezani uz oblike ponašanja, zlostavljanje, edukacijski faktori. Edukacije je važan faktor jer edukacijom dovodimo do razvoja i unapređenja mentalnog zdravlja.⁴

EUROPSKI PAKET ZA MENTALNO ZDRAVLJE

Europska unija je 2006.g. prihvatila poboljšanje mentalnog zdravlja kao jedan od glavnih ciljeva. Zelena knjiga Europske komisije "Poboljšanje mentalnog zdravlja populacije-prema strategiji zaštite mentalnog zdravlja u Europskoj uniji" označava potrebu za donošenjem nacionalnih i zajedničkih europskih standarda. Europski paket za mentalno zdravlje prihvaćen je na konferenciji 2008.g. i određuje pet pravila:

- Prevencija depresije
- Mentalno zdravlje u mladosti i obrazovanju
- Mentalno zdravlje na radnom mjestu
- Mentalno zdravlje starijih
- Suprostavljanje stigmi i socijalne isključenosti

PLANIRANJE MENTALNE SKRBI U ZAJEDNICI

Proces planiranja mentalne skrbi u zajednici je važan čimbenik. Sam proces zbrinjavanja započinje kod obiteljskog liječnika. Obiteljski liječnik ima važnu ulogu u liječenju i edukaciji oboljelog člana i same obitelji. Nakon zbrinjavanja kod obiteljskog dolazi do prve hospitalizacije i institucije za produženo liječenje i smještaj.

1. proces zbrinjavanja počinje kod obiteljskog liječnika

Čest problem je nedovoljna edukacija liječnika, koji ne zna kako pravilno provoditi liječenje takvog pacijenta. Javlja se strah od takvog pacijenta i njegovog nepredvidljivog ponašanja, pa često negativni stav liječnika zbog straha od takvih osoba prenosi na obitelj i savjeti obitelji su obično postaju negativni iako se radi o njihovom članu obitelji.

2. prva hospitalizacija

Ostavlja trag na pacijentu i na njegovu obitelj. Javlja se osjećaj krivnje. Obitelj se osjeća da izdaje člana obitelji tim postupkom. Dok sama osoba s mentalnom retardacijom misli kako ga obitelj ne voli i napušta.

3. institucije za produženo liječenje i smještaj

Ovaj oblik skrbi se primjenjuje kod obitelji koje su umorne od skrbi za člana koji boluje od mentalnog poremećaja ili kad je bolest napredovala. Često se odgađa smještaj u takve institucije jer je obitelji teško napustiti člana i često se vode misli što se njihova okolina misli ako svog člana smjesti u takvu ustanovu.

4. bolesnici bez članova obitelji

Bolesnici koji žive sami predstavljaju veliki problem jer ako tijekom liječenja nisu stvorili brigu o vlastitom zdravlju dolazi do prestanka uzimanja terapije i bolest napreduje. Nemaju nikoga tko bi im pružio podršku ili nadzirao kontrolu uzimanja lijekova. Patronažna sestra ima veliku ulogu jer ulaskom u kuću i obitelj ovog bolesnika može bolje upoznati obitelj, pomoći obitelji, educirati članove, pružiti im podršku i pomoći im odgovoriti na mnoga pitanja.

Hrvatski savez udruga za pomoć osoba s mentalnom retardacijom osnovao je tridesetak klubova u Republici Hrvatskoj. U klubovima se provode razne aktivnosti, radionice, druženje oboljelih kao i članova njihove obitelji. Ipak obitelj na ovakav način može razmijeniti iskustva i informacije, a oboljeli od mentalne retardacije se najbolje osjećaju u okruženju s osobama koje dijele istu sudbinu, razumiju ih u okolini u kojoj nema stigme.⁵

Važan preduvjet za postizanje širih javnozdravstvenih i razvojnih ciljeva je podržavanje i unapređenje potrebnih kapaciteta za prevenciju, rano otkrivanje, liječenje i rehabilitaciju osoba oboljelih od duševnih bolesti te njihovih obitelji. Programe rehabilitacije za osobe s duševnim smetnjama potrebno je učiniti dostupnima svim bolesnicima kao dio standardnog liječenja u sustavu zdravstva, ali i osobama s duševnim poremećajima u kaznenim ustanovama, a posebno maloljetnicima u kazneno-odgojnim ustanovama. Model pružanja usluga zaštite mentalnog zdravlja kroz djelatnost zaštite mentalnog zdravlja pri županijskim zavodima za javno zdravstvo potrebno je dalje razvijati kako bi se uspostavio sveobuhvatan nacionalni sustav zaštite mentalnog zdravlja u zajednici. Praćenje trendova duševnih poremećaja, njihovo analiziranje i omogućavanje pravovremenog širenja informacija važna su područja za učinkovitu akciju i predstavljaju temelj za uspjeh i odgovarajuće provođenje svih navedenih područja strategije. Uz poboljšanje praćenja relevantnih zdravstveno-statističkih podataka, potrebno će biti usklađivanje postojećih indikatora o mentalnom zdravlju sa sustavom podataka koji se razvija u Europskoj uniji, a značajno treba unaprijediti razmjenu podataka, uz posvećivanje posebne pozornosti tajnosti i privatnosti podataka te zaštiti ljudskih prava.⁶

ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Uloga medicinske sestre je osigurati opseg podrške koja je potrebna za uspješno funkcioniranje u soci-

jalnoj sredini. Provoditi edukaciju roditelja, članova obitelji. Medicinska sestra treba poznavati Deklaraciju o pravima osoba s mentalnom retardacijom da bi mogla upoznati članove obitelji s deklaracijom o pravima osoba s mentalnom retardacijom. Medicinska sestra treba biti "most" koji povezuje osobu s mentalnim poremećajem, njegovu obitelj i službu u zajednici sa drugim članovima klubova, institucija za osobe s mentalnim poremećajima. Vrlo je važna suradnja s ostalim zdravstvenim djelatnicima (defektolog, psiholog, socijalni radnik, fizioterapeut.....). Medicinska sestra je osoba koja može informirati javnost o problemima osoba s mentalnom retardacijom i tako pomoći zajednici da shvate probleme oboljelih i njihove obitelji, da nestane stigmatizacija.

ZAKLJUČAK

Osobe s intelektualnim teškoćama diljem Europe i svijeta stigmatizirane su i suočavaju se sa značajnim preprekama u ostvarivanju svojih temeljnih prava. Diskriminacija tih osoba vidljiva je i u Hrvatskoj. Obrazovanje se najvećim dijelom provodi u posebnim uvjetima te se uglavnom samo djeca s lakim intelektualnim teškoćama školuju u redovitim uvjetima. Ograničen im je pristup radu, a poslodavci nisu spremni za zapošljavanje osoba s intelektualnim teškoćama pa je, bez obzira na zapošljavanje uz potporu, broj zaposlenih prilično malen.

Pred svima je izazov i dugogodišnji put gradnje novih odnosa, počevši od obitelji, župne zajednice, socijalnog rada i ustanova socijalne skrbi i zdravlja.

Jačanje svijesti ljudi, bolja prevencija i planiranje skrbi za ovakve osobe možemo učini korak k boljem životu svih ljudi, a posebno oboljelih. Edukacija svih dobnih skupina o brizi za vlastito mentalno zdravlje omogućila bi ranije prepoznavanje

ranih znakova bolesti i pravovremeno liječenje. Treba unaprijediti komunikaciju unutar institucija koje se bave problemima mentalnog zdravlja na razini čitave regije. Uspostava dobre informiranosti o mogućnostima pronalaženja pomoći za određeni problem iz područja mentalnih bolesti može pomoći članovima obitelji. Svaka individua može najviše učiniti za bolje i kvalitetnije življenje.

OMNE EST ENUM VERBUM PULCHRUM ET BONUM

(Svako je biće jedno, istinito, lijepo i dobro.)

LITERATURA

1. Cleghorn, J. M., Lou Lee, B. (1991.): Understanding & Treating Mental Illness, The Strengths & Limits of Modern Psychiatry, Hogrefe & Huber Publishers, Toronto, Lewiston, 1991
2. Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R. (eds.) (2005.): Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, WHO, Geneva
3. Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja, (2010.); ZZJZ Sveti Rok, Virovitičko – podravske županije
4. www.education.com/reference/article/mental-retardation-causes-preventionhttp://www.rijeka.kbf.hr/data/Polozaj_i_vrednovanje_osoba_s_posebnim_potrebama.pdf
5. Okvir za javnozdravstvenu akciju na području mentalnog zdravlja, HZZJ, 2004.
6. <http://sretnaobitelj.odlican.net/files/knjiga-zdrav-zivot-dusevnog>

Kordić Kristina, bacc.med.techn.
Dr.sc. Racz Aleksandar, dr.med.spec.
Tomičević Lidija, dr.med.spec.
Antolić Slavko, dr.med.spec.

DOPRINOS MEDICINSKE SESTRE UPOZNAVANJU RAŠIRENOSTI PROBLEMA ALKOHOLIZMA MEĐU MLADIMA

SAŽETAK

Cilj istraživanja bio je istražiti stavovi mladih prema ovisnosti o alkoholu, te procijeniti incidencije i prevalencije konzumiranja alkohola kod mladih osoba. Stratificiranim uzorkom bio je obuhvaćen 71 polaznik trećih razreda srednje škole u Slavonskom Brodu. Anketa je dala odgovore na slijedeće parametre: informiranost o štetnosti alkohola, vrste konzumiranog alkohola, učestalost konzumiranja alkohola, početnu dob konzumiranja alkohola, saznanje roditelja o alkoholizmu učenika, te stav mladih o štetnosti alkohola. Iako alkoholizam bolešću smatra 73% ispitanika, čak 87% ispitanika priznaju da povremeno ili trajno prekomjerno piju, od koji 24% žestoka pića, uz dodatnih 23% koji piju sve do čega dođu. Mladi su posve nekritični prema vlastitom pijenju jer ih 99% misli da osobno nemaju problema s alkoholom, dok ih 47% (33 ispitanika) misli da ni njihovi prijatelji imaju problem sa alkoholizmom. Iako nisu svjesni vlastitog problema, o društvenim socijalnim posljedicama alkohola mladi daju suprotno orijentirane odgovore pri čemu 23% misli da alkohol dovodi do problema u braku i obitelji, 8% da narušavaju odnose sa djecom, 7% da nastaju problemi u radnoj sredini, a čak dvije trećine ispitanika, njih 62% misli da alkohol štetno utječe na više područja. Zbog toga su potrebne neprestane preventivne mjere, koje moraju biti istovremeno usmjerene prema pojedincu i prema obitelji, školi i općenito prema društvu u cjelini.

Ključne riječi: alkoholizam, prevencija, etiologija, incidencija, mladi;

UVOD

Alkohol se naziva najstarijom drogom čovječanstva i danas je u većini zemalja legaliziran. Služi

kao sredstvo za opuštanje i relaksaciju. Društveni stav prema alkoholu je različit u različitim zemljama. Neki ga u potpunosti odobravaju, neki ograničavaju mjesta prodaje i pijenja a neki u potpunosti brane, kao u muslimanskim zemljama. Potrošnja alkohola po glavi stanovnika povećala se u gotovo svim zemljama svijeta, a posljedično se povećao i broj osoba koje pate od bolesti koje nastaju kao posljedica zlorabe. Štetni učinci za pojedinca i za društvenu zajednicu, kao posljedice neodgovarajuće, prekomjerna konzumacije alkohola, brojni su i čvrsto dokumentirani i dokazani (1). Prekomjerna se uporaba povezuje s povećanim rizikom mortaliteta, a ozljede i nasilje u svezi s alkoholom ne pogađaju samo pojedince, već i obitelj i širu zajednicu, utječući na zdravlje i socijalnu sigurnost (2,3). Zbog toga su istraživanja stavova mladih o alkoholizmu i raširenosti alkoholizma među mladima, posebice kad ih provodi medicinska sestra vrlo vrijedan doprinos znanstvenom i stručnom razumijevanju te štetne pojave i prilog društvenoj borbi protiv jednog od najvećih zla današnjice (4,5).

CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja bio je, iz kuta medicinske sestre, istražiti stavove mladih o ovisnosti o alkoholu, te procijeniti incidencije i prevalencije konzumiranja alkohola kod mladih osoba.

METODE RADA

Istraživanjem je obuhvaćen stratificirani uzorak od 71 ispitanika. Za potrebe rada konstruiran je strukturirani obrazac – anketni upitnik koji je sadržavao 20 pitanja. Istraživanje je provedeno tijekom 2011. godine u trećim razredima srednje škole “Matija Antun Reljković” u Slavonskom Brodu.

REZULTATI

Anketa je sadržavala slijedeće parametre: spolnu razdiobu, informiranost o štetnosti alkohola, vrste konzumiranog alkohola, učestalost konzumiranja alkohola, početnu dob konzumiranja alkohola, saznanje roditelja, te stav mladih o štetnosti alkohola.

Anketom je obuhvaćen 71 učenik i to 34 ženke osobe (48%) i 37 muških osoba (52%). Od toga 49 učenika (69%) bilo je staro 17 godina, 20 učenika (28%) bilo je staro 18 godina i 2 učenika (3%) navršila su 19 godina.

U prvom dijelu ankete u kojem je ispitana informiranost o štetnosti alkohola dobiveni su odgovori koji pokazuju da su mladi dosta dobro informirani o štetnosti konzumiranja alkohola.

Temeljem samoprocjene vlastitog znanja, njih 18% (13 ispitanika) tvrdili su da znaju ponešto o štetnosti konzumiranja alkohola, 0% (0 ispitanika) ne znaju ništa, 4% (3 ispitanika) uopće ne zanima, a 78% (55 ispitanika) misli da su dovoljno informirani.

Čak 94% (67 ispitanika) smatra da mladi puno piju, niti jedan učenik 0% (0 ispitanika) ne misli da danas mladi ne piju puno, a 6% (4 ispitanika) uglavnom nisu zainteresirani za alkohol. Nešto manje ispitanika, njih 86% (61 sudionik) misli da danas mladi češće konzumiraju alkohol i psihoaktivne supstance, samo 1 ispitanik misli da to nije istina, dok ih 13% (9 ispitanika) nema jasan odgovor o tom pitanju.

Alkoholizam bolešću smatra 73% (52 ispitanika), 17% (12 ispitanika) misli da nije alkoholizam nije bolest, a 10% (7 ispitanika) ne zna točan odgovor. Vezano uz navedeno, otprilike isti postotak ispitanika, 77% (65) misli da ponavljanom i dugotrajnom upotrebom alkohola postaju ovisnici, 6% ispitanika (4) misli da se tako ne postaje ovisnikom, 3% ispitanika (2) ne znaju ništa o etiologiji alkoholizma.

U nastavku ankete željelo se dobiti podatke o incidenciji i prevalenciji alkoholizma u konkretnoj sredini i odgovori su pokazali da je nažalost konzumacija alkohola u školi vrlo velika.

Tablica 1: Konzumiranje alkohola u školi u kojoj je provedena anketa

Odgovor	Frekvencija (f)	Postotak (%)
a) da	60	85
b) ne	1	1
c) ponekad	10	14
Ukupno	71	100

Dosta veliki postotak, odnosno 85% (60 ispitanika) ih misli/zna da učenici njihove škole konzumiraju alkohol, 1% (1 sudionik) misli da ne, a 14% (10 ispitanika) misli da samo ponekad konzumiraju alkohol.

Tablica 2: Osobna konzumacija alkohola

Odgovor	Frekvencija (f)	Postotak (%)
a) da	26	37
b) ne	9	13
c) ponekad	36	50
Ukupno	71	100

Na osobnoj razini čak 37% (26 ispitanika) priznaje da prekomjerno konzumiraju alkohol, 13% (9 ispitanika) ih poriče konzumaciju alkohola, a daljnjih 50% (36 ispitanika) priznaje da samo ponekad konzumira alkohol. Ukupno, čak 87% ispitanika povremeno ili trajno prekomjerno pije što je vrlo zabrinjavajući podatak.

Tablica 3: Konzumiranje alkohola u njihovim obiteljima

Odgovor	Frekvencija (f)	Postotak (%)
a) da	3	4
b) ne	60	85
c) ponekad	8	11
Ukupno	71	100

Vrlo je interesantno da se u slučaju kad se sa opće procjene konzumiranja alkohola u generaciji učenika fokusiramo na konzumaciju alkohola u njihovim vlastitim obiteljima, vrlo nizak postotak, odnosno tek 4% (3 ispitanika) misli da se u njihovim obiteljima prekomjerno konzumira alkohol, čak 85% (60 ispitanika) ih negira alkoholizam u vlastitoj obitelji, dok ih 11% (8 ispitanika) misli da se ipak ponekad konzumira prekomjerno alkohol.

Tablica 4: Starosna dob početka konzumiranja alkohola

Odgovor	Frekvencija (f)	Postotak (%)
a) 10 godina	5	7
b) 11 godina	2	3
c) 12 godina	5	7
d) 13 godina	7	10
e) 14 godina	17	24
f) 15 godina	23	32
g) 16 godina	7	10
h) 17 godina	5	7
Ukupno	71	100

Dob početka konzumacije alkohola otkriva da je već sa 10 godina 7% (5 ispitanika) probalo alkoholno piće, 3% (2 ispitanika) su probali alkohol sa

11 godina, 7% (5 ispitanika) je probalo alkohol sa 12 godina, 10% (7 ispitanika) je probalo alkohol sa 13 godina, 24% (17 ispitanika) je kušalo alkohol sa 14 godina, 32% (23 ispitanika) sa 15 godina, 10% (7 ispitanika) sa 16 godina i 7% (5 ispitanika) je probalo alkohol sa 17 godina.

Kao mjesto prvog susreta s alkoholom 20% (14 ispitanika) je izjavilo da je prvo alkoholno piće konzumiralo kod kuće, 59% (42 ispitanika) je prvo alkoholno piće konzumiralo na zabavi, 6% (4 ispitanika) u parku i 15% (11 ispitanika) je svoje prvo alkoholno piće popilo kod prijatelja.

Tablica 5: Vrste alkoholnog pića koje najčešće konzumiraju mladi

Odgovor	Frekvencija (f)	Postotak (%)
a) pivo	28	39
b) vino	10	14
c) neka žestoka pića	17	24
d) sve navedeno	16	23
Ukupno	71	100

Podaci iz tablice 5 pokazuju da 39% (28 ispitanika) pije pivo, 14% (10 ispitanika) ih pije vino, vrlo zabrinjavajućih 24% (17 ispitanika) ih pije žestoka alkoholna pića, uz dodatnih 23% (16 ispitanika) ih pije sve navedeno. Sumarno polovina ispitanika pije žestoka alkoholna pića, što je u dobi prije navršene punoljetnosti vrlo alarmantan podatak.

Podatak je tim teži budući da obitelj u najvećem broju slučajeva ima saznanja o njihovom alkoholizmu. Naime, 68% (48 ispitanika) roditelja zna da im djeca konzumiraju alkohol, 17% (12 ispitanika) roditelja ne zna da im djeca konzumiraju alkohol, a 15% (11 ispitanika) navodi da ne znaju da li im roditelju znaju da oni konzumiraju alkohol.

Tablica 6: Učestalost konzumiranja alkoholnih pića

Odgovor	Frekvencija (f)	Postotak (%)
a) svaki dan	6	8
b) jednom do dvaput tjedno	31	44
c) jednom mjesečno	34	48
Ukupno	71	100

Prema dobivenim podacima 8% (6 ispitanika) svaki dan konzumira alkohol, 44% (31 sudionik) konzumira alkohol jednom do dvaput tjedno a 48% (34 ispitanika) ih konzumira alkohol jednom mjesečno. Pritom, 15% (11 ispitanika) tijekom pijenja uopće ne mare za druge, 21% (15 ispitanika) ne osjeća ništa a najveći postotak, čak 64% (45 ispita-

nika) je izjavilo da se tijekom pijenja osjeća izuzetno raspoloženo.

Tablica 7: Svijest o postojanju vlastitih problema sa alkoholom

Odgovor	Frekvencija (f)	Postotak (%)
a) da	1	1
b) ne	70	99
Ukupno	71	100

Tablica 8: Svijest o postojanju problem sa alkoholom kod prijatelja

Odgovor	Frekvencija (f)	Postotak (%)
a) da	8	11
b) ne	33	47
c) poneki	30	42
Ukupno	71	100

Mladi su posve nekritični i prema vlastitom pije-nju jer ih 99% misli da osobno nemaju problema s alkoholom, dok ih 47% (33 ispitanika) misli da ni njihovi prijatelji imaju problem a alkoholizmom. Samo 11% (8 ispitanika) smatra da njihovi prijatelji imaju ozbiljan problem sa alkoholom, dok ih 42% (30 ispitanika) misli da tek poneki imaju problema sa alkoholom.

Tablica 9: Socijalno/društvene posljedice

Odgovor	Frekvencija (f)	Postotak (%)
a) dovodi do problema u braku i obitelji	16	23
b) narušavaju odnose sa djecom	6	8
c) nastaju problemi u okolini i vodi u kriminal	5	7
d) sve navedeno	44	62
Ukupno	71	100

Iako nisu svjesni vlastitog problema, o društvenim socijalnim posljedicama alkohola mladi uglavnom daju suprotno orijentirane odgovore jer njih 23% (16 ispitanika) misli da alkohol dovodi do problema u braku i obitelji, 8% (6 ispitanika) misli da narušavaju odnose sa djecom, 7% (5 ispitanika) misli da nastaju problemi u radnoj sredini, a čak dvije trećine ispitanika, njih 62% (44 ispitanika) misli da alkohol utječe štetno utječe na sve navedeno. Također 34% (24 ispitanika) smatra da alkohol ne rješava brige i probleme, 18% (13 ispitanika) smatra da pravi budalu od čovjeka, 3% (2 ispitanika) misli da stvara neprijatelje, a 45% (32 ispitanika) smatra konzumiranje previše alkohola čini sve navedeno.

No, to s očigledno odnosi na neke druge mlade jer promotre li se ponovno podaci prikazani Tablicama 7. i 8. oni sami nemaju problema s alkoholom.

DISKUSIJA

Preveliko konzumiranje alkohola je bolestan i društveno neprihvatljiv način zadovoljavanja prirodne ljudske potrebe za osjećajem ugođe i zadovoljstva (1,2). Veliki broj mladih konzumiranje alkohola prihvaća kao najjednostavniji i najbrži način ublažavanja neugode, napetosti, frustriranosti ili pak brzog stvaranja ugođe. Preveliko konzumiranja alkohola je problem sa svojim dugoročnim posljedicama na zdravstvenoj, socijalnoj i gospodarskoj razini. Sve više mladih ljudi počinje sa prevelikim konzumiranjem alkohola (4,5). Otuđenost i ne komunikacija u obitelji kao i roditeljski stav o konzumiranju alkohola imaju velik utjecaj na ponašanje adolescenata. Pri pojavi problema u svezi s alkoholom, obitelj ih ne mora biti svjesna sve dok se ne pojave sukobi u školi, s policijom ili drugim osobama izvan obitelji. Obitelj može i nesvjesno negirati probleme s alkoholom, pripisujući ih drugim problematičnim ponašanjima, ili se unutar obitelji može razviti dinamika koja skreće pozornost s problematičnog adolescenata i usmjerava je na druga zbivanja. Osjećaj straha pri prepoznavanju problema u roditelja je vrlo jak, povezan s osjećajem krivnje i odgovornosti (4,5).

Borba protiv alkohola je borba protiv negativnih društvenih pojava koje su mnogo šire i mnogo kompleksnije od samog čina konzumiranja alkohola. To bi trebala biti borba za stvaranje, odnosno mijenjanje stavova, vrijednosnog sistema i stila života. U čitavom svijetu ovisnost o alkoholu izaziva posebnu pažnju i zabrinutost društva (1). Edukacija zdrave populacije, te rano otkrivanje rizičnog ponašanja određene individue koje bi moglo dovesti do neke ovisnosti je najveća pomoć u borbi protiv ovisnosti, a ujedno i vrlo isplativa mjera (4,5).

Masovnost prevelikog konzumiranja alkohola je sve veća, a učinak na zdravlje i funkcionalnost mladih ljudi, kao i društva u cjelini, razoran. Zbog toga su potrebne neprestane preventivne mjere, koje moraju biti istovremeno usmjerene prema pojedincu i prema obitelji, školi i općenito prema društvu u cjelini (4,5). Poruka mladima koji medicinske sestre moraju prenositi prilikom svakog susreta s njima u ambulantni, zdravstvenoj ustanovi ili izvan nje mogla bi se sažeti u sljedeće: "Zapamtite da uvijek imate pravo odbiti alkohol i ne piti. Alkohol nije dokaz muškosti, ni muževnosti ni zrelosti. Ako ne pijete nećete nikoga uvrijediti. Ako pijete nikome se nećete svidjeti."

LITERATURA

1. Huljev M. Alkohol među mladima, Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Odsjek za sociologiju (Dostupno na: [http://infoz.ffzg.hr/afric/MetodeII/Arhiva02/Huljev Ma.htm](http://infoz.ffzg.hr/afric/MetodeII/Arhiva02/Huljev%20Ma.htm) (06. rujna 2011.))
2. Uvodić-Đurić D. Mladi i alkohol, Čakovec, Autonomni centar – ACT:2007,
3. Dostupno na <http://actanow.hr/wp-content/uploads/2009/08/alkohol.pgf> (02. rujna 2011.)
4. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb: Zdravstveno Veleučilište:2007.
5. Jakušić N. Alkohol i mladi: Portal "Moj doktor", (Dostupno na: <http://www.mojdokter.hr/default.aspx?page=47&article=3056> (10. rujna 2011.))
6. Zoričić Z. Problemi s pijenjem alkohola u mladim ljudima u Republici Hrvatskoj,
7. HSKLA (Dostupno na http://www.hskla.hr/Ovisnostoalkoholu/ProblemiS_pijenjem.htm)

MASLOVLJEVA PIRAMIDA – INSTRUMENT ZA PROCJENU KVALITETE RADA U SESTRINSTVU

Ključne riječi: Bolnica, sestrinstvo, zadovoljstvo, radno okruženje, Maslovljeva piramida,

Sažetak

Danas se u sestrinskoj praksi koriste različite metode i postupci za kontrolu kvalitete rada. Jedan od alata za procjenu kvalitete organizacije rada u sestrinstvu može biti prilagođena Maslovljeva piramida za procjenu potreba medicinskih sestara. Potrebe U SESTRINSTVU se prema originalnom izvoru (*OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 16 No. 1) dijele u četiri razine, primarne potrebe, potreba za sigurnošću, potreba za poštovanjem i samopoštovanjem, potreba za samoostvarenjem. (Slika 1)

Cilja rada je bio ispitati zadovoljstvo medicinskih sestara u okruženja hrvatskih bolnica obzirom na Maslovljevu piramidu potreba prilagođenu za sestrinstvo.

Za istraživanje je korišten upitnik s 15 pitanja sortiranih u 4 osnovna poglavlja, uz korištenje Likertove skale za procjenu zadovoljstva (1-5).

Uključeno je 83 ispitanika, medicinske sestre/tehničari, (93,48% žena) iz različitih područja rada (26,09% interne, 28,26 kirurgije); 43,48% sa srednjom stručnom spremom i 36,96% prvostupnica; više od 50% s 10-20 godina radnog staža. U tablici broj 1 prikazani su kvantitativni rezultati ispitivanja.

Najveći postotak zadovoljstva dobiven je u području potreba za sigurnošću gdje po procjeni ispitanika bolesnici često (48,19%) i svakodnevno (46,99%) poštuju medicinske sestre kao profesionalce, to je najviša ocjena u ispitivanju 4,20. Puno rasprava se vodi o uvažavanju i suradnji između liječnika i medicinskih sestara, rezultati ove studije su pokazali da liječnici često (46,99%) i svakodnevno (38,55%) uvažavaju medicinske sestre/teh. kao suradnike i time su ispitanici zadovoljni ocjenom 4,04.

Nezadovoljstvo je iskazano u rezultatima iz područja potreba za sigurnošću, gdje nova moderna tehnologije izaziva nesigurnost u 69,57%, i ocjena je 2,91. Iz potrebe za pripadnošću nezadovoljstvo često 39,1% uzrokuje nemogućnost samostalnog upravljanja karijerom. Iz vrha piramide i potreba

Tablica 1: Rezultati ispitivanja obzirom na potrebe unutar Maslovljeve piramide prilagođene sestrinstvu:

		Najčešći odgovor	%	Zadovoljstvo Prosjeck - Likert scale
Primarne potrebe				
1	Raspored rada na Vašem odjelu planira se unaprijed za:	Jedan do dva tjedna unaprijed	81,93	3,50
2	Koliko često se raspored rada mijenja:	Rijetko	66,27	3,22
3	Tijekom godišnjeg odmora ili na slobodnim danima koliko često se dogodi da morate mijenjati privatne planove:	Vrlo rijetko	81,93	3,87
4	Možete li se tijekom dnevne pauze odmaknuti potpuno od posla, bez ometanja:	Nikada Rijetko	32,53 81,93	3,09

Potrebe sigurnosti				
5	Bolesnici Vas uvažavaju i poštuju kao profesionalca, imaju povjerenja u Vaše znanje	Često Svakodnevno	48,19 46,99	4,20
6	Liječnici Vas uvažavaju i poštuju kao profesionalca, imaju povjerenja u Vaše znanje:	Često Svakodnevno	46,99 38,55	4,04
7	Koliko često dobijete poslove koje niste u mogućnosti u zadanom vremenu završiti, pa to izaziva u Vama stres i nezadovoljstvo	Rijetko	57,83	3,35
8	Koliko često se osjećate nesigurno jer ne znate dovoljno o novoj tehnologiji koja se koristi pri Vašem radu, jer Vam je potrebna dodatna edukacija	Rijetko	69,57	2,91
Potreba za pripadanjem				
9	Možete samostalno upravljati Vašom karijerom	Često	39,1	2,78
10	Kako ocjenjujete funkcioniranje u timu gdje radite	Vrlo dobro	45,65	3,33
11	Komunikacija na odjelu gdje radite je	Vrlo dobro	45,65	3,15
12	Vaši kolege su suradljivi i spremni za pomoć	Često	54,35	3,54
Potrebe za poštovanem i samoostvarivanjem				
13	Zadovoljni ste načinom kontrole kvalitete Vašeg rada	Često	34,78	2,83
14	Možete samostalno donositi odluke koje su vezane uz Vašu profesiju	Često	56,52	3,39
15	Vaši suradnici u radu daju Vam podršku i kada je potrebno osnažuju Vas u Vašim nastojanjima ili odlukama koje su važne za profesionalni razvoj	Svaki put	45,65	3,11

za poštovanjem i samoostvarivanjem ispitanici su često 34,78% nezadovoljni s načinom kontrole kvalitete rada, ocjena je niska 2,83.

Zaključak:

Najveći uzrok nezadovoljstva u sestrinskom praktičnom okruženju može uzrokovati nedostatak osoblja, loša organizacija rada, manjak osoblja, nova tehnologije i neprimjerena edukacija o njenoj primjeni, osjećaj da je pružena usluga nedovoljne kvalitete, nezadovoljavajući odnosi na relaciji osoblje - bolesnik i osoblje - osoblje. Nejasni kriteriji u procjeni kvalitete rada.

Sve navedeno su područja na kojima je moguće puno raditi i usavršavati sestrinsku praksu.

Primjena Maslovljeve piramide može pojednostaviti i olakšati utvrđivanje prioriteta za rješavanje i intervencije na području menadžmenta u sestrinstvu.

Literatura:

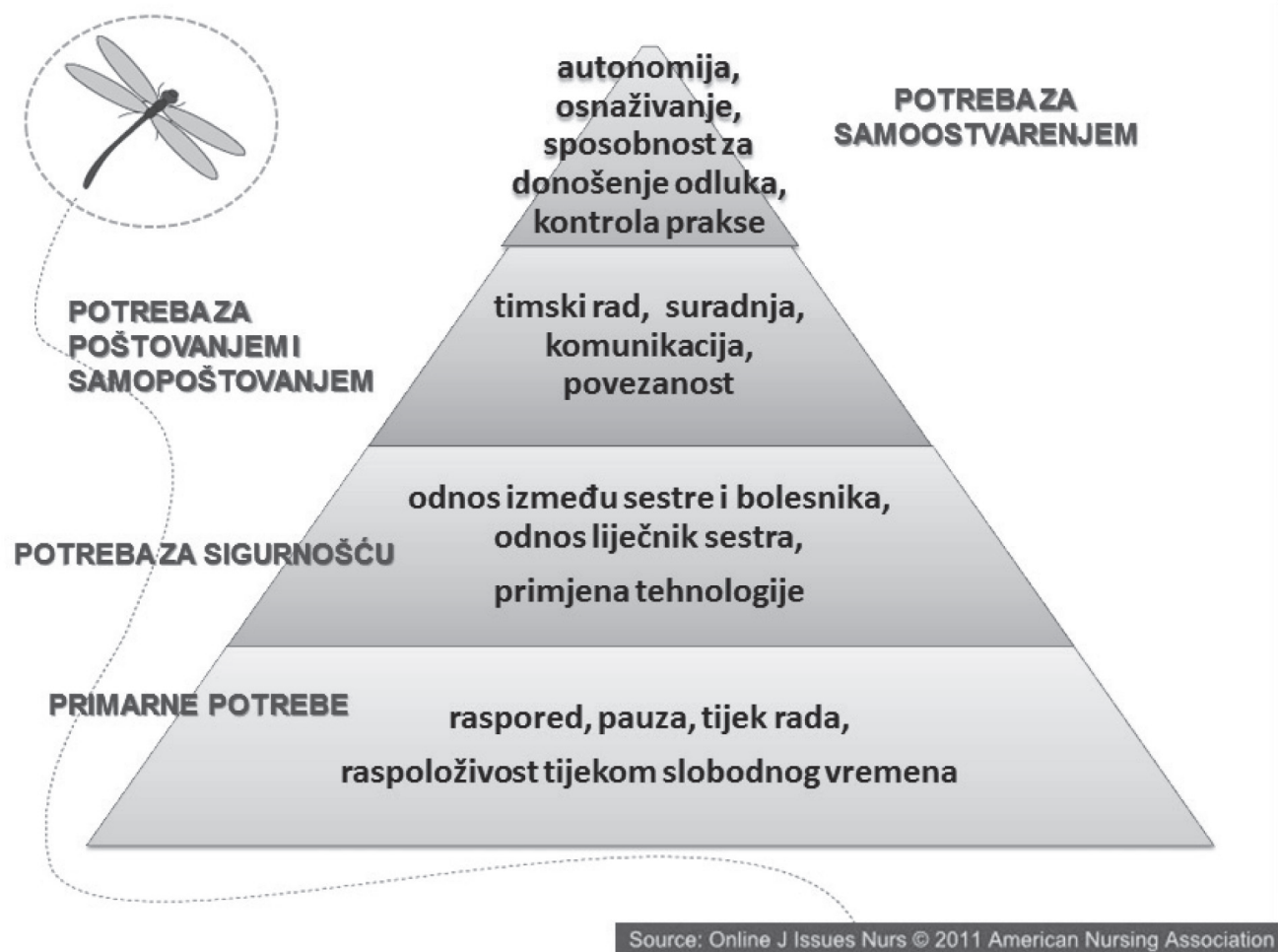
1. Lisa Groff Paris, L.G., Terhaar, M., (2010) Using Maslow's Pyramid and the National Database of Nursing Quality Indicators™ to Attain a Healthier Work Environment. OJIN:

The Online Journal of Issues in Nursing Article published December 7, 2010

2. www.aacn.nche.edu/Media/FactSheets/NursingShortage.htm
3. Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organization and quality of care: cross national findings. International Journal for Quality in Health Care, 14, 5-13.
4. Beaudoin, L.E., & Edgar, L. (2003). Hassles: Their importance to nurses' quality of work life. Nurse Economy 21(3), 106-113.
5. Bowles, C., & Candela, L. (2005). First job experiences of recent RN graduates: Improving the work environment. Journal of Nursing Administration, 35(3), 130-137.
6. Chinnis, A.S., Summers, D.E., Doer, C., Paulson, D.J., & Davis, S.M. (2001). Q methodology: A new way of assessing employee satisfaction. Journal of Nursing Administration, 31(5), 252-259.
7. Cline, D., Reilly, C., & Moore, J.F. (2003). What's behind RN turnover? Nursing Management, 34(10), 50-53.
8. DiMiglio, K., Padula, C., Piatek, C., Korber, S., Barrett, A., Ducharme, M.,... Corry, K. (2005).

- Group cohesion and nurse satisfaction: Examination of a team building approach. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 110-120.
9. Gallup. (2005). Nurse engagement key to reducing medical errors. Retrieved March 19, 2010 from: www.gallup.com/poll/20629/nurse-engagement-key-reducing-medical-errors.aspx
 10. Heath, J., Johanson, W., & Blake, N. (2004). Healthy work environments: A validation of the literature. *Journal of Nursing Administration*, 34(11), 524-530.
 11. Hoffman, E. (2008). The Maslow effect: A humanist legacy for nursing. *American Nurse Today*, 3(8), 36-37.
 12. Holtom, B.C., & O'Neill, B.S. (2004). Job embeddedness: A theoretical foundation for developing a comprehensive nurse retention plan. *Journal of Nursing Administration*, 34(5), 216-227.
 13. Hughes, R.G., & Rogers, A.E. (2004). Are you tired? Sleep deprivation compromises nurses' health—and jeopardizes patients. *American Journal of Nursing*, 104(3), 36-38.
 14. Institute of Medicine. (2004). Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses. Retrieved March 20, 2010 from http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10851&page=48
 15. Kalisch, B.J., Curley, M., & Stefanov, S. (2007). An intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement. *Journal of Nursing Administration*, 37(2), 77-84.
 16. Kanter, R.M. (1993). *Men and women of the corporation*. 2nd Edition. New York, NY: Basic Books.
 17. Kramer, M., & Schmalenber, C. (2008). Confirmation of a healthy work environment. *Critical Care Nurse*, 28, 56-63.
 18. Kramer, M., Schmalenberg, C., Maguire, P., Brewer, B.B., Burke, R., Chmielewski, L., & Waldo, M. (2008). Structures and practices enabling staff nurses to control their practice. *Western Journal of Nursing Research*, 30(5), 539-559.
 19. Lake, E.T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25, 176-188.
 20. Laschinger, H.K.S., Almost, J., & Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: Making the link. *Journal of Nursing Administration*, 33(7/8), 410-422.
 21. Leurer, M.D., Donnelly, G., & Domm, E. (2007). Nurse retention strategies: Advice from experienced registered nurses. *Journal of Health Organization and Management* 21(3), 307-319.
 22. Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review* 50, 70-396.
 23. Montalvo, I. (2007). The national database of nursing quality indicators™ (NDNQI®). *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3). DOI: 10.3912/OJIN.Vol12No03Man02
 24. Rogers, A.E., Hwang, W.T., & Scott, L.D. (2004). The effects of work breaks on staff performance. *Journal of Nursing Administration*, 34(11), 512-519.
 25. Rosenstein, A. (2002). Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*, 102(6), 26-34.
 26. Scott, L.D., Hofmeister, N., Rogness, N., & Rogers A.E. (2010). Implementing a fatigue countermeasures program for nurses: A focus group analysis. *Journal of Nursing Administration*, 40(5), 233-240.
 27. Shader, K., Broome, M.E., Broome, C.D., West, M.E., & Nash, M. (2001) Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*, 31(4), 210-216.
 28. Stefancyk, A. (2009). One-Hour, Off-Unit Meal Breaks. *American Journal of Nursing*, 109(1), 64-66.
 29. Zangaro, G.A. & Soeken, K.L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health* 30, 445-458.

Slika 1: Maslovljeva piramida prilagođena za potrebe sestrinstva



SPECIFIČNOSTI SURADNJE IZMEĐU MEDICINSKE SESTRE I LIJEČNIKA

Uvod

Suradnja u zdravstvenom timu pretpostavlja kooperativnost svih njenih članova, preuzimanje odgovornosti za rješavanje problema i donošenje odluka u planiranju i omogućavanju skrbi za pacijenta. Zdravstveni timovi se sastoje od velikog broja stručnjaka, ali najčešće spominjani, oni u centru zbivanja su liječnik i medicinska sestra. Istraživanja su pokazala da su upravo dobra timska suradnja i komunikacija u timu jedan od važnijih faktora u pozitivnom ishodu liječenja i zadovoljstva na poslu (O'Daniel i Rosestein, 2008). Česti sukobi koji se ne rješavaju konstruktivno mogu narušiti nužno potrebnu suradnju u timu.

Posljedice neriješenih sukoba između medicinskih sestara i liječnika

Mnoga istraživanja (Tyler i Cushway, 1995, Oates i Oates, 1996, Watson i Feld, 1996, Hillhouse i Adler, 1997, Oberle i Hughes, 2001; prema Tabak i Koprak, 2007) pokazala su kako se među glavnim izvorima stresa u medicinskih sestara nalaze sukobi s liječnicima. Hillhouse i Adler (1997; prema Tabak i Koprak, 2007) u svojim su istraživanjima pokazali kako je stres u medicinskih sestara izazvan konfliktima s liječnicima puno štetniji nego stres od ostalih interpersonalnih konflikata. Istraživanja koja su se bavila utjecajem narušenih/konfliktnih odnosa liječnik – medicinska sestra na odnose u zdravstvenom timu, zadovoljstvo zdravstvenog osoblja i ishod liječenja (uključujući medicinske pogreške, ugrožavanje sigurnosti pacijenata, smanjenu kvalitetu skrbi i poveznice sa smrtnim ishodima pacijenata koji su se mogli spriječiti) su pokazala da svi negativni efekti sukoba u podlozi imaju narušenu komunikaciju i suradnju te neefikasan tim. Dobra/efikasna komunikacija između medicinskih sestara i liječnika može dovesti do slijedećih pozitivnih ishoda: poboljšanog protoka informacija, efikasnijih intervencija, poboljšane sigurnosti, većeg morala zaposlenika, povećanog zadovoljstva pacijenta

i njegove obitelji i sveukupno manjeg broja dana provedenih u bolnici. Konflikti se mogu posebno negativno odraziti na skrb o pacijentu; sestre zbog konflikta ne žele doktoru prijaviti promjene u pacijentovu stanju što se može pokazati fatalnim u liječenju (Tabak i Koprak, 2007).

Izvori sukoba

Izvori sukoba između medicinske sestre i liječnika najčešće su *razlike u moći, pristupu liječenju, edukaciji, plaći, statusu, društvenoj klasi* (British Medical Journal, 2000). Prema Tabak i Koprak (2007) do sukoba uglavnom dolazi zbog interpersonalnih razlika između doktora i medicinskih sestara kao što su *razlike u spolu i stupnju obrazovanja, manjku empatije i razumijevanja* te u situacijama *kada sestre pokušaju preuzeti veće odgovornosti* u poslu. Nerijetko se mišljenje sestre ne uzima u obzir te se negativno interpretira kada sestra dovodi u pitanje doktorove odluke i autoritet.

Razlike u skrbi za pacijenta kod doktora i sestara mogu biti izvor sukoba. Campbell-Heider i Pollock (prema Corser, 2000) smatraju da doktori stvaraju profesionalnu i emocionalno neutralnu vezu s pacijentom, dok sestre provode više vremena s pacijentom te ostvaruju veću bliskost s njim. Iako su liječnici i medicinske sestre u svakodnevnoj komunikaciji, često puta imaju različitu percepciju svojih uloga i odgovornosti oko pacijentovih potreba, a samim tim i različite ciljeve u skrbi pacijenata.

Ponekad je *nerazumijevanje komunikacijskih obrazaca* izvor sukoba. Neki liječnici svako neslaganje sestre doživljavaju kao izazivanje i neposluh, a neke sestre osjećaju se napadnuto uslijed svakog zahtjeva ili kritike liječnika. Istraživanje Parks (1979, prema Fagin & Garelick, 2004) pokazalo je da su sestre doživljavale liječničko slaganje s njihovim mišljenjem kao liječničku podršku, dok su neslaganja u mišljenjima pripisivale nedostatku podrške, prije nego kao ispravak u obavljanju posla ili konstruktivnu izmjenu mišljenja. Takva percepcija može biti

i posljedica spolnih stereotipa o liječnicima i sestrama kao i hijerarhijske strukture u zdravstvu.

Sutcliffe (prema O'Daniel i Rosestein, 2008) navodi da su razlog neuspješne komunikacije u zdravstvenom okruženju upravo *hijerarhijski odnosi*. Veća je vjerojatnost smetnje/šuma u komunikaciji između dvije osobe ako je jedan od sudionika zabrinut da će ispasti nekompetentan, ne želi uvrijediti drugog ili smatra da druga osoba nije otvorena za komunikaciju. Kontraproduktivno je kada nadređena osoba (a to može biti liječnik, ali i druga medicinska sestra, npr. glavna sestra) pokušava riješiti problem nametanjem mišljenja samo na temelju formalnog autoriteta ili upotrebom zaplašivanja, prisile, ucjene i okrivljavanja. Rješenja i odluke do kojih se dođe na takav način, najčešće se ne provedu (Arnold i Underman Boggs, 2003).

Sukobi oko toga tko ima odgovornost i kontrolu u odlukama oko pacijenata su vjerojatniji u timu koji ima hijerarhijsku strukturu. Jako često ovi sukobi ne odgovaraju stvarnim razlikama u vještinama i sposobnostima već pojmovima profesionalnih granica i percipiranih/uočenih izazova autoritetu. Otvorenom raspravom, utvrđivanjem načina na koji se donose odluke i jasnim razjašnjenjem dužnosti pojedinog člana tima, ovakvi konflikti se mogu lako razriješiti pod uvjetom da svaki član tima preuzme odgovornost za svoj dio dužnosti.

Sociološke studije odnosa liječnik- sestra karakteriziraju ovaj odnos *patrijarhalnim*. To podrazumijeva promatranje ovog odnosa u okviru *spolnih stereotipa*, pripisujući njemu i pasivnost ženskoj ulozi, a odlučnost i kompetitivnost muškoj. Ako se povlači paralela sa obiteljskim odnosima, onda se liječnika stavlja u poziciju glave obitelji, koji odlučuje gdje i kako se važan posao mora obaviti, dok se od sestara očekuje da se brinu za fizičke i psihičke potrebe onih koji o njima ovise.

Iako se odnosi sestre i liječnika, kao i njihova međusobna percepcija mijenjaju na bolje i evoluiraju s društvenim promjenama, još uvijek ima liječnika koji smatraju da su oni jedini legitimni autoritet u zdravstvenim ustanovama, a medicinsku sestru doživljavaju kao "poslugu" ili "dodatak liječniku" (Arnold i Underman Boggs, 2003). Takav stav kojim se medicinske sestre isključuju kao profesionalni partner – šteti i liječnicima i sestrama i pacijentima.

Današnja razina obrazovanja koja se nudi medicinskim sestrama – smanjuje mogućnost njihova podcjenjivanja. Naime, sveučilišno obrazovanje liječnika, nasuprot bolničkom/kliničkom iskustvu sestara

pridonosilo je stereotipu da su liječnici školovani, a sestre obučavane. Ovo navodno znanje bilo je izvor moći u podlozi odnosa liječnik – medicinska sestra. Sestre sa fakultetom i drugim specijalnim kliničkim kvalifikacijama percipiraju statistički značajno manje problema u komunikaciji s liječnicima od sestara s nižom stručnom spremom. Jednako tako liječnici oba spola koji imaju više obrazovanje i duži staž smatraju da imaju manje problema u odnosima sa sestrama (Mackay i sur., 1991).

Danas se stavlja naglasak na timski rad, a ne hijerarhijsku, patrijarhalnu strukturu odnosa koji su vladali u medicini. Timski rad implicira demokratsku strukturu odnosa, međutim, u stvarnosti, mnogi timovi su vođeni autokratski i hijerarhijski (Parks, 1979 prema Fagin & Garelick, 2004). Unatoč napretku i razvitku sestrinske prakse i na akademskom nivou i u bolničkim strukturama, sestre se ponekad i dalje nalaze u podređenoj ulozi. Ako se to promatra na razini zdravstvenog osoblja, odnos između sestara i liječnika se može gledati dvojako: sestre vide taj odnos kao *ego rastući*, dok ga liječnici vide kao *ego održavajući* odnos. Sestre moraju dokazivati svoju kompetentnost u svakoj interakciji s liječnikom, dok se liječničke kompetencije ne propituju. Jedno od istraživanja provedeno u bolnicama diljem Velike Britanije (Heenan, 1991, prema Fagin i Garelick, 2004) ukazuje da je čak 50% sestara na psihijatrijskim odjelima bilo nezadovoljno sa odnosom liječnik-medicinska sestra, posebice u sveučilišnim bolnicama u kojima je prisutna visoko kompetitivna/natjecateljska atmosfera. Na pitanje kako vide odnos medicinska sestra - liječnik, 42% ih je odgovorilo da je to partnerski odnos, a unatoč tome, čak 31% ih je smatralo sebe podređenima liječniku. Čak 2/3 sestara u ovoj studiji je navelo kako liječnici ne razumiju prirodu njihovog posla. Samo 40% njih je smatralo da ih se konzultira oko kliničkih pitanja, a čak 50% njih je vjerovalo da liječnici uopće ne čitaju njihove bilješke. Međutim, druge studije iz područja općeg sestrinstva su pokazale da se sestre osjećaju manje podređene liječnicima te da više sudjeluju kod donošenja neslužbenih/neformalnih odluka, dok su ih više brinuli njihovi međusobni odnosi i status unutar same struke (Fagin i Garelick, 2004).

Načini rješavanja sukoba između medicinskih sestara i liječnika

Sestre koje imaju više godina staža sklonije su kompromisu dok mlađe sestre imaju tendenciju izbjegavati konflikte (Hightower, 1986; Woodtli, 1987;

Barton, 1991; Cavanaugh, 1991; prema Tabak i Koprak, 2007). Jones (2000; prema Tabak i Koprak, 2007) smatra da je uzrok tome osjećaj nemoći koje sestre imaju prema doktorima odnosno uvjerenje da se konflikt neće riješiti na način na koje one smatraju da bi se trebao riješiti.

Tabak i Koprak (2007) otkrili su da su sestre koje preuzimaju inicijativu pri ublažavanju konflikata s doktorima manje podložne stresu, dok su sestre koje preferiraju izbjegavanje konflikata više podložne stresu koji je povezan s poslom. Statistički značajna negativna korelacija nađena je između stresa i korištenja modela dominacije/inicijative prilikom konflikata sa doktorima, dok je pozitivna značajna korelacija nađena između stresa i modela ljubaznosti/uslužnosti i izbjegavanja konflikata. Model ljubaznosti/uslužnosti dovodi do većeg stresa jer se strana koja koristi taj model pokorava drugoj strani i štiti njene interese zanemarujući vlastite. Takvim modelom konflikt se rijetko rješava jer se rješavaju površinske razmirice, dok pravi izvori konflikta ostaju neriješeni. Sestre koje koriste model izbjegavanja konflikta se obično ne znaju nositi s konfliktima općenito te ne obraćaju pozornost na vlastite probleme i teško pokazuju vlastite interese, ne uviđaju ni tuđe probleme i interese te zbog toga dolazi do konflikta. Sestre koje koriste model dominacije/inicijative doživljavaju manje stresa i lakše se nose s razrješavanjem konflikata s doktorima (Tabak i Koprak, 2007).

Najkorisnija vještina za konstruktivno rješavanje sukoba je asertivnost. Istraživanje na 100 medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u Općoj bolnici Bjelovar na različitim odjelima i različitim radnim mjestima (Stojčić, 2010) pokazalo je da asertivnije medicinske sestre i tehničari češće uočavaju ponašanja koja mogu biti izvor sukoba i probleme u organizaciji posla te češće i ulaze u sukobe zbog tih ponašanja, što ukazuje da su asertivniji ispitanici odvažniji i sigurniji i da sukob ne percipiraju kao isključivo lošu pojavu u međusobnim interakcijama. Asertivniji ispitanici češće ulaze u sukobe s nadređenima, rjeđe se sukobljavaju s podređenima, ne preferiraju naknadno rješavanje sukoba, već sukobe najčešće rješavaju odmah i osobno (znatno rjeđe hijerarhijski) te smatraju da su uspješniji u rješavanju sukoba od neasertivnih (Stojčić, 2010).

Zaključak

Za pozitivne promjene u odnosu liječnika i medicinske sestre zaslužne su ne samo asertivnije i bolje obrazovane medicinske sestre, već i šire promjene u društvu i sustavu zdravstvene skrbi. Kao što liječnička profesija više nije rezervirana samo za muškarce, tako ni sestrinska nije samo za žene pa odnos liječnik – sestra više nije toliko obilježen patrijarhalnim i stereotipnim shvaćanjem odnosa između muškaraca i žena. Hijerarhijski odnosi ne moraju biti izvor sukoba ukoliko postoji dobra komunikacija i jasna podjela posla u zdravstvenom timu. Kompromis, preuzimanje inicijative u rješavanju sukoba i asertivnost doprinose konstruktivnom rješavanju sukoba između medicinskih sestara i liječnika. Pretjerana uslužnost, izbjegavanje sukoba i neasertivnost povećavaju stres i smanjuju mogućnost konstruktivnog rješavanja sukoba.

Literatura

1. Arnold, E., Underman Boggs, K. (2003). *Interpersonal Relationships: professional Communication Skills for Nurses*. Saunders.
 2. Corser, W.D. (2000). The contemporary nurse-physician relationships: insights from scholars outside the two professions. *Nursing Outlook* 48, 263–269.
 3. Fagin, L. & Garelick, A. (2004). The doctor-nurse relationship. *Advances in Psychiatric Treatment*. 10: 277–286
 4. Koprak, O., Tabak, N. (2007). Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management* 15, 321–331.
 5. MacKay, R. C., Matsuno, K., Mulligan J. (1991). Communication problems between doctors and nurses. *Qual Assur Health Care* 3:11–9
 6. O'Daniel, M., Rosestein, A.H. (2008). *Professional Communication and Team Collaboration. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 33.
- Stojčić, Ž. (2010). Ispitivanje odnosa između percepcije sukoba i asertivnosti kod medicinskih sestara. Neobjavljeni diplomski rad. Zdravstveno veleučilište u Zagrebu.

Prilog 1.

Izvori interpersonalnih sukoba kod zdravstvenih djelatnika (Arnold i Underman Boggs, 2003):

- Kada od vas traže da napravite nešto što smatrate neodgovornim, opasnim, neprofesionalnim
- Kada se ismijava, omalovažava ili uvijek odbacuje vaše mišljenje
- Kada vas nadređeni prisiljavaju da posvetite nekom poslu više vremena ili pažnje nego što to, objektivno, možete
- Kada traže da date više informacija nego što smatrate profesionalnim ili ugodnim
- Kada ste izloženi neprijateljstvu, seksualnom uznemiravanju

Prilog 2.

Preporuke za prevenciju sukoba između zdravstvenih djelatnika:

- Održavajte redovite timske sastanke!
- Ne odlažite rješavanje sukoba (osim ako mjesto i vrijeme nije primjereno za rješavanje ili ako ste preplavljeni negativnim emocijama)
- Preuzmite inicijativu! Potaknite diskusiju o uočenom problemu ili mogućem izvoru sukoba. Često su na radnom mjestu svi svjesni problema, loših međuljudskih odnosa i sl., ali se nitko ne usuđuje o tome govoriti da ga ne bi optužili da on/ona izaziva sukob. Tako nastaju latentni sukobi čije su posljedice:
- Prezentirajte činjenice i podatke važne za rješavanje problema!
- Koristite pristup rješavanja problema (uvijek se usmjeravajte na problem ili ponašanje, a nikad na osobnost)!
- Predložite više rješenja!
- Sve odluke i zaključke pismeno zabilježite da se imate na što pozvati ako se sukob ne riješi i ponovi!

PROCJENA UPORABE KOMUNIKACIJSKE TEHNOLOGIJE U SVRHU EDUKACIJE MEDICINSKIH SESTARA/STUDENATA ZVU-A

SAŽETAK

Anketirane su medicinske sestre na izvanrednom studiju ZVU-a u Zagrebu da bi se procijenio stupanj uporabe komunikacijske tehnologije bazirane na internetu i moguća spremnost za on-line studij. Rezultati ankete pokazuju visoku prisutnost uporabe računala uz vrlo visoku penetraciju interneta i vrlo visok postotak sudjelovanja u društvenim mrežama među ispitivanom populacijom. Iskazanu želju u pedeset posto ispitanica za on-line edukacijom trebalo bi detaljnije ispitati da bi se bolje razumjela očekivanja i potrebe.

UVOD

Od samih početaka sestristva, a naročito od uvođenja standardizirane edukacije u devetnaestom stoljeću tehnološki napredak rapidno je mijenjao izazove s kojima se sestre susreću u svakodnevnoj skrbi bolesnika transformirajući zahtjeve u obrazovanju medicinskih sestara. Najnovija postignu-

ća medicinske znanosti i napose eksponencijalni razvoj informatičke tehnologije, naročito na polju komunikacija zauvijek mijenjaju profil posla medicinske sestre. Kako znanost napreduje i mijenja se tehnologija, tako se mijenjati i adaptirati moraju i sestre. Pokušali smo anketno procijeniti stupanj korištenja informacijske tehnologije u populaciji medicinskih sestara koje se obrazuju na ZVU-u u Zagrebu.

Metode i ispitanici

Tijekom siječnja i veljače 2012. godine priloženim upitnikom (**slika 1**) sastavljenim od trinaest pitanja anketirano je 46 medicinskih sestara na izvanrednim studijima Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu. Anketiranje je provedeno dobrovoljno i anonimno, nakon ili prije redovite nastave slučajnim odabirom i bez posebne ranije najave uz napomenu da će se rezultati ankete koristiti isključivo za potrebe stručnog rada.

Slika 1, Upitnik

UPITNIK

Procjena korištenja komunikacijske tehnologije

- | | | | | | |
|---|--------------|-----------|----------------|--------------|-------------|
| 1. Posjedujete li vlastito računalo? | da | ne | | | |
| 2. Imate li vlastiti priključak/pristup internetu? | da | ne | | | |
| 3. Imate li vlastitu email adresu? | da | ne | | | |
| 4. Koliko sati dnevno provedete aktivno se koristeći računalom? | | | | | |
| Do 1 sat | Do 2 sata | Do 4 sata | Više od 4 sata | | |
| 5. Računalo vam najviše koristi za (najviše dva odgovora) | | | | | |
| Zabavu | Informiranje | Posao | Učenje | Komunikaciju | Nešto drugo |
| 6. Imate li profil na Facebooku-u? | da | ne | | | |

7. Koliko dnevno primite/pošaljete mailova?

Do 5 do 10 do 20 preko 20

8. Biste li voljeli više koristiti računalo?

da ne

9. Ako da, u koju svrhu? (jedan odgovor)

Zabavu Informiranje Posao Učenje Komunikaciju

10. Biste li voljeli studirati/učiti on line?

da ne

11. Mislite li da bi vam on line studiranje više odgovaralo?

da ne

12. Ako da, zašto?

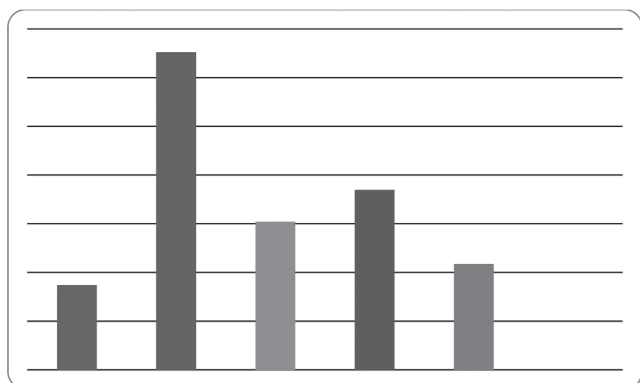
13. Koji je glavni motiv što studirate? (jedan odgovor)

Stjecanje diplome Znanje Potrebna kvalifikacija Nešto drugo

Rezultati

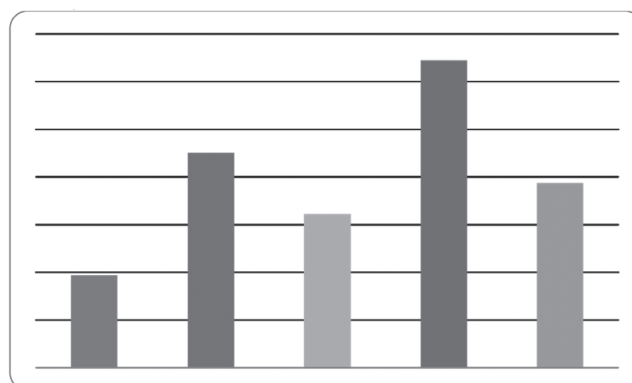
Iz rezultata provedene ankete vidljivo je da medicinske sestre koje su sudjelovale u anketi posjeduju vlastito računalo (98 %), s priključkom na Internet (100 %) i vlastitom e-mail adresom (100%). Ukupno 34 anketirane medicinske sestre ili 74% imaju vlastiti profil na društvenoj mreži, (*Facebook* u ispitivanom slučaju). Preko osamdeset posto anketiranih koristi računalo do dva sata na dan, a preko četiri sata čak 6,5 %; pri čemu ih ukupno 48 % želi koristiti računalo i više od vremena koje trenutno provode za računalom. Najviše se u anketiranih medicinskih sestara računalo koristi za informiranje, zatim za učenje, u manjoj mjeri za komunikaciju, te najmanje za zabavu (**Slika 2**).

Slika 2, Pitanje 5: Računalo vam najviše koristi (n=46)



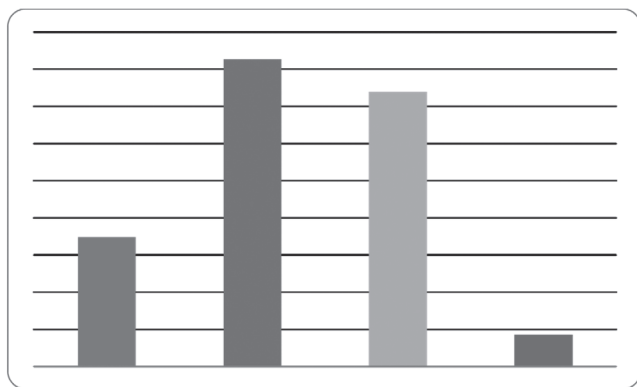
Do pet poruka elektronskom poštom na dan prosječno gotovo 72 % ispitanica, dok sljedećih gotovo 20 % dnevno primi ili pošalje do 10 poruka. U skupini ispitanica (31) koje bi voljele više koristiti računalo njih 10 (32 %) to vrijeme bi upotrijebile za učenje, 7 (22,5%) % za informiranje, 6 (19%) za komunikaciju, 5 (%) bi dodatno vrijeme za računalom upotrijebile za posao, dok su se svega 3 (%) opredijelile za zabavu (**Slika 3**).

Slika 3, Pitanje 9: Računalo bi više koristili za- (n=31)



Na pitanje da li biste željeli studirati on-line točno 50 % ispitanica odgovara pozitivno, a na pitanje zašto u opisnim odgovorima dominiraju organizacija vremena, fleksibilnost i smanjenje potrebe za putovanjem. Devetnaest od 46 anketiranih ili 41,3% tvrde da studiraju radi znanja, dok ih većina ili 54% studiraju radi potrebne kvalifikacije ili stjecanja diplome (**Slika 4**).

Slika 4, Pitanje 13: Glavni motiv za studiranje (n=46)



Odnosi među pojedinim podskupinama ne mogu se vrednovati, jer se podaci nisu dodatno statistički obrađivali.

Rasprava

U jednoj ranoj opservacijskoj studiji komunikacija u bolnici iz 1998. godine autori navode da uporaba različitih tehnologija izaziva veliku kompleksnost u obrascima komunikacije, te ističu važnost educiranosti osoblja o mogućnostima, dosezima i pravilnoj uporabi tehnologije. Drugi, pak ističu izglednijim preferiranje osobnog kontakta i osobnog iskustva kada se radi o komunikaciji s kolegama ili bolesnicima u odnosu na korištenje on-line usluga i tehnologije. Najnoviji radovi upućuju na potrebu povećanog angažmana medicinskih sestara u kreiranju samih informacijsko-komunikacijskih sustava i tehnologija kako bi pridonijele daljnjem razvoju zdravstvenih aktivnosti.

Sveprisutnost interneta u svim životnim kako profesionalnim, tako, i naročito privatnim aktivnostima uz nagli razvoj društvenih mreža stavili su pred zdravstvene profesionalce, time i medicinske sestre potpuno nove izazove. Prilike i mogućnosti koje donosi razvoj spomenutih tehnologija otvaraju privatne i profesionalne dileme, a naročito i sve više i one etičke. Poznati su iz svijeta brojni primjeri medicinskih sestara koje su izgubile licencu, posao ili bile sankcionirane na druge načine radi uporabe fotografija ili drugih osobnih i zdravstvenih podataka bolesnika na društvenim mrežama poput Facebook-a ili MySpace-a. Slično je i s internetskim objavljivanjem različitih neprimjerenih sadržaja koje ugrožavaju dignitet profesije, ustanove ili osobe. Do trenutka pisanja ovog rada autori nisu upoznati sa sličnim pojavama u Republici Hrvatskoj, što ne znači da ih nema, ili ih nije bilo.

Iz dobivenih rezultata ankete jasno je vidljivo da je korištenje Interneta (100%) i društvenih mreža (74

%) izrazito prisutno u anketiranoj populaciji, naročito uspoređujući ih s podacima o korištenju interneta u Republici Hrvatskoj prema Internet World Stats-u (www.internetworldstats.com) prema kojima se u Hrvatskoj internetom koristi 50.1 % populacije, a prema istom izvoru Facebook-om oko 32% (4). Dobiveni podaci ne čude obzirom da se radi o populaciji mlađih, zaposlenih osoba u procesu obrazovanja, iako su nešto viši u odnosu na podatke u sličnom istraživanjima. Zanimljivo je i da ispitanice u najvećem broju navode da računalo koriste za informiranje što je sukladno podacima u spomenutom istraživanju. Dobiveni podaci svakako pokazuju da je komunikacija bazirana na internetu izuzetno visoko zastupljena, te sugeriraju da stoga može biti upotrijebljena i za edukaciju. Važan podatak provedene ankete je i želja za dodatnim vremenom u kojem bi se koristilo računalo i to u značajnom postotku upravo za učenje, što s pedeset postotnim opredjeljenjem za on-line studiranje dodatno ističe potrebu i za on-line studijskim programima (ili dijelovima programa) za obrazovanje medicinskih sestara. Ukoliko tome dodamo da je dominantni motiv (opisan u slobodnoj formi na samom upitniku) za on-line studiranje/učenje bolje upravljanje vremenom lako je zaključiti da korištenje moderne komunikacijske tehnologije može u bitnome pomoći u organizaciji, ali i dostupnosti obrazovanja medicinskim sestrama koje su u radnom odnosu i/ili žive, odnosno rade izvan lokacija obrazovnih centara poput Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu. Iako se znanje kao razlog studiranja u rezultatima ističe najvišim postotkom, stjecanju diplome ili postizanju potrebne kvalifikacije (kumulativno, ne pojedinačno) pripada natpolovična većina kao primarnim motivima studiranja. Upravo to je u vjerojatnoj svezi s trenutnom situacijom na tržištu rada, te zahtjevima poslodavaca uzrokovanim zakonskim promjenama na polju sestrinstva, kao što najvjerojatnije predstavlja i specifičnost ispitivane populacije medicinskih sestara na izvanrednom studiju. Naime, prema anketi u kojoj je sudjelovalo gotovo 10.000 medicinskih sestara koju je Hrvatski strukovni sindikat medicinskih sestara - medicinskih tehničara proveo u bolničkom sustavu RH, svega 17% ima završenu višu ili visoku školu, što je u izrazitom nerazmjeru s podacima za Evropsku uniju gdje se taj postotak kreće između 35 i 50%. Ukupno se čak 87,7 % medicinskih sestara s višom ili visokom školom školovalo uz rad, a u vrijeme provođenja ankete uz rad se školovalo i dodatnih 11,4 %.

Navedeni podaci ukazuju da postoji potreba i društva i medicinskih sestara za boljim korištenjem mogućnosti koje u obrazovanju nudi komunikacijska tehnologija; kao i da na strani medicinskih sestara postoji infrastrukturne pretpostavke, ali i želje za istim.

Zaključak

Obzirom da se radilo o anketnom ispitivanju na relativno skromnom i limitiranom uzorku (samo medicinske sestre polaznice izvanrednih studija na Zdravstvenom veleučilištu) nije moguće donijeti definitivne zaključke, no može se istaknuti da bi za potpuno razumijevanje problematike uporabe moderne komunikacijske tehnologije i naročito njeno korištenje u svrhu edukacije medicinskih sestara trebalo nastaviti ispitivanje na većem i raznolikijem uzorku. Kreirane razvojem medicinske znanosti i napretkom tehnologije, potrebe društva za visoko, kontinuirano i cijelo životno obrazovanim medicinskim sestrama rastu. Narastajuće društvene potrebe istovremeno ne prate ni infrastrukturne ni financijske mogućnosti tradicionalnog obrazovanja medicinskih sestara. Razumijevanje navika, želja i potreba medicinskih sestara u svezi s komunikacijskom tehnologijom, društvenim mrežama i

posebice on-line edukacijom sigurno može doprinijeti kvalitetnijem, ali i jeftinijem obrazovanju medicinskih sestara kako na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, tako i šire.

Literatura

1. Coiera E, Tombs V. Communication behaviours in a hospital setting: an observational study, *BMJ*. 1998;316(7132):673-6.
2. Estabrooks CA, O'Leary KA, Ricker KL, Humphrey CKJ. The Internet and access to evidence: how are nurses positioned? *Adv Nurs*. 2003; 42(1):73-81.
3. While A, Dewsbury G. Nursing and information and communication technology (ICT): a discussion of trends and future directions. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(10):1302-10.
4. Internetworldstats.com, <http://www.internetworldstats.com/stats4.htm> (10.02.2011)
5. Gfk.hr, http://www.gfk.hr/public_relations/press/press_articles/007232/index.hr.html (11.02.2011)
6. HSSMS-MT.org, <http://www.hssms-mt.org/index.php?page=osvrt-na-rezultate-ankete> (11.02.2011)

Mgr. Petra Jurenikova, Ph.D.

Department of Nursing, Faculty of Medicine, Masaryk University, Brno, Czech Republic

THE SYSTEM OF LIFELONG LEARNING FOR NURSES IN THE CZECH REPUBLIC

From the Nineties of the twentieth century the Czech Nursing branch monitored a lot of important changes and positive transformation brought about by the new political and social status. Nursing transformation and the preparation of the country to join the European Union had required basic transformation of Lifelong Learning for Nurses and all paramedical staff (for example, midwives, radiological assistants, therapists for nutrition). The breakthrough in the Czech system of Lifelong Learning has been established by law no. 94/1996,

which has led the system of professional education for nurses from secondary schools (4 years of education) to higher education institutions and universities (which students can attend after graduating from any type of secondary school).

Now, a future nurse according to 3-year study has to have a minimum of 2300 hours of theory and minimum of practical training. Law no. 96/1996 and some other laws/legislation have changed the duty of Lifelong Learning and National state registration.

Mgr. Petra Jurenikova, Ph.D.

Odsjek sestrinstva, Medicinski fakultet, Sveučilište Masaryk, Brno, Republika Češka

PROGRAM CJELOŽIVOTNOG UČENJA ZA MEDICINSKE SESTRE U REPUBLICI ČEŠKOJ

Od devedesetih godina dvadesetog stoljeća češka Udruga medicinskih sestara uključena je u je mnoštvo važnih promjena i pozitivnih transformacija koje su uslijedile nakon reforme zdravstva. Promjene u sestrinstvu i pripreme za članstvo Republike Češke u Europskoj uniji doveli su do temeljnih promjena u cjeloživotnom obrazovanju medicinskih sestara i ostalog medicinskog osoblja (na primjer, primalja, radioloških tehnologa i nutricionista).

Znatne promjene u sustavu cjeloživotnog učenja u Republici Češkoj desile su se stupanjem na snagu Zakona br. 94/1996, koji je obrazovanje sestara prenio sa srednjoškolskog obrazovanja (koje je trajalo

4 godine) na više škole i visokoškolske ustanove/fakultete (na koje se osoba mogla upisati nakon završetka srednje škole bilo kojeg usmjerenja).

Prema sadašnjem zakonu, trogodišnje obrazovanje buduće medicinske sestre obuhvaća minimalno 2300 sati teorijske nastave i minimum propisane praktične nastave.

Zakon br. 96/1996 i neki drugi zakoni promijenili su obavezu cjeloživotnog obrazovanja i nacionalne regulative.

Mgr. Jana Strakova

Department of Nursing, Faculty of Medicine, Masaryk University, Brno, Czech Republic

Department of Preventive Medicine, Masaryk University, Brno, Czech Republic

CHRONIC WOUNDS – ORGANIZATION OF MEDICAL AND NURSING CARE IN THE CZECH REPUBLIC

Political, economic and social reforms in 1989 have changed the system of providing medical and nursing care, the care for non-healing wounds included. The new political regime has developed a new system of governmental laws and regulations for increasing the quality of care for all patient/client categories, patients with non-healing wounds included (mostly elderly people).

From the 1990s the usage of modern healing covers, bandages and cosmetics products to help the healing of chronic (non-healing) wounds has grown rapidly. The Czech Republic has in time taken over a proven system of healing wounds based on these principles: clinical stage identification (tissue and wound excretion) due to rele-

vant clinical classification, early detection of local wound infection and systematic support of moisture based healing process.

Medical and nursing care in the Czech Republic is provided in inpatient departments - hospitals, long-term care facilities/social institutions and outpatient departments – ambulatory care clinics and ground (terrain) area, home care etc. Medical and nursing care for people with chronic wounds is to be found in all these institutions/facilities. Lately special types of mostly outpatient departments have been established, such as ambulatory care clinics for patients with non-healing wounds, podiatry clinics, lymphology clinics, clinics for pain therapy, etc.

Mgr. Jana Strakova

Odsjek za sestrinstvo, Medicinski fakultet, Sveučilište Masaryk, Brno, Republika Češka

Odsjek za preventivnu medicinu, Sveučilište Masaryk, Brno, Republika Češka

KRONIČNE RANE – ORGANIZACIJA MEDICINSKE I SESTRINSKE SKRBI U REPUBLICI ČEŠKOJ

Političke, ekonomske i društvene refome 1989. godine izmijenile su sustav pružanja medicinske i sestrinske skrbi, uključujući i njegu kroničnih rana. Pod utjecajem novog političkog ustroja razvio se novi sustav vladinih zakona i regulativa za povećanje kvalitete skrbi za sve pacijente, uključujući i pacijente s kroničnim ranama (uglavnom osobe starije dobi).

Od devedesetih godina prošlog stoljeća ubrzano je rasla upotreba modernih obloga/pokrova, zavoja i kozmetičkih proizvoda za zacjeljivanje kako bi se omogućilo liječenje kroničnih rana.

U Republici Češkoj je tijekom vremena usvojen djelotvoran sustav liječenja rana koji uključuje procjenu rane prema relevantnoj kliničkoj klasifikaci-

ji, rano otkrivanje lokalne infekcije rane i sustavan proces liječenja koji se temelji na vlaženju rane.

Medicinska i sestrinska skrb u Republici Češkoj odvija se u zdravstvenim ustanovama za hospitalizirane pacijente – bolnicama, ustanovama za dugoročnu njegu, domovima i na odjelima za vanjske pacijente – ambulantama, te prilikom terenskog rada, kućne njege itd. Medicinska i sestrinska skrb za pružanje zdravstvene njege osobama s kroničnim ranama je sastavni dio skrbi koja se pruža u svim navedenim ustanovama. U posljednje se vrijeme uspostavljaju i specijalizirani odjeli (ambulate), kao što su ambulate za osobe s kroničnim ranama, podijatrijske i limfološke ambulate, ambulate za liječenje boli, itd.

TIMSKI RAD U DIJAGNOSTICI

Sažetak

Timski rad u zdravstvu je jedini mogući uspješni način rada. Timski rad u dijagnostici pretpostavlja više stručnjaka različitih specijalnosti koji svojim zajedničkim radom postižu zajedničke ciljeve u skrbi za bolesnike. Rad u zdravstvu postaje sve kompleksniji za stručno rješavanje zdravstvenih problema gdje je potrebno stručno znanje i iskustvo liječnika (različitih stručnih profila), medicinskih sestara, tehničara, ali i socijalnih radnika, sociologa, psihologa i ostalih djelatnika različitih specijalnosti.

Uvod

Svaka radna organizacija teži motiviranim, uspješnim i učinkovitim djelatnicima, no međutim to nije dovoljno. Uspjeh svake organizacije leži u timskom, a ne u pojedinačnom radu. Djelatnici su najčešće usmjereni na pojedinačne ciljeve te je potrebno uložiti dodatne napore da bi se djelatnike motiviralo za timskim radom.

Prema definiciji SZO, "timski rad pretpostavlja rad više stručnjaka na postizanju zajedničkog cilja. Taj rad ne smije biti fragmentiran i nepovezan već dobro koordiniran voditeljem tima".

Rad u zdravstvu postaje sve kompleksniji za stručno rješavanje zdravstvenih problema gdje je potrebno stručno znanje i iskustvo liječnika (različitih stručnih profila), medicinskih sestara, tehničara, ali i socijalnih radnika, sociologa, psihologa i ostalih djelatnika različitih specijalnosti.

Timski rad

Timski rad je metoda koja omogućava nekolicini osoba sa zajedničkim ciljem da svoje sposobnosti najbolje iskoriste međusobnim upotrpunjavanjem svojih vještina i iskustava.

Timski rad u zdravstvu je jedini mogući uspješni način rada gdje dominira ekipni rad hijerarhijskog tipa u kojem odluke donosi vođa tima, a ostali mu samo pomažu.

Drugi tip timskog rada je takozvani procesni ekipni rad gdje se odluke donose zajednički.

Danas je nemoguće zamisliti liječenje bolesnika bez suvremene tehnologije gdje medicinske sestre preuzimaju nove obaveze i odgovornosti. Te odgovornosti i obaveze se najčešće odnose na pripremu bolesnika, edukaciju, vlastitu edukaciju u smislu učenja o novoj tehnologiji, svladavanje tehničkih podataka o novoj aparaturi, načinima interpretiranja nalaza i briga o sigurnosti bolesnika za vrijeme trajanja same dijagnostičke pretrage. Isto tako educiraju same bolesnike o vrsti pretrage, načinima snimanja, vremenu trajanja pretrage, moguće komplikacije... Ispravna procjena, edukacija bolesnika i izbor prave pretrage u današnjem liječenju je timski rad, a rezultira:

- Skraćivanjem vremena u postavljanju dijagnoze
- Utječe na pouzdanost dijagnoze
- Dovodi do financijskih ušteda zdravstvene ustanove
- Spašava ljudski život

Možemo li kvalitetno odgovoriti današnjim zahtjevima u dijagnostici ?

Danas znamo da bez kvalitetne zdravstvene njege rezultati kliničke i dijagnostičke prakse ne mogu biti kvalitetni, a isto tako znamo da je moderni način liječenja nemoguć bez suvremene tehnologije i bez suradnje više stručnjaka različitih specijalnosti u provođenju dijagnostike i uspostavljanju prave dijagnoze.

Medicinske sestre su neizostavni članovi tima u provođenju dijagnostike gdje provode zdravstvenu njegu po sistemu sustavne, dinamične i fleksibilne sestrinske skrbi. U RH se još uvijek radi po funkcionalnom modelu zdravstvene njege (broj medicinskih sestara se raspodjeljuje prema broju postelja, a ne prema zahtjevnosti bolesnika) tako da svaki novi dijagnostički postupak rezultira preraspodjelom postojećih sestara.

U našim zdravstvenim ustanovama uobičajena je bila praksa da se bolesnici sami snalaze čekajući od ordinacije do ordinacije, od ambulate do ambu-

lante razgovarajući sa različitim profilima zdravstvenih djelatnika, tražeći odgovore i informacije o svom zdravstvenom stanju i rezultatima dijagnostičkih pretraga.

Moramo znati da je medicina timski "sport" i to samo kad je ekipa dobro organizirana, uigrana i kad svi članovi tima rade za dobrobit bolesnika, sa osvrtnom na sigurnost bolesnika za vrijeme trajanja dijagnostike i samog liječenja jer bolesnik ima pravo na sigurnost u zdravstvenoj ustanovi.

Bolesnikova sigurnost ovisi o timskom radu. Svaki dan, timovi zdravstvenih djelatnika donose važne odluke u vezi različitih tretmana i kompliciranih metoda koje utječu na dobrobit i živote bolesnika, a sama sigurnost bolesnika je najčešće u domeni rada medicinske sestre te njene intervencije uvelike pridonose ili ne pridonose sigurnosti bolesnika u obavljanju dijagnostičke pretrage.

Možemo reći da su intervencije medicinske sestre u pripremi bolesnika za neinvazivne ultrazvučne, radiološke, nuklearne, elektrofiziološke i ostale pretrage od iznimne važnosti za uspjeh dijagnostičke pretrage i postavljanje medicinske dijagnoze.

Komisija za akreditaciju zdravstvenih organizacija je snažan zagovornik timskog rada gdje se fokus usmjerava na optimalnu kvalitetu i sigurnost u provođenju zdravstvene skrbi u 21. stoljeću gdje više djelatnika različitih specijalnosti zajednički rade na suradnji i koordinaciji za dobrobit bolesnika.

Dijagnoza je timski rad

Postaviti dijagnozu ponekad zna biti dug i mukotran put koji iscrpljuje i bolesnika i zdravstvene djelatnike. Timskim radom se pruža mogućnost bržeg dijagnosticiranja bolesti uz moderne i suvremene tehnologije u zdravstvenim ustanovama. Timskim radom se brže, efikasnije i sigurnije postavlja dijagnoza i isto tako se brže započinje liječenje što rezultira sveukupnom bržem tretmanu oboljelih.

Uzmimo za primjer najosnovnije dijagnostičke pretrage kojima se timskim radom liječnika, medicinskih sestara i inženjera radiologije postavlja dijagnoza upale pluća ili pneumotoraksa – Rtg pluća. Za sljedeći primjer timskog rada možemo uzeti UZV abdomena gdje medicinska sestra priprema bolesnika za pretragu, a specijalist ultrazvučne dijagnostike postavlja dijagnozu žučnih kamenaca.

Model timskog rada

Na osnovi obimnih istraživanja i stvarnih iskustava timova Hackman, Wageman i Lehman (2002.)

osmislili su istraživanje koje mjeri pet osnovnih uvjeta uspješnosti tima:

- Stvarni tim
- Omogućavanje strukture
- Uvjerljiv smjer
- Potpora u organizacijskom kontekstu
- Stručno treniranje – učenje

Stvarni tim – tim treba imati 4 karakteristike koje ga obilježavaju kao tim, a to su zadatak, određene granice, razina vlasti unutar tima i stabilnost članova tima tijekom određenog vremena.

Omogućavanje strukture – sastav tima bi trebao biti takav da članovi tima imaju zajedničke visoke radne vještine, da su homogeni, te da zajednički potiču motivaciju unutar radne skupine tj. da jesu heterogeni ali da djeluju homogeno.

Uvjerljiv smjer – članovi tima bi trebali imati razvijen osjećaj za smjer kojim idu, jasnu zadaću i motiviranost za postizanje cilja. Smjer bi trebao biti tako postavljen da se izbjegne anarhija u radu, stres i posljedično gubitak ljudskih resursa u timu.

Potpota u organizacijskom kontekstu – tim treba biti prepoznat i potican od radne organizacije što se može učiniti u smislu stvaranja nagrada (koje mogu biti i simbolične) i osiguravanje dovoljno materijalnih resursa koji su potrebni kako bi članovi tima obavili svoj zadatak.

Stručno treniranje – učenje – posljednji ali vjerojatno jedan od najznačajnijih uvjeta koji utječu na učinkovitost tima, a podrazumijeva dostupnost stručnjaka za treniranje timskog rada koji uči članove tima kako poboljšati radne procese, kako poboljšati međuljudske odnose i ojačati dobro ponašanje unutra tima.

Zaključak

Timski rad u dijagnostici pretpostavlja više stručnjaka različitih specijalnosti koji svojim zajedničkim radom postižu zajedničke ciljeve u skrbi za bolesnike. Timski rad u zdravstvu je jedini mogući način rada gdje je potrebno stručno znanje i iskustvo liječnika, medicinskih sestara, tehničara i djelatnika ostalih specijalnosti kako bi brzo, efikasno i pravovremeno došli do dijagnoze uz poštivanje prava bolesnika na sigurnost za vrijeme dijagnostičkih pretraga.

Literatura :

1. Pulanić R, Grozdek D. Endoskopija: Dijagnostika internističkih bolesti. U: Vrhovac B, Fran-

- cetić I, Jakšić B, Labar B, Vucelić B,ur. Interna medicina. Zagreb: Naklada Ljevak, 2003: 237-243..
2. Drossman DA, Shaheen NJ, Grimm IS. Handbook of gastroenterologic procedures. LippincotWilliams & Wilkins, 2005.
3. MSD Priručnik dijagnostike i terapije, The Merck Manual, Sedamnaesto izdanje, Prvo hrvatsko izdanje. Placebo, do.o., Split; 2000:553-707.
4. Janković, S. Eterović, D. Fizikalne osnove i klinički aspekti medicinske dijagnostike. Zagreb: Medicinska naklada, 2002.
5. Smith, Graeme/Watson Roger, Gastrointestinal Nursing, 2005, Blackwell, UK.
6. ZAKON O ZAŠTITI PRAVA PACIJENATA "Narodne novine" broj 169/04.
7. ZAKON O LIJEČNIŠTVU "Narodne novine" broj 121/2003.
8. ZAKON O SESTRINSTVU "Narodne novine" broj 121/2003.
9. ccn.aacnjournals.org/content/23/3/8.full
10. www.rmhf.harvard.edu/Clinician-Resources
11. www.artis-rei.hr/treninzi_timski-rad.html

SURADNJA, KOMUNIKACIJA I TIMSKI RAD

SAŽETAK

Umjesto taksativnog prikazivanja i nabiranja definicija o timovima, suradnji i komunikaciji, ovim radom smo htjele istaknuti pozitivne strane dobre komunikacije i usklađenosti zdravstvenih djelatnika na Klinici za bolesti uha, grla i nosa i kirurgije glave i vrata, KBC Zagreb. Proveli smo anketu među liječnicima i medicinskim sestrama o zadovoljstvu radnom sredinom, kao i anketu među bolesnicima o zadovoljstvu pruženim uslugama. Analizom rezultata dobili smo podatke koji hvale naš rad i na temelju istih ćemo i dalje raditi na poboljšanju naših usluga što govori da su bolesnici, kao i osoblje, zadovoljni uslugama i radnim okruženjem.

Glavne riječi: tim, timski rad, suradnja, komunikacija, medicinske sestre/ tehničari, liječnici, bolesnici

UVOD

Potaknuti zadanim temama ovogodišnje konferencije i odabirom iste kao i težnjom za stalnim poboljšanjem zdravstvene skrbi, na Klinici smo proveli internu anketu o zadovoljstvu zaposlenika na radnom mjestu i anketu o potrebama, očekivanjima i zadovoljstvu bolesnika. Cilj nam je bio prikazati zadovoljstvo/ nezadovoljstvo zdravstvenih djelatnika radnom sredinom i zadovoljstvo/ nezadovoljstvo

bolesnika pruženim uslugama na klinici. Za istraživanje smo koristili anketu koju smo prethodno sami osmislili te je podijelili zdravstvenim djelatnicima i bolesnicima.

Razrada teme

U današnjem, tehnološki razvijenom vremenu timski rad je preduvjet modernog i kvalitetnog rada u svim poslovnim strukturama, pa tako i u zdravstvu. Mogućnost prilagodbe i sposobnost rada u timu postaje jedna od najvažnijih kompetencija. Svrha stvaranja timova i timskog rada je povezivanje znanja i iskustva članova pri rješavanju istog problema. Jedno od timskih obilježja je i dobra komunikacija. Komunikacija u zdravstvu se smatra najbitnijom i najčešće korištenom kliničkom vještinom o kojoj uvelike ovisi ishod liječenja. Vještina koja se uči i koja bi svakako trebala biti uključena u proces trajne edukacije. Dobrom komunikacijom s bolesnicima poboljšavamo njihovo zadovoljstvo liječenjem, suradljivost, smanjuju se patnje i strahovi. Također smanjuje se broj pritužbi zbog pogreški tima što je preduvjet mogućnosti provođenja sigurnog i učinkovitog liječenja i zdravstvene skrbi.

Homo homini remedium! (čovjek je čovjeku lijek!)

Ogledni primjerak ankete za zdravstvene djelatnike:

Poštovani/a,

ova anketa provodi se u svrhu istraživanja zadovoljstva radnom sredinom i služi isključivo u interne svrhe. Hvala Vam što ste malo svog vremena odvojili za rješavanje ove ankete.

Spol M Ž

Radni staž: 0 - 10 11 - 30 31 i više

Profil: medicinska sestra/tehničar liječnik

Molimo da odgovore označite zaokružujući brojeve od 1-5 na slijedeći način: 1 (potpuno netočno), 2 (uglavnom netočno), 3 (djelomično točno), 4 (uglavnom točno), 5 (potpuno točno)

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Na radnom mjestu vlada pozitivna atmosfera | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Zadovoljan/na sam mogućnostima napredovanja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Sa ostalim članovima kolektiva sa u dobrim odnosima | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4. Zadovoljava me trenutno radno mjesto	1 2 3 4 5
5. Očekivanja nadređenih dodatno me motiviraju u poslu	1 2 3 4 5
6. Neki su članovi kolektiva "privilegirani" u odnosu na druge članove	1 2 3 4 5
7. Svi teži i neatraktivni zadaci "padaju na moja leđa"	1 2 3 4 5
8. Ne mogu pronaći zajednički jezik sa ostalim članovima	1 2 3 4 5
9. Nesuglasice između članova uzrokuje profesionalna ljubomora	1 2 3 4 5
10. Sve radne zadatke moram odraditi sam/a jer nemam povjerenja u druge	1 2 3 4 5

Anketa je provedena na Klinici za bolesti uha, grla i nosa i kirurgije glave i vrata, KBC Zagreb. Sudjelovao je 21 liječnik i 41 međ sestra/ tehničar svih profila i godina staža.

REZULTATI ANKETE:

Medicinske sestre

91% izjavilo je da na radnom mjestu vlada pozitivna atmosfera
 97% je u dobrom odnosu sa ostalim članovima kolektiva
 93% zadovoljno je trenutnim radnim mjestom
 87% je motivirano očekivanjima nadređenih
 61% je pronašlo zajednički jezik sa drugim članovima kolektiva
 70% misli da su radni zadaci ravnopravno podijeljeni između svih članova
 87% je zadovoljno mogućnostima napredovanja

Liječnici

95% izjavilo je vlada pozitivna radna atmosfera
 76% zadovoljno je mogućnošću napredovanja
 95% je u dobrim odnosima sa ostalim članovima kolektiva
 76% je motivirano očekivanjima nadređenih
 86% je pronašlo zajednički jezik sa ostalim članovima
 24% misli da je za nesuglasice kriva profesionalna ljubomora
 Na temelju dobivenih rezultata došli smo do zaključka da je momentalno stanje na Klinici slijedeće:
 87% medicinskih sestara je zadovoljno sa mogućnostima napredovanja, a liječnika 76%.
 86% liječnika je pronašlo zajednički jezik s ostalim članovima kolektiva kao i 61% medicinskih sestara.
 24% liječnika smatra da je za nesuglasice kriva profesionalna ljubomora.
 95% liječnika 91% medicinskih sestara je zadovoljno uvjetima na poslu.

Bolest nas mijenja, pojačava nam osjećaj vlastite slabosti, tražimo riječi utjehe i prihvaćamo pomoć drugih. Empatija postaje komunikacijskom vještinom tek kad je naučimo iskazivati, tj. kada znamo reći ili pokazati drugoj osobi nešto što će je uvjeriti da je razumijemo ili da s njom suosjećamo. Svaki komunikacijski proces uključuje verbalne i neverbalne aspekte. Većina poruka se prenosi neverbalno pa je iznimno važno voditi računa o načinima prenošenja informacija i usklađenost onoga što se

govori s onim kako se govori. Dobar timski rad zahtijeva pomaganje i ohrabrivanje, uvažavanje i prihvaćanje drugih mišljenja, slušanje i obraćanje pažnje na druge, izbjegavanje osobnih napada i uvreda, obraćane pažnje na svakog člana, sudjelovanje svih, posvećenost zadatku, otvoreno iznošenje problema, te pridržavanje postavljenih pravila.

**Dobra komunikacija=dobra suradnja
 =uspješan tim=zadovoljan bolesnik!**

Ogledni primjerak ankete za bolesnike:

Poštovani/a,

Ova anketa provodi se u svrhu istraživanja Vašeg zadovoljstva pruženim uslugama na našem odjelu. Ona je anonimna i služi isključivo u interne svrhe. Bila bih Vam zahvalna kad bi iskreno odgovorili na nekoliko pitanja.

Spol M Ž

Godina rođenja _____

Molimo da odgovore označite zaokružujući brojeve od 1-5 na slijedeći način: 1 (potpuno netočno), 2 (uglavnom netočno), 3 (djelomično točno), 4 (uglavnom točno), 5 (potpuno točno)

- | | |
|---|-----------|
| 1. Tijekom boravka u bolnici pružene su vam sve potrebne informacije o bolesti i mogućnostima liječenja | 1 2 3 4 5 |
| 2. U postupku liječenja uvažavala se vaša osobnost | 1 2 3 4 5 |
| 3. U razgovoru s liječnikom imali ste mogućnosti postavljati pitanja o svemu što vas zanima o bolesti i daljnjim postupcima | 1 2 3 4 5 |
| 4. Informacije dobivene od liječnika bile su vam potpuno jasne i razumljive | 1 2 3 4 5 |
| 5. Pismeni materijali dobiveni po dolasku u bolnicu dodatno su vam pomogli u razumijevanju bolesti i liječenju | 1 2 3 4 5 |
| 6. Zadovoljni ste pristupom i načinom komunikacije medicinskih sestara/tehničara | 1 2 3 4 5 |
| 7. Zadovoljni ste pristupom i načinom komunikacije sa liječnicima | 1 2 3 4 5 |
| 8. Zadovoljni ste pristupom te pružanjem informacija administrativnog osoblja | 1 2 3 4 5 |
| 9. Odnos i komunikacija između liječnika i medicinskih sestara/tehničara su profesionalni i primjereni | 1 2 3 4 5 |

10. Vaše dodatne primjedbe su:

Posebno ste zadovoljni _____

Posebno bi pohvalili _____

Posebno ste nezadovoljni s _____

U anketi je od siječnja 2012.godine sudjelovalo 100 bolesnika koji su bili ili jesu hospitalizirani na Klinici. Povratna informacija govori u prilog vrlo zadovoljnih rezultata:

Bolesnici su zadovoljni pruženim uslugama, imali su mogućnost razgovorom s liječnicima i dobiti sve informacije o svojoj bolesti i načinima liječenja koje ih očekuje. Zadovoljni su s odnosom medicinskih sestara i sa svim pohvalama ističu vrlo korektne odnose liječnika i medicinskih sestara.

ZAKLJUČAK

Zaključujemo da na Klinici vlada pozitivna atmosfera kojoj je osnovni preduvjet dobra komunikacija, iz koje se stvara pozitivna energija, a iz pozitivne energije rađaju se entuzijazam i kreativnost. Bez

obzira na pohvalne rezultate, ne smijemo si dati za pravo da samo održavamo postojeće stanje. Ovakav rezultat ne nastaje sam od sebe, već predanim radom, poticanjem profesionalnog razvoja, dobrim raspoređivanjem zaposlenih, kvalitetnim uvođenjem u posao, otvaranjem mogućnost napredovanja, maksimalnom motiviranosti i neprestalnim kreativnim odnosom svih članova tima.

NAGRADA ZA POSTOJEĆI RAD? Kao što znamo najbolja motivacija za dobro odrađeni posao je nagrada! U našem zvanju je isključivo nematerijalna, ali uvijek nešto što je lijepo vidjeti ili čuti, naravno ako smo istinski predane svom poslu.

Koristimo sve prednosti timskog rada - zajedničko djelovanje, iskorištavamo različita znanja i vještina, radimo na otvorenim odnosima, empatiji,

racionalno odlučujemo, a sve navedeno poboljšava timsku kreativnost.

LITERATURA

1. Golem, D. (2000.g): Emocionalna inteligencija u poslu, Zagreb, Mozaik knjiga
2. Srića, V. (1992.g): Principi modernog menadžmenta, Zagreb, Zagrebačka poslovna škola
3. Novosel, P. (1991.g): Uvod u psihologiju, Bjelovar, Prosvjeta
4. Gnjata, V. (2003.g): Sastanci- interesno komuniciranje, Zagreb, Alinea
5. Časopis Medix br. 92 veljača/ožujak 2011.
6. www.hrcak.srce.hr

INOVATIVNOST U KOMUNIKACIJI U USTANOVU ZA ZDRAVSTVENU NJEGU "ĆORLUKA"

PROVEDBA PILOT – PROJEKTA "I ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI!"

UVOD

Izrada programa i mobilne aplikacije potaknuta je sporim protokom informacija tijekom organiziranja i pružanja usluga zdravstvene njege u kući zbog dosadašnjeg načina komuniciranja i vođenja sestrinske dokumentacije u papirnatom obliku.

Prikupljanje podataka telefonom i sms menagerom, dokumentacija koja je u papirnom obliku, razmjena podataka na relaciji obiteljski liječnik – Ustanova Ćorluka – te pacijent kojem je potrebna njega, spora je te u konačnici nedovoljno produktivna.

"Cloud Computing"

je naziv novog poslovnog modela tj. programskog rješenja koji je danas sve više u upotrebi a odnosi se na nove tehnološke platforme za smještaj, pokretanje i korištenje informatičke programske podrške. Najjednostavnija definicija kaže da je "računarstvo u oblacima" model računarstva u kojem se usluge postavljaju na Internet i korisnici im pristupaju prema određenim uvjetima.

Cloud Computing je skup resursa (hardvera i softvera) za korištenje kao što su uređaji za pohranu podataka, poslužitelji, mreže, operativni sustavi, aplikacije, usluge, programi, itd., Svi su dostupni na oblaku (Internetu) tj iznajmljenom poslužitelju. Umjesto brige o infrastrukturi, skladištenju, održavanju i sl., možemo se više usredotočiti na kvalitetu naših usluga i bolje služiti svojim pacijentima.

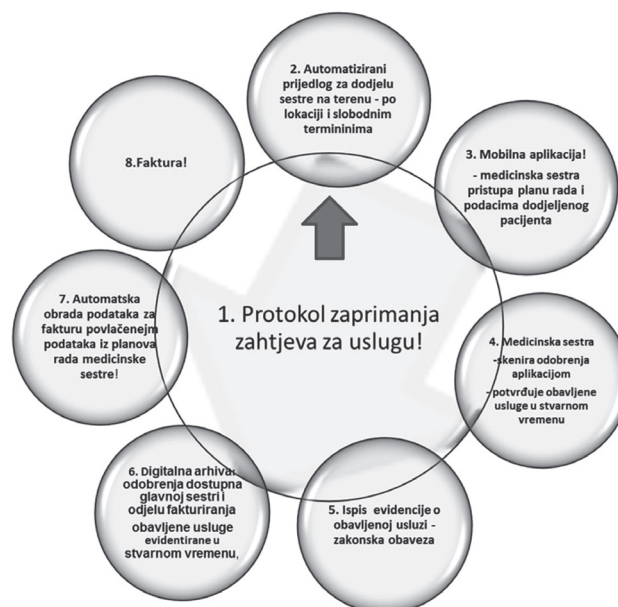
Ovom tehnologijom dobiva se mogućnost da su naši podaci uvijek "s nama".

Certificirani sigurnosni protokoli su ugrađeni u sustav a podatkovni centri su spremni za izvanredne situacije te ne postoji mogućnost gubljenja podataka.

01.07.2011. g Ustanova za zdravstvenu njegu Ćorluka krenula je u pilot - projekt pod nazivom: "i Zdravstvena njega u kući!"

Prednosti korištenog modela "i Zdravstvena njega u kući" su dostupnost podataka bilo kada i bilo gdje (izuzetan značaj u olakšavanju provođenja zdravstvene njege u kući pacijenta), mogućnost određivanja razina ovlasti pristupa podacima, potpuni pregled kronološkog tijeka stvaranja zapisa te dijeljenje zapisa.

Protok informacija u programu:



Preduvjeti su informatička i komunikacijska infrastruktura, mobilni Internet, korisnički računi za mobilnu aplikaciju za medicinske sestre kao pristup "i Zdravstvenoj njezi u kući" na poslužitelju.

Medicinska sestra na terenu pristupa sustavu preko dodijeljenog korisničkog imena i lozinke putem aplikacije na naprednom mobilnom uređaju širokopojasnim internetom.

Vizija medicinskih sestara Zdravstvene ustanove Ćorluka je digitalna dokumentacija zdravstvene njege na serveru vezanom za zdravstvenog osiguranika, s ovlaštenim pristupom obiteljskog liječnika, patronažne sestre i Ustanove.

Digitalni zapis evidencija obavljene usluge u stvarnom vremenu, odobrenja vezana za korisnika u digitalnom obliku, te evidencija obavljenih postupaka zdravstvene njege direktno povezana sa odjelom fakturiranja Ustanove a u konačnici i HZZO-om.

ZAKLJUČAK

Iskustva medicinskih sestara prilikom provođenja pilot projekta govore da je ovaj način komunikacije i razmjene podataka učinkovitiji.

Informatičko predznanje medicinskih sestara nije neophodno, svi su savladali korištenje sustava bez ikakvih poteškoća.

Prosječno trajanje edukacije je bilo 60 min po jednoj medicinskoj sestri što govori da je jednostavnost i sistematičnost osnova funkcioniranja ovog sučelja.

Nedostaci ovog modernog sustava su cijena infrastrukture (mobilni uređaji te mobilni internet).

Helena Fuček, med.s., Franjo Svedrec, med.t., Jakov Vojković, dr.med.,
Zvonimir Koler, med.t., Venesa Berković, bacc.med.tech.,
Renata Habeković, bacc.med.tech., Prof.dr.sc. Bojan Biočina
Klinika za kardijalnu kirurgiju, KBC Zagreb, Kišpatićeva

ELEKTRONSKA VIZITA – MODERAN NAČIN KOMUNIKACIJE

UVOD

Kada gledamo kroz povijest ljudskog komuniciranja, napredak u tehnologiji je oduvijek bio veliki, ako ne i najveći pokretač promjena u komunikaciji. Tehnologija znatno utječe na ono što smo u mogućnosti napraviti, a u zadnje vrijeme su tehnološka "čuda" počela i participirati u našim odlukama o tome što je najbolje napraviti i na koji način.

Iako su ljudi mogli čitati i pisati i prije izuma tiskarskog stroja, upravo je taj stroj omogućio nezaustavljivo širenje pismenosti te (skoro) neograničen pristup na papiru zapisanim mislima, događajima te različitih informacijama. Takav nagli razvoj sveopće pismenosti je uvelike izmijenio klasnu strukturu te je nepovratno izmijenio cjelokupan način života.

Ljudi, pa tako i zdravstveni radnici, danas koriste nove tehnologije na način koji povezuje računala i moderna dostignuća u sektoru telekomunikacija, a ako želimo nazivom (ili definicijom) obuhvatiti sve aspekte primjene tog objedinjenja tehnologije u komunikacijske svrhe onda bi najprikladniji naziv za takvu vrstu pristupa bio komunikacija uz posredovanje računala (CMC - eng. Computer Mediated Communication). CMC se može koristiti na mnogo načina: svima nama poznate e-mail, interaktivne poruke, velike i male diskusijske grupe, velike videokonferencije, on-line katalozi ili baze znanja, on-line učenje, različite programirane arhive podataka smještene na webu (podaci tipa slika, zvuk, tekst, video), kompletni zdravstveni informatizirani sistemi itd. Informacijsko društvo se već pokazuje kao jedan od glavnih pokretača ekonomskih i društvenih promjena u Europi. Njegov potencijal nije u potpunosti iskorišten u regiji iako je prepoznato da je informacijska i komunikacijska tehnologija bitna komponenta za povećanje poslovne konkurentnosti. Mi smo na KBC-u Zagreb, na našoj Klinici za kardijalnu kirurgiju napravili taj mali korak naprijed

iskoristivši danas dostupnu tehnologiju i sprovedli informatizaciju rada na odjelu sve do nama trenutno najviših dostupnih standarda. U tom vidu na našoj Klinici osim standardne informatizacije sprovedene u nas u zdravstvu, po prvi puta u Hrvatskoj, regiji, pa i mnogo šire uveden je novi nivo komunikacije i suradnje putem Elektronske/informatizirane vizite.

SAŽETAK

Svrha ovog rada je ukazati na potrebu osvješćivanja važnosti komunikacije u stvaranju kvalitetnih odnosa u zdravstvenom timu, i važnost upotrebe svih ponuđenih tehnologija koje su nam dostupne a mogu nam bitno unaprijediti komunikaciju i rad. Svakodnevno komuniciramo na različite načine, jer nemoguće je ne komunicirati. U obitelji, na radnom mjestu, u društvu prijatelja, svjesno ili nesvjesno šaljemo razne verbalne i neverbalne poruke te ostvarujemo interpersonalnu komunikaciju. Komunikacija unutar zdravstvenog tima mora biti dopunjujuća. U takvoj komunikaciji uvijek postoji netko tko nešto ne zna, a želi doznati, kao i netko tko nešto zna i želi to podijeliti s drugim. Bez spremnosti na to dopunjavanje, bez želje da se sazna nešto novo, bez prihvatanja nepotpune vlastite informiranosti i znanja, nema kvalitetne komunikacije. Bez vjere u sebe i druge, te u mogućnosti koje nam današnje vrijeme nudi možemo samo stajati na mjestu. A naš je stav da u svrhu poboljšanja i efikasnijeg rada ni jedna novost nije suvišna, ni jedna žrtva nije prevelika.

I tako smo s mnogo vjere, a u svrhu poboljšanja komunikacije i djelotvornosti, te standardizacije i olakšavanja rada na našoj klinici tražili nova rješenja. Kao jedna od mogućnosti bila je i ideja o potpunoj informatizaciji svih postupaka i dokumenata potrebnih za što učinkovitiju i precizniju

djelotvornost, te precizniju i efikasniju komunikaciju među svim članovima tima pa i šire.

Da bismo to postigli trebala nam je podrška od strane naše matične ustanove (KBC-a), mnogo rada, razmišljanja, kombiniranja, racionaliziranja, educiranja, i prije svega mnogo dobre volje cijelog tima koji je morao biti prije svega spreman na promjene i edukaciju. Put nije bio ni lagan, ni kratak, ali naposljetku smo svi zajedno uspjeli, i sada nakon nekog vremena u kojem smo prošli fazu prilagodbe sve više nas se u potpunosti stopilo sa novim sustavom kao da je on nešto sasvim uobičajeno – na tom putu smo više nego ikad naučili što je komunikacija i pravi timski rad.

Ovim predavanjem ćemo Vas ukratko upoznati sa prednostima Elektronske vizite i našim dosadašnjim iskustvima iz prakse te obrazložiti kako je Elektronska vizita utjecala na komunikaciju liječnik- sestra-pacijent i obrnuto, te organizaciju rada na Klinici.

Danas možemo reći da mada još uvijek gradimo, i zajedničkim snagama pokušavamo razviti sustav koji će u potpunosti pokriti sve naše zahtjeve i potrebe i svi zajedno učimo, možemo reći da smo ponosni da smo uspjeli u onom u čemu su se mnogi do sad spotakli i odustali. Uspjeli smo samo snagom volje i timskim duhom poštujući jedni druge kao ravnopravne dijelove tima i upotrebljavajući svaki savjet i svaku kritiku kao konstruktivnu, sa jednim zajedničkim ciljem – da nam svima bude bolje.

Danas – sutra, možda se svima pruži prilika uživati ono što mi danas pokušavamo razviti i prezentirati kao nov, moderniji i efikasniji način komunikacije unutar zdravstvenog tima.

Važno je ne zaboraviti da si svi zajedno trebamo dati truda i volje u prevladavanju teškoća u komunikaciji u zdravstvu, jer dobra komunikacija i poštovanje je osnov koji se nikako nesmiije zagubiti u današnje vrijeme kad su zahtjevi postavljeni pred sve nas sve veći i teži, a ciljevi sve viši....

Mi to možemo!

SUMMARY

The purpose of this paper is to show the importance of communication within health team members and also the importance of current available technologies which can essentially improve our communication and our work..

Every day we communicate in different ways, because life is impossible without communication.

Within family, at work, with friends, being aware or not we deliver various verbal and non-verbal messages aiming to achieve inter-personal communication. In communication, there is always somebody who does not know something and who wants to know, and somebody who knows and who wants to share that with others. Without enthusiasm for compatibility, without thirst for new facts and for new knowledge, without acceptance of limitations of personal knowledge we can not achieve good communication. Without self-confidence and without confidence in contemporary opportunities we can only stay at idle. Our position is that no imaginable effort or sacrifice is wasted in our goal to improve quality and efficiency of our work.

We started this work in good faith that we can improve communication within our Department, and one of essential tools was computer – mediated communication within the team, with the ultimate goal to improve efficiency and accountability.

Initial endorsement from the hospital management was mostly needed feature, and the willingness of the team members for change was probably equally important. After lot of work, thinking, doubts, and temporary failures most of us have been fully integrated with the new way of thinking.

In this paper we will present the e-ward round and also present the complex changes in physician to nurse to patient mutual relationship that e-ward round initiated within our Department. Nowadays we are still building up the new system and the new way of thinking, but we can say that we succeeded to achieve our projected goal being respectful one to each other and by recognizing and endorsing the team spirit.

We strongly believe that this new way of communication will become widely accepted and utilized in the foreseeable future. We also strongly believe that investment in communication within health team members is one of the most profitable investments as current medical and nursing practice has quickly becoming more and more demanding therefore more and more challenging.

We can do that!

ELEKTRONSKA VIZITA – MODERAN NAČIN KOMUNIKACIJE

Komunikacija je u zdravstvenoj zaštiti jedan od osnovnih faktora i o tome se sve više govori. Nije posrijedi samo odnos zdravstvenog osoblja prema bolesnicima nego i uzajamna komunikacija osoblja

u svakodnevnom radu. Uspjeh u liječenju vezan je i uz komunikaciju unutar zdravstvenog tima, a promjene u kulturi i načinu komunikacije su vidljive. Svi zdravstveni djelatnici u svojem redovitom obrazovanju i osposobljavanju obučavani su raditi u timu zbog temeljnih značajki zdravstva kao visoko složene i specijalizirane djelatnosti. Liječenje traži usku suradnju među davateljima zdravstvenih usluga, s različitim znanjem i vještinama, na način da se nadopunjuju čineći tako zajedničku cjelinu. Idealno, odluke o liječenju trebaju odražavati dogovor između bolesnika, liječnika i ostalih uključenih u liječenje bolesnika.

U skladu s istraživanjima, dobre komunikacije osiguravaju da:

- svaki član tima poznaje svoje odgovornosti u pogledu kliničkih i menadžerskih pitanja i ko je vođa tima
- postoje sistemi koji olakšavaju suradnju i komunikacije između članova tima
- postoje sistemi za nadzor, pregled i unapređenje kvaliteta timskog rada
- postoji odgovarajuća podrška timu u njegovom razvoju koji ima jasne ciljeve
- (National Patient Safety Agency 2004, Kaissi, Johnson & Kirschbaum 2003).

Razmjena informacija između zdravstvenog osoblja i između osoblja i pacijenata je stalni proces s potencijalom da utječe na brojne menadžerske i kliničke ishode te ishode u zaštiti pacijenata. Jedan način komunikacije koji se koristi u zdravstvenim ustanovama je i odjelna vizita.

Sve gore navedene uvjete mi smo uspostavili na našoj klinici kako bi u naš rad mogli implementirati informatički sustav kao i vođenje elektronske vizite.

Odjelna vizita je središnja aktivnost bolničkog života stotinama godina, a jedva da se spominje u udžbenicima. Ona predstavlja svakodnevni obilazak bolesnika, gdje se od strane liječnika donose odluke o njezi pacijenata, terapiji i pretragama. Sam proces donošenja odluka o liječenju bolesnika, koji danas predstavlja odjelna vizita, od najveće je važnosti, zbog činjenice da upravo adekvatne ili neadekvatne odluke mogu proces liječenja, a time i sudbinu bolesnika odvesti u potpuno različitim smjerovima. Međutim tradicionalni format može biti zastrašujući za pacijente i neadekvatan za komunikaciju.

Vizita treba pružiti priliku multidisciplinarnom timu da sluša pacijentove priče i zajednički inter-

pretira svoju zabrinutost i mišljenje. Iz toga se razvija dijagnoza, formiraju planovi, prognoza liječenja i prilika da se rješe problemi, daju odgovori na pitanja. Liječnik u viziti traži izvještaje sestara čija zapažanja mogu biti podcijenjena zbog tradicionalne profesionalne hijerarhije. Smanjenjem radnog vremena mladih liječnika i skraćeno trajanje boravka na odjelu su smanjili neprekidnu skrb o bolesniku. To povećava važnost osoblja u osiguravanju kontinuiteta zdravstvene zaštite i potrebu za zajedničkom vizitom kao žarištem optimalnog odlučivanja. S druge strane, sve veća količina informacija koja se mora "obraditi" u viziti čini potrebu adekvatne i prije svega, jednoznačne komunikacije vitalnom. Kvaliteta i oblik kliničke elektronske vizite dosada je nedovoljno istražena i priznata, ali je unatoč tome u sporom prihvaćaju. A svaki vid multidisciplinarnog i optimalnog funkcioniranja odjelne vizite zasluži znanstveno promatranje i eksperimentiranje.

Računalni sustav i proces informatizacije omogućava dostupnost dokumentacije, podataka, kao i točnost tih podataka između članova tima. Software može pripomoći u donošenju odluke, u rješavanju kliničkih problema, te utjecati na sigurnost bolesnika. Komunikacija kao dinamičan proces unutar multidisciplinarnog tima ima za cilj opće dobro bolesnika, očuvanje zdravlja i kvalitetniju skrb.

U ovom stoljeću bolesnička njega je doživjela velike promjene koje značajno utječu na definiranje funkcionalnih zahtjeva i za stručnost na radnom mjestu.

»Informatizacija u sestrinstvu je legitimni ulaz za upotrebu informacije i znanja za standardizaciju dokumentacije, unapređenje komunikacije, podupiranje donošenja odluka, razvoj i širenje novih znanja, jačanje kvalitete, efektivnosti i efikasnosti zdravstvene njege«

(Simpson, 1992; Nagelkerk, Ritola, Vandart, 1998.).

Napredak računalno-temeljene tehnologije i kulturalne promjene na radnom mjestu mijenjaju način na koji radimo, dijelimo i koristimo informacije. Umreženi, distribuirani računalni modeli nude obećanje o poboljšanju kvalitete skrbi za bolesnika. Različite mogućnosti elektroničke komunikacije pružaju nove mogućnosti u provođenju zdravstvene njege.

A razumijevanjem i svladavanjem kognitivnih i bihevioralnih barijera prema interakcijama stroj-čovjek će nam naposljetku pomoći da ispunimo svoju svrhu.

Početak informatizacije na našoj klinici počeo je u 09/2010. početkom uvođenja BIS-a. Godinu dana

nakon pristupanja sustavu BIS-a, 09/2011. na klinici se uvodi test period vođenja svakodnevne vizite u elektronskom obliku još uvijek usporedo sa tradicionalnim načinom u papirnatom obliku (faza testiranja i prilagodbe). Naposljetku od 11/2011. elektronska vizita postaje jedinstveni način vođenja pacijenata (iz uporabe se izbacuje stara temperaturna lista, te bilo koji oblik ispisivanja nalaza).

Za vrijeme trajanja testnog razdoblja svi zajedno smo se prilagođavali na novi način komunikacije, ali naposljetku smo se navikli i danas kad nam je to jedini oblik vizite ponosni smo na rezultate. Pristupajući novom načinu obavljanja svakodnevne odjelne vizite/elektroničkim putem uvidjeli smo da su liječniku koji odlučuje o bolesniku u stvarnom vremenu dostupni svi važni podaci, uključujući povijest bolesti, mišljenja liječnika specijalista, laboratorijski nalazi, slike, itd. koji su se često gubili i oštećivali tijekom vremena. Sva liječnička izvješća se neposredno obnavljaju i zapis se nadopunjava te je dostupan svim liječnicima, timovima i stručnjacima koji pružaju zdravstvene usluge u našem sustavu.

Nema više beskrajnih telefonskih poziva sa različitih odjela ili od različitih ljudi. Jednostavno se prijavite na sustav i napravite male napomene i pritom imate uvid u sve.

Rad cijelog tima koristeći elektronički zapis/vizitu (forma vizite odvija se uz samog pacijenta) kao jedini način rada uz pacijenta 6 mjeseci nakon potpune implementacije naveo nas je na slijedeće.

Zašto je taj način napredni način komunikacije i rada?

Medicinsko osoblje pogleda i dotakne bolesnika znatno više, čime i on sam dobije znatno više informacija te postaje aktivni sudionik u postupku liječenja. Konzultant(liječnik) stoji sa strane te omogućuje dodatni prikaz i uvid u nalaze, zabilješke o stanju pacijenta prethodnih dana i sve ostale informacije koje su bitne za što bolje i brže objedinjenje svih relevantnih informacija kako bi se daljnji postupak liječenja proveo u skladu sa implementiranim multidisciplinarnim holističkim pristupom.

U vrijeme prije implementacije elektronske vizite sve je izgledalo drugačije, pristup papirnatim nalazima i informacijama, te uvidu u njih imao je samo liječnik koji je vodio vizitu, ostatak tima se fokusirao na liječnika koji je vodio vizitu i na njegove izjave.

Nakon implementacije elektronske vizite, konzultant orijentira pažnju sudionika u viziti na LCD

zaslon na kojem se prikazuju elektronički zapisi o pacijentu. Sudionici vizite sada se prilagođavaju svojim položajem u sobi tako da vide potrebne podatke na ekranu kako bi mogli pratiti tijek vizite i konzultantski sudjelovati u njenom tijeku, a ujedno su u mogućnosti pratiti pogled liječnika voditelja vizite u tijeku njegove komunikacije sa pacijentom.

Kako smo time podigli razinu komunikacije?

Jedan mjesec prije implementacije elektronske vizite osnovni razgovor u viziti temeljio se na komunikaciji sestra – liječnik ili liječnik - liječnik, te rijetko ostali članovi tima ili pacijent. Ostali problemi i dijalozi odvijali su se na sastanku iza zatvorenih vrata.

Danas se glavna rasprava vodi tijekom vizite i rješavaju se sva tekuća pitanja ravnopravnom komunikacijom svih članova tima. Ujedno se potiče pacijent da postavlja pitanja o svom stanju i time ga se potiče da bude aktivni sudionik na putu do svog ozdravljenja.

U početku su djelatnici imali stav kako se uvođenjem elektronske vizite smanjila komunikacija na razini liječnik – sestra, danas vjerujemo kako je komunikacija bez obzira na dužinu komunikacije nadasve jasnija, preciznija i svrsishodnija. Jedina promjena je u dinamici interakcije.

Uvođenje elektronske vizite omogućilo nam je da se razni problemi raznih sudionika rješavaju paralelno, a ne selektivno.

Kompjuterizirani unos naloga od strane liječnika, redoslijed dijagnostičkih testova, lijekovi, njega pacijenata, i preporuke su važne sastavnice u liječenju bolesnika. Mi smo definirali Elektroničku vizitu kao izravni upis tih naloga u računalu od strane liječnika (u nekim slučajevima medicinske sestre mogu unositi i ukazivati na potrebne podatke kako bi liječnik prije nego što odlučuje bio informiran o svim postupcima i promjenama u svezi stanja pacijenta, sa svrhom što boljeg, preciznijeg i bržeg djelovanja). Prednosti Elektronske vizite nad papirnatim je da nove metode obuhvaćaju smanjeno prepisivanje, povećavaju točnost i potpunost, te osiguravaju mogućnost za unos naloga sa više različitih udaljenih međusobno umreženih sustava i lokacija putem online ili bežičnog prijenosa. Ono što je najvažnije, korištenje Elektronske vizite i informatizacije omogućuje pružanje direktne podrške liječnika u svakom trenutku skrbi. To naravno zahtijeva da donositelj odluke uvijek izravno komunicira s računalom putem bežičnog interneta i tablet sistema. Takva

direktna podrška Elektronske vizite može se koristiti da se smanji stopa pogreške u liječenju i povećava odgovarajući klinički i precizan način davanja lijekova i naručivanja pretraga.

Pružanje takve podrške zahtijeva da potrebni podaci budu dostupni u računalnom sustavu i izgradnju lokalnog konsenzusa, te razne baze znanja, informacija i jasnih pravila.

Ključne dobrobiti informatizacije i elektronske vizite:

- Važno je napomenuti i da su sva računala spojena na centralni server na kojemu se nalaze svi podaci.
- Tableti su bežičnom mrežom spojeni na server i udaljenim pristupom se obavljaju svi procesi na odjelu. Imaju ekran osjetljiv na dodir tako da je lakše obavljati poslove u svakodnevnoj brizi za pacijenta.
- Opisi tijeka liječenja se nalaze na jedinstvenom mjestu te svi profesionalci koji su uključeni u liječenje pacijenata imaju pristup svim informacijama o pacijentu.
- Sve je napisano u računalnom programu, tako da rukopisi pojedinih profesionalaca postaju nevažni.
- Nema gubitka informacije, sve što je uneseno u sustav zauvijek u njemu i ostane.
- Tijek odlučivanja i donošenja odluke je jednoznačan i zabilježen u elektronskoj formi.
- Nakon narudžbe nalaza automatski se generiraju barkodovi koji se lijepe na epruvete olakšavajući posao na odjelu.
- Svi podaci jednom kad su upisani ostaju zapamćeni na serveru i svi ih mogu vidjeti.
- U svakoj bolesničkoj sobi nalazi se LCD ekran koji u vrijeme vizite putem mreže omogućuje svim sudionicima da aktivno sudjeluju u gledanju nalaza i ostalih informacija koje utječu na daljnje postupke prema pacijentu.
- Sustavom je postignuta apsolutna sljedivost (mogućnost praćenja) u procesu donošenja odluka, što je od posebne važnosti sa pravne strane u slučaju mogućih problema.
- Napredak u sustavu upravljanja kvalitetom (jasno je vidljivo tko je donio koju odluku i kada).
- Ovim pristupom postigli smo orijentiranost na samog bolesnika.
- Sam pacijent posao je aktivni sudionik u svom liječenju.

- Sustav nam omogućava i distribuciju cijelog niza medicinsko-edukativnih sadržaja i personaliziranih poruka za pacijenta na LCD ekran u bolesničkoj sobi.

Najvažnije dobrobiti značajne za rad medicinske sestre:

- Olakšana, jasna, precizna i čitka komunikacija sa liječnikom
- Elektronsko automatsko generiranje svih podataka koje liječnik samostalno na licu mjesta unosi u sustav
- Nema više potreba da sestre nakon odjelne vizite uzimaju temperaturnu listu te ordiniranu medicamentnu terapiju unose u BIS, jer je to liječnik automatski napravio u viziti
- Sestre više ne ispisuju uputnice za pretrage krvi jer se one automatski upisuju u viziti te se automatski ispisuju barkodovi koji se kasnije samo zalijepe na epruvetu
- Uputnice za sve ostale dijagnostičke pretrage se isto tako automatski prosljeđuju izvršitelju te nema potrebe za raznošenjem uputnica i telefonskim dogovaranjem pretrage
- Smanjenjem broja koraka u donošenju odluka, smanjila se i mogućnost sestrinske pogreške i dijela odgovornosti, jer veći broj koraka automatski nosi i veću mogućnost greške.
- Nema mogućnosti prebacivanja odgovornosti na drugu osobu jer je pravilima jasno određeno što tko radi, i svaki korisnik sustava ima svoju osobnu ulaznu šifru s kojom pristupa u sustav.
- Sestrinska dokumentacija i zapažanja sada je dio sustava i služi kao važan podatak za daljnju skrb o bolesniku
- Zbog aktivnog sudjelovanja u elektronskoj viziti pacijent je sada bolje informiran i educiran što sestrama uvelike olakšava daljnju komunikaciju i rad s pacijentom.

Na nama sestrama je da izvršimo zadane zadatke koji se odnose na skrb o bolesniku u realnom vremenu slijedeći naloge i evidentiramo svaku promjenu stanja pacijenta. Sestre napokon imaju vremena posvetiti dovoljno pažnje samom bolesniku i njegovim potrebama. Iako sad može izgledati da se sestra isključuje kao nevažan faktor u cijelom sustavu, sestre su zadržale pravo i mogućnost da imaju uvid u sve bitne informacije o pacijentu, kao i pristup nalazima. Sestre i dalje imaju onu sestrama najvažniju zadaću skrbi o pacijentu, promatranja pacijenta

i evidentiranja promjena te upozoravanja liječnika i upoznavanja sa stanjem pacijenta.

Sestrinski je zadatak u ovom novom organizacijskom sustavu, sustavna skrb o pacijentu te cjelodnevno evidentiranje promjena i informacija korisnih za daljnji tijek liječenja u epikrizu za svakog pacijenta ponaosob kako bi liječnik u svakom trenutku mogao vidjeti trenutno stanje pacijenta. Svi referentni podaci poput tjelesne temperature, pulsa, tlaka, saturacije, bilance tekućine, drenaže, te svih promjena koje mi sestre možemo definirati o stanju pacijenta sada ulaze u zajedničku epikrizu i ostaju spremljeni kao dio pacijentove opće dokumentacije.

Samim tim sestre su dobile na važnosti i stekle status koji zaslužujemo kao ravnopravni dio tima, danas naše bilješke u obliku elektronske informacije nemogu ostati po strani i zaboravljene.

Dobili smo i pažnju liječnika jer se sad svaka naša informacija o stanju bolesnika jasno vidi te nesmije i nemože biti zanemarena. Danas mi sestre na klinici možemo reći da jednako kako mi poštujemo liječnike i njihovu stručnost, oni sada poštuju i uvažavaju naše mišljenje i izvještaje. Samim tim smo unaprijedili komunikaciju i timski rad. Danas je na našoj klinici komunikacija liječnik – sestra, liječnik-pacijent i naposljetku sestra – pacijent na mnogo višem nivou nego prije. Nivo komunikacije i uvažavanja znatno je napredovao usprkos vjerovanjima mnogih da ćemo na tom dijelu najviše izgubiti.

Razlike koje godinama postoje u shvaćanjima važnosti sestrinskog rada, u prihvaćanju sestrinskih zapazanja i tumačenju važnosti sestrinske dokumentacije sada su znatno manje, jer smo uvođenjem elektronskog dokumentiranja postali ravnopravni dio tima unoseći dokumentaciju direktno u trajni dokument o stanju pacijenta. Sasvim novim putem sestre su stekle ono poštovanje i važnost koju zaslužuju, a koja im zbog dosadašnjeg načina komunikacije, ne da nije bila priznata, već nije bila vidljiva. Sestre su do sad bile skriveni aduti, nevidljivi dijelovi tima, danas smo u ravnopravnom položaju sa ostalim članovima tima, to je napredak koji svi zaslužujemo.

ZAKLJUČAK

U svijetu napredne tehnologije ponekad se sve može činiti nedostižno i daleko, izgleda nam da se zaboravljaju one prave vrijednosti koje svatko od nas ima u sebi.

Ali nije tako, sve oko nas pa i komunikacija u bilo kojem – dali tradicionalnom ili modernom obliku

– ovisi naposljetku o tome koliko smo sebe voljni dati u svijet oko nas.

Ako se udružimo i vjerujemo u sebe i druge, ako slijedimo put napretka poštujući svakog čovjeka kao zasebnu jedinku koja je ujedno neizostavni dio jedne velike znanstvene cjeline, tada ćemo na našem putu savladati svaki izazov.

Da bi uspjeli na tom putu osim međusobnog poštovanja i uvažavanja najvažnije je da svaki dan posvetimo unaprijedivanju međusobnih interakcija i komunikacija ulažući u to sva dostupna sredstva, na tom putu ne prezajući pred modernom tehnologijom jer ona nam nije i nesmije biti kamen spoticanja već nova mogućnost koju ćemo objeručke iskoristiti za napredak svih nas u zdravstvu.

Mi smo pokušali, i u ovo kratko vrijeme u kojem smo dali šansu tehnologiji da postane dio našeg svakodnevnog rada nismo otišli nijedan korak natrag u komunikaciji. Naprotiv, svi smo nešto naučili – naučili smo da nas izazovi svakodnevno potiču da budemo bolji, da surađujemo, da si pomažemo i da se nadopunjavamo... naučili smo biti tim ... koji vjeruje da može, zna da može i želi više i bolje.... I želimo to zajedno...

Vratimo se još jednom na činjenicu koju nesmijemo zaboraviti. Od najveće je važnosti proces donošenja odluka o liječenju bolesnika (vizita) jer neadekvatne i nepravovremene odluke kao i njihova pogrešna interpretacija mogu proces liječenja i sudbinu bolesnika odvesti u krivom smjeru. Uvođenjem elektronske vizite unaprijedili smo sustav donošenja odluka i time smanjili mogućnost pogrešaka, nepravovremene krive interpretacije i neadekvatne komunikacije, te poboljšali suradnju i ubrzali put ka izlječenju.

Mogu još samo reći da svi oni kojima se ovo čini izuzetno zahtjevno i nadrealističko trebaju znati da: Ima puno ljudi koji su sporo tipkali i sad imaju loše znanje o računalima, ali u suvremenom svijetu u skladu s pojavom novih tehnologija vrijeme je da i mi dobijemo svoju vozačku dozvolu i krenemo korak naprijed. Treba se pokazati motivacija i uzeti si vremena za usavršiti ove vještine. Vjerojatno je neko vrijeme potrebno svima za razvoj ove vještine. Nakon što naučimo, posve novi svijet otvara se ispred nas. To se može činiti kao uzalud utrošeno vrijeme i beskorisno gubljenje resursa, ali taj tip djelovanja i nesmetanog pristupa zajedničkim informacijama na duge staze će poboljšati učinkovitost zdravstvenog sustava i nama najvažnijeg - njege pacijenta.

I ne trebamo sumnjati da će medicinska sestra za liječnika uvijek biti najvažniji dio tima, za bolesnika najprisniji dio tima.... Kao ni da smo svi mi dio cje-line s istim ciljem... dobrobit pacijenta... Na putu do tog cilja - Liječniku je cilj liječenje, a svakoj sestri pomoć na putu izlječenja...jedno bez drugog nema ni svrhu ni cilj, kao ni budućnost...

Briljantnost bez sposobnosti komuniciranja bezvrijedna je u bilo kakvom poduhvatu.

(Thomas Leech)

LITERATURA

1. End of the paper trail: moving towards a paperless ward round Psychiatric Bulletin 2008, 32:67-68. Jake Harvey, Max Pickard and Mohammed Nunhuck
2. BAGGALEY, M., INGLIS, G. & MALIZIA, A. (2005) *The writingis on the wall: use of an LCD projector to aid communication at the ward round*. Psychiatric Bulletin, 29, 180– 181.
3. Scott JT, Rundall TG, Vogt TM, Hsu J: **Kaiser Permanente's experience of implementing an electronic record: a qualitative study**. *BMJ* 2005, **331**:1313-1316.
4. Makoul G, Curry RH, Tang PC: **The use of electronic medical records: communication patterns in outpatient encounters**. *J Am Med Inform Assoc* 2001, **8**:610-615.
5. Rosen PN: **Workstations as enabling technologies for computer-based patient records**. *Int J Biomed Comput* 1994, **34**:335-337.
6. Reader TW, Flin R, Mearns K, Cuthbertson BH: **Interdisciplinary communication in the intensive care unit**. *Br J Anaesth* 2007, **98**:347-352.
7. Tang PC, McDonald CM. Computer-based patient-record systems. In Shortliffe EH, Perrault LE, Wiederhold G, Fagan LM (eds). *Medical Informatics—Computer Applications in Health Care and Biomedicine*, 2nd ed. New York: Springer; 2001; p. 327-58.
8. Coeira, E. *Guide to Health informatics*. London: Hodder Arnold; 2003; p. 111-23
9. Bowles, KH. The barriers and benefits of nursing informations system, *Computers in Nursing* 15(4):191,1997.

ISKUSTVA U MEĐUNARODNOJ SURADNJI - DOLAZNA MOBILNOST -

Sažetak

Koristi od međunarodne suradnje su višestruke. Međunarodna suradnja dugo je zavisila o viziji, entuzijazmu i želji pojedinaca unutar ustanova visokog obrazovanja. Pridruživanjem Hrvatske Bolonjskom procesu to se značajno mijenja. Mobilnost studenata i nastavnika a kroz to i međunarodna suradnja, bile su u početku samo jedan od ciljeva Bolonjskog procesa. Vremenom je međunarodna suradnja postala i jedan od kriterija kod vrjednovanja ustanova od strane domaćih i stranih akreditacijskih agencija. Tako međunarodna suradnja postaje ne samo preporuka nego i preduvjet rada i prepoznatljivost i prihvaćanja ustanove u Hrvatskom i Europskim visokoškolskom prostoru. Nizom programa i aktivnosti, kao što su ERASMUS povelje, povjerenstva MZOS-a za uklanjanje prepreka mobilnosti, osiguranjem dijela sredstava za financiranje mobilnosti, da nabrojimo glavne, Hrvatska je potpomogla uspostaviti mehanizme koji su u funkciji poticanja i potpore naporima ustanova da ostvare mobilnost studenata i nastav-

nika. Mobilnost ima nekoliko specifičnih izazova koji se razlikuju ovisno dali se radi o odlaznoj mobilnosti studenata, dolaznoj mobilnosti stranih studenata, odlaznoj mobilnosti nastavnika ili dolaznoj mobilnosti nastavnika. Kako je do nedavno za Hrvatsku i nosioce ERASMUS povelje bila moguća samo odlazna mobilnost, sa dolaznom mobilnosti unutar ERASMUSa se nije bilo moguće susresti. Stoga se izazovi koji nas čekaju u tome dijelu mobilnosti mogu samo procjenjivati na osnovi iskustva mobilnosti "prije" ERASMUSA.

U članku se analiziraju izazovi koje čekaju one koji se upuštaju u organizaciju takve suradnje s posebnim osvrtom na stvarna iskustva pri organizaciji dolazne mobilnosti stranih studenata.

Literatura:

1. www.mobilnost.hr
2. www.irb.hr
3. public.mzos.hr
4. www.esn.org

PROCJENA ZADOVOLJSTVA BOLESNIKA RAZINOM EDUKACIJE OD STRANE MEDICINSKIH SESTARA U KBC "SESTRE MILOSRDNICE", ZAGREB

UVOD

Jedno od temeljnih ljudskih prava jest pravo na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. Cilj svakog zdravstvenog sustava jest unaprijeđenje i poboljšanje kvalitete zdravstvenog stanja, čime se ujedno i poboljšava kvaliteta života. (1) U Republici Hrvatskoj su se nakon donošenja Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite, 2007.godine, intenzivirale aktivnosti vezane za kvalitetu u zdravstvenom sustavu, te su usvojeni brojni zakonski akti koji obvezuju zdravstvene ustanove na uspostavu, provedbu i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi je 2011.godine donijelo Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove kojim se utvrđuje 10 akreditacijskih standarda. Medicinske sestre su uključene u sve akreditacijske standarde, a najviše u one koji se odnose na zdravstvenu njegu i planiranje otpusta. Akreditacija, kao metoda za poboljšanje kvalitete, podrazumijeva postupak kojim se ocjenjuje koliko se zdravstvena ustanova pridržava propisanih standarda kvalitete.

Medicinske sestre u bolničkom sustavu zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj čine više od 50% zdravstvenih djelatnika, pa tako njihove usluge značajno utječu na kvalitetu bolničkog sustava zdravstvene zaštite. (2) Područje rada medicinske sestre je zdravstvena njega, pa je tako i zadaća medicinskih sestara upravljanje kvalitetom zdravstvene njege, ali i suradnja s ostalim zdravstvenim profesionalcima na ostvarivanju i unapređenju kvalitete cijelog sustava. (3) ². Osnovni temelj praćenja i procjene procesa upravljanja kvalitetom zdravstvene njege je korištenje kliničkih indikatora, mjerljivih podataka koji su odraz kvalitete skrbi. Oni su dijelovi skrbi koji se mogu mjeriti i pokazuju stupanj u kojem ta skrb jeste ili nije izvršena. (4)

Vidljivo je da medicinske sestre imaju zakonsku i moralnu odgovornost vezano za upravljanje kva-

tetom zdravstvene njege, te u svim područjima svog rada trebaju provoditi aktivnosti unaprijeđenja kvalitete zdravstvene njege. Jedno od tih područja je i zadovoljstvo bolesnika edukacijom.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Da bi unaprijedili kvalitetu zdravstvene njege najprije treba izvršiti njenu procjenu, te utvrditi postojeće stanje i uočiti kritične točke kojima treba posvetiti dodatnu pažnju.

Cilj rada je izvršiti analizu indikatora kvalitete, zadovoljstvo bolesnika edukacijom, te na osnovu toga dobiti uvid u stanje kvalitete rada medicinskih sestara vezano uz edukaciju bolesnika u KBC "Sestre milosrdnice", te utvrditi područja u kojima su potrebna poboljšanja.

Postavljene su i određene pretpostavke, a one su: analiza indikatora kvalitete će pokazati nedostatke u radu medicinskih sestara vezano za edukaciju bolesnika i pomoći otkriti područja gdje je potrebno unaprijediti praksu da bi se povećalo zadovoljstvo bolesnika, te načine na koje se to može ostvariti.

MATERIJALI I METODE

Nakon pretraživanja podataka dobiven je osvrt na aktualnosti vezano uz kvalitetu zdravstvene njege i edukaciju bolesnika. Za potrebe ovog rada izrađen je interni standard edukacije bolesnika. On se temelji na iskustvima iz dosadašnje prakse i intervencijama koje su zasnovane na dokazima, te je prilagođen trenutnoj situaciji u KBC "Sestre milosrdnice".

S obzirom da su indikatori kvantitativne mjere kvalitete, pokušalo se pretvoriti kvalitetu u mjerljive pokazatelje. Izrađen je upitnik koji je ponuđen bolesnicima na poliklinikama KBC "Sestre milosrdnice". Istraživanje je provedeno na 100 ispitanika.

Upitnik se sastojao od tri dijela:

- demografski podaci;
- procjena zadovoljstva (općenito);
- procjena pridržavanja osnovnih smjernica standarda, po mišljenju bolesnika.

Korištena je modificirana Likertova skala odgovora u kojoj je ocjena podrazumijevala:

1. uopće se ne slažem;
2. ne slažem se;
3. djelomično se slažem;
4. slažem se;
5. u potpunosti se slažem (7).

U deskriptivnoj statistici korištene su za izračunavanje srednje vrijednosti i raspršenja: aritmetička sredina, dominantna vrijednost i raspon. Za testiranje povezanosti i hipoteza se je koristio hi-kvadrat test. Prije analize podaci su grupirani i sažeti, a kvalitativni podaci šifrirani, zbog lakše obrade. Uzorak je bio prigodni, a skala mjerenja ordinalna.

RASPRAVA

U ovom istraživanju izvršena je procjena kvalitete zdravstvene njege, odnosno zadovoljstva bolesnika vezano uz edukaciju bolesnika. Edukacija bolesnika pomaže medicinskim sestrama da bolje skrbе o svojim bolesnicima, a u sklopu nje se odvija i informiranje bolesnika, koje je i jedno od osnovnih prava bolesnika koje im je zajamčeno i Zakonom. Na osnovu analize podataka dobivenih testiranjem zadovoljstva bolesnika pomoću upitnika dobivene su informacije koje daju prikaz viđenja kvalitete (zadovoljstva) od strane bolesnika. Ispitivano je općenito zadovoljstvo edukacijom od strane medicinskih sestara, te viđenje bolesnika o postignuću standarda. Proučavana je i povezanost određenih varijabli za koje je dokazano da utječu na zadovoljstvo bolesnika. Dobiveni su vrijedni podaci koji mogu poslužiti medicinskim sestrama za poduzimanje određenih promjena u praksi koje mogu dovesti do unaprjeđenja kvalitete.

Rezultati analize indikatora: zadovoljstvo bolesnika edukacijom:

Iz analize upitnika o zadovoljstvu edukacijom vidljivo je da je među ispitanicima značajan broj osoba ženskog spola, prevladavaju ispitanici srednje životne dobi (35-65.godina), te osobe sa srednjoškolskim obrazovanjem, iako nije zanemariv ni udio visokoobrazovanih. Postoje istraživanja koja su dokazala da na zadovoljstvo bolesnika utječu brojni faktori. (5)

Zadovoljstvo edukacijom općenito je ocijenjeno prosječnom ocjenom 4,4 (na skali od 1-5). Ako smo postavili prihvatljivi prag zadovoljstva (4,5) može se reći da su vrlo mala odstupanja od postavljenog cilja. Tvrdnja koja se odnosi na procjenu edukacijskih potreba po mišljenju bolesnika je bila najbolje ocijenjena. Bolesnici su dobro ocijenili i zadovoljstvo sadržajem edukacije. Ocjena je bila nešto iznad postavljene granice. Nešto lošije je ocijenjena tvrdnja koja se odnosila na uvažavanje bolesnika i njegovo uključivanje u edukacijski proces, provjeru naučenog, te uvjete u kojima se provodi edukacija. Najlošije, i značajno ispod praga su ocijenjene upute i pomagala koja se koriste u edukaciji.

Izvršena je i analiza utjecaja određenih faktora na zadovoljstvo edukacijom. S obzirom na utjecaj dobi na zadovoljstvo edukacijom, osobe iznad 65.godina su bile u svim područjima najzadovoljnije, a kod ocjene edukacijom općenito i procjenom edukacijskih potreba bili su zadovoljni u potpunosti. Osobe srednje životne dobi su najlošije ocijenile edukaciju općenito, uvažavanje i sadržaj edukacije. Kod ispitanika do 35. godina najmanji postotak ima zadovoljnih procjenom edukacijskih potreba, i procjenom naučenog, te uvjetima u kojima se provodi edukacija. Mladi su izuzetno nezadovoljni uputama i pomagalima koja se koriste. Zadovoljstvo je izrazilo samo polovica ispitanika te dobne skupine.

Napravljena je i analiza zadovoljstva u odnosu na obrazovanje. Osobe sa osnovnim obrazovanjem su najzadovoljnije u odnosu na ostale ispitanike sa svim dijelovima postignuća standarda. Vidljivo je da je zadovoljstvo najmanje kod visokoobrazovanih. Oni su najmanje zadovoljni korištenjem uputa i pomagala. I ovi dokazi su u skladu sa već provedenim istraživanjima koja govore da su manje obrazovani bolesnici zadovoljniji. (5 ibidem)

U usporedbi razlike u zadovoljstvu kod muškaraca i žena, muškarci su bilo općenito zadovoljniji, što je dokazano i kao statistički značajno. Muškarci su u svim tvrdnjama izrazili veće zadovoljstvo u odnosu na žene. Ova tvrdnja je u skladu sa provedenim istraživanjima koja su dokazala da su muškarci zadovoljniji. (5.ibidem)

ZAKLJUČAK

Iz navedenog istraživanja proizlazi zaključak da se edukacija bolesnika mora prilagoditi dobi, spolu i obrazovanju bolesnika. Isto tako treba djelovati na kritične točke koje su dobivene na osnovu anali-

ze podataka dobivenih istraživanjem. To znači da u edukaciju treba uključiti pisane upute, vizualna i ostala pomagala, poboljšati uvjete u kojima se provodi, prilagoditi je potrebama bolesnika, uvažavati njihovo mišljenje, te provjeravati da li je bolesnik shvatio naučeno.

Kako bi se postigla odgovarajuća kvaliteta, potrebno je:

1. postaviti standarde edukacije bolesnika i s njima upoznati medicinske sestre, te težiti ostvarivanju uvjeta definiranih standardom;
2. educirati medicinske sestre o specifičnostima edukacijskog procesa;
3. ponavljati upitnike o zadovoljstvu bolesnika i o rezultatima raspravljati;
4. u buduće analize treba uključiti sve bolesnike i ponavljati upitnike;
5. u analizu uključiti i ostale faktore (socijalni status, dužinu hospitalizacije)

Sve činjenice dobivene na osnovu provedenog istraživanja, treba dodatno analizirati, i pronaći uzroke nedostataka, te na osnovu toga utvrditi mjere unutar strukture i procesa rada da bi zadovoljstvo bolesnika i kvaliteta edukacije od strane medicinskih sestara bila bolesnicima prihvatljivija. Nakon toga može se pristupiti izradi plana poboljšanja, provesti planirano, te procjenjivati učinkovitost provedenog sve dok standardi prakse ne budu postignuti i zadovoljstvo bolesnika bude iznad postavljene granice.

LITERATURA

1. Mittermayer R, Huić M, Meštrović J. Kvaliteta zdravstvene zaštite, akreditacija nositelja zdravstvene djelatnosti i procjena zdravstvenih tehnologija u Hrvatskoj: uloga Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu. *Acta Med Croatica*. 2011; 64:425-34.
2. Sorić-Uranić, A., Šimunec, D. Snaga hrvatskog sestrinstva. *Plavi fokus*. 2006; 2(2): 4-10.
3. Huber, D. *Leadership and Nursing Care Management*. (2nd ed.). Philadelphia: Saunders; 2000: 609-633.
4. Werner, KM., *Nursing's Role in Improving the Quality of Health Care*. In: Chery, B., Jacob, SR., *Contemporary Nursing*. Missouri, St.Lous: Mosby; 2005: 467-491.
5. Quintana, JM. Et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, 6; August 2006: 6. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/102>
6. Quintana, JM. Et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, 6; August 2006: 6. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/102>
7. Sahin, B., Yilmaz, F., Lee, KL. Factors Affecting Inpatient Satisfaction: Struktural Equitazion Modeling. *J Med Syst*. 31; 2007: 9-16.

Marija Šilje, med.sr., **Opća bolnica Dubrovnik**
Marina Sibljan, med.sr., **Opća bolnica Dubrovnik**
Sanja Zoranić, dipl.med.techm., **Opća bolnica Dubrovnik**
Prof.dr.sc.Sonja Kalauz, **Zdravstveno veleučilište**

SAMOPERCEPCIJA I PERCEPCIJA KLINIČKOG MENTORSTVA NA STUDIJIMA SESTRINSTVA

Sažetak

Mentorstvo u sestrinskoj praksi kao metoda poučavanja, praćenja rada studenata, konzultacija i savjetovanja, počelo se ozbiljnije razvijati početkom 70-tih godina. U skladu s tim napravljeni su standardi za medicinske sestre-mentore: dodatno obrazovanje, licenciranje, duže kliničko iskustvo (iz područja zdravstvene njege u kojoj je mentor), te potreba stalnog cjeloživotnog usavršavanja. Od mentora se također očekuje da vladaju znanjima iz područja organizacija i koordinacija učenja studenata u kliničkoj praksi, da znaju pratiti njihov individualni razvoj, poticati razvoj njihovih socijalnih vještina te utjecati na njihovo ponašanje.

Istraživanje provedeno među mentorima i studentima na četiri visokoškolske ustanove koje se bave edukacijom medicinskih sestara u Hrvatskoj pokazalo je da postoji značajna razlika u percepciji mentorstva između mentora i studenata, što ukazuje na potrebu sustavnog nadzora nad tim djelom nastavnog procesa.

Ključne riječi: mentorstvo, standardi, nastavni proces

Razvoj biomedicinskih znanosti, uključujući i sestrinstvo, treba pratiti i sve složenije tehnike poučavanja s naglaskom na sve aktivniju ulogu "učenika" u postavljanju ciljeva, identifikaciji potreba za učenjem, razvijanju odgovornosti i samoevaluacije. Usvajanje znanja i vještina postiže se različitim aktivnostima: direktnim učenjem, promatranjem kako rade drugi ljudi, razgovorom i savjetovanjima, pretraživanjem baze podataka i sl. Također se treba voditi briga o razvoju socijalnih vještina i komunikacije, direktnog emocionalnog i psihološkog iskustva u praktičnim situacijama, te o sposobnosti kritičkog razmišljanja i refleksije.

Jedna od najčešćih metoda koje se primjenjuju u procesu učenja jest *mentorstvo*. Pod pojmom *men-*

torstvo podrazumijeva se posebno vođenje "učenika" u procesu tranzicije znanja. To je vrlo stari pojam koji se može naći već u grčkoj mitologiji, u najvećim antičkim epovima *Ilijade* i *Odiseje*. Mentorstvo se u sestrinstvu veže uz Florence Nightingale, koja je krajem 19. stoljeća, uvela u bolnice u Engleskoj metode praćenja i usavršavanja praktičnih vještina studentica sestrinstva. Tada su starije medicinske sestre predstavljale "modele" koje su učenice sestrinstva kao svoj ideal oponašale. No, potvrdu svoje prave vrijednosti mentorstvo u sestrinskoj profesiji doživjelo je tek početkom 70-tih godina prošlog stoljeća. Doživljavalo je različite faze razvoja i promjena, no danas je jasno da je mentorstvo individualizirani, interaktivan rad u odnosu student – mentor. U tom je procesu vrlo važno da se na samom početku mentor upozna sa studentom, njegovom osobnošću, njegovim teorijskim znanjem, kliničkim praktičnim iskustvom te da utvrde međusobna očekivanja. Tek nakon toga, zajedno se (ako je ikako moguće) razrađuju strategije učenja, te utvrđuju sve one elemente važne za potporu u procesu.

Prema NMC-ju (Nursing and Midwifery Council) da bi medicinska sestra mogla raditi kao mentor mora zadovoljiti formalne uvjete: imati licencu koju stječe nakon dodatnog pripremnog programa, kao takva treba biti upisana u registar NMC-ja, treba imati duže kliničko iskustvo iz područja zdravstvene njege u kojoj je mentor i treba se profesionalno razvijati kroz sudjelovanja na različitim tečajevima, konferencijama i drugim vrstama cjeloživotnog obrazovanja. Osim formalnih vrednuje se sposobnost identifikacije kognitivnih i motornih sposobnosti studenta, te potreba i ciljeva učenja. Dužnosti mentora su (NMC): planiranje organizacija i koordinacija učenja studenata u kliničkoj praksi, praćenje njihovog individualnog razvoja (u

skladu s tim prilagodba načina i brzine učenja i savladavanja vještina), njihovih stavova i ponašanja, te suradnja s predmetnim nastavnicima, s medicinskim osobljem i drugim djelatnicima u kliničkoj ustanovi, te drugim osobama koje sudjeluju u ukupnim procesima učenja. Također, mentor mora poučavati prema standardima profesije, treba znati motivirati studente, pokazivati otvorenost, ljubaznost i predanost poslu i osobama s kojima radi. No kako se u mnogim područjima rada stvarnost razlikuje od formalno postavljenih zahtjeva (standarda), studenti sestrinstva najčešće se žale na: nedostatak znanja mentora (teorijskog i praktičnog), manjak vremena koje mentor izdvaja za poučavanje i ponavljanje demonstriranog, prevelika očekivanja od studenata, ponavljanje već naučenog s malim pomacima u smjeru učenja i stjecanja novih vještina i nezainteresiranost za posao koji radi.

Kakva je situacija u Hrvatskoj, kakva je samo-percepcija i percepcija kliničkog mentorstva na studijima sestrinstva predmet je ovog istraživanja. Istraživanje je provedeno među mentorima i studentima na četiri visokoškolske ustanove koje se bave edukacijom medicinskih sestara.

Prvi uzorak sačinjavalo je 20 mentora s različitih područja zdravstvene njege, a drugi uzorak - 50 studenata treće godine sestrinskih studija. Način istraživanja bio je anketni list s 10 pitanja koja su sadržavala ponuđene odgovore. Statistički obrada se sastojala od izračuna frekvencije distribucije odgovora. Važno je istaknuti slijedeće pokazatelje: MENTORI - 55 % mentora navelo je da je želja za osobnom promocijom bila razlog zbog kojeg su se prijavili na natječaj za izbor mentora. Uvjeti koji su trebali biti zadovoljeni pri odabiru bili su: radni staž i stručna sprema. Izrazito je zadovoljno svojim radom 64 % mentora, a isto toliko ih je nezadovoljno novčanom nadoknadom za taj rad. 65 % mentora smatra da izdvaja dovoljno vremena za rad sa studentima, 18 % njih radi sa studentima

izvan radnog vremena, a 82 % u sklopu svog redovito radnog vremena u jedinici u kojoj inače rade. 91 % mentora misli da su studenti zadovoljni njihovim mentorstvom.

STUDENTI - 61 % studenata zadovoljno je odnosom mentora prema njima, iako samo njih 50 % misli da se mentori prema njima odnose s poštovanjem i uvažavanjem, a 56 % studenata izjavilo je da mentori s njima ne provode dovoljno vremena. 83 % studenata ustručava se postaviti pitanja mentoru (strah!?). 26 % studenata misli da mentorima nedostaje stručnog znanja, 63 % misli da mentorima nedostaje pedagoških znanja, a 11 % studenata misli da bi mentori trebali proći dodatnu edukaciju iz područja komunikacijskih vještina. Također, 91 % studenata nije zadovoljno planiranjem i provođenjem kliničke prakse, a kao najvažnije razloge navode: grupni rad, stihijsko bavljenje studentima i nedostatak individualnih povratnih informacija.

Zaključak

Istraživanje provedeno među mentorima i studentima na četiri visokoškolske ustanove koje se bave edukacijom medicinskih sestara u Hrvatskoj pokazalo je da postoji značajna razlika u percepciji mentorstva između mentora i studenata, što ukazuje na potrebu sustavnog nadzora nad tim djelom nastavnog procesa.

Literatura

1. Margaret Andrews, Martha Wallis, „Mentorship in nursing: a literature review” *Journal of Advanced Nursing*, 29 (1/1999), str. 201-207.
2. Tony Butterworth, Jean Faugier, Philip Burnard, *Clinical supervision and mentorship in nursing*, Nelson Thornes, Cheltenham, 2001.
3. Judy McKimm, Carroll Jolie, Mark Hatter, *Mentoring: Theory and Practice*, United Kingdom Central Council for Nursing, 1989.

PROCJENA KOMPETENTNOSTI ZDRAVSTVENIH USTANOVA – MAGNET BOLNICA

Sažetak

Sestrinstvo kao i ostale profesije koriste pristup temeljen na stručnosti za ocjenjivanje znanja, vještina, orijentacije i stavova medicinskih sestara. Vrijeme je da se razmotri kompetentnost ustanova u kojima sestre rade. Omogućuju li medicinskim sestrama pružanje kvalitetne njege?

Kompetentnost zdravstvenih ustanova karakteriziraju individualna i kolektivna znanja, vještine i stavovi koji joj omogućuju učinkovit rad zaposlenika. U kontekstu sigurnosti pacijenta, kompetentna je ona ustanova kojoj struktura i procesi omogućavaju pružanje zdravstvene njege koja je sigurna, učinkovita, podređena pacijentu, pravovremena i pravedna.



Sve više se govori o Magnet bolnicama koje pružaju kvalitetnu skrb i zadovoljstvo pacijenta te kvalitetno okruženje rada za djelatnike što poput magneta privlači i jedne i druge.

Za status Magnet bolnice potrebno je zadovoljiti slijedeće kriterije:

1. **TRANSFORMACIJA NAČINA VOĐENJA** – Današnji način vođenja zahtjeva uključivanje novih postulata kao što su vjerovanje, ponašanje i vrednovanje unutar organizacije što bi značilo da vodstvo mora imati jasnu viziju, pozitivan utjecaj, klinička znanja i učinkovito rješavanje problema te stvaranje okruženja snažno usmjerenog sestrinstvu kao profesiji. Sestra menadžer

treba imati viziju koja uključuje jasnu strategiju i komunikaciju sa svakom cjelinom unutar organizacije, slušati i promatrati, poticati na promjene, mijenjati i svojim angažmanom pridonositi pridonositi dobrom imidžu i statusu ustanove. Aktivan pristup rješavanju problema i osnaživanju osoblja pridonosi boljoj budućnosti te statusu same magnet bolnice.

2. **PROCES OSNAŽIVANJA** – Jasna struktura i procesi koji utječu i potiču na inovativno i kreativno okruženje jako je važno za svaku ustanovu. Mora postojati jasan strategijski plan, sustav kontrole kvalitete te program razvoja. Potrebno je razvijati osoblje, upravljati njime, poticati ga da pronade najbolji put kako bi se ostvarili zadani ciljevi. Mogu postojati razlike u strukturi i programu jer u praksi jedna veličina ne odgovara svima pa je potrebna fleksibilnost.
3. **PRIMJERENA PROFESIONALNA PRAKSA** – Ciljevi su uspostaviti snažnu profesionalnu praksu koja uključuje suradnju s pacijentom i njegovom obitelji, komunikaciju s osobljem te stalno usvajanje novih znanja i vještina.
4. **NOVA ZNANJA, INOVACIJE I POBOLJŠANJA** – Jako vodstvo, osnaženi profesionalci i primjerena praksa jesu glavne sastavnice magnet bolnica ali joj nisu krajnji cilj. Za uspjeh u budućnosti praksu je nužno mijenjati i razvijati (redefinirati i redizajnirati). Ovaj kriterij uključuje nove modele zdravstvene njege, primjenu postojećih i novih dokaza (EBM) i vidljive doprinose znanosti sestrinstva.
5. **EMPIRIJSKI KVALITETNI REZULTATI** – Snažna struktura i procesi su od presudne važnosti. Rezultati se kategoriziraju obzirom na sestrinstvo, radnu snagu, pacijente i organizaciju rada. Fokus je na rezultatima istraživanja i usporedbi tih rezultata s “tržišnim liderima”, dakle najboljima u stuci.
6. Bitno je napraviti odmak na bolje.

Zanemaruju li bolnice i druge zdravstvene organizacije izradu strategija i tehnologija koje su revolucionalizirale kvalitetu, produktivnost i učinkovitost u mnogim drugim industrijama.

Zdravstvene organizacije koje koriste ove tehnologije su na putu da postanu kompetentne institucije. Medicinske sestre i ostali djelatnici funkcioniraju najbolje kad su organizacije u kojima rade kompetentne i omogućavaju im pružanje visoko kvalitetne skrbi. Obzirom da se medicinske sestre i ostalo osoblje drže odgovornima za kvalitetu rada sa pacijentima i njihovu sigurnost vrijeme je da se i od zdravstvenih ustanova traži isto. Pacijenti ne zaslužuju ništa manje od toga.

Zaključak

- Kompetentnost zdravstvenih ustanova karakteriziraju individualna i kolektivna znanja, vještine i stavovi koji joj omogućuju da radi učinkovito.
- U kontekstu sigurnosti pacijenta, kompetentna je ona ustanova kojoj struktura i procesi omogućavaju zdravstvenu njegu koja je sigurna, učinkovita, podređena pacijentu, pravovremena i pravedna.

- Medicinske sestre i ostali djelatnici funkcioniraju najbolje kad su organizacije u kojima rade kompetentne i omogućavaju im pružanje visoko kvalitetne skrbi.
- Vrijeme je da bolnice i druge zdravstvene ustanove nadležne za kvalitetu i sigurnost pacijenta postanu odgovorne a medicinske sestre i drugi zdravstveni djelatnici pozvani su da učine isto.

Prijedlog za budućnost je oformiti tijelo koje bi u Hrvatskoj procijenjivalo i dodijeljivalo status Magnet bolnica.

Literatura

1. Gibson R. How Competent is the Organization Where You Work? Nurs Econ. 2011;29(1):46-47.
2. www.nursecredentialing.org [15.01.2012.]
3. <http://www.truthaboutnursing.org/faq/magnet.html> [20.01.2012.]
4. <http://www.wisegEEK.com/what-is-a-magnet-hospital.htm> [20.01.2012.]

POLITIKA UPRAVLJANJA KVALITETOM RADA U USTANOVU ZA ZDRAVSTVENU NJEGU I REHABILITACIJU “ZORICA”

Uvod

Sukladno Zakonom o zdravstvenoj zaštiti svaki osiguraničnik ima pravo na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe. Uvjeti i način ostvarivanja prava na zdravstvenu njegu u kući propisani su Pravilnikom o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz osnovnog zdravstvenog osiguranja.

U proteklima desetljeću u Republici Hrvatskoj dogodile su se velike promjene u načinu pružanja zdravstvene njege. Cilj svake zdravstvene ustanove je da medicinske sestre, ali i drugi zdravstveni djelatnici pružaju usluge uz primjenu vrhunske tehnologije i standardnih operativnih procedura. Globalni hrvatski trendovi u zdravstvu jesu primjena ISO sustava, s ciljem stalnog unapređenja svojih usluga. Primjenom sustava želi se postići bolje procesno organiziranje i upravljanje. U Ustanovi za zdravstvenu njegu, fizikalnu terapiju i rehabilitaciju Zorica težimo neprestanom poboljšanju i kvaliteti rada te smo se odlučili na uvođenje ISO sustava.

ISO sustav u zdravstvu

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske teži uvođenju i primjeni ISO sustava u zdravstvu s ciljem stalnog unapređivanja svojih medicinskih usluga ne samo bolesniku nego i medicinskim ustanovama. Stvaraju se strategije za akreditaciju i certifikaciju svih zdravstvenih ustanova. Cilj tog postupka je stalno poboljšanje i unapređenje kvalitete rada.

Opći je razlog ukupna potreba za usklađivanjem s propisima Europske unije što je preduvjet Republici Hrvatskoj za ulazak u europske integracije.

Uvođenje i primjena ISO sustava u Zdravstvenoj ustanovi “Zorica”

U Ustanovi za zdravstvenu njegu, fizikalnu terapiju i rehabilitaciju Zorica težimo neprestanom poboljšanju i kvaliteti rada te smo se odlučili na uvođenje ISO sustava. Primjena norme ISO9001:2008

sadržava zahtjeve koji su općeniti i mogu se primijeniti na sve organizacije bez obzira na njihovu veličinu, vrstu i ponuđeni proizvod - što je kod nas pružanje usluga zdravstvene njege u kući, fizikalne terapije i rehabilitacije te sanitetskog prijevoza.

Načela za upravljanje kvalitetom

Identificirano je osam načela za upravljanje kvalitetom kao okvir za poboljšanje djelovanja organizacije. Ovih osam načela čine bazu normi Sustava upravljanja kvalitetom unutar ISO9000 obitelji. Načela upravljanja kvalitetom primijenjena u našoj ustanovi;

- a) fokus nad korisnikom kojem je potrebna naša usluge zdravstvene njege, fizikalne terapije ili usluge sanitetskog prijevoza
- b) vodstvo - ravnateljstvo, voditelji jedinica
- c) sudjelovanje ljudi – svi naši djelatnici (anketiranje korisnika na terenu)
- d) procesni pristup- ulazni i izlazni procesi
- e) sustavni pristup upravljanja
- f) neprestano poboljšanje naših usluga –PDCA model
- g) činjenični pristup donošenju odluka
- h) odnosi s (dobavljačima) izabranim liječnicima uz obostranu korist

Primjena ISO sustava

Radili smo po PDCA model (PLAN-DO –CHECK-ACT) koji se može primjenjivati na sve procese. PLAN –postavljanje ciljeva i procesa potrebnih za postizanje rezultata koji zahtijevaju pacijenti, liječnici te politika ustanove. DO - implementirati procese, CHECK -nadzor i mjerenje procesa i proizvoda u usporedbi sa politikom, ciljevima i zahtjevima za pruženu uslugu, ACT - započeti aktivnosti za kontinuirano poboljšanje procesa .

Naš put za uvođenje ISO sustava započeli smo imenovanjem tima za kvalitetu te anketiranjem naših korisnika usluga zdravstvene njege u kući, fizikal-

ne terapije i rehabilitacije te usluga sanitetskog prijevoza. Nakon prikupljenih i obrađenih podataka putem anketnog upitnika došli smo do odgovora na naša pitanja. Korisnici usluga zdravstvene njege koriste naše usluge najčešće po preporuci izabranog liječnika i dosadašnjih iskustava, ne koriste usluge drugih ustanova te bi nas rado preporučili drugima. Iz anketa se dobivaju podatci da je komunikacija s medicinskom sestrom ili tehničarom koji pruža uslugu jako dobra i da je korisnicima najvažnija stručnost, redoviti dolasci koji su im važni za dobru kvalitetu. Utvrdili smo procese koji su potrebni za sustav upravljanja kvalitetom i njihovu primjenu u organizaciji rada naše Ustanove. Odredili smo slijed i međusobno djelovanje tih procesa; aktivnost, tko, što, kada, upute i zapise po našim jedinicama.

Za primjer, aktivnost - zdravstvena njega, tko? - medicinska sestra, što? - postupak, kada? od 7-15h, upute - protokol, smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi u kući, zapisi - karton pacijenta i mjesečno izvješće o provedenoj zdravstvenoj njezi u kući. Isto tako smo proveli i za fizikalnu terapiju i sanitetski prijevoz. Nakon toga odredili smo kriterije i metode potrebne da se osigura učinkovito odvijanje i upravljanje tim procesima. Uzeli smo u obzir uslugu zdravstvene njege bolesnika u kući, usluge fizikalne terapije i rehabilitacije u kući kao i usluge sanitetskog prijevoza.

Za primjer, proces - usluga zdravstvene njege u kući, ulazi u proces - odobrenje od izabranog liječnika pacijenta kojem je usluga potrebna, izlazi iz procesa - izvješće o obavljenim uslugama i izlazni račun, nadzor i učestalost - kontinuiranim obilaskom naših korisnika, mjerljive karakteristike - realizirani dolasci naših medicinskih sestra kao i tehničara, ciljevi-realizacija tih dolazaka na teren 90% i odgovornost za proces - medicinska sestra.

Započeli smo s aktivnostima za uklanjanje uzroka postojećih nesukladnosti s ciljem da se izbjegne njihovo ponavljanje. Osigurali smo si dostupnost svih potrebnih resursa i informacija nužnih za potporu pri provođenju i nadziranju tih procesa (interni audit) kako bismo povećali zadovoljstvo korisnika naših usluga.

Zaključak

Važno je da osoblje koje izvršava obaveze koje utječu na sukladnost pružene usluge prema zahtjevima mora biti kompetentno na bazi prikladnog obrazovanja, treninga, vještina i iskustava. Organizacija mora utvrditi potrebnu stručnost za osoblje, osigurati izobrazbu, vrednovati učinkovitost poduzetih

aktivnosti te osigurati da osoblje bude svjesno značenja i važnosti svojega rada i načina kako može pridonositi ostvarivanju ciljeva kvalitete. Važno je i održavati odgovarajuće zapise o školovanju, izobrazbi, vještinama i iskustvu djelatnika.

Također imamo godišnji plan edukacije naših djelatnika, čija su predavanja vrednovana od strane HKMS, seminare i kongrese, predavanja Udruge medicinskih sestara zdravstvene njege u kući. U godišnjem planu također imamo kao cilj zapošljavanje novih djelatnika kao i reorganizaciju postojećeg kadra. U procesu primjene načela ISO sustava naš cilj je dugoročan ali ostvariv jer težimo stalnom poboljšanju kvalitete pruženih usluga našim korisnicima.

Literatura

1. International Standard Organization (ISO), www.iso.org
2. Eleos Savjetovanje d.o.o.
3. Norma HRN EN ISO 9001:2009
4. Swansburg C. Russel. Introductory Management and Leadership for nurses; Jones nad Bartlett Publisher, Sudbury, 1998. (629-716)
5. Kirk R.: The Big Picture; Total Quality Management and Continuous Quality improvement, Journal of Nursing Administration, 1992. (24-31)
6. W. E. Deming: out of the Crisis, Cambridge, Mass, MIT Press, 1986.
7. Comprehensive Accreditation Manual for Hospital, updated 1998., TX 36
8. Patricia S. Yoder - Wise, Leading and Managing in Nursing, Mosby, St. Louis, Missouri, USA, 2000.
9. S. Petar, Tamna strana upravljanja ljudima, Mozaik knjiga, Zagreb 2005.
10. Moss R., Rowles C., Staff nurse job satisfaction and management style, Nursing management, 29, 32 - 34, USA. 2000.
11. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, Narodne novine, br. 90./2004.
12. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, članak 47. stavka 2 i članak 143 stavka 3, Narodne novine, br. 121/03
13. Zakon o ljekarništvu, članak 11. stavka 4 i članak 12. stavka 4, Narodne novine, br. 121/03

ZNANOST, ETIKA I VJERA U PRAKSI MEDICINSKE SESTRE

Sažetak

Uvjet za ispravan rad medicinske sestre je **kultura znanja** koja joj daje sigurnost i samopouzdanje, **kultura srca** koja ju približava čovjeku i njegovim potrebama, te **kultura duha** koja joj daje snagu da sve to kvalitetno odradi. Plemenito i humano je pomagati bolesnima, ali svi znamo koliko je to danas teško u sveopćoj krizi morala i vrijednosti.

Pa, kako onda izdržati, a još k tome i uspjeti? Odgovor je jednostavan - **biti čovjek**. Najvažnije vrijednosti koje nas čine ljudskijima su: dobrotu, istinu, znanje, rad, sloboda, ljubav, odmor, igra, odgoj i molitva. Često nam nedostaje strpljivosti prema drugome čovjeku.

Kultura dijaloga i življene **vrednote** potvrđuju poštivanje dostojanstva druge osobe i vježbalište su vlastite strpljivosti. Poveznica znanosti, etike i vjere u radu medicinske sestre međusobno obogaćuje, produbljuje spoznaju, ali i potiče duhovni rast.

Pluralizam mišljenja, bogatstvo različitosti uči graditi uvijek novo **zajedništvo** za bolji svijet.

“Bog je ljubav” (1 Iv4,16). Čovjek je “slika Boga” (Post 1,26-27). Dakle, čovjek je ljubav.

Okomica u kulturi života medicinske sestre je **ljubav**. Kako bi ljubav bila djelotvorna moramo se izboriti za sreću. U prvom redu nužno je boriti se protiv egoizma. Zatim, čvrsto stajati u bogatoj i opipljivoj materijalnoj zbilji koja nas okružuje. Sreća nas očekuje u našem radu na unutarnjem, intelektualnom, umjetničkom i moralnom usavršavanju koje traje cijeli život.

Ključne riječi: Znanje, kultura, srce, duh, čovjek, vrijednosti, zajedništvo, ljubav

Uvod

Relevantni autori navode 164 definicije kulture.

Postoje tri glavne struje u definiranju kulture:

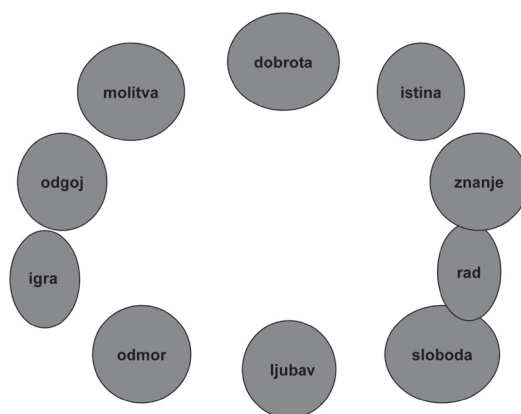
1. kultura kao vrijednosna kategorija, odgovorna za napredak civilnosti, kultiviranosti;

2. kultura kao prividno vrijednosno neutralna - način života;

3. kultura reducirana na umjetnost koja ima niz žarišnih spornih točaka u međusobnom odnosu ljudi;

Izabire li kultura više nas nego što mi izabiremo nju?

Plemenito i humano je pomagati bolesnima, ali svi znamo koliko je to danas teško u sveopćoj krizi morala i vrijednosti. Pa, kako onda izdržati, a još k tome i uspjeti? Odgovor je jednostavan - **biti čovjek**. Najvažnije vrijednosti (vrline) koje nas čine ljudskijima su:



Nismo rođeni s vrlinama, nego se za njih moramo odgajati! Razmišljati o vrlinama znači osvještavati svoju razdaljinu od njih (Comte-Sponville). Vrlina je sposobnost koja se ne troši upotrebom.

Ona je način ljudskog postojanja i djelovanja. **Vrlina čovjeka i čini čovjekom**. Omogućuje stečeni ali trajni način postojanja, ono što jesmo jer smo takvi postali. **Vrlina je stečena dispozicija ili sposobnost činiti dobro**.

Vlastitosti medicinske sestre kao pokazatelji njezine duhovne dimenzije

Stavovi šire javnosti o medicinskim sestrama kroz povijest veoma su podijeljeni: jedni su ih

obezvredivali i podcjenjivali, drugi su ih funkcionalizirali, treći im pridavali isključivo podložnu ulogu dok su ih tek rijetki pokušali spoznati u njihovoj naročitosti osobe. Svaka osoba ima apsolutnu vrijednost i nepovredivo dostojanstvo. Danas u eri modernog i novog barbarstva (diktaturi relativizma¹) najhitnije je potrebno rekuperirati² istinu o vrednotama struke, ponajprije na kulturnom, a zatim na javno - društvenom, socijalnom i političkom planu kako bi povećali svjesnost ovog zahtjeva i istaknuli vrijednosti medicinske sestre koje svoj temelj imaju u dostojanstvu i temeljnim pravima ljudske osobe.

Vlastitosti su karakteristične oznake svojstvene svakoj medicinskoj sestri, ali nisu nužno dio njene biti. Zašto su važne? Zato što izražavaju njihovu posebnost i duhovnost. Neke od najčešćih vlastitosti koje svaki čovjek, a tako i medicinska sestra koristi u svom radu i životu su: jezik, kultura, etičnost, rad i tehnika, znanost, društvenost i političnost, umjetnost, igra, zabava i smijeh te religioznost. O tome na koji način ih koristi ovisi njeno samo - vrednovanje i vrednovanje nje u sredini u kojoj radi.

Jezik - je najčudesnije čovjekovo dostignuće. Definira se kao sustav umjetnih i konvencionalnih znakova koji omogućuju komunikaciju među ljudima. Njegova bit je intencionalnost³ što znači da sam po sebi ne privlači pozornost, ali upućuje na stvar koju označuje (primjerice, dim upućuje na vatru, oblak na kišu, golubica na mir).

Temeljna sastavnica svakog jezika je riječ. Riječ (pisana, izgovorena) ne ostaje u osjetnosti, već prenosi značenje, ideju odnosno **misao** iz osjetilnog u **duhovnu** zbiljnost. Izraz misli u jeziku zaostaje za umskim sadržajem. Medicinske sestre su često svjedoci i sudionici sretnih i bolnih doživljaja (rađanje i smrt) kada se iskustvo ne može izraziti riječima. Danas u svijetu ima oko 3000 različitih jezika. Čudna je činjenica da se svi jezici bez obzira na različitost (morfologija, gramatika, sintaksa) mogu prevesti jedan na drugi. To je dokaz da je misao korijen svim jezicima. Danas se živi u nadmoći izgo-

vorene riječi, ali pisana riječ pomaže da ne moramo uvijek ispočetka stjecati znanja i vještine. Omogućuje refleksivnu intimnost i dubinu komunikacije. Smatram da mnoge sestre nedovoljno koriste tu blagodat, naravno opravdano i neopravdano. On nije samo uvjet komunikacije, već i uvjet mogućnosti svakog ljudskog zajedništva, što znači da je prva i temeljna sastavnica svake kulture. Kako se služimo jezikom, na isti način i sebe reflektiramo, ali šaljemo i poruku, tko smo i kakvi smo.

Jezik ima mnogo funkcija: egzistencijalnu, edukativnu, komunikacijsku. Jezik znanosti bogat je jasnoćom, preciznošću i objektivnošću. Jezik etike i egzistencije ohrabruje, daje sigurnost i orijentaciju, ima originalnu moć reprezentacije ljudske naravi. Jezik (govor) mržnje ima moć da vrijeđa, izaziva duboku i duhovnu bol.

Često su medicinske sestre i na takvom braniku. Nadilaze same sebe u komunikaciji koja izlazi izvan prostora i vremena i snagom izgovorene riječi, formiranjem ciljeva i svrha utjelovljuju svoje misli.

To je proces humanizacije, a same medicinske sestre postaju filozofi koji smisao svojih iskustava prenose na pacijente, ali i na svoje kolegice.

Kultura - su plodovi koje je čovjek stvorio pomoću svih svojih duhovnih i tjelesnih sposobnosti: sveukupnost znanja i djelovanja (tj. znanosti i tehnike). Priroda je izvorna datost, a svaki čovjek iz nje izvlači svoju kulturu, vlastitom inicijativom. To znači da kultura traži čovjekov napor i intencionalnost. Što činjenica kulture poručuje svakoj medicinskoj sestri?

Uvjet za ispravan rad medicinske sestre je **kultura znanja** koja joj daje sigurnost i samopouzdanje, **kultura srca** koja ju približava čovjeku i njegovim potrebama, te **kultura duha** koja joj daje snagu da sve to kvalitetno odradi. Plemenito i humano je pomagati bolesnima, ali svi znamo koliko je to danas teško u sveopćoj krizi morala i vrijednosti.

Kultura upućuje na socijalnost, ona je uvijek rezultat grupe ljudi. Iz tog razloga dobra povezanost

¹ **Relativizam** - filozofsko shvaćanje da ništa ne vrijedi apsolutno i nužno, nego tek u odnosu prema nečem drugom. Relativizam ne priznaje nikakve apsolutne istine. Krajnji relativizam vodi u skepticizam koji niječe svaku istinitu spoznaju., Anto Mišić, *Rječnik filozofskih pojmova*, Verbum, Split, 2000., str. 232.

Diktatura relativizma - ima cilj degradirati Apsolutno, a apsolutizirati relativno, tako predstavlja opasnost moralne praznine i degradacije dostojanstva ljudske osobe., usp. M. Nikić i K. Lamešić, *Diktatura relativizma*, FFDI, Zagreb, 2009.

² **Rekuperacija** - pojačati osjetljivost i tako detektirati slabije intenzitete podražaja, drugim riječima bolje vidjeti, bolje izabrati, riječ suprotna od adaptacija., <http://hr.wikipedia.org/wiki/Osjeti>

³ **Intencionalnost** - lat. *In - tendere* = ići prema, vlastitost čina spoznaje da se usmjeri prema drugom, različitom od sebe, tj. da nije zatvorena u sebe samu., Anto Mišić, *Rječnik filozofskih pojmova*, Verbum, Split, 2000., str. 124.

svake sestre i osobna i institucionalna jača smjernice i način rada te je pravi izazov suvremenom sestrinstvu. Rezultati se mogu polučiti samo naporom i angažiranjem. Kultura je dinamična stvarnost koja uključuje svaku kreativnu osobu da svojom raznolikošću pridonese široj zajednici i općem dobru.

Suvremeno sestrinstvo zahtijeva dinamičnu stvarnost koja se neprestano nalazi u evoluciji i transformaciji, prateći rad i život medicinskih sestara što transparentnije u njihovom napredovanju, ali i zadovoljanju. Skrb za bolesnog čovjeka od začeca do smrti ima jedinstvene odrednice, gdje osim profesionalne kulture djelovanja dolazi na vidjelo i osjećajnost i strastvenost. To spada u običaje koji pokazuju da sestra ne može koristiti samo svoj "ratio" (um) već i metafizičku⁴ strukturu svoje osobnosti koju možemo nazvati "srce". Običaji se očituju u odijevanju, spravljanju hrane, odgoju, skrbi za djecu, starije i nemoćne i sl. U tome se očituje i jedinstvenost svake medicinske sestre i njena prepoznatljivost.

Bitan čimbenik kulture su **vrijednosti**. Temeljna vrijednost za sve kulture je **ljudski život**. Sve ostale vrijednosti (pravednost, istina, časnost, ljepota, mudrost itd.) stoje u obrani života kao temeljne vrijednosti. Vrijednosti predstavljaju "dušu" kulture, "hilemorfistički"⁵ gledano, formu kulture.

Etičnost - proizlazi iz praktične filozofije i daje temelj pravnom poretku." Temeljne vrijednosti su nepromjenljive. Svjetlo za razumijevanje vrijednosti i snaga da ih se ostvari je ono što bismo mi u ovom životu trebali najviše željeti našem duhu.⁶ Mnoge kolegice u struci osjećaju jedinstvenu nužnost moralnog imperativa koji traži od savjesti da se čini i ono što nije vitalno pospješujuće i što ne godi osjetilima, ali je moralno ispravno. Čudesno "nebo vrijednosti" tjera savjest svake medicinske sestre da zauzme vlastiti stav i aktivira svoju volju da ostvari te stavove. Savjest pripada redu duha. Njezina prisila je mnogo jača od svake materijalne i tjelesne prisile. Za učinjeno dobro savjest nas nagrađuje mirom i srećom, a za zlo uzvraća osjećajem krivnje i grižnje.

Unutarnji glas savjesti ukazuje na slobodu koja je uvjet mogućnosti moralnosti svake osobe. Muka izbora pokazuje i odgovornost prema bolesniku kada načela i zakoni govore jedno, a savjest drugo. Etičnost jača dostojanstvo, daje duhovne ljepote i časnost i vodi cjelokupnom ostvarenju.

Rad i tehnika – služi za perfekciju svake osobe. Medicinska sestra prihvaća logiku znanstvene izvrsnosti i učinkovitosti koristeći u svom radu prirodno znanstvene teorije, matematičke sheme, dijagnostičke i terapijske tehnike, složene aparate, nepregledno mnoštvo kemijskih supstancija i preparata, a za to joj treba bogato znanje. Tako rezultati njenog rada oblikuju njezin karakter, nutrinu, a često i izvanjkost. Teorije i definicije koje obilježavaju sestrinsku praksu možemo podijeliti: **rane** - sadrže zbrinjavanje i tješjenje oboljelih; **suvremene** - imaju znanstvenu bazu, sistematski i holistički pristup, a usmjerene su na pojedinca, obitelj i zajednicu; Ciljevi rada medicinskih sestara su: omogućiti svakom oboljelom aktivno oslanjanje na vlastite snage kao i najveću moguću neovisnost. Ključne uloge prema Međunarodnom savjetu sestara su: zbrinjavanje bolesnih, zagovaranje potreba i prava pacijenta, osiguravanje sigurne okoline, istraživački rad, sudjelovanje i utjecanje na oblikovanje zdravstvene politike, menadžment i edukacija. Već je Aristotel označio radost kao plod rada, dobro obavljenog rada. Rad je dar! Dar je rad! Zdravstvo i bilo kakva komunikacija u zdravstvu nezamisliva je bez tehnike, posebno računalne. Savladavanje sofisticiranih aparata traži od sestara permanentnu tehničku edukaciju, ali i sve bolje znanje stranih jezika kako bi mogle raditi s njima.

Znanost - su sigurne i empirijski provjerene istine međusobno povezane u jedan koherentni sustav.⁷ Čovjek, drugim riječima, sile prirode stavlja u svoju službu. Na zdravlje i rad medicinskih sestara utječu mnoga današnja aktualna zbivanja u društvu, kao: brz razvoj znanosti i znanstvenih disciplina, multidisciplinarna znanja iz struke (*prirodne*

⁴ **Metafizika** - (od grč. μετά i τὰ φυσικά = iza fizike), u općem značenju, označuje istraživanje onoga što je iznad iskustva. Ona je i studij zadnjih uzroka, prvih i najuniverzalnijih principa stvarnosti. Metafizika je znanost o temeljima bića i njegovoj totalnosti, tražeći prve i najuniverzalnije principe, koji najradikalnije konstituiraju sve stvari. Prvi doprinos razvoju metafizike dao je Aristotel, a svi filozofi se njom bave s različitih aspekata (epistemološki, ontološki), Anto Mišić, *Rječnik filozofskih pojmova*, Verbum, Split, 2000., str. 169.

⁵ **Hilemorfizam** – Aristotelovsko - skolastički nauk o zasnivanju naravnih tijela. Supstancijalni principi svakog tijela su materija i forma. Oni su zbiljsko i određujuće počelo. Materija je mogući princip, a forma stvarni. Dakle, materija i forma zasnivaju iznutra svako, i ono najelementarnije tijelo kao posljednji konstitutivi., Anto Mišić, *Rječnik filozofskih pojmova*, Verbum, Split, 2000., str. 110.

⁶ Usporedi: J. M. Bocheński, *Uvod u filozofsko mišljenje*, 67-77, Verbum, Split, 1997.

⁷ Usp. C. Valverde, *Der Mensch als Person*, Philosophische Anthropologie, Paderborn, 1999., 162.

znanosti: fizika, kemija, biologija, medicina; društvene i *humanističke znanosti*: povijest, pravo, psihologija, *znanost o umjetnosti i filozofija*). Sve to zahtijeva brzu izmjenu informacija i znanja iz struke, međunarodnu suradnju sestrinskih organizacija i trajnu edukaciju. Prema Sonji Kalauz sestrinstvo je posebno znanstveno područje jer sadrži fenomen⁸ koji nije dio znanstvene orijentacije u drugim disciplinama, a to je **međusobni odnos sestre i bolesnika**. Zajednička premisa svim definicijama sestrinstva kao znanosti je prikupljanje znanstvenih činjenica s ciljem primjene u praksi. Zdravstvena skrb zasnovana na dokazima upućuje na primjenu najboljeg mogućeg dokaza. U središtu procesa skrbi nalazi se znanstveni dokaz, tj. nalaz znanstvenog istraživanja. Izbor i primjena nekog postupka bez obzira koliko on bio znanstveno opravdan ovise o odluci samog bolesnika prema pravu bolesnika na autonomiju. Bolesnikove individualne potrebe su prioriteti, ali važno je: iskustvo kliničke prakse, sociološko-kulturno ozračje, cijene postupka i liječenja. Nova paradigma⁹ u sestrinstvu mora zadovoljiti važne zahtjeve: definirati zdravstvenu njegu kao svoje znanstveno područje neovisno o drugim znanstvenim disciplinama, definirati fenomene s područja zdravstvene njege, jasno definirati metodu i teoriju sestrinstva i izboriti se za međunarodno priznanje.¹⁰ Velik je to zadatak i izazov za budućnost koji samo govori o stalnim i nužnim promjenama koje nadvisuju događaje u povijesti hrvatskog sestrinstva. Kako bi to ostvarili nužno je podignuti sestrinsko obrazovanje na najvišu znanstvenu razinu; a sestrinska istraživanja usmjeriti prema moralnoj i humanoj svijesti.

Društvenost i političnost - Svaka osoba spontano teži zajedništvu s drugima. Zajednice u koje su uključene medicinske sestre mogu biti neformalne (prijatelji, kolege) i formalne (udruge, ustanove, država). Danas zbog modernih sredstava komuniciranja socijalnost i društvenost doseže planetarne okvire. Pozitivna je strana dobra informiranost, ali

negativna je gubitak privatnosti i širok prostor za mogućnost manipulacija svake vrste. Ipak, prirodno je da svi težimo međusobnoj razmjeni iskustava, želja i osjećaja. Svaka osoba spoznaje samoga sebe u susretu s drugim čovjekom. Kad je taj drugi čovjek još i bolestan odnos je snažan i blizak, sveobuhvatan i međuzavisan. **Čovjek je upućen na drugog čovjeka, drugo ja**, čovjek je upućen na mi. Vrijednosti drugih osoba nas oplemenjuju, a mi bivamo usavršavani. Duhovni razvoj uključuje druge osobe, a zbiva se odgojem i obrazovanjem. Snažan odraz na konkretan život i rad sestre u društvenom i političkom okružju određuju stavovi o vrijednostima ljudske osobe i slobodi njenog izbora. Tek u moralnosti dovršava se smisao ljudske slobode.

Umjetnost - uz znanost i tehniku, formira svakog čovjeka. Ushit i strast umjetničkog stvaranja izražava ljepotu u različitim materijalnim medijima - kamenu, notama, pokretima, riječima i na platnu. Često puta medicinske sestre su prepoznate kao umjetnički stvaraoci, ali još više u njihovu vlastitost spada divljenje i kontemplacija¹¹ lijepoga. Sklonost prema lijepom oplemenjuje, privlači, oduševljava i očarava. Ipak nužno je naglasiti da je za uzdizanje umjetničkog duha kod sestara potrebno zadovoljiti životne potrebe, a ne biti na razini pukog preživljavanja. Tek tada je moguće uživati u višoj harmoniji umjetničkih djela. Istinski rad uz bolesnika zahtijeva ljubav i znanje prema estetici.¹²

Igra, zabava i smijeh - su poželjne vlastitosti svih ljudi pa tako i sestara. One potiču zdravu, fleksibilnu i srdačnu komunikaciju s bolesnikom prema njegovim specifičnim osjećajima. Kroz igru se manifestira trud kako nadići ono što je teško, mučno u svakodnevnici.

Igra nije usmjerena profitu, prati određena pravila i daje oduška vlastitoj slobodi. Njome se postiže skladna sinteza svih čovjekovih temeljnih dimenzija. Posebno je dobro došla u radu s djecom jer umanjuje neugode kod mnogih zahvata u zdravstvenoj

8 **Fenomen** - (od grč. Φαίνεσθαι = pokazivati se, pričinjati se; pojava, ono što se pojavljuje, što je vidljivo), sve ono što se izravno pokazuje osjetilima, prema Aristotelu; stvar u sebi, prema Kantu, Anto Mišić, *Rječnik filozofskih pojmova*, Verbum, Split, 2000., str. 94.

9 **Paradigma** - (od grč. παράδειγμα = model, primjer), izvorni idealni uzor od kojeg proizlaze svi ostali konkretni oblici znanstveno dogovorene strukture pojmova., Anto Mišić, *Rječnik filozofskih pojmova*, Verbum, Split, 2000., str. 199.

10 Usp. Sonja Kalauz, *Etika u sestrinstvu*, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, u recenziji, 2012., 46-53.

11 **Kontemplacija** - (od lat. cum+templum = mjesto molitve i bogoštovlja), najviši stupanj ljudske duhovne djelatnosti. Osnovno značenje je zrenje istine i motrenje nekog objekta. Anto Mišić, *Rječnik filozofskih pojmova*, Verbum, Split, 2000., str. 142.

12 **Estetika** - fil. disciplina koja proučava lijepo i vrijedno u umjetnosti, izražavajući kriterije umjetničkog i umjetnosti uopće. Anto Mišić, *Rječnik filozofskih pojmova*, Verbum, Split, 2000., str. 86.

njezi, a rezultira povjerenjem, pridonosi slobodi, kreativnosti, bezbrižnosti, radosti i nadi. Smijeh je izraz unutarnjeg zadovoljstva, vedrine, ali i trenutačnog uvida u dijalog, u situaciju. Kao znak kreativnog narcizma¹³ smijeh ima blagotvorni učinak na zdravlje.

Religioznost - je fenomen koji pripada svakom čovjeku. Šutnja o toj vlastitosti vodi u opasnu redukciju čovjeka na nešto što on nije. Živjeti-*kao da Boga nema*, ima za posljedicu propadanje kulture i morala. Ljudi svih epoha, od plemena do visoko razvijenih civilizacija i kultura njegovali su religioznu praksu. Religioznost je preživjela sve diktature, kao i moderne protu-religiozne manipulacije.

Gdje je etiologija religioznog fenomena? Platon u svom poznatom dijalogu "Gozba" najbolje iznosi temeljni razlog religioznog fenomena koji sestre u svojoj praksi dobro prepoznaju u agonijama bolesničkih postelja. Bolestan *čovjek razmišlja o samome sebi, on je zabrinut nad samim sobom – on razmišlja nad smislom vlastitoga života, ima sigurno znanje o samome sebi da mora umrijeti. Javlja se strah, traženje odgovora na mnoga pitanja koja se često postavljaju upravo medicinskim sestrama. One su prve na udaru. Često na spontan način dolaze do sigurnosti o postojanju Boga, bez neke znanstvene instruiranosti, samo u odnosu s bolesnikom koji je nemoćan pred gorućim životnim pitanjima vlastite intime, tj. njegova opstanka.*

Čovjek teži za besmrtnošću, a itekako je svjestan svoje konačnosti. To je napetost koja ga čini vječitom zagonetkom. U ovom životu nemoguće je riješiti tu zagonetku, unatoč mnogim mozgovima kroz povijest koji su to pokušavali. Ako postoji rješenje tog čovjekovog problema, ono je izvan prirode, u onostranosti. Platon je još rekao da bi posljednji odgovor na to pitanje mogao dati samo Bog po objavi koja bi došla iz onostranosti.¹⁴ Ostaje samo pitanje koje nije više mišljenje, već **religija**.¹⁵ Ono nas vodi do određene granice s koje čovjek šuteći gleda tamu koju više ne može osvijetliti...

Prema osnivaču moderne filozofske antropologije, M. Scheleru - "Svijest o svijetu, samome sebi i o Bogu tvore jedno nerazorivo strukturno jedinstvo".¹⁶ Filozofija istražuje prvi temelj i posljednji smisao svijeta i našega života, te tako upućuje na ispravan način govora o Apsolutnome. U svjetlu vlastitog religioznog iskustva i sestre svojim ponašanjem su čuvarice pravog načina govora o Bogu koji ih vodi prema ostvarenju i osmišljavanju života tj. religioznosti.

U opisanim vlastitostima jasno je razvidno da medicinske sestre u svom radu trebaju jaku samosvijest, ali i čvrsti duh. Pozitivan utjecaj na bolesnika i zasluga njegovog povjerenja znak je stabilne i izgrađene osobnosti svake sestre. Kvalitetno znanje iz filozofije zdravstvene njego znatno će ublažiti pacijentove sumnje i strahove, a duhovni rast je uvjet za dobivanje uporišta u transcendenciji, tj. nadilaženju neposrednosti okolice i nagonske strukture čovjeka. Filozofija zdravstvene njego je znanost utemeljena na holističkom pristupu čovjeku, u koji su uključeni filozofski, psihološki i socijalni aspekti bolesnika i zdrave osobe. Zdravstvena njega mora biti bazirana na istraživačkom radu, a rezultati istraživačkog rada moraju biti aplikabilni u praksi. Na oblikovanje filozofije zdravstvene njego utječe: čovjek, religija, priroda, učenje i zdravstvena njega. Zadaci filozofije zdravstvene njego su: analizirati, pojasniti, kritizirati i oblikovati.

Etički relativizam u sestrinstvu

Ozbiljna znanstvena istraživanja o značenju i smislu identiteta sestrinstva krenula su zadnjih nekoliko desetljeća. Značenja zdravstvene skrbi proizlaze iz ideje samilosti, podrške u životu, jamstva sigurnosti i ideje kompetencije ili stručnosti.¹⁷ Kompetencija je važna za kvalitetnu zdravstvenu njegu, daje važne znanstvene rezultate za profesiju, ali ne daje humanističke rezultate. Zdravstvena njega bi bila krnja, ako se ne bi oslanjala na vrijednosne elemente iz sva četiri značenja skrbi. Znanstveno-tehničko liječenje bolesti, kako nam svjedoči bioetika uvodi

¹³ **Kreativni narcizam** - pozitivna "briga o sebi" koja je najbolja mjera anti - stres programa.

¹⁴ Usp. J. M. Bocheński, *Uvod u filozofsko mišljenje*, Split, 1977. 87-89.

¹⁵ **Religija** - (lat. *relegere* = ponovno gledanje, savjesno vršenje kulta; *re-elegere* = ponovno odabiranje Boga; *religare* = vezati uz Boga; postoji niz definicija tog pojma; Najprimjerenija bi bila: religija je cjelokupnost spoznaja, djelovanja i struktura kojima čovjek odaje priznanje, ovisnost, duboko poštovanje pred Svetim., I.Šestak, *Prilozi filozofiji o čovjeku*, FFDI, Zagreb, 2011. 140.

¹⁶ Max Scheler, *Čovjekov položaj u kozmosu*, Argonaut, Zagreb, 2005.

¹⁷ Usp. Tonči Matulić, Identitet, profesija i etika sestrinstva. 02.02.2012., www.sem.com.hr

mnoga prevrednovanja koja dovode do moralne krize. Stručnjaci kažu da je moralna kriza, najgora kriza.¹⁸ Poljuljana je sigurnost razlikovanja dobra i zla, sigurnost znanja, a najviše razumijevanje čovjeka, značenje biti-čovjek. Sve sfere ljudskog života i ljudsko dostojanstvo padaju pod vlast relativizma, što znači da se može svime vladati, svime raspolažati, pa i životom i smrću, zdravljem i bolešću, rađanjem i umiranjem, patnjom i boli, zdravstvenom skrbi i njegom bolesnika.

Čovjek je osoba koja ima neotuđiva ljudska prava i apsolutno dostojanstvo, a njihovo relativiziranje pokazuje duboku krizu duha. Sestrinska praksa u svojoj biti ima prvo moralnu vrijednost (temelji se na skrbi za bolesnika), a onda tek dolazi znanstvena vrijednost koja pristupa bolesniku kao funkcionalno poremećenom organizmu kojega treba raznim zahvatima popraviti. Etika sestrinstva je potreba koja uvodi u sestrinsku edukaciju odgojni element za usvajanje temeljnih vrijednosti koje formiraju cjelovitu osobu po mjeri ljudskog dostojanstva i opće dobrobiti bolesnika. Relativizam stavlja moralne i religiozne vrijednosti u ovisnost o razvitku kulture, jezika ili medicinu stavlja u primijenjenu biologiju. Tako je svaki čovjek pogođen u traženju smisla i odgovora na važna životna pitanja. Svima nam je jasno da moderno pluralističko demokratsko društvo ne smije nikome nametati svoja shvaćanja moralnih vrijednosti i istine, ali ne smije prihvatiti i relativizam kao da ne postoje apsolutne istine. Nijedna šira zajednica neće prihvatiti terorizam, nasilje, rasne i vjerske diskriminacije i nepoštivanje ljudskog dostojanstva. Takve protuvrijednosti su nedopustive, a samim time je očito da onda postoje neke objektivne, stalne i nepromjenljive vrijednosti koje su sigurno i apsolutne. Nažalost, današnji način prosuđivanja često je sklon relativiziranju svake vrijednosti i istine. To je velika opasnost za intelektualni odgoj mladih medicinskih sestara. Ovakva diktatura relativizma nije vidljiva na očigled, nije gruba, ali je pogubna i opasna na dulje staze. Filozofsko pitanje o naravi sestrinstva nikako ne može potpuno izgubiti religioznu dimenziju. Ako ništa nije sveto, ugrožene su temeljne istine o čovjeku i temeljne moralne vrijednosti.

Iz ovog razmatranja vidljivo je da su medicinske sestre aktivni moralni subjekt zdravstvene njege. Etička načela i norme treba potražiti kroz partnerski dijalog svih članova zdravstvenog tima koji imaju odgovornost za pojedinog konkretnog bolesnika. Papa Ivan Pavao II u enciklici *Veritatis splendor* nabraja djela koja su zagađena neodrživim i neprihvatljivim etičkim relativizmom, gdje sve sestre mogu naučiti da "postoje čini koji po sebi samima i u sebi samima, neovisno o okolnostima, nisu nikad dopustivi, zbog samog njihova predmeta. Sve što se protivi samom životu, kao što je ubojstvo bilo koje vrste, genocidi, pobačaji, eutanazija pa i svojevrijetno samoubojstvo; sve što povređuje integritet ljudske osobe, kao što su sakaćenje, tjelesna i moralna mučenja, psihološke prisile; sve što vrijeđa ljudsko dostojanstvo, kao što su neljudski uvjeti života, proizvoljna hapšenja, deportacije, ropstvo, prostitucija, trgovina bijelim robljem i mladeži; zatim, nedostojni uvjeti rada, gdje se s radnicima ne postupa kao sa slobodnim i odgovornim osobama, nego kao s prostim sredstvima zarade: svi ti i slični postupci zacijelo su sramotni već sami po sebi, i dok truju ljudsku civilizaciju više kaljaju one koji tako postupaju nego one koji nepravdu trpe, i u protuslovlju su sa Stvoriteljevom čašću."¹⁹

Doprinos integrativne bioetike u sestrinstvu na relaciji znanost – vjera

Bioetika je čvrsto zaživjela u sestrinstvu tražeći odgovore na goruće probleme koje imaju sestre u svom životu i radu, a tiču se svakog čovjeka, zdravog i bolesnog. Obrada ove teme je rezultat višegodišnjeg rada kao predavača kolegija Bioetike. Osim predavanja nastava se izvodi u obliku seminara gdje studenti iznose svoje moralne dvojbe, zajednički iskazuju svoj stav, te donose odluku: "Što učiniti dalje?". Cilj programa kolegija je pružiti studentima jasne smjernice i omogućiti orijentaciju na temelju različitih polazišta (integrativnost).²⁰ Integrativna bioetika ima ulogu poveznice u odnosima: bolesnik - med. sestra, liječnik - med. sestra, med. sestra - med. sestra. Unutar bioetičke discipline sestrinstvo ima svoje posebno zasluženno mjesto. Područje sestrinskog rada je svakako znanstveni dokaz

¹⁸ Usp. M. Nikić i K. Lamešić, *Diktatura relativizma*, FFDI, Zagreb, 2009.

¹⁹ Usp. Papa Ivan Pavao II, VS, 80.

²⁰ **Integracija** - (lat. Integre = čisto, neiskvareno), spajanje nekih dijelova u cjelinu, povezivanje, ujedinjavanje, podrazumijeva organiziranje dijelova (elemenata) u cjelinu (strukturu) koja harmonično djeluje u postojanju zajedničkih ciljeva, odnosno koja sadrži sklad između pojedinačnih i zajedničkih ciljeva. (Stančić, 1999:162)<http://hr.wiktionary.org/wiki/integracija>

s ciljem primjene u praksi, ali budućnost sestrinstva ne leži u znanosti, već na jednom specifičnom međuljudskom odnosu koji zahtijeva moralnost na djelu. Usvajanjem različitih, ponekad i potpuno suprotnih stavova gradi se **dijalog** i širi horizont valjanog ponašanja i djelovanja. Na osnovu konkretnih moralnih dvojbi iz struke razvidno je da etika i religija su neizostavni čimbenici rada i života sestara na širem planu. Poželjno je graditi most među njima, ali samo plural - izmom istinitih činjenica, a nikako etičkim relativizmom. Jednostavno rečeno, bogatstvo različitosti uči graditi uvijek novo **zajedništvo** za bolji svijet.

Integrativnost vodi do zajedničke i cjelovite istine u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma koji vodi u unutrašnji pluralizam istine, a sastoji se od mnoštvenosti aspekata istine i mnogostrukosti perspektiva u kojima se oni sagledavaju.²¹ Valjanost izbora odluke nakon rasprave o nekoj moralnoj dvojbi uvijek je razumski dokazana i poziv je za orijentacijskim znanjem, a ne za znanstvenim dokazom. Taj proces u sestrinstvu je potreba profesije koja se sve teže snalazi u znanstvenoj, tehnologiziranoj i sofisticiranoj zdravstvenoj njezi. Povratak na vrijednosni sadržaj jača djelotvornu etiku sestrinstva i stavlja uzde moćima interesa i profita koje ima monopol znanosti i ekonomije. Takva metodološka posebnost u sestrinstvu je budućnost i nada te postaje sigurnost za istinu o čovjeku. Dijalog i interakcija o konkretnim sestrinskim problemima povezuje i uspostavlja svestrano gledanje te rješavanje istih.

Integrativna bioetika nas vodi da tražimo smisao i da učimo misliti dalje od sebe samih, iznad i izvan. Tako ulazimo u "bit stvari", u transcendenciju²², a to je područje religije. Igra vjere i znanosti ovdje nema svrhu isključivosti i zaoštavanja vlastitih pozicija, već otvorenost u dijalogu koja će biti na dobrobit bolesnika. Svrha edukacije iz bioetike potiče otvorenost jednih prema drugima, traži najbolja rješenja moralnih dvojbi, potiče medicinske sestre na razmišljanje i zdravu kritičnost. U brizi za bolesnog čovjeka uvijek je dobrodošao netko tko nosi u ruci "skriveni adut".

Zaključak

Budućnost sestrinstva je u kreativnom razvoju i jasnoj strategiji koja će zbrinuti nekoliko generacija.

Najgore su nesloge i previranja tko je moćniji u institucijama i udrugama, kao i nastali kaos unutar sustava edukacije. Postavlja se pitanje da li usavršiti specijalističke stručne studije ili favorizirati znanstvene studije u sestrinstvu? Nužna je integracija sestrinske pameti u Hrvatskoj koja će ojačati različite kompetencije radi zaštite vrijednosti struke i postizanja najveće dobrobiti za bolesnika. Jasno je da su mnogi ljudi u medijskoj depresiji, a cijela nacija u duhovnoj krizi. Život i vjera posebne su milosti. Svaka medicinska sestra mora se osobno probuditi, zaživjeti svoju Istinu. Put dobra je put ljubavi. Često nedostaje strpljivosti prema drugome čovjeku.

Kultura dijaloga i življenje **vrednota** potvrđuju poštivanje dostojanstva druge osobe i vježbalište su vlastite strpljivosti.

Poveznica znanosti, etike i vjere u radu medicinske sestre međusobno obogaćuje, produbljuje spoznaju, ali i potiče duhovni rast.

Pluralizam mišljenja, bogatstvo različitosti uči graditi uvijek novo **zajedništvo** za bolji svijet.

"Bog je ljubav" (1 Iv4, 16). Čovjek je "slika Boga" (Post 1, 26-27). Dakle, čovjek je ljubav.

Okomica u kulturi života medicinske sestre je **ljubav**. Kako bi ljubav bila djelotvorna moramo se izboriti za sreću. U prvom redu nužno je boriti se protiv **egoizma**. Zatim, čvrsto stajati u bogatoj i opipljivoj materijalnoj zbilji koja nas okružuje. Sreća nas očekuje u našem radu na unutaršnjem, intelektualnom, umjetničkom i moralnom usavršavanju koje traje cijeli život.

Literatura

1. Nikić M. i Lamešić K., Diktatura relativizma, FFDI, Zagreb, 2009.
2. Matulić T., Identitet, profesija i etika sestrinstva. 02.02.2012., www.sem.com.hr.
3. Bocheński J.M., Uvod u filozofsko mišljenje, Split, 1977.
4. Šestak I., Prilozi filozofiji o čovjeku, FFDI, Zagreb, 2011.
5. Nikić M., Očima psihologa teologa, Zaklada biskup Josip Lang, Zagreb, 2011.
6. Kalauz, S., Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma, Pergamena d.o.o. &

²¹ Usp. A. Čović, Integrativna bioetika i pluriperspektivizam, Bioetičko društvo u BiH, Sarajevo, 2007. str. 67.

²² **Transcendencija** - (od lat. Transcendere = prijeći preko; prestupiti), aktivno nadilaženje nečega što je postavljeno kao granica, ljudska sposobnost da razumije nešto različito od sebe, iznad mogućnosti egzistencije, Anto Mišić, *Rječnik filozofskih pojmova*, Verbum, Split, 2000., str. 267.

- Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2011.
7. Matulić, T., Tužaljke kamenja hrvatske pustije, Glas koncila, Zagreb, 2010.
 8. Šegota I. Etika sestrinstva, Pergamena-Zagreb, Medicinski fakultet-Rijeka, 1997.
 9. Čović, A., Etika i bioetika, Pergamena, Zagreb, 2004.
 10. Grbac, J., Etičke dvojbe hrvatskog društva, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2009.
 11. Biškup, M., Ljudska prava, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2010.
 12. Arnold, E., Underman Boggs, K., Interpersonal relationships, Saunders, St.Louis, Missouri, USA, 2003.
 13. Golub I., Paar V., Skriveni Bog -Nove dodirne točke znanosti i religije, Teovizija, Zagreb, 2006.
 14. Marinčić M., Čović B., Mogući doprinosi integrativne bioetike u premošćivanju jaza u odnosu vjera –znanost, Obnovljeni život, broj 1,FFDI,Zagreb,2012.
 15. Žitinski M., Izazovi moralnoj prosudbi u medicinskoj etici, Obnovljeni život, broj 3, FFDI, Zagreb, 2008.
 16. Čehok I., Koprek I., Etika – priručnik jedne discipline, Školska knjiga, Zagreb, 1996.
 17. Zurak N., Švajger A., Medicinska etika, Sveučilište u Zagrebu - Medicinski fakultet, Zagreb, 1995.
 18. Aramini M., Uvod bioetiku, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2009.
 19. Švajger A., Spisi medicinske etike, Centar za bioetiku, Filozofsko – teološki institut Družbe Isusove, Zagreb, 2004.
 20. Koprek, I., Kao dio mene – etika, prijateljstvo, krepost, Hrvatsko filozofsko društvo, Zagreb, 1995.
 21. Matulić T., Metamorfoze kulture, Glas Koncila, Zagreb, 2009.

ULOGA EMOCIONALNE INTELIGENCIJE U RADU MEDICINSKIH SESTARA

“Svatko se može naljutiti - to je lako. Ali naljutiti se na pravu osobu, do ispravnog stupnja, u pravi trenutak, zbog ispravnog razloga i na ispravan način - to nije lako.”
(Aristotel)

Sažetak

U radu se detaljno opisuje i definira emocionalna inteligencija kao relativno nov i popularan pojam u psihologiji. Objašnjava se utjecaj emocionalne inteligencije na svakodnevno funkcioniranje, s posebnim naglaskom na utjecaj na uspješnost u poslu. Navode se rezultati dosadašnjih istraživanja emocionalne inteligencije na studentima sestrinstva i zaposlenim medicinskim sestrama.

O emocionalnoj inteligenciji

Pojam emocionalne inteligencije javlja se prvi put u literaturi 1990. u radovima Petera Saloveya, psihologa s Harvarda i njegovog kolege Johna D. Mayera. Iako je, dakle, riječ o relativno novom terminu, on opisuje sposobnosti koje su godinama, više ili manje izravno, bile predmet interesa mnogih teoretičara i znanstvenika. Ovi su je autori odredili kao skup sposobnosti koje bi trebale pridonijeti točnijoj procjeni i izražavanju svojih emocija, kao i procjeni tuđih emocija i uporabi osjećaja u motiviranju, planiranju i postignuću ciljeva u životu (Salovey i Mayer, 1990).

Ideja za razvoj novog koncepta rodila se motivirana rezultatima istraživanja u kojima se pokazalo da su za snalaženje u svakodnevnim situacijama potrebne drukčije sposobnosti od onih koje mjere klasični testovi inteligencije. Osobe visokih rezultata na testovima inteligencije često nisu bile osobito uspješne u karijeri i privatnom životu, za razliku od onih spretnih u prepoznavanju, korištenju, razumijevanju i regulaciji emocija.

Kod psihološke javnosti primljen je s dosta kritika kao koncept koji pokušava unijeti dodatnu konfuziju u ionako složeno područje inteligencije. Stroži su kritičari konceptu zamjerali i udruživanje

vanje dvaju, po njihovom mišljenju, kontradiktornih područja - kognicije i emocija (Takšić, Jurin, Cveni, 2001).

Autori su isprva vrlo polagano mukotrpnom znanstvenom metodologijom provjeravali i razvijali ovaj konstrukt. No, do preokreta dolazi 1995. kad David Goleman izdaje knjigu “Emocionalna inteligencija, zašto može biti važnija od kvocijenta inteligencije”. U njoj su prikazana istraživanja s različitih područja znanosti (neuroznanost, psihijatrija, psihologija i sl.) i primjeri iz svakodnevnog života koji ističu važnost “pametnoga” korištenja emocija u rješavanju ozbiljnih problema modernog društva te postizanju sreće, zadovoljstva i uspjeha svakog pojedinca. Prema Golemanu, razvoj emocionalne inteligencije nije poput klasične, akademske inteligencije determiniran biologijom i genetikom već se može naučiti i istrenirati. Prema tome, svatko ima priliku razviti sposobnost emocionalne inteligencije i ostvariti svoju sreću i uspjeh, što je bitno pridonijelo zanimanju za ovaj konstrukt.

Iako je Golemanovo pisanje toliko impresioniralo javnost da je knjiga pune dvije godine bila najprodavanija knjiga u SAD – u, u njoj ima dosta neopravdanih generalizacija i nekritičkih implikacija (Šverko, D., 2009). No, njezin je značaj u tome što je naglo potaknula razvoj sustavnog istraživanja u ovome području.

Kroz desetljeće i pol zalaganja znanstvenici su uspjeli dodatno razviti i znanstveno obraniti koncept emocionalne inteligencije kao važan za razumijevanje psihičkog života i ponašanja ljudi, što je osobito značajno jer mu se u početku zamjeralo preklapanje s drugim dobro utemeljenim konstruktima u psihologiji, primjerice crtama ličnosti (Šverko, D., 2009).

Početnu definiciju autori su kasnije revidirali tako da danas kad govorimo o emocionalnoj inteligenciji, pod njom podrazumijevamo četiri skupine sposobnosti koje su hijerarhijski poredane, što znači da svaka prethodna treba biti razvijena da bi se razvijala slijedeća (Mayer i Salovey, 1997., prema Takšić i sur, 2001):

1. sposobnost točnog zapažanja, procjene i izražavanja emocija

Predstavlja najjednostavniju emocionalnu sposobnost, pomoću koje pojedinac, manje ili više precizno, zapaža emocije koje se kriju iza nekog fizičkog stanja, osjećaja i razmišljanja, kako kod sebe tako i kod drugih.

Pomoću nje pojedinac je u određenoj mjeri sposoban prepoznati emocije i u umjetničkim djelima te drugim živim i neživim objektima, kao i manje ili više precizno izraziti svoje emocije.

2. sposobnost uviđanja i generiranja emocija koje olakšavaju mišljenje

Odnosi na načine na koji emocije mogu pospješiti intelektualno funkcioniranje. Emocije mogu diktirati koji će se misaoni procesi odvijati u CNS-u, usmjeravajući na taj način pažnju na one informacije koje su važne za pojedinca. Na ovaj način fokusiranjem pažnje na određeni događaj emocije pomažu boljem pamćenju tog događaja i time efikasnijoj procjeni slične situacije koja se u životu ponovi. Sposobnost pojedinca da mijenja svoja emocionalna raspoloženja pomaže mu da neki problem sagleda iz različitih perspektiva, što povećava vjerojatnost nalaženja rješenja.

3. sposobnost razumijevanja i analiziranja emocija: upotreba znanja o emocijama

Na ovoj razini osobe se razlikuju prema mogućnosti točnog imenovanja i razlikovanja emocija po intenzitetu (npr. razlika između ljutnje i bijesa), zatim prema sposobnosti da proniknu u uzrok neke emocije, razumiju složene emocije te razumiju prijelaze iz jedne emocije u drugu.

4. sposobnost reguliranja emocija u svrhu promocije emocionalnog i intelektualnog razvoja.

Predstavlja najsloženiju razinu emocionalne inteligencije i omogućava pojedincu da svjesno upravlja vlastitim emocijama i na taj način doprinese vlastitom kako emocionalnom tako i intelektualnom napretku. Obuhvaća regulaciju vlastitih emocija, ali i sposobnost da se upravlja i tuđim emocijama, s ciljem održavanja ugodnih i ublažavanja neugodnih emocija.

Ovako definirana, emocionalna inteligencija nije u suprotnosti s klasičnim kvocijentom inteligencije, odnosno kognitivnim vještinama, nego je s njima u dinamičnom odnosu, kako na pojmovnoj razini, tako i u svakodnevnom životu. Idealno je kad su jednoj osobi spoje iznimne kognitivne i emocionalne vještine (Shapiro, 2007).

Emocionalna inteligencija u svakodnevnom životu

Pojam emocionalne inteligencije kroz brojna se istraživanja pokazao povezan s mnoštvom aspekata svakodnevnog života.

Mayer, Caruso i Salovey (1999) utvrdili su da je emocionalna inteligencija pozitivno povezana sa samoprocjenama empatije, roditeljske topline, sigurnim stilom privrženosti i zadovoljstvom životom, a negativno sa socijalnom anksioznošću i depresijom.

Ciarrochi, Chan i Caputi (2000, prema Šverko, 2009) utvrdili su da je emocionalna inteligencija pozitivno povezana sa zadovoljstvom životom, čak i uz kontrolu utjecaja klasične inteligencije, ekstrasverzije, neuroticizma, empatije i otvorenosti. Nadalje, u istom istraživanju pokazalo se da adolescenti koji procjenjuju da imaju dobre vještine upravljanja tuđim emocijama dobivaju više socijalne podrške te su zadovoljniji tom podrškom.

Formica (1998, prema Šverko, 2009) je utvrdio da osobe s visokom emocionalnom inteligencijom izražavaju veću povezanost sa svojom socijalnom okolinom i češće se bave poslovima koji uključuju brigu o drugim ljudima, što je osobito značajno sa stajališta sestrinske struke.

Djecu koja imaju veće rezultate na mjerama sposobnosti emocionalne inteligencije vršnjaci obično procjenjuju manje agresivnom, a učitelji procjenjuju da imaju više prosocijalnih ponašanja u usporedbi s djecom s nižim rezultatom na testu.

Na temelju takvih nalaza osmišljeni su različiti programi u obrazovnim ustanovama i na radnim mjestima, usmjereni na razvoj samosvijesti, vještine upravljanja emocijama, donošenje odluka, komunikacijske vještine, upravljanje stresom, rješavanje konflikata i sl. Mnogi od tih programa nisu podvrgnuti empirijskim provjerama, ali ima nalaza koji govore u prilog boljeg funkcioniranja u smislu uspjeha u školi i na poslu (Šverko, 2009).

Emocionalna inteligencija u poslu

Uspješnost na poslu jedan je od važnih životnih kriterija, često povezivan s emocionalnom inteli-

gencijom. Nalazi u literaturi su brojni, a ozbiljne meta analize pokazuju da je, uz kontrolu svih relevantnih varijabli, povezanost između emocionalne inteligencije i profesionalnog uspjeha značajna (Bharwaney, Bar-On i MacKinlay, 2007).

Osim toga, višestruko je dokazano da rezultati sa skala za mjerenje emocionalne inteligencije puno bolje predviđaju uspjeh u poslu, nego što to čine mjere kognitivnih sposobnosti i osobina ličnosti (O'Boyle i sur, 2011). Posebno je proučavano i znanstveno dokazano značenje koncepta emocionalne inteligencije za osobe koje obavljaju funkcije vođe tima (Mills, 2009).

Emocionalna inteligencija i sestrinstvo

Općenito, emocionalna inteligencija smatra se osobito važnom u svakom kontekstu u kojem je važno razumjeti druge ljude s jedne, a biti učinkovit u upravljanju s druge strane. Stoga ne čudi brojnost istraživanja koja proučavaju elemente emocionalne inteligencije i njihovu povezanost s kvalitetom zdravstvene skrbi koju pružaju zdravstveni djelatnici. (www.eiconsortium.org).

Odnos medicinska sestra – pacijent, kao ključna sastavnica sestrinskog rada, podrazumijeva sestrinsku percepciju, razumijevanje pacijentovih emocija i korištenje tih emocija kako bi njega pacijenta bila što učinkovitija. Danas njega pacijenata ne uključuje samo medicinsku njegu već i poštivanje pacijentovih ciljeva, želja i odluka te ispunjavanje njegovih emocionalnih, socijalnih i duhovnih potreba. Nadalje, medicinske sestre bi trebale razviti sposobnosti koje uključuju visoku samosvijest, procjenu događaja, kao i sposobnosti nošenja s vlastitim emocijama, što su sve elementi emocionalne inteligencije.

Landa i Zafra (2010) ističu kako je razvoj empatije, kao jednog od aspekata emocionalne inteligencije, središnji faktor mnogih teorija sestrinstva te da emocionalna inteligencija omogućava sestrama razvijanje terapijskog odnosa s pacijentima i njihovim obiteljima, te bolje nošenje sa stresom. Osim toga, emocionalna se inteligencija povezuje s manjom učestalošću *burn out* sindroma, te većim zadovoljstvom poslom i boljim zdravljem kod medicinskih sestara. Isti autori stoga preporučaju uključivanje elemenata emocionalne inteligencije u nastavne programe budućih medicinskih sestara, kako bi se kao budućim kompetentnim profesionalcima omogućilo razumijevanje i upravljanje emocionalnim stanjima.

Isto navodi i McQueen (2004), citirajući istovremeno i Cadmana i Brewera (2001) koji smatraju kako bi procjenu emocionalne inteligencije trebalo raditi čak već pri prijavi kandidata na sestrinske programe.

Druskat i Wolff (2001, prema McQueen, 2004) ističu značenje vrijednosti emocionalne inteligencije u timskom radu, među sestrama različitih uloga, ali i u suradnji s drugim članovima zdravstvenoga tima. Gardner i Stough (2002, prema Feather, 2009) smatraju da je izrazito važno za medicinske sestre koje imaju ulogu vođe da razviju sposobnost prepoznavanja vlastitih emocija i izražavanja tih emocija u odnosu s drugima. To omogućuje vođama upotrebu pozitivnih emocija kako bi utjecali na druge i time poboljšali radni učinak.

Codier i suradnici (2010) su proveli istraživanje u kojem je dobivena pozitivna povezanost između nekih konstrukata emocionalne inteligencije (empatije, rješavanje problema, interpersonalnih odnosa i samosvijesti) i sestrinske profesionalnosti, uspješnosti obavljanja zadataka i intuicije. Rezultati ukazuju na značajnu vezu emocionalne inteligencije s važnim sestrinskim konceptima poput profesionalizma, intuicije i obavljanja zadataka.

Kvalitativno istraživanje koje su proveli Davies i sur. (2010) je pokazalo da medicinske sestre/tehničari percipiraju emocionalnu inteligenciju kao ključni dio njihovog posla, bez obzira na poziciju na kojoj se nalaze. Iako je ona relativno novi koncept u sestrinstvu, svaki je ispitanik prepoznao relevantne atribute emocionalne inteligencije kao ključne odrednice kvalitetne skrbi, pogotovo kad se radi o palijativnoj skrbi.

Istraživanjem koje su proveli Rego i suradnici (2010) dobivena je povezanost šest dimenzija sestrinske emocionalne inteligencije i dvije dimenzije njihovog negujućeg ponašanja. Dobiveno je da se na temelju stupnja emocionalne inteligencije sestara može predvidjeti njihovo negujuće ponašanje, pri čemu su najbolji prediktori istog samoohrabrivanje i samokontrola. Sestre s visokim stupnjem samoohrabrivanja su motivirane fokusirati se na pacijentove potrebe, ostaviti snažniji dojam "sestrinske prisutnosti" te nastaviti njegovati vjeru i nadu čak i kada su sve medicinske opcije potrošene (Wadas, 1993, prema Rego i sur., 2010). Nadalje, visoka empatija može imati i pozitivan i negativan utjecaj na zdravstvenu njegu pacijenta, ovisno o stupnju povezanosti s drugim dimenzijama emocionalne inteligencije. Medicinske sestre s

visokom samokontrolom prilikom suočavanja s kritikom su otvorenije u komunikaciji s pacijentom, što čini pacijenta sklonijim dijeliti vlastite brige i osjećaje s njima. Kao posljedica toga, sestre bolje razumiju pacijenta, raspravljaju o njihovim brigama, pomažu im i pokazuju brigu za njih na način pun poštovanja. Takve medicinske sestre njeguju odnos povjerenja i međusobno razumijevanje, razvijaju pozitivnu povezanost i pomažu pacijentu u očuvanju međusobne emocionalne izmjene (Kamp i MacInnis, 1995, prema Rego i sur., 2010).

Zaključak

Sasvim je jasno i razumljivo da sestrinska profesija uključuje određeni stupanj emocionalnog uključivanja. Koncept emocionalne inteligencije tek se relativno nedavno pojavio u sklopu sestrinske literature, no njezina je vrijednost prepoznata od svih profesija zdravstvene skrbi. Dosadašnja istraživanja pokazuju da postoji povezanost između emocionalne inteligencije i rada koji uključuje emocije, no ta se veza mora još dodatno istražiti (McQueen, 2004). Neke su medicinske sestre/tehničari sklonije se emocionalno angažirati u radu s pacijentima, no ostaje pitanje imaju li one i viši stupanj emocionalne inteligencije. Buduća istraživanja bi trebala dati odgovore na pitanja poput: Jesu li osobe s višim stupnjem emocionalne inteligencije sklonije emocionalnom angažmanom? Štiti li emocionalna inteligencija od sagorijevanja na poslu? Koje su najbolje strategije i tehnike razvijanja emocionalne inteligencije?

Dok čekamo odgovore na ta pitanja, sasvim je jasno da ukoliko medicinskim sestrama/tehničarima poboljšanje emocionalne inteligencije može pomoći kako bi se lakše nosili s emocijama na radnom mjestu i kako bi se smanjila pojava stresa, to bi bilo od koristi ne samo njima, nego i pacijentima i poslodavcima.

LITERATURA

1. Bharwaney, G., Bar-On, R. i MacKinlay, A. (2007). EQ and the Bottom Line: Emotional Intelligence Increases Individual Occupational Performance, Leadership and Organisational Productivity. First Published 2007, Reprinted 2011 by Ei World
2. Codier, E, Muneno, L., Franey, K., Matsuura, F. (2010). Research in brief: Emotional intelligence in nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 940–948.

3. Davies, S., Jenkins, E., Mabbett, G. (2010). Emotional intelligence: district nurses' lived experiences. *British Journal of Community Nursing*, Vol 15, No 3, 141-146.
4. Goleman, D. (1997). Emocionalna inteligencija. Mozaik knjiga, Zagreb.
5. Feather, R. (2009). Emotional intelligence in relation to nursing leadership: does it matter? *Journal of Nursing Management* 17, 376–382.
6. Landa, J. M. A, i Lopez – Zafra, E. (2010). The impact of Emotional Intelligence on Nursing. *Psychology*, 1, 50 – 58.
7. Mayer, J. D., Caruso, D. R. i Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27 (4), 267-298.
8. Mayer, J. D., & Geher, G. (1996). Emotional intelligence and the identification of emotion. *Intelligence*, 17, 89-113.
9. Mayer, J. D. i Salovey, P. (1999). Što je emocionalna inteligencija?. U: P.Salovey i D. Sluyter (ured.). *Emocionalni razvoj i emocionalna inteligencija: Pedagoške implikacije*. EDUCA, Zagreb.
10. McQueen A.C.H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing* 47(1), 101–108, Blackwell Publishing Ltd.
11. Mills, Lane B. (2009). A Meta-Analysis of the Relationship Between Emotional Intelligence and Effective Leadership. *Journal of Curriculum and Instruction (JoCI)*, November 2009, Volume 3, Number 2.
12. O'Boyle Jr., E. H., Humphrey, R. H., Pollack, J. M., Hawver, T. I Paul A. Story, P. (2011). The Relation Between Emotional Intelligence And Job Performance: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 32, 788–818 .Published online 29 June 2010 in Wiley Online Library.
13. Rego, A., Godinho, A., Mcqueen, A., Cunha, M. P. (2010). Emotional intelligence and caring behaviour in nursing. *The Service Industries Journal*, Vol. 30, No. 9, 1419–1437.
14. Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
15. Shapiro, L. E. (2007). Kako razviti emocionalnu inteligenciju djeteta. Mozaik knjiga, Zagreb.

18. Šverko, D. (2009). Pametni jesmo – a jesmo li emocionalno inteligentni? Emocionalna inteligencija i ponašanje, u: Čorkalo Biruški, D. (2009). *Primijenjena psihologija, pitanja i odgovori*, Školska knjiga, Zagreb.
19. Takšić, V. (1998). Validacija konstrukta emocionalne inteligencije. Doktorska disertacija. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta.
20. Takšić, V., Jurin, Ž., Cvenić, S. (2001). Operacionalizacija i faktorsko-analička studija konstrukta emocionalne inteligencije. *Psihologijske teme*, 8-9: 95-109.
21. <http://www.asrn.org/journal-nursing/202-emotional-intelligence-in-the-nursing-profession.html> (05. veljače 2012)
22. <http://www.eiconsortium.org/> (05. veljače 2012)

POVEZANOST PREDOPERATIVNE SESTRINSKE PRIPREME BOLESNIKA I POSTOPERATIVNOG INTENZITETA BOLI

UVOD

Većina ljudi bolest ili stanje koje zahtijeva operativni zahvat doživljava izrazito stresnim događajem, što za posljedicu ima porast razine straha i predoperativne anksioznosti.

Istraživanja su ukazala na činjenicu da se tako jak stres može ublažiti davanjem obavijesti o predstojećem zahvatu. Jedan od najboljih primjera takvog načina djelovanja na stres i bolesnikovo doživljavanje boli je predoperativna priprema bolesnika. Priprema bolesnika prije operacije je, u stvari, primjena postupaka »inokulacije stresom« u predoperativnom stanju (Meichenbaun, 1977 u Havelka, 2002). Postupak se sastoji u upoznavanju bolesnika s općom prirodom kirurške situacije uključujući i obavijesti o tipičnim stresnim reakcijama i načinima njihova ublažavanja, zatim uvježbavanju specifičnih postupaka smanjenja stresa i potkrepljivanju bolesnikovih nastojanja da kontrolira vlastite stresne reakcije.

Unatoč utvrđenim pozitivnim posljedicama predoperativne psihološke pripreme, kirurški odjeli ne nude uvijek takvu uslugu svojim pacijentima što upućuje na nedostatan senzibilitet kao i nedovoljnu svjesnost o načinima koji mogu uvelike umanjiti stres, poboljšati međusobnu korist i suradnju, te unaprijediti brzinu oporavka ili ozdravljenja (Nađ, 2011).

Postoji više od 200 javno objavljenih znanstvenih istraživanja koja govore o pripremi bolesnika za operaciju, tako da psihološka priprema ne spada više u područja medicine s malo dostupnih i nejasnih informacija (Reeves, 1999.).

Istraživanje American Medical Associationa pokazuje da je svega 31% bolesnika zadovoljno količinom i sadržajem informacija, te vremenom koje im je poklonjeno prilikom pripreme za operativni zahvat (Reeves, 1999).

Radovi koji se bave sestrinskom ulogom u predoperativnoj pripremi pacijenta preporučuju da sve informacije koje daje medicinska sestra budu upućene verbalno, razgovorom s pacijentom (najbolje individualno), ali uz podršku pisanih materijala i pomagala (Walker, 2002).

Napredak na području kirurgije i operativnih tehnika doveo je do smanjenja broja bolničkih dana do te mjere da se vrlo često bolesnik zaprima i otpušta iz ustanove isti dan, pa čak i nakon većih zahvata. To je naravno jedan od razloga zašto kirurg, medicinska sestra ili drugo medicinsko pomoćno osoblje ne dobiva priliku sjesti na miru s pacijentom zadovoljavajući potrebne preduvjete i uvjete za kvalitetnu komunikaciju, te čuti njegove strahove, ohrabriti ga, motivirati, stimulirati tj. pružiti mu vodstvo i podršku koju treba i zasluži. Tu se postavlja pitanje potrebe za psihološkom podrškom i inicijalnom pripremom za operativni zahvat već na razini primarne zdravstvene zaštite, odnosno problem njenog nepostojanja.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je evaluirati jedan postojeći primjer standardizirane sestrinske predoperativne pripreme.

PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

1. Ispitati postoji li razlika u stupnju i kvaliteti informiranosti i zadovoljstvu komunikacijom prije operacije te intenzitetu poslije operativne boli između skupine bolesnika koja je prošla standardiziranu sestrinsku predoperativnu pripremu i skupine koja je informirana na drugi način.
2. Ispitati postoji li povezanost između predoperativne informiranosti i poslije operativnog intenziteta boli.

METODA

Sudionici i postupak

Istraživanje je provedeno na Klinici za abdominalnu kirurgiju i transplantaciju abdominalnih organa KBC-a Zagreb, uz odobrenje vodećeg liječnika i glavne sestre. Svi sudionici upoznati su sa svrhom ispitivanja te su u njemu sudjelovali dobrovoljno uz zajamčenu im anonimnost i diskreciju. Ispitano je ukupno 40 sudionika koji su podijeljeni u 2 skupine po 20 bolesnika koje čeka operativni zahvat istom operativnom tehnikom (laparaskopske operacije žuči i hernioplastike).

Eksperimentalna skupina sastoji se od 20 bolesnika (12 muškaraca i 8 žena), prosječne dobi 46,8 godina koji su prošli standardiziranu sestrinsku pripremu. Priprema započinje polustrukturiranim intervjuom koji traje između 20 i 30 minuta tijekom kojeg sestra prikuplja informacije o pacijentu, njegovom predznanju o operaciji, izvorima zabrinutosti i potrebama te istovremeno informira bolesnika. Svi bolesnici primili su iste osnovne informacije predviđene pripremom, ali je sadržaj kao i dužina trajanja razgovora prilagođavana na licu mjesta ovisno o sadržaju i količini postavljenih pitanja od strane bolesnika. Dio informacija bolesnicima je dan u pismenom obliku i to prije intervjua kako bi imali vremena proučiti informacije i razmisliti o pitanjima za zdravstvene djelatnike. Svaki intervju završava pitanjem "Da li ste me shvatili?" "Jesam li bila dovoljno jasna?" "Imate li još kakvih nedoumica ili pitanja?" (Nađ, 2011).

Kontrolna skupina sastoji se od 20 bolesnika (po 10 muškaraca i žena), prosječne dobi 48,95 godina s kojima medicinske sestre nisu provele opsežan razgovor o operaciji. Razlog tome je uglavnom prekratak vremenski period od prijema bolesnika do njegova transporta u operacijski blok, bilo radi hitnosti kod hitnog prijema ili radi dolaska bolesnika u bolnicu na dan operacije kod elektivnih zahvata.

Anketni upitnik ispunilo je svih 40 sudionika istraživanja i to drugi postoperativni dan (uglavnom dan otpusta iz bolnice za većinu ispitanika).

Mjerni instrument i varijable

Kontrolne varijable u istraživanju ispitane su zatvorenim pitanjima s ponuđenim odgovorima: spol, dob, vrsta operacije, postoperativne komplikacije (ima/nema), tijek oporavka (bez ili s teškoćama), sestrinska procjena ponašanja pacijenta nakon operacije (smiren-suradan/ nemiran-nesuradan).

Informiranost prije operacije (broj i sadržaj dobivenih/željenih informacija) ispitana je ček-listom informiranosti koja je sastavljena za potrebe istraživanja a sadrži 23 informacije o operaciji i oporavku. Na ček-listi sudionici su trebali označiti koje informacije su željeli dobiti te koje su uistinu i dobili. Osim ček liste informiranosti, sastavljena su i pitanja zatvorenog tipa s ponuđenim odgovorima o tome jesu li sudionici uspjeli postaviti sva pitanja zdravstvenim djelatnicima, o kvaliteti dobivenih informacija te o zadovoljstvu komunikacijom i odnosom zdravstvenih djelatnika.

Intenzitet boli nakon operacije procijenjen je vizualno-analognom skalom od 6 stupnjeva (od uopće ne osjećam bol do osjećam nepodnošljivu bol).

REZULTATI I RASPRAVA

Nisu utvrđene statistički značajne razlike između dvije skupine sudionika s obzirom na spol, dob, vrstu operacije, postoperativne komplikacije, tijek oporavka i sestrinsku procjenu ponašanja te smatramo da te varijable nisu mogle utjecati na daljnje utvrđene razlike između eksperimentalne i kontrolne skupine (Tablica 1).

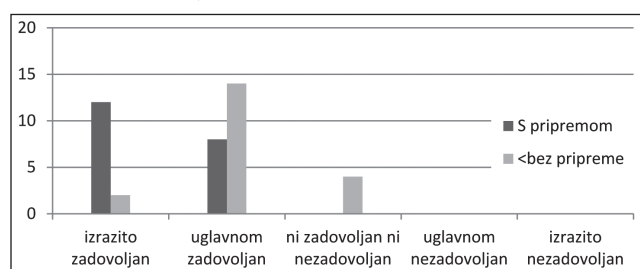
Nitko od sudionika nije nezadovoljan komunikacijom i odnosom zdravstvenih djelatnika, ali su sudionici eksperimentale skupine (s pripremom) nešto zadovoljniji (Slika 1).

Tablica 1. Frekvencije sudionika s obzirom na spol, vrstu operacije, komplikacije tijekom/nakon operacije i sestrinsku procjenu suradnosti/smirenosti bolesnika

SKUPINA	spol		operacija		komplikacije		Suradnost/smirenost		UK
	M	Ž	1	2	s	bez	da	ne	
pripremljeni	12	8	9	11	4	11	20	0	20
nepripremljeni	10	10	7	13	2	13	18	2	20
UK	22	18	16	24	6	24	38	2	40

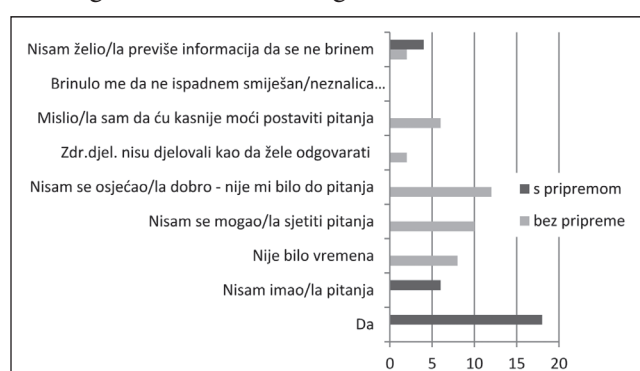
Legenda: M-muškarci; Ž-žene; 1- LPSC Hernioplastica; 2- LPSC Cholecistectomy; UK –ukupno

Slika 1. Zadovoljstvo komunikacijom i odnosom zdravstvenih djelatnika



Većina sudionika (90%) koji su prošli predoperativnu pripremu uspjeli su postaviti sva pitanja o operaciji, hospitalizaciji i oporavku koja su željeli postaviti (Slika 2).

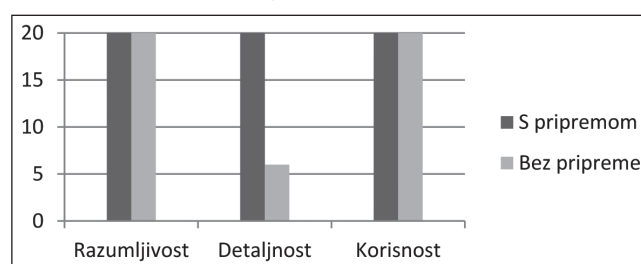
Slika 2. Frekvencije odgovora na pitanja: "Jeste li uspjeli postaviti sva pitanja o operaciji/hospitalizaciji/oporavku?" i "Ako niste – zašto?" (sudionici su mogli odabrati više odgovora)



Sudionici kontrolne skupine nisu uspjeli postaviti sva pitanja iz različitih razloga: većini (60%) nije bilo dobro i nije im ni bilo do pitanja, te zbog razloga povezanih s ograničenim vremenom pri hitnom prijemu (npr. 20% se nije moglo sjetiti što pitati, 40% smatra da nije bilo vremena, a 30% je mislilo da će moći postaviti pitanja kasnije). Mnogo puta u komunikaciji sa bolesnicima nakon operacije doznajemo kako imaju osjećaj da od stresa i straha pred operaciju nisu znali što da pitaju, osobito oni koji su zaprimljeni u hitnoj službi. Na odjelima gdje postoji manjak sestara i ostalog osoblja u smjeni, ponekad se dogodi da žurba i umor utječu na profesionalnost upravo u području komunikacije, pa kad bolesnik ne pita - sestra niti ne započinje razgovor s njim.

Svi sudionici iz obje skupine smatraju da su informacije koje su dobili o operaciji, hospitalizaciji i oporavku od zdravstvenih djelatnika razumljive i korisne, ali je iz Slike 3. vidljiva razlika u procjeni detaljnosti informacija: dok svi sudionici eksperimentalne skupine smatraju da su informacije bile dovoljno detaljne, isto misli samo 6 (30%) sudionika kontrolne skupine.

Slika 3. Frekvencije procjena sudionika o kvaliteti dobivenih informacija



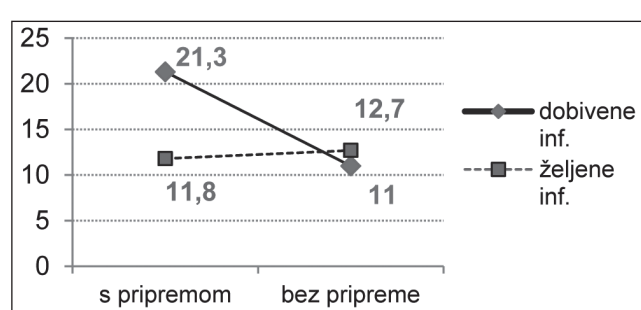
Da su sudionici koji su prošli standardiziranu sestrinsku pripremu detaljnije informirani vidi se i iz analize sadržaja informacija tj. iz ček-liste informiranosti (Slika 4).

Slika 4. Frekvencije sudionika koji su dobili pojedine informacije iz ček-liste informiranosti



Analizom varijance ispitali smo značajne razlike u ukupnom broju željenih i dobivenih informacija iz ček-liste informiranosti između dvije skupine sudionika. Sudionici eksperimentalne skupine dobili su statistički značajno više informacija nego što su željeli dobiti te značajno više informacija od onih iz kontrolne skupine ($F=515,53$; $p<0,01$). Skupine se ne razlikuju po ukupnom broju željenih informacija (Slika 5).

Slika 5. Prosječni broj dobivenih i željenih informacija iz ček-liste informiranosti u svakoj skupini



Sudionici istraživanja koji su prošli postupak predoperativne pripreme izvještavaju o statistički značajno nižem intenzitetu boli od sudionika koji nisu prošli predoperativnu pripremu (Tablica 2). Moguće je da su bolje informirani sudionici iz eksperimentalne skupine bili i manje anksiozni pred operaciju što je utjecalo na postoperativni intenzitet boli. Jednako tako, moguće je i da su sudionici kontrolne skupine prije operacije doživljavali jaču bol od sudionika eksperimentalne skupine što je podatak kojeg nismo provjerili.

Tablica 2. Usporedba dvije skupine sudionika s obzirom na prosječni intenzitet boli nakon operacije t – testom za male nezavisne uzorke

Skupina	N	M	SD	t	df	p
S pripremom	20	2,7	0,813	-2,904	38	p<0,05
Bez pripreme	20	3,4	0,821			

Legenda: N -broj sudionika; M -prosječni broj informacija koje su dobili prije operacije; SD -raspršenje rezultata – standardna devijacija; t -vrijednosti t-testa; df- br. stupnjeva slobode; p- vjerojatnost pogreške zaključivanja o statističkoj značajnosti razlika među skupinama

Na razini cijelog uzorka (N= 40) utvrđena je statistički značajna, negativna povezanost između ukupnog broja dobivenih informacija i intenziteta boli ($r=-0,331$; $p< 0,05$). Bolesnici koji su dobili više informacija prije operacije doživljavaju manju bol nakon operacije što potvrđuje važnost dobre predoperativne pripreme bolesnika.

ZAKLJUČAK

Standardizirana sestrinska predoperativna priprema koja uključuje detaljno informiranje pacijenta o operaciji, oporavku i boravku u bolnici povezana je s manjom doživljenom boli nakon operacije. Bolesnici koji su imali predoperativnu pripremu koju je provodila medicinska sestra dobro su informirani, uspijevaju postaviti sva pitanja o operaciji, hospitalizaciji i oporavku, zadovoljni su komunikacijom i odnosom zdravstvenih djelatnika i doživljavaju manju bol nakon operacije. Bolesnici na hitnom prijemu i primljeni na dan operacije, koji nisu

prošli standardiziranu sestrinsku predoperativnu pripremu, slabije su informirani i doživljavaju jaču poslije operativnu bol. U takvim uvjetima prijema objektivno ima manje vremena za informiranje bolesnika te bi trebalo osmisliti način kojim se bolesnika ipak može adekvatno pripremiti za operaciju. Cilj dobre predoperativne psihološke pripreme bolesnika za zahvat kao i postoperativne psihološke podrške koja nije ništa manje važna, nije samo povećanje stupnja informiranosti kako bi bolesnik znao što ga čeka, već ona ima i dugoročne dobrobiti na cijeli zdravstveni sustav. Osim što mnogo znanstvenih studija pokazuje da bolesnici lakše prihvaćaju bolest, te bolje podnose operaciju, buđenje iz anestezije i ostale tzv. tehničke pojedinosti, dobra psihološka skrb smanjenjem stupnja anksioznosti, poticanjem optimizma i smanjivanjem strahova uvelike ubrzava ozdravljenje. Na taj se način smanjuje uporaba analgetika i ostalih lijekova, smanjuje se broj postoperativnih problema i komplikacija, a time i broj bolničkih dana, te sveukupni trošak zdravstvene zaštite na svim njenim razinama. Kirurški odjeli trebali bi predvidjeti, standardizirati predoperativnu psihološku pripremu te više uključiti medicinske sestre, pogotovo one koje visokoškolskom naobrazbom stječu potrebna predznanja o psihološkoj pripremi bolesnika za operaciju.

LITERATURA

1. Havelka M. (2002). Zdravstvena psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Nađ, I. (2011). Odnos predoperativne psihološke pripreme i intenziteta boli kod kirurških bolesnika. Neobjavljeni završni rad. Zdravstveno veleučilište u Zagrebu.
3. Walker, J.A (2002). Emotional and Psychological Preoperative Preparation in Adults. 1: British Journal of Nursing. Apr 25-May 8; 11(8):567-75.
4. http://www.mtpin.org/download_file.php?file_id=542
5. Reeves, J.L. (1999.). Preparation for Surgery:A Mind-Body Approach

BULLYING U SESTRINSTVU

UVOD

Nasilje na radnom mjestu je kompleksna otporna razarajuća stvarnost koje truje našu struku. Postavlja se pitanje da li je nasilje na radnom mjestu vezano samo za našu struku? Naravno da nije i druge struke su opterećene ovim teškim bremenom. Mi ne možemo riješiti probleme nasilja na radnom mjestu u drugim strukama ali možemo stati jedni pred druge i početi rješavati ovaj tip problema u svojim sredinama. Nasilje na radnom mjestu podrazumijeva niz nerazumnih akcija prema nekom zaposleniku namjeravajući ga zaplašiti, a čineći to stvara se rizik za zdravlje i sigurnost zaposlenika. Nasilje često podrazumijeva "stupnjeve moći" s nasilnikom na moćnijoj poziciji u odnosu na žrtvu.

CILJ RADA

Cilj ovog rada je utvrditi tko su nasilnici i zašto to čine?

Nasilje uključuje ponašanje koje zastrašuje, degradira, vrijeđa i ponižava radnika, često pred drugima. Nasilno ponašanje čini žrtvu bespomoćnom i otuđuju sestru od prava na dostojanstven rad. Dellasega nasilje na radnom mjestu naziva suptilnom vještinom emocionalnog razaranja. Postavlja se pitanje tko su nasilnici? Nasilnici su obično osobe koje ne vide sebe kao nasilnika, naprotiv smatraju se pametnijim, bržim i vještijim od drugih. Oni imaju pretjeranu predodžbu svoje vlastite vrijednosti i važnosti. Njihovo mišljenje je da što je drugima lošije, njihovi su izgledi bolji. Dokazi upućuju da međusestrinsko nasilje može početi još u sestrinskoj školi. Studenti govore o osjećaju eksploatačnosti, ignoriranju ili nedobrodošlici, a da u tome ne prepoznaju nasilje.

METODE

Prema elektronskoj anketi koju su proveli Vessey i suradnici, nasilje se najčešće događa na kirurškim odjelima, zatim na odjelima intenzivne skrbi, hitnim, predoperativnim i rodiljnim odjelima. Daljnjim istraživanjem došlo se do podatakada da je najčešći tip nasilnika bio menadžer (glavna sestra),

starija od žrtve čime se može objasniti suzdržanost kod djela sestara da prenese nešto o nasilnom ponašanju jer tko će ići protiv menadžera. Postoji i nekoliko teorija nasilja u sestrinstvu, prema Dellasegi jedan od uzroka je obrazovni sustav. Sestre, prvenstveno žene se obrazuju različito od studenata medicine. Studenti medicine se podučavaju da nikad ne griješe, da uvijek imaju odgovor i projiciraju povjerenje čak i ako ga ne osjećaju, dok se u obrazovnom sustavu sestre treniraju da budu nesigurne i podređene, prije nego nezavisne i poduzetne. Nažalost ovo se predugo toleriralo u zdravstvu, vrlo često skrivajući se iza discipline ili profinjenim ohrabivanjem propuštanja uočavanja i poduzimanja mjera sprječavanja nasilja. To može podići stav ravnodušnosti prema nasilju i nevoljkosti da se adresira na pravu adresu čak i od strane žrtve. To je razlog za nultu toleranciju prema ovom problemu u organizacijskoj politici i kamen temeljac prevencije.

Strategija za medicinske sestre

Susretljiv pristup sestara prema žrtvi, upozoravati jedna drugu i podržavati žrtvu za vrijeme epizode, uključujući i izvješće o incidentu.

Strategija za organizacije

Svaka organizacija je zadužena za razvoj procesa upravljanja prijetnjama i zastrašivanja. Korijen kulture nasilja na radnom mjestu može biti i odsutnost poštovanja. Na radnom mjestu u zdravstvu vode promiču i podržavaju kulturu poštovanja i postavljaju primjer harmonije i suradnje među zaposlenicima. Razlozi za izgradnju takve kulture su vrlo značajan zbog porasta medicinskih pogrešaka, smanjenog zadovoljstva bolesnika, visokih troškova i gubitka kvalificiranog osoblja.

Nedostatak legislative otežava prijavljivanje i rješavanje ozbiljnih povreda na radnom mjestu. U svibnju 2010 godine Senat države New York usvojio je prijedlog zakona o Zdravom radnom mjestu kao mjeru koja dozvoljava radnicima utužiti fizičku, psihičku i ekonomsku štetu zbog nasilnog tretiranja na radnom mjestu. Do sada je još 17 država

u US podnijelo prijedlog zakona o Zdravom radnom mjestu.

ZAKLJUČAK

Ne smije se dopustiti oklijevanje u rješavanju ovog problema. Spoznajući da nasilje postoji kao kompleksan i višeznačan problem s različitim negativnim učincima na radne organizacije, sestre i pacijente, prvi važan korak je iskorjenjivanje istog, a sestre moraju na sebe preuzeti odgovornost njegovog rješavanja tako da ga ne toleriraju u svojim sredinama.

LITERATURA

1. Dellasega c. Girl Wars: 12 Strategies That Will End Female Bullying. Forest City, NC: Fireside; 2003.
2. Vessey JA, Demarco RF, Gaffney DA, Budin WC. Bullying of staff registered nurses in the workplace: a preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environments. J. Prof Nurs. 2009;25:299-306
3. Hader R. Bullying isn't just found on the playground. Nurse Manage.2009; 40:6.
4. Dellasega CA. Bullying among nurses. Am J Nurs. 2009;109:52-58
5. Alspach G Critical care nurses as coworkers. Are our interactions nice or nasty. Crit Care Nurse.2007;27:10,12
6. Murray JS. Workplace bullying in nursing: a problem that can't be ignored. Medsurg Nurs. 2009;18:273-276
7. Yildirim D. Bullying among nurses and its effects. Int Nurs Rev.2009;56:504-511
8. Leiper J. Nurse against nurse: how to stop horizontal violence. Nursing.2005;35:44-45
9. Cleary M, Hunt GE, Horstfall J. Identifying and addressing bullying in nursing. Issues Ment Health Nurs.2010;31:331-335

MOBBING U SESTRINSTVU – TABU TEMA ILI NEOSNOVANI MIT

UVOD

Mobbing 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. Kao takav predstavlja jedan od najtežih oblika agresivne emocionalne zlorabe usmjerene na osobnost žrtve (Leymann, 1990,1992). Mobbing pogađa sve pore našeg društva i malo koja profesija je izuzeta od nastajanja i širenja mobbinga, pri čemu zdravstvo nažalost nije iznimka. Štoviše, mobbing u zdravstvu je izraz negativne energije koja proizlazi iz namjernog nerješavanja svakodnevnih konflikata i namjernog održavanja ozračja nerazumijevanja. (Davenport i sur. 1999). Mobbing je bolest moderne civilizacije. Odvija se uglavnom na psihološkoj razini pa je teže dokazljiv od fizičkog nasilja, iako i mobbing može sadržavati elemente fizičkog zlostavljanja. Budući da se posljedice odražavaju na socijalno okruženje, radnu sredinu, na privatni život i zdravlje pojedinca, problem treba promatrati s medicinskog, sociološkog, pravnog i psihijatrijskog aspekta.

Podataka o incidenciji izloženosti mobbingu među zdravstvenim radnicima ima vrlo malo, a poznati podaci dobiveni su ili na ograničenom teritorijalnom prostoru (Buljubašić i Racz, 2011), ili na prigodnom uzorku (Jurić i sur., 2011). Zbog visoke incidencije mobbinga među medicinskim sestrama, opravdano je provoditi daljnja istraživanja s ciljem rasvjetljavanja pojave. Također, sukladno rezultatima prvog istraživanja o mobbingu 2002. godine u Zagrebu kojim je utvrđeno 15,4% do 53,4% onih koji su doživjeli neki oblik mobbinga (Koic, 2003), radi se o raširenoj pojavi koja traži organiziranu društvenu akciju s ciljem prevencije i pomoći žrtvama.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja bio je ispitati mišljenja i stavove medicinskih sestara o mobbingu i to o mobbin-

gu od strane kolegica, mobbing od strane pretpostavljenih, te istovremeno istražiti izloženost medicinskih sestara partnerskom nasilju. Također se željelo istražiti stavove o prijavljivanju, razlozima neprijavljivanja, te utjecaju mobbinga na pojedina i konačno o mogućnostima poboljšanja trenutnog stanja.

Ovim istraživanjem željelo se statističkim metodama utvrditi da li ispitanici koji sebe smatraju žrtvama zlostavljanja u partnerskim vezama jesu češće i žrtve mobbinga, te da li žrtve mobbinga u odnosu na druge ispitanike imaju drugačiju percepciju načina i metoda mobbingiranja, drugačije subjektivno doživljavanje djelovanja mobbinga na žrtvu i drugačiji stav o prijavljivanju izloženosti ili svjedočenju mobbingu.

MATERIJALI I METODE

Istraživanje je provedeno anonimno na prigodnom uzorku medicinskih sestara, metodom anketiranja u periodu od 1.11.2011. do 31.12.2011. na ukupnom uzorku od 251 ispitanika. Od ukupnog broja, 192 (76,5%) zaposlenih je u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, 24 (9,6%) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te 32 (12,4%) izvan zdravstvenog sustava. Razdioba po spolu slijedi razdiobu u struci u kojoj muške osobe (medicinski tehničari) čine oko 10% ukupne populacije tzv. "medicinskih sestara", te je sukladno tome bilo ispitano 221 (88%) žena i 28 (11,2%) muških ispitanika, dok je 2 (0,8%) propustilo označiti spol. Budući da nije ustanovljena statistički značajna razlika u odgovorima niti za jedno pitanje, te zbog asimetrične raspodjele broja ispitanika po spolu, u daljnjem tekstu odgovori su obrađivani kao jedinstven uzorak bez raspodjele frekvencija po spolu. Po obrazovnoj strukturi bio je uključen 221 ispitanik sa SSS (88,0%), 27 ispitanika (10,8%) sa VŠS i 2 (0,8%) s VSS. Upitnik je bio konstruiran za potrebe ovog istraživanja, a sastoji se od 31 pitanja. Većina pitanja su tvrdnje s kojima su ispitanici trebali izraziti svoj stupanj slaganja na Likertovoj skali

pri čemu je potpuno neslaganje označeno s 1, slaganje sa 2, ne znam ili nemam stav sa 3, slaganje sa 4 i potpuno slaganje s 5. Preostala pitanja bila su višestrukog izbora, te jedno otvoreno pitanje.

Rezultati su obrađeni standardnim statističkim paketom korištenjem deskriptivnih i inferencijalnih statističkih metoda.

REZULTATI

Jedan od ciljeva ovog istraživanja bio je ispitati stavove sestara o mobbingu. Rezultati koji slijede prikazani su tablično deskriptivnom statistikom koja prikazuje odgovore ispitanika na tvrdnje u upitniku. U uzorku je obuhvaćeno 251 ispitanika.

Vrlo visok postotak ispitanika, čak 80,9% je svoje odnose s nadređenim okarakterizirao kao korektni i profesionalni, dok vrlo mali postotak, njih 3,6% ima negativnu percepciju odnosa podređeni – nadređeni.

Preko tri četvrtine medicinskih sestara (78,5%) smatra da je spremno prihvatiti dobronamjernu stručnu kritiku od strane kolegice.

Nešto manji postotak, njih 68,9% potvrdilo je tvrdnju da im kolegice priskaču u pomoć kada im je teško odraditi povjereni zadatak. Relativno visok postotak, njih 25,5% nije se jasno odredilo o ovoj tvrdnji, dok ih je samo 5,6% izrazilo stav da im kolegice ne priskaču u pomoć u teškim situacijama. Sličan postotak dobivan je i na pitanju o podjeli poslova među kolegicama, gdje njih 68% smatra da dijele kolegijalno zadatke, 22,3% je neodređenih, te manje od 10% onih koje smatraju da se zadaci ne dijele ravnopravno s kolegicom na odjelu ili u timu.

Ukupno 58,5% ispitanika razgovara s kolegicom o mogućim pogreškama i pomažu si međusobno u edukaciji. Relativno visok postotak 29,1% je neizjašnjenih, dok 12,4% ima suprotno mišljenje o

Tablica 1. Odnos medicinskih sestara s nadređenima.

Imam korektan i profesionalan odnos s nadređenim											
1	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ukupno	4	1,6	5	2,0	39	15,4	111	44,2	92	36,7	251

Tablica 2. Spremnost medicinskih sestara na kolegijalnu kritiku.

Prihvaćam dobronamjernu stručnu kritiku od starije kolegice											
2	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ukupno	2	0,8	7	2,8	45	17,9	125	49,8	72	28,7	251

Tablica 3. Međukolegijalna pomoć kod medicinskih sestara.

Kad mi je teško odraditi povjereni zadatak, kolegica mi priskače u pomoć											
4	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ukupno	5	2,0	9	3,6	64	25,5	113	45	60	23,9	251

Tablica 4. Podjela poslova i zadataka među medicinskim sestrama.

S kolegicom u smjeni ravnopravno podijelim zadatke											
5	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ukupno	4	1,6	20	8,0	56	22,3	75	29,9	95	37,8	250

Tablica 5. Analiza postupaka i pomoć u edukaciji medicinskih sestara.

Razgovaram s kolegicom u pogrešci i pomognem joj u edukaciji											
10	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ukupno	9	3,6	22	8,8	73	29,1	106	42,2	41	16,3	251

otvorenoj komunikaciji i međusobnoj profesionalnoj potpori.

Na ovom pitanju se uočava 28,3% ispitanika koji smatraju da ih se onemogućava u profesionalnom napredovanju, uz daljnjih 25,1% onih koji su izbjegli jasan odgovor, što ukazuje da se odlasci na edukaciju među sestrama još uvijek ne doživljavaju kod svih blagonaklono, najvjerojatnije zbog činjenice da zbog pomanjkanja kadrova, posao sestre koja je na edukaciji mora odraditi netko drugi povećanim opterećenjem.

Čak 61% ispitanika ne slaže se s tvrdnjom da su izložene kritiziranju pretpostavljenih pred kolegi-

cama. Međutim treba obratiti pažnju na petinu onih koji su izbjegli odgovor, te na 17,9% onih koje smatraju da ih se kritizira pred kolegicama, što ostavlja prostor za unapređenje komunikacijskih vještina u timu.

Nešto manji postotak nego na prethodnoj tvrdnji, njih 15,2% smatra da ih kolegice ogovaraju podmećući im priče, glasine i poluistine, uz petinu onih koje se nisu izjasnile.

Mali postotak ispitanika, njih 7,6% smatra da kolegice ignoriraju njihovo mišljenje, dok čak 63% smatra da se njihovo mišljenje uvažava.

Tablica 6. Izloženost onemogućavanju profesionalnog napredovanja medicinskih sestara na poslu.

Osporavaju mi profesionalno napredovanje											
6	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ukupno	72	29	45	18	63	25	53	21	18	7	251

Tablica 7. Izloženost kritiziranju medicinskih sestara pred kolegicama.

Pretpostavljena me kritizira pred kolegicama											
8	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ukupno	88	35	66	26	52	21	34	14	11	4	251

Tablica 8. Izloženost medicinskih sestara lažnim optužbama i klevetama.

Kolegice mi podmeću priče, glasine i poluistine											
13	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ukupno	81	32,3	78	31,1	54	21,5	30	12,0	8	3,2	251

Tablica 9. Izloženost medicinskih sestara psihičkom maltretiranju ignoriranjem.

Kolegice ignoriraju moje mišljenje											
14	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ukupno	74	29,5	84	33,5	74	29,5	17	6,8	2	0,8	251

Tablica 10. Izloženost medicinskih sestara izrugivanju.

Kolegice mi se rugaju											
16	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ukupno	154	61,4	62	24,7	26	10,4	6	2,4	3	1,2	251

Tablica 11. Izloženost medicinskih sestara tračanju.

Moje me kolegice tračaju											
17	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ukupno	59	23,5	74	29,5	71	28,3	35	13,9	11	4,4	251

Iznenadjujuće mali broj ispitanika smatra da su izloženi izrugivanju od strane kolegica, samo njih 3,6%, uz visok postotak onih koji odbacuju takvu tvrdnju – 86,1% što pokazuje da je izrugivanje pojava koju rijetko susrećemo u našem zdravstvenom sustavu.

Trač kao oblik komunikacije o zbivanjima iz tuđeg života ne doživljava se izrugivanjem, već kao dijelom svakodnevnih oblika komunikacije, te je kao takav češći i 18,3% ispitanika se osjeća izloženim tračanju od strane kolegica.

Vrlo mali broj ispitanika, samo 2,0% osjeća se ponižavanjem od strane kolegica ispred liječnika, dok 88% ispitanika odbacuje takav oblik ponašanja kolegica.

Također mali broj ispitanika, njih 9,2% smatra da kolegice od njih taje važne stručne informacije da bi se pokazalo koliko su nekompetentni. Visok postotak 81,2% ih se ne slaže s takvom tvrdnjom.

U nesrazmjeru s odgovorima navedenim na prethodnim pitanjima, a posebice u tablici 1, ipak se

27,5% ispitanika smatra mobbingiranim od strane pretpostavljenih, iako ih 80,9% sestara taj odnos opisuje kao korektan.

Sukladno prethodnim odgovorima, 18,8% ispitanika se smatra mobbingiranim od strane kolegica, pri čemu je očigledno dio onih koji se nisu izjašnjavali o konkretnim oblicima mobbinga i svoj odgovor su označavali neodređenom, na kraju se priklonio ocjeni da se osjećaju zlostavljanim od strane kolegica, što nije zanemariv broj.

Ohrabrujući je podatak o samo 8% ispitanika koji se smatraju žrtvama međupartnerskog nasilja, budući da je broj ispitanika – najčešće ispitanica koje se smatraju žrtvom međupartnerskog nasilja u općoj populaciji najmanje dvostruko veći.

U odnosu na srodna istraživanja, relativno visok postotak, 15,5% je spremno prijaviti ili je prijavilo izloženost ili saznanje o mobbingu na poslu, uz relativno visok postotak onih koji nisu odgovorili na to pitanje.

Tablica 12. Izloženost medicinskih sestara osobnom ponižavanju pred nadređenim i timskim suradnicima.

Kolegice me ponižavaju pred liječnicima i drugim osobljem											
19	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ukupno	174	69,3	47	18,7	24	9,6	3	1,2	2	.8	250

Tablica 13. Izloženost medicinskih sestara utajivanju važnih informacija.

Kolegice od mene taje važne stručne informacije da bi se pokazalo koliko sam nekompetentna											
23	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ukupno	159	63,3	45	17,9	24	9,6	17	6,8	6	2,4	251

Tablica 14. Samoprocjena medicinskih sestara izloženosti mobbingu od strane pretpostavljenih.

Izložena sam mobbingu od strane pretpostavljenih					
25	Uopće se ne slaže		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	
ukupno	182	72,5	69	27,5	251

Tablica 15. Samoprocjena medicinskih sestara izloženosti mobbingu od strane kolegica.

Izložena sam mobbingu od strane kolegica					
26	Uopće se ne slaže		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N
ukupno	203	80,9	47	18,8	251

Tablica 16. Samoprocjena medicinskih sestara izloženosti nasilju od strane partnera.

Izložena sam nasilju od strane partnera					
29	Uopće se ne slaže		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	
ukupno	228	90,8	20	8,0	251

Kao najčešći razlozi neprijavlivanja mobbinga navode se strah od sankcija – 45,4%, te malodušnost izražena uvjerenjem da se prijavljivanjem ne bi ništa promijenilo – 40,6%.

Najviše ispitanika (31,%) doživljava da izloženost mobbingu po njih ima psihičke posljedice uslijed kojih su nervozni, slabo spavaju (13,1%), teško se koncentriraju (15,5%), te ima loš utjecaj na njihovo samopouzdanje i sliku o sebi: 23,9% se osjeća poniženo, a 29,9% bespomoćno. Čak četvrtina gubi motivaciju za posao.

Kao moguće načine smanjivanja izloženosti mobbingu najveći postotak ispitanika navodi pozitivno radno ozračje (57%), kompetentnost rukovoditelja (40,6%) i edukaciju (40,6%), mogućnost anonimne prijave (37,8%), te pravnu pomoć (30,7%). Očigledno je da u edukaciji nismo učinili sve što smo mogli, te nam uključivanje i mobbinga kao vrlo značajne teme u edukaciju zdravstvenih radnika predstavlja moguće moćno oružje u borbi protiv tog zla koji uništava produktivnost i dostojanstvo zaposlenika.

Tablica 17. Spremnost medicinskih sestara na prijavljivanje nasilja.

Ako ste bili žrtva zlostavljanja ili ste svjedočili, da li ste prijavili nasilje?					
27	Uopće se ne slaže		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N
ukupno	167	66,5	39	15,5	206

Tablica 18. Razlozi medicinskih sestara za neprijavljivanje mobbinga.

Razlozi za neprijavljivanje mobbinga											
	Ništa se ne bi promijenilo		Bojim se sankcija		Nemam kome prijaviti		Bojim se osvete		ostalo		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ukupno	102	40,6	114	45,4	24	9,6	8	3,2	3	1,2	251

Tablica 19. Način djelovanja mobbinga na žrtvu kod medicinskih sestara.

Način djelovanja mobbinga na žrtvu	N	%
Često sam bolestan	4	1,6
Gubim motivaciju za posao	65	25,9
Gubim profesionalni ugled	24	9,6
Osjećam se degradirano	51	20,3
Teško se koncentriram	39	15,5
Slabo spavam	33	13,1
Nervozan sam	79	31,5
Osjećam se poniženo	60	23,9
Osjećam se bespomoćno	75	29,9

Tablica 20. Način smanjivanja izloženosti mobbingu medicinskih sestara.

Način smanjivanja izloženosti mobbingu	N	%
Senzibilizacija okoline	53	21,1
Pozitivno radno ozračje	143	57,0
Edukacija	102	40,6
Pravna pomoć	77	30,7
Mogućnost anonimne prijave	95	37,8
Ojačavanje pozicije sindikata	51	20,3
Određivanje referenta za prijam žalbi	54	21,5
Kompetentnost rukovoditelja	102	40,6
Određivanje kompetencije sestara	64	25,5

Osim deskripcije uzorka, zanimalo nas je provjeriti razliku li se skupina medicinskih sestara koje su izložene mobbingu od strane pretpostavljenog, od skupine koja nije izložena, po različitim ispitivanim varijablama. U tablici 21. prikazane su njihove aritmetičke sredine, a u tablici 22. rezultati t-testa. T-testom je utvrđena statistički značajna razlika po broju razloga za neprijavljivanje mobbinga, po

broju simptoma koje doživljavaju, te po odnosima na radnom mjestu (tablica 21.).

Po dobi se razlika nije pokazala statistički značajnom, no medicinske sestre koje su izložene mobbingu od strane pretpostavljenog navode značajno više razloga za neprijavljivanje istog, značajno više različitih simptoma, te su im odnosi na radnom mjestu značajno lošiji.

Tablica 21. Aritmetičke sredine i standardne devijacije skupina medicinskih sestara izloženih mobbingu od strane pretpostavljenog, i skupine koja nije izložena.

Promatrane varijable	Izloženost	M	SD
Dob	da	33,44	8,22
	ne	32,70	7,34
Broj razloga za neprijavljivanje mobbinga	da	1,48	0,98
	ne	0,53	0,59
Broj simptoma	da	3,42	2,48
	ne	1,10	1,52
Odnosi na radnom mjestu	da	59,29	11,68
	ne	45,17	11,33

Tablica 22. T-testovi između skupina medicinskih sestara izloženih mobbingu od strane pretpostavljenog, i skupine koja nije izložena.

Promatrane varijable	t	df	P
Dob	0,68	245	0,498
Broj razloga za neprijavljivanje mobbinga	9,36	249	0,000
Broj simptoma	8,94	248	0,000
Odnosi na radnom mjestu	8,68	246	0,000

Tablica 23. Aritmetičke sredine i standardne devijacije skupina medicinskih sestara izloženih mobbingu od strane kolegica, i skupine koja nije izložena.

Promatrane varijable	Izloženost	M	SD
Dob	da	32,72	7,74
	ne	32,97	7,61
Broj razloga za neprijavljivanje mobbinga	da	1,45	0,86
	ne	0,64	0,76
Broj simptoma	da	3,00	2,05
	ne	1,46	2,02
Odnosi na radnom mjestu	da	63,32	11,18
	ne	45,71	11,07

Tablica 24. T-testovi između skupina medicinskih sestara izloženih mobbingu od strane kolegica, i skupine koja nije izložena.

Promatrane varijable	t	df	P
Dob	0,20	244	0,840
Broj razloga za neprijavljivanje mobbinga	6,47	248	0,000
Broj simptoma	4,72	247	0,000
Odnosi na radnom mjestu	9,79	245	0,000

Po pitanju izloženosti mobbingu od strane kolega, rezultati su vrlo slični. U tablici 23. prikazana je deskriptivna statistika za skupine koje jesu, i koje nisu izložene mobbingu od strane kolegica, a u tablici 24. su rezultati t-testova.

I ovdje medicinske sestre koje su izložene mobbingu od strane kolegica navode značajno više razloga za neprijavljivanje istog, veći broj simptoma, te odnose na radnom mjestu percipiraju značajno lošijima.

Nadalje, kao dodatni istraživački problem htjeli smo provjeriti postoji li relacija između doživljavanja zlostavljanja na radnom mjestu i u obitelji. Pokazalo se da postoji statistički značajna razlika između medicinskih sestara koje doživljavaju mobbing od onih koje ne doživljavaju po pitanju zlostavljanja od strane partnera ili u obitelji. Drugim riječima, ispitanici koji su više mobbingirani, bilo da se radi o zlostavljanju od strane pretpostavljenog ili kolegica, u značajno većoj mjeri su zlostavljani i kod kuće. χ^2 test za mobbing od strane pretpostavljenog iznosi 39,22 (df=1; P=0,000), a za mobbing od strane kolegica $\chi^2 = 13,55$; df=1; P=0,000.

Također, medicinske sestre zlostavljane od strane pretpostavljenog, u značajno većoj mjeri doživljavaju mobbing od strane kolegica ($\chi^2 = 39,22$; df=1; P=0,000).

RASPRAVA

Rezultati ovog istraživanja bitno su različiti od dosad prikupljenih podataka o raširenosti mobbinga među i nad medicinskim sestrama u dvama prethodnim istraživanjima koji su provedeni na prigodnim uzorcima ograničenim na lokalno teritorijalno specifičnu sredinu – Splitsku županiju (Buljubašić i Racz, 2011) i na mali prigodni uzorak studenata i studentica specijalističkog studija sestrinstva na ZVU (Jurić i sur., 2011).

Naime, u odnosu na vrlo mali broj ispitanika koji su u ovom istraživanju sebe odredili žrtvom nasilja od strane kolegica - medicinskih sestara (18,8%) i od strane pretpostavljenih (27,5%), Buljubašić je utvrdio da su medicinske sestre koje rade u bolnici najizloženije mobbingu u zdravstvenom sustavu, među kojima njih 52% smatra da su "često" i 2% "uvijek" izložene mobbingu (Buljubašić i Racz, 2011).

U našem istraživanju ukoliko kao pretpostavljenu osobu smatramo glavnu medicinsku sestru, manje od jedne petine ispitanika ih je prepoznalo kao zlostavljače, dok je Buljubašić pri identifikaciji osobe zlostavljača utvrdio da 31% sestara zaposlenih u

bolnici stalno trpi psihičko nasilje, a 4% fizičko nasilje od strane glavne sestre. Istovremeno, dok samo 18,8% naših ispitanica mobbing doživljava od strane kolegica, prethodno istraživanje je utvrdilo višestruko veći broj, čak preko 85% ispitanika zaposlenih u bolničkom stratumu koji su tvrdili da su više puta bili izloženi psihičkom i fizičkom nasilju od strane kolegica, medicinske sestre (Buljubašić i Racz, 2011).

Jurić i suradnici također su dobili višestruko veće brojke osoba koje su na direktno pitanje o doživljaju sebe kao žrtve mobbinga tijekom radnog vijeka, sebe odredili kao žrtvom mobbinga na sadašnjem radnom mjestu - 68,5%, uz dodatnih 6,5% onih koji su sebe smatrali žrtvom mobbinga na prijašnjem radnom mjestu. Dakle, među studenticama sestrinstva lani je utvrđeno gotovo 75% onih koji su bili ili još uvijek jesu bili u trenutku provođenja istraživanja žrtvama mobbinga (Jurić i sur., 2011.).

Usporede li se naši podaci s rezultatima dobivenim u istraživanju provedenom od strane Hrvatske udruge medicinskih sestara, vidimo da smo dobili vrlo mali postotak onih koje se žale na izloženost pojedinim oblicima mobbinga. Naime, Hrvatska udruga medicinskih sestara na uzorku 1354 medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u zdravstvenim ustanovama na području 21 županije ustanovila je 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. Postoci naših ispitanica višestruko su niži u svakoj od promatranih oblika nasilja. Usporedimo li identificirani postotak mobbinga od strane kolegica i pretpostavljenih, ponovno dobivamo višestruko nižu kvalifikaciju kolegica i nadređenih kao mobbera u odnosu na citirano istraživanje u kojem su ispitanice kao osobe koje se najčešće tako ponašaju navele neposredno nadređene (40%) i kolege iz užeg radnog okruženja (24%). Ukupno čak 52,65% odgovorilo je potvrdno da je bilo izloženo nekim od oblika nasilničkog ponašanja (Jurić i sur. 2011.).

Tabela koja opisuje načine djelovanja mobbinga ukazala je da 25,9% ispitanika smatra da kao žrtve mobbinga gube motivaciju za posao, 20,3% se osjećaju degradirano, 31,5% se osjećaju nervozno, 13,5% teško spava, a 23,9% se osjeća poniženo. U stvarnosti su postoci još pogubniji. Ilustracije radi, Jurić i suradnici su utvrdili da se 69% ispitanika osjećalo poniženo, 36% ranjivo, 29% zaplašeno,

te 15% odsutno. Iako je bolovanje vrlo često izlaz iz zlostavljajuće situacije, bolesnim se u oba istraživanja osjećalo manje od 3% ispitanika. Rezultati Jurića i suradnika bili su bliski onima iz istraživanja Staffordshire University, provedenom u Velikoj Britaniji, prema kojem 75,6% žrtava mobbinga ima zdravstvene posljedice, pati od depresije i ima pad samopoštovanja (Jurić i sur. 2011.).

Na pitanje o prijavljivanju mobbinga, 15,5% ispitanika u ovom istraživanju je ili bi prijavilo mobbing, što je značajan pomak u odnosu na istraživanje Buljubašića u kojem se baš nitko od ispitanika nije odlučio prijaviti niti bi prijavio mobbing. Kao objašnjenje kod Buljubašića se navodilo da se prijavljivanjem "ništa ne bi promijenilo" (43% ispitanika zaposlenih u bolnici, 45% zaposlenih u kućnoj njezi, 46% u patronaži, te 43% u ambulanti) ili da se "nema kome prijaviti (36% zaposlenih u bolnici, 42% zaposlenih u kućnoj njezi, u 39% patronaži, te 31% u ambulanti). U našem istraživanju sličan postotak – 40,6% navodi da se prijavljivanjem ništa ne bi promijenilo, dok znatno manji broj, samo 9,6% navodi da nema kome prijaviti. Najviše naših ispitanika ne bi prijavilo nasilje jer se boji sankcija – 45,4% što govori o osjećaju bespomoćnosti, nepovjerenja i straha među zaposlenicima, potenciranog strahom od gubitka radnog mjesta (Buljubašić i Racz, 2011).

Dobivene rezultate ovim istraživanjem 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 mobbingu izloženo 38% ispitanika, dok je 42% njih svjedočilo mobbingu nad drugima. Isto istraživanje je pokazalo da je 1 od 3 ispitanika zdravstvenog osoblja izjavio da je bio žrtva mobbinga tijekom prethodne godine pri čemu je razvidno da su ovim istraživanjem dobiveni znatno manji postoci onih koji sebe prepoznaju kao žrtvu mobbinga ili su to spremni priznati. O razlozima možemo samo nagađati, u rasponu o nedovoljnoj osviještenosti i educiranosti naših ispitanika koji suptilne oblike psihičkog zlostavljanja na poslu ne prepoznaju kao mobbing do vrlo optimističkog gledanja na znatne pomake u međuljudskim odnosima u hrvatskom zdravstvu kao rezultat pozitivnih promjena koje je donijela reforma zdravstvenog sustava koja je prepoznala i osnažila ulogu medicinske sestre.

U skladu s očekivanjima, osobe koje su izložene zlostavljanju na radnom mjestu, bilo da je to od strane

pretpostavljenog ili kolegica istog ranga, procjenjuju svoje radne uvjete s aspekta međuljudskih odnosa lošijima, navode više razloga za neprijavljivanje mobbinga (što je logično jer su na pitanje o neprijavljivanju odgovarali svi ispitanici, i oni koji doživljavaju, i oni koji ne doživljavaju mobbing), te navode značajno više različitih simptoma mobbinga, što potvrđuje da zlostavljanje na radnom mjestu izaziva brojne psihosomatske poteškoće.

Pokazalo se da osobe koje su zlostavljane na radnom mjestu, su u značajno većoj mjeri zlostavljane i u obitelji. Ovakav nalaz možemo interpretirati dvojako. Moguće je da pojedine osobe češće postaju žrtve zbog svojih osobina ličnosti, o čemu govore i neka istraživanja koja su ispitala osobine ličnosti žrtava zlostavljanja. Pokazalo da su žrtve u većoj mjeri zavisne, ekstravertirane i savjesne osobe, te manje emocionalno stabilne (Coyne, Seigne i Randall, 2000), a istraživanje Pranjić i suradnica (2006) utvrdilo je veću učestalost tipa A ličnosti među liječnicima koji doživljavaju mobbing u Bosni i Hercegovini. No, moguće je da doživljaj zlostavljanja djelomično ovisi i o percepciji same osobe, pa će tako na određenu provokaciju, trač ili uvredu netko samo odmahnuti rukom i neće takav događaj interpretirati kao zlostavljanje, dok će drugu osobu to duboko povrijediti. Naravno, čimbenici vezani uz obilježja same žrtve nisu dovoljni za objašnjenje mobbinga, jer treba uzeti u obzir i okolinske uvjete, ponajprije prisutnost zlostavljača, te specifičnosti uvjeta rada, npr. višak radne snage, konkurencija. Zbog nekonzistentnosti ovih podataka s rezultatima prijašnjih istraživanja, treba izbjegavati decidirane zaključke i nameće se nužnost provođenja opsežnog istraživanja na slučajnom uzorku medicinskih sestara na nacionalnom nivou kako bi se utvrdila stvarna izloženost nasilju te regionalne i druge razlike koje utječu na pojavnost mobbinga u sestrinstvu.

LITERATURA

1. Buljubašić, A. i Racz, A. (2011) Medicinska sestra kao žrtva mobbinga na području Splitsko-dalmatinske županije. XI. stručni skup medicinskih sestara i tehničara na temu "Hrvatsko sestrinstvo ususret Europskoj uniji"; 24. do. 26. ožujka 2011. godine.
2. Coyne, I., Seigne E. i Randall, P. (2000) Predicting workplace victim status from personality. *European journal of work and organizational psychology*. Vol. 9, br. 3, 335-349.

3. Davenport, N., Schwartz, D.R. i Elliott, P.G. (1999) Mobbing. Emotional Abuse in the American Workplace. Civil Society Publishing Ames Iowa.
4. Jurić, D., Jerleković M., Jović, K., Jozić, D., Jurčević, R. i Racz, A. (2011) Izloženost mobbingu studenta sestrinstva ZVU. XI. stručni skup medicinskih sestara i tehničara na temu "Hrvatsko sestrinstvo ususret Europskoj uniji"; 24. do. 26. ožujka 2011. godine.
5. Kostelić Martić, A. (2005) Mobbing: psihičko maltretiranje na radnom mjestu, Zagreb: Školska knjiga.
6. Leymann H. (1992) The Mobbing Encyclopedia. Bullying: Whistleblowing. Information about Psycho terror in the Workplace.
7. Leymann H. (1990) Mobbing and psychological terror at workplaces. Violence Vict; 5 (2): 119-126.(dostupno na: [http://www.mobbingportal.com/LeymannV%26V1990\(3\).pdf](http://www.mobbingportal.com/LeymannV%26V1990(3).pdf), pristupljeno: 5.2.2012.)
8. Pranjić, N., Maleš-Bilić Lj., Beganlić, A. i Mustajbegović, J. (2006) Mobbing, stress, and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey Study. Croatian medical journal. Br. 7, 750-758.
9. Quine, L. (1999) Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. BMJ. Vol. 318, 228-232.

STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA O FARMACEUTSKOJ INDUSTRIJI

SAŽETAK

Stavovi prosječnih građanina kao potrošača lijekova, ali i zdravstvenih radnika, među kojima su najbrojnije medicinske sestre, formiraju se i pod utjecajem kontroverznih rasprava o farmaceutskoj industriji lijekova koji se s jedne strane doživljavaju kao panacea, a s druge strane su postali metaforom dotrajalosti znanstveno-tehničke civilizacije u kojoj je profit nadjačao smisao na svim područjima javnoga života. Rad na uzorku 135 medicinskih sestara i tehničara donosi rezultate istraživanja stavova o farmaceutskoj industriji izraženih kroz stupanj slaganja na Liekertovoj 5-stupanjskoj skali sa 5 tematskih cjelina: partikularna korporativna korist vs. djelovanja za opće dobro, kvaliteta domaćih vs. stranih lijekova, odnosno generičkih vs. originalnih proizvoda, alternativni i tradicionalni lijekovi vs. lijekovi farmaceutskih tvrtki, prikriveni i otvoreni marketing vs. racionalne farmakoterapije i povjerenje u učinkovitost vs. skeptičnost prema utemeljenosti djelovanja. Rezultati su uspoređeni sa stavovima opće populacije prema srodnom istraživanju Gfk iz 2011. godine koji pokazuju da su medicinske sestre, u odnosu prema ispitanicima iz opće populacije, statistički značajno kritičnije pri ocjeni rada za korporativnu korist u odnosu na djelovanja za opće dobro kod farmaceutskih tvrtki, statistički značajno manje vjeruju u njihovo poštivanje zakonskih i moralnih normi, pokazuju visoku osjetljivost na nemoralnost bogaćenja farmaceutskih tvrtki na račun bolesnih, veće nepovjerenje prema domaćim farmaceutskim tvrtkama nego prema njihovom proizvodu, boljim vrednuju originalni lijek u odnosu na generike, zauzimaju vrlo kritični stav o marketinškom pritisku farmaceutskih tvrtki na liječnike, prepoznajući jasnije prikriveni i otvoreni marketing. Nepovjerenje prema farmaceutskim tvrtkama prenosi se i na povjerenje u ispravnost rada liječnika, budući da manje od polovine medicinskih sestara, u odnosu na čak 70% ispitanika iz opće populacije smatra da bez obzira

na farmaceutsku industriju, liječnik radi ono najbolje za pacijente.

Ključne riječi: Farmaceutska industrija, stavovi, medicinske sestre

UVOD

Uvjerenja i stavovi prosječnih građanina kao potrošača lijekova, ali i mišljenja i stavovi zdravstvenih radnika, među kojima su najbrojnije medicinske sestre, formiraju se i pod utjecajem brojnih, kontroverznih stručnih, ali i medijskih rasprava o farmaceutskoj industriji lijekova koji su posebno kulminirali tijekom 2011. godine nakon snažne medijske promocije knjige "Lijekovi ili priča o obmani" (Gajski, 2009). Dosad najveći sukob suprotstavljenih stavova u našem medijskom prostoru odvija se između dvaju krajnosti. Protivnici farmaceutske industrije tvrde da ona razmišlja samo o dobiti te da više ulaže u marketing nego u istraživanje i razvoj, navodeći podatak da farmaceutske tvrtke ulažu više od 35000 eura godišnje po liječniku kako bi ih privoljeli da propisuju njihove proizvode, te da je više od 75% vodećih znanstvenika iz područja medicine plaćeno od farmaceutske industrije (Virapen, 2010). S druge strane zagovornici farmaceutske industrije tvrde da su zahvaljujući njoj otkrivene tisuće novih lijekova bez kojih suvremena medicina ne bi bila zamisliva (Gfk, 2011). Lijekovi se s jedne strane doživljavaju kao panacea kojom je bitno produženo trajanje i kvaliteta ljudskog života, a s druge strane su postali metaforom dotrajalosti znanstveno-tehničke civilizacije u kojoj je profit nadjačao smisao na svim područjima javnoga života. Nedvojbeno na područjima istraživanja lijekova, njihove proizvodnje, propisivanja i korištenja postoje mnoge zablude i neracionalnosti koje dio autora i iz medicinske struke terminologijski određuje pojmom «obmane» ili «zavjere» koju obilježava komercijalna zloraba medicine i farmacije. (Gajski, 2009). Nadalje, bivši zaposlenik HZZO, «razotkiva sveprisutnu zdravstvenu korupcijsku hobotnicu koja

je, baš kao i prava hobotnica, mimikrirana, prikrivena na zakonima i pravilnicima. Ogrnuta je pričama o dobrobiti pacijenata, odjenuta u ruho humanosti, a ponekad je čak i ideologija stranke na vlasti". Gorjanovski i sur., 2010). Istovremeno, prema podacima Halmeda (Agencije za lijekove i medicinske proizvode), Hrvati su na lijekove u 2009. godini potrošili 4.615.283.338 kuna ili oko pola milijarde kuna više u odnosu na 2008. godinu. Među lijekovima prednjače lijekovi za smirenje, pa je tako u Hrvatskoj prodaja Xanaxa u posljednje tri godine povećana s 5,3 na 6 milijuna kuna godišnje. Udruga proizvođača bezreceptnih lijekova objavila je da je prosječna potrošnja po stanovniku u Hrvatskoj 18 eura, pri čemu je tijekom 2009. prodano među ostalim i 1,9 milijuna kutija Caffetina, 1,7 milijuna kutija Plivadona, 840.000 kutija Voltarena. (Miliša, 2011) Stavovi medicinskih sestara o (ne)moralnosti motiva prodaje lijekova u farmaceutskoj industriji, (ne)učinkovitosti lijekova, (ne)utemeljenosti rezultata kliničkih istraživanja, (ne)kvaliteti domaćih u odnosu na strane lijekove, odnosno (ne)kvaliteti generika u odnosu na originale, te (ne)korumpiranosti i motivima liječnika koji lijekove propisuju u značajnoj mjeri utječu na njihovo ponašanje, ponašanje pacijenata te, u krajnjoj liniji, dijelom usmjeravaju potrošnju u cijelom zdravstvenom sustavu. Poznavanje stavova medicinskih sestara je posebice važno pri ostvarivanju strateških ciljeva reforme zdravstva, a to su transparentnost, vrijednost za novac obveznika doprinosa, etika, kvalitetno donošenje odluka te vraćanje pacijenta u središte sustava. A reforma je neophodna budući da, prema Gorjanovskom (2010.), korupcija u zdravstvu nije samo davanje mita liječniku, već je "znatno složenija, razvijenija i razgranatija, a po novčanim iznosima znatno veća od te uobičajene i pojednostavljene predodžbe koja se odveć često nameće kao jedini oblik korupcijskoga djelovanja. Ona je istovremeno često skrivena zakonima i pravilnicima, ogrnuta pričama o dobrobiti pacijenta, odjenuta u ruho humanosti" i neodvojiva od utjecaja farmaceutске industrije. Budući da najveće i najpogubnije zloupotrebe, nisu slučajnosti, ili greška, već su dio zdravstvenom sustava, ovaj rad skroman je doprinos kako bi isti bolje razumjelo.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja bio je ispitati mišljenja i stavove medicinskih sestara uključenih u visokoškolski obrazovni proces o farmaceutskoj industriji s naglaskom na mišljenja i stavove o nekoliko 5 grupa pitanja:

- Partikularna korporativna korist vs. djelovanja za opće dobro
- Kvaliteta domaćih vs. stranih lijekova, odnosno generičkih vs. originalnih proizvoda
- Alternativni i tradicionalni lijekovi vs. lijekovi farmaceutskih tvrtki
- Prikriveni i otvoreni marketing vs. racionalne farmakoterapije
- Povjerenje u učinkovitost vs. skeptičnost prema utemeljenosti djelovanja

Dobivene rezultate željelo se usporediti sa stavovima opće populacije u Hrvatskoj sukladno rezultatima srodnog istraživanja provedenog na 1000 ispitanika iz opće populacije tijekom 2011. godine od strane GfK kako bi se utvrdile sličnosti i razlike u stavovima medicinskih sestara kao zdravstvenih radnika u odnosu na stavove opće populacije kao potrošača lijekova (GfK 2011).

MATERIJAL I METODE

Istraživanje je provedeno među polaznicima 1. godine izvanrednog studija sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu. Korištena je metoda anketnog istraživanja stavova modificiranim i proširenim upitnikom korištenim u GfK istraživanju stavova opće populacije o farmaceutskoj industriji iz 2011. godine.

Istraživanje je provedeno u razdoblju između 1.12.2011. – 31.1.2012. Ukupno je bilo planirano anketirati 150 studenata. Zbog asimetrične spolne raspodjele polaznika studija sestrinstva, istraživanje je dizajnirano na način da je u uzorku trebalo biti uključeno 85% polaznica i 15% polaznika što odražava zastupljenost muških studenata u ukupnom broju upisanih polaznika. Zbog pogrešaka ili propusta u ispunjavanju tijekom obrade eliminirano 15 anketnih upitnika (10%), te ih je u daljnji postupak statističke obrade uključeno 135, od čega 116 koje su ispunile studentice i 19 koje su ispunili studenti. Obrađeni su uobičajenim metodama deskriptivne statistike korištenjem Windows statističkog programskog paketa. Rezultati su prikazani tabelarno i grafički.

REZULTATI I DISKUSIJA

Rezultati koji slijede prikazani su u 5 grupa sukladno ciljevima istraživanja u koje su raspodijeljene tvrdnje o kojima su ispitanici trebali svoj stupanj slaganja izraziti na Liekertovoj skali na kojoj je potpuno neslaganje označeno s 1, slaganje sa 2, ne znam ili nemam stav sa 3, slaganje sa 4 i potpuno

slaganje s 5. Zbog premalog broja ispitanika muškog spola za komparativnu analizu sa stavovima ispitanica u interpretaciji rezultata komentirani su dobiveni rezultati na ukupnom uzorku, pri čemu termin "medicinske sestre" podrazumijeva pripadnost struci, odnosno ispitanike oba spola (medicinske sestre i medicinske tehničare u sustavu obrazovanja za prvostupnika(cu) sestrinstva.

- Partikularna korporativna korist vs. djelovanja za opće dobro

Komercijalizacija rađa ciljeve koji su, ne samo drugačiji od ciljeva zdravstvenog sustava, budući da farmaceutska industrija može opstati samo ako zarađuje, a zarada se ostvaruje samo na bolesnim osobama. Proizvođači lijekova mogu opstati i/ili se unaprjeđivati samo u uvjetima kada ima dovoljno bolesnika jer u suprotnom, u slučaju da su svi građani zdravi, farmaceutska industrija koja ovisi o prodaji svojih lijekova neće moći opstati. (Gorjanovski 2010,b)

Ispitanici pokazuju čvrsto prihvaćanje stava prema kojem **farmaceutska industrija generalno misli samo na svoju korist** s čime se slaže 40,7% i u potpunosti slaže 41,5% ispitanika. Dobiveni podatak znatno je više od podatka dobivenog u istraživanju Gfk na općoj populaciji u RH gdje se s tako postavljenom tvrdnjom složilo ili u potpunosti složilo 54% građana (Gfk, 2011).

Najviše ispitanika, njih 42,2%, izjavilo je da ne zna jesu li **plaće u farmaceutskoj industriji nemoralno visoke**, dok se 30,4% s tim stavom slaže, a 16,3% u potpunosti slaže.

Ukupno 83,7% ispitanika se slaže ili u potpunosti slaže sa stavom da je **nemoralno da se farmaceutske tvrtke bogate na račun bolesnih**. U općoj populaciji s tim stavom se složilo ili u potpunosti složilo 71 % ispitanika, što ukazuje na znatniju kritičnost medicinskih sestara pri osudi nemoralnosti bogaćenja na račun pacijenata. Svejedno, iznenađuje 6,6% zdravstvenih radnika koji smatraju da takav

Farmaceutska industrija generalno misli samo na svoju korist											
	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	1,0	0,9	9,0	7,8	12,0	10,3	45,0	38,8	49,0	42,2	116
m	0,0	0,0	1,0	5,3	1,0	5,3	10,0	52,6	7,0	36,8	19
ukupno	1	0,7	10	7,4	13	9,6	55	40,7	56	41,5	135

Plaće radnika u farmaceutskoj industriji nemoralno su visoke											
	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	3,0	2,6	9,0	7,8	50,0	43,1	36,0	31,0	18,0	15,5	116
m	0,0	0,0	3,0	15,8	7,0	36,8	5,0	26,3	4,0	21,1	19
ukupno	3	2,2	12	8,9	57	42,2	41	30,4	22	16,3	135

Nemoralno je da se farmaceutske tvrtke bogate na račun bolesnih											
	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	1,0	0,9	7,0	6,0	11,0	9,5	47,0	40,5	50,0	43,1	116
m	0,0	0,0	1,0	5,3	2,0	10,5	7,0	36,8	9,0	47,4	19
ukupno	1	0,7	8	5,9	13	9,6	54	40,0	59	43,7	135

Vođene uglavnom profitom, farmaceutske tvrtke su u stanju dovesti u opasnost milijune ljudi											
	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	1,0	0,9	9,0	7,8	19,0	16,4	48,0	41,4	39,0	33,6	116
m	0,0	0,0	2,0	10,5	3,0	15,8	9,0	47,4	5,0	26,3	19
ukupno	1	0,7	11	8,1	22	16,3	57	42,2	44	32,6	135

stav nije nemoralan, kao i skoro 10% onih koji se nisu odredili o ovom pitanju (9,6%).

Visok postotak ispitanika slaže se (42,2%) ili se u potpunosti slaže (32,6%) sa stavom iz teorija zavjere da **vođene uglavnom profitom, farmaceutske tvrtke su u stanju dovesti u opasnost milijune ljudi**. To je znatno kritičniji stav nego 53% suglasnih u općoj populaciji (Gfk, 2011).

- Kvaliteta domaćih vs. stranih lijekova, odnosno generičkih vs. originalnih proizvoda

Usprkos uobičajenom idealiziranju stranih proizvoda u odnosu na domaće, preko polovine ispitanika (50,4%) ne zna jesu li **lijekovi stranih farmaceutskih tvrtki kvalitetniji nego domaćih**. Povjerenje u domaću industriju zadržalo je ukupno 39,3% ispitanika, iako je u stvarnosti nekad snažna farmaceutska industrija u posljednjih desetak godina većinom uništena i svedena na regionalnog proizvođača generičkih lijekova. U usporedbi s općom populacijom u kojoj 22% ispitanika vjeruje da su strani li-

jekovi kvalitetniji od domaćih, među medicinskim sestrama takvih je upola manje, samo 10,4% (Gfk, 2011).

Vezano uz prethodno pitanje, nešto manji postotak ispitanika (24,4%) potvrdio je izraženo povjerenje u domaće farmaceutske tvrtke, pri čemu je znakovito da je iskazano veće povjerenje u domaći proizvod nego u domaće tvrtke. U općoj populaciji dvostruko više ispitanika, njih 49% **koji više vjeruju domaćim tvrtkama u odnosu na strane**, pri čemu svakodnevno poslovno iskustvo vjerojatno ima utjecaj na kritičnije stavove medicinskih sestara (Gfk, 2011).

Gotovo polovina ispitanika pokazala je vrlo pragmatičan stav prema kojem se **ne zamara da li je lijek kopija ili original ukoliko je ispi prepisao liječnik**, indirektno iskazavši njih 48,1% povjerenje u lijekove koji su izbor nadležnog liječnika. Otprilike sličan postotak 53% je zabilježen i u općoj populaciji (Gfk, 2011).

Lijekovi stranih farmaceutskih tvrtki su kvalitetniji od domaćih

	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	8,0	6,9	36,0	31,0	61,0	52,6	11,0	9,5	0,0	0,0	116
m	1,0	5,3	8,0	42,1	7,0	36,8	3,0	15,8	0,0	0,0	19
ukupno	9	6,7	44	32,6	68	50,4	14	10,4	0	0,0	135

Domaćim farmaceutskim tvrtkama vjerujem više nego stranima

	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	9,0	7,8	30,0	25,9	47,0	40,5	24,0	20,7	6,0	5,2	116
m	0,0	0,0	5,0	26,3	11,0	57,9	3,0	15,8	0,0	0,0	19
ukupno	9	6,7	35	25,9	58	43,0	27	20,0	6	4,4	135

Ne zamaram se time da li je lijek original ili kopija jer vjerujem preporuci svog liječnika

	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	6,0	5,2	27,0	23,3	27,0	23,3	51,0	44,0	5,0	4,3	116
m	2,0	10,5	2,0	10,5	6,0	31,6	8,0	42,1	1,0	5,3	19
ukupno	8	5,9	29	21,5	33	24,4	59	43,7	6	4,4	135

Dajem prednost lijekovima koji su originalni

	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	3,0	2,6	18,0	15,5	23,0	19,8	57,0	49,1	15,0	12,9	116
m	0,0	0,0	1,0	5,3	2,0	10,5	12,0	63,2	4,0	21,1	19
ukupno	3	2,2	19	14,1	25	18,5	69	51,1	19	14,1	135

Iako se samo 27,4% ispitanika opredijelilo da **neovisno o preporuci liječnika, pravi razliku između originalnog lijeka i generika**, ipak njih 65,2% daje prednost originalnom lijeku, neovisno što iste ne smatraju kvalitetnijim. To je viši postotak nego u općoj populaciji u kojoj je zabilježeno 57% (Gfk, 2011). Takav stav vjerojatno je rezultat predanog marketinga stručnih suradnika stranih farmaceutskih kuća, a otvara se prostor za razmišljanje koji su to drugi razlozi osim kvalitete i povjerenja u izbor liječnika koji u visokom postotku zdravstvene radnike opredjeljuju za prednost originalnom lijeku, iako bi trebali znati da generici u svojoj kvaliteti ne zaostaju za originalnim lijekovima, kao i uvažavajući činjenicu da HZZO na listu lijekova uglavnom pokušava staviti generike kao jeftiniji, a jednako učinkovit lijek izbora.

- Alternativni i tradicionalni lijekovi vs. lijekovi farmaceutskih tvrtki

Očekivano, medicinske sestre se u najvećem postotku ne slažu (50,4%) sa tvrdnjom koja se može čuti i

iz usta liječnika da su **lijekovi više štetni nego korisni**. Štoviše, bilo bi apsurdno da oni koji su osnovni dijelovi zdravstvenog sustava i većina kojih pacijentima daje propisane lijekove u djelotvornost i korisnost istih ne vjeruje. U općoj populaciji polovina ispitanika, 50% se slaže ili u potpunosti slaže s takvom tvrdnjom, što je značajno više nego među medicinskim sestrama – 20,7% (Gfk, 2011).

Međutim, zabrinjava činjenica da usprkos nedokazanoj učinkovitosti većine metoda alternativne medicine prisutne na našem tržištu (izuzev akupunkture i fitomedicine), svaki četvrti ispitanik **više vjeruje metodama alternativne medicine nego farmaceutskim lijekovima**. S obzirom da kroz svoje obrazovanje se kod nas niti u jednoj obrazovnoj ustanovi tijekom obrazovanja zdravstvenih radnika ne proučavaju niti čak spominju metode alternativne medicine, stavovi zdravstvenih radnika izgrađeni su kroz medijske natpise, priče o čudesnim iscjeljenjima i uspješnim iscjeliteljima (HUPED & co.), a dijelom i kroz osobno iskustvo. U nedostatku

Lijekovi koje nam liječnici propisuju su više štetni nego korisni											
	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	4,0	3,4	56,0	48,3	30,0	25,9	23,0	19,8	3,0	2,6	116
m	0,0	0,0	12,0	63,2	5,0	26,3	2,0	10,5	0,0	0,0	19
ukupno	4	3,0	68	50,4	35	25,9	25	18,5	3	2,2	135

Više vjerujem metoda alternativne medicine nego farmaceutskom lijekovima											
	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	10,0	8,6	37,0	31,9	36,0	31,0	27,0	23,3	6,0	5,2	116
m	3,0	15,8	9,0	47,4	7,0	36,8	0,0	0,0	0,0	0,0	19
ukupno	13	9,6	46	34,1	43	31,9	27	20,0	6	4,4	135

Većina lijekova su otrovi koje treba izbjegavati											
	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	8,0	6,9	41,0	35,3	31,0	26,7	27,0	23,3	9,0	7,8	116
m	0,0	0,0	11,0	57,9	3,0	15,8	4,0	21,1	1,0	5,3	19
ukupno	8	5,9	52	38,5	34	25,2	31	23,0	10	7,4	135

Svijet bi bio bolji da nema farmaceutske industrije											
	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	13,0	11,2	58,0	50,0	36,0	31,0	6,0	5,2	3,0	2,6	116
m	4,0	21,1	10,0	52,6	4,0	21,1	1,0	5,3	0,0	0,0	19
ukupno	17	12,6	68	50,4	40	29,6	7	5,2	3	2,2	135

regulacije u tom području vrlo je važno da zdravstveni radnici mogu u komunikaciji s pacijentima zauzeti jasan stav i razlučiti prevanu od učinkovitosti, laž od nade.

Lijekove kao otrovima koje treba izbjegavati smatra 30,4% ispitanika, i taj postotak je nešto veći od postotka onih ispitanika koji se priklanjaju metodama alternativne medicine, ali je niži nego postotak zabilježen u općoj populaciji - 46% (Gfk, 2011). Međutim zabrinjava činjenica da svaki četvrti ispitanik o tom pitanju nema stav ili ne zna što bi rekao, neovisno o prihvaćanju Paracelzusa tvrdnje da su *sve tvari otrovi, samo ovisi o dozi*.

Pozitivan doprinos otkrića i dostupnosti brojnih lijekova nedvojbeno je podigao kvalitetu života i produljio život, ne umanjujući evidentan doprinos i javnozdravstvenih, zdravstveno ekoloških i epidemioloških preventivnih mjera, kao i općeg ekonomskog i društvenog napretka. Toga je svjesna većina

ispitanika, time da tek 7,4% njih smatra da **svijet bi bio bolji da nema farmaceutske industrije**, što je manje nego u općoj populaciji - 12% (Gfk, 2011). Suprotno očekivanom temeljem odgovora iskazanih na prethodnom pitanju, gotovo polovina ispitanika ne zna ili se ne slaže s tvrdnjom da su usprkos propustima i pogreškama **farmaceutska industrija ipak napravila više dobra nego lošeg** s čime se složilo 44,4% i u potpunosti složilo 6,7% ispitanika. Zabilježeni postotak niži je od postotka od 63% dobivenog u općoj populaciji (Gfk, 2011).

- Prikriveni i otvoreni marketing vs. racionalne farmakoterapije

Nedvojbeno je svaki posjet stručnog suradnika farmaceutske tvrtke liječniku u konačnici namijenjen povećanju prodaje asortimana te tvrtke. Pri tome su farmaceutske tvrtke sve agresivnije i beskrupuloznije, što nije izmaklo zapažanjima medicinskih sestara kojih čak 66,6% smatra da **farmaceutske tvrtke**

Kade se sve uzme u obzir, farmaceutske tvrtke su napravile u svijetu više dobrog nego lošeg

	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	1,0	0,9	12,0	10,3	42,0	36,2	53,0	45,7	8,0	6,9	116
m	0,0	0,0	2,0	10,5	9,0	47,4	7,0	36,8	1,0	5,3	19
ukupno	1	0,7	14	10,4	51	37,8	60	44,4	9	6,7	135

Farmaceutske tvrtke vrše pritisak na liječnike da propisuju više lijekova da nego je potrebno

	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	0,0	0,0	9,0	7,8	27,0	23,3	44,0	37,9	36,0	31,0	116
m	0,0	0,0	2,0	10,5	7,0	36,8	8,0	42,1	2,0	10,5	19
ukupno	0	0,0	11	8,1	34	25,2	52	38,5	38	28,1	135

Znam za slučajeve kada su liječnici od farmaceutske tvrtke primali darove kao poticaj za propisivanje određenih lijekova

	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	3,0	2,6	9,0	7,8	33,0	28,4	37,0	31,9	34,0	29,3	116
m	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	21,1	8,0	42,1	7,0	36,8	19
ukupno	3	2,2	9	6,7	37	27,4	45	33,3	41	30,4	135

Kongresi zdravstvenih radnika sa sponzoriranim predavanjima su marketinški trik i stručno neopravdana

	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	1,0	0,9	21,0	18,1	44,0	37,9	31,0	26,7	19,0	16,4	116
m	0,0	0,0	3,0	15,8	6,0	31,6	7,0	36,8	3,0	15,8	19
ukupno	1	0,7	24	17,8	50	37,0	38	28,1	22	16,3	135

vrše pritisak na liječnike da propisuju više lijekova nego je potrebno. Zanimljivo je da niti jedan ispitanik nije odbacio tu tvrdnju u potpunosti. Taj postotak je značajno viši nego postotak zabilježen u općoj populaciji u kojoj se s postojanjem pritiska na liječnike slaže 46% ispitanika (GfK, 2011).

Sukladno stavu izraženom na prethodnom pitanju, ponovno gotovo 2/3 ispitanika (63,7%) zna ili je svjedočilo slučajevima liječničkog primanja darova od strane farmaceutskih tvrtki kao zahvalu ili poticaj za propisivanje određenih lijekova. Javna je tajna da pokloni proporcionalno rastu u vrijednosti s vrijednošću propisanih lijekova, pri čemu su *cvijeće i blokovi postali stvar prošlosti i zamijenjeni skupim parfemima, vrhunskim alkoholnim pićima, nakitom, jazz festivalima i vrijednim umjetničkim djelima* (Virapen, 2010. str.67), putovanjima i usavršavanjima. Kako ističe dugogodišnji čelnik jedne od najprestižnijih farmaceutskih svjetskih tvrtki *“pokloni ne samo da prelaze granicu uobičajenog poslovnog dara nego i granicu dobrog ukusa. Poklanjaju se tako, točno po specificiranim, od tvrtki propisanim obrascima, dimljene šunke, kobasice, mikseri, bijela tehnika, bonovi trgovačkih lanaca, telefonski bonovi i drugo. Putuje se na egzotične i manje egzotične destinacije, često samo nominalno povezane s nekim stručnim događanjem. Putuju navodni sudionici, navodnih manifestacija, supružnici, djeca, ljubavnice, gosti znani i neznani, a sve na teret od ionako premalenog zdravstvenog novca”* (Naletilić, 2009).

“Kad govorimo o korupciji u zdravstvu, jest da nje sigurno ima. Ima je manje nego što ljudi misle, ali je ima puno više nego što to pokazuje broj osuđujućih presuda. I naravno, korupcija u zdravstvu nisu samo plave kuverte liječnicima. Korupcija u zdravstvu je puno širi pojam. Nekada je puno opasnija

akademska korupcija u zdravstvu”, a jedan od vidova takvog oblika korupcije je i kongresni turizam (Jovanović, 2010). Naime, kongrese **zdravstvenih radnika koje u potpunosti sponzoriraju farmaceutske tvrtke kao marketinškim trikom** ispravno procjenjuje 41,3% ispitanika, iako sami na njima rijetko sudjeluju. Naručena predavanja kojima je cilj perfidna promocija vlastitog proizvoda dodatno se osnažuju društvenim programom za sudionike kojeg u pravilu plaća farmaceutska tvrtka, iako u recesiji doprinosi nisu tako izdašni.

Ne samo marketinški agresivni pristup, već i sumnja u etičnost poslovanja i poštivanje zakonskih normi, dodatno osnaženi medijskom snažnom prezentacijom teorije zavjere o “farmaceutskoj mafiji” rezultiralo je podatkom da tek 16,3% ispitanika vjeruje da **većina farmaceutskih tvrtki poštuje etičke i zakonske propise**. Taj postotak je daleko niži od postotka u općoj populaciji u kojoj je dobiveno 49% (GfK, 2011).

Povjerenje u učinkovitost vs. skeptičnost prema utemeljenosti djelovanja

Iako dio pripadnika medicinskog establishmenta kritički otvoreno progovara o etičkim i znanstvenim nedorečenostima farmakoloških istraživanja uobličanim u tvrdnju da je **učinkovitost lijekova uglavnom bazirana na istraživanjima sumnjive kvalitete**, koje podupiru podatkom da čak 80% istraživanja plaća ili sponzorira farmaceutska industrija, te da se 4 - 5 puta više objavljuju pozitivni rezultati istraživanja od negativnih uz svjesnu manipulaciju podacima, o čemu većina ispitanika nema jasan stav (59,3%), dok ih se tek 21% s time slaže.

Suradnja između medicinskih sestara i liječnika kao osnovnog tima u zdravstvu mora biti teme-

Vjerujem da većina farmaceutskih tvrtki poštuje stroge etičke i zakonske propise											
	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	9,0	7,8	43,0	37,1	45,0	38,8	18,0	15,5	1,0	0,9	116
m	3,0	15,8	6,0	31,6	7,0	36,8	3,0	15,8	0,0	0,0	19
ukupno	12	8,9	49	36,3	52	38,5	21	15,6	1	0,7	135

Učinkovitost lijekova uglavnom je bazirana na istraživanjima sumnjive kvalitete											
	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	1,0	0,9	23,0	19,8	67,0	57,8	16,0	13,8	9,0	7,8	116
m	0,0	0,0	3,0	15,8	13,0	68,4	2,0	10,5	1,0	5,3	19
ukupno	1	0,7	26	19,3	80	59,3	18	13,3	10	7,4	135

ljena na međusobnom uvažavanju i iskrenom povjerenju. Temeljni društveni interes, svrha i smisao javnog zdravstva je briga za društvenu razinu zdravlja. U koruptivnom sustavu ta se briga iznevjerava zbog profita i osobne koristi. S obzirom na posebno mjesto zdravlja u čovjekovoj hijerarhiji vrijednosti, nepovjerenje se vrlo brzo prenosi i na ostale sustave i druge "institucije sistema". Iskonski sklad i povjerenje narušilo je djelovanje farmaceutskih tvrtki, budući da samo 46,6% medicinskih sestara smatra da **liječnik neovisno o utjecaju farmaceutskih tvrtki radi najbolje za pacijenta**. U općoj populaciji povjerenje u liječnika je višestruko veće i iznosi 70% (GfK, 2011). Očekivanih 20% medicinskih sestara kritički se odnosi prema radu liječnika i smatra da pod utjecajem farmaceutskih tvrtki gube iz fokusa najbolji interes pacijenta. Činjenica da svaki treći ispitanik (32,6%) nema jasan stav o tom pitanju ostavlja velik prostor za budući rad na izgrađivanju i vraćanju povjerenja u neovisnost i autonomiju i kvalitetu liječničkih odluka. Snažan doprinos vraćanju povjerenja i reguliranju ponašanja na tržištu pridonosi i Kodeks o ponašanju u promidžbi lijekova kojim se osigurava da se promoviranje lijekova i cjepiva zdravstvenim djelatnicima, stručnom i administrativnom osoblju te širokoj javnosti provodi na odgovoran, etičan, profesionalan i zakonit način. Dodatni doprinos predstavlja i prihvaćanje Ugovora o etičkom oglašavanju HZZO-a kojim se potiče i osnažuje dodatna regulacija etičnosti u promociji lijekova, primjenjivost ugovora i na inovativne i na generičke kompanije koje potpišu ugovor, inovativnost u regulaciji etičnosti promocije (Hrvatska je prva zemlja s ovakvim ugovorom) te transparentnost u interakcijama nositelja odobrenja sa zdravstvenim djelatnicima i udrugama pacijenata.

Zaključno, pored 20% skeptika, ipak 2/3 ispitanika (65,1%) temeljem stečenog znanja, iskustva i formiranih stavova smatra da bi **ljudi umirali od izlječivih bolesti da nema farmaceutskih tvrtki**, odnosno uvažavaju javnozdravstveno uvjerenje da bi se smrtnost u svijetu danas zahvaljujući raspoloživim lijekovima mogla drastično smanjiti, pri čemu nije problem nedostatak znanja i lijekova već njihova nedostupnost. U općoj populaciji postotak onih koji se slažu s tako formuliranom tvrdnjom je još veći – 71% (GfK, 2011). Skepticima ostaje za kraj uzrečica koju je *don Kačunko napisao na svojem blogu da je 'Medicina toliko napredovala da je za svaki lijek pronađena bolest!'*

ZAKLJUČAK

Istraživanje u cjelini donosi vrlo intrigantne spoznaje o mišljenju i stavovima medicinskih sestara o farmaceutskim tvrtkama koji su posebno zanimljivi kad se usporede s rezultatima srodnog istraživanja provedenog 2011 (GfK, 2011). Usporedbom naših rezultata s stavovima dobivenim na uzorku opće populacije može se jasno uočiti da su statistički značajno medicinske sestre u odnosu prema ispitanicima iz opće populacije kritičnije pri procjeni partikularne korporativne koristi u odnosu na djelovanja za opće dobro kod farmaceutskih tvrtki, budući da čak njih 82,2% u odnosu na 54% ispitanika u općoj populaciji smatra da farmaceutska industrija generalno misli samo na svoju korist. Istovremeno, medicinske sestre vrlo su sumnjičave prema zakonitosti i etičnosti rada farmaceutskih tvrtki, budući da samo njih 16,3% u odnosu na 49% ispitanika u općoj populaciji vjeruje da većina farmaceutskih tvrtki poštuje stroge etičke norme i zakonske propise. Viši postotak medicinskih sestara

Bez obzira na farmaceutske tvrtke, moj liječnik radi ono što je najbolje za pacijente											
	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	3,0	2,6	23,0	19,8	37,0	31,9	42,0	36,2	11,0	9,5	116
m	0,0	0,0	2,0	10,5	7,0	36,8	8,0	42,1	2,0	10,5	19
ukupno	3	2,2	25	18,5	44	32,6	50	37,0	13	9,6	135

Da nema farmaceutskih tvrtki ljudi bi umirali od izlječivih bolesti											
	Uopće se ne slaže		Ne slaže se		Ne zna		Slaže se		U potpunosti se slaže		ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ž	3,0	2,6	22,0	19,0	19,0	16,4	53,0	45,7	19,0	16,4	116
m	0,0	0,0	1,0	5,3	2,0	10,5	7,0	36,8	9,0	47,4	19
ukupno	3	2,2	23	17,0	21	15,6	60	44,4	28	20,7	135

nego u općoj populaciji osuđuje nemoralnost bogaćenja farmaceutskih tvrtki na račun bolesnih (83,7 % / 71%). Medicinske sestre značajno manje vjeruju domaćim farmaceutskim tvrtkama nego ispitanici u općoj populaciji (24,4% / 49%), ali pri tome ne smatraju značajnije više da su i proizvodi stranih kompanija bolji od domaćih (10,4% / 22%). Znatno boljim vrednuju originalni lijek u odnosu na generike nego ispitanici u općoj populaciji (65,2% / 57%), i dvostruko manje ih vjeruje da su lijekovi koje propisuju liječnici više korisni nego štetni (20,7% / 50%). Medicinske sestre imaju puno kritičniji stav o marketinškom pritisku farmaceutskih tvrtki na liječnike, prepoznajući jasnije prikriveni i otvoreni marketing, budući da njih 66,6% u odnosu na 46% u općoj populaciji smatra da farmaceutske tvrtke vrše pritisak na liječnike da propisuju više lijekova. Istovremeno njih 74,8% u odnosu na 53% u općoj populaciji smatraju da su farmaceutske tvrtke vođene profitom u stanju ugroziti zdravlje ljudi. Iz toga proizlazi i podatak o preko 25% medicinskih sestara koje metode alternativne medicine pretpostavljaju farmaceutskim lijekovima. Rezultanta navedenih stavova je značajnije niže uvjerenje u doprinos farmaceutskih tvrtki opstanku i napretku čovječanstva, jer samo njih 51,1% u odnosu na 63% ispitanika u općoj populaciji smatra da su kad se uzme sve u obzir farmaceutske tvrtke su napravile više dobrog nego lošeg. Nepovjerenje prema farmaceutskih tvrtkama prenosi se i na povjerenje u ispravnost rada liječnika, budući da samo 46,6% medicinskih sestara, u odnosu na čak 70% ispitanika iz opće populacije smatra da bez obzira na farmaceutsku industriju, liječnik radi ono najbolje za pacijente. Upravo nedostatak povjerenja u rad neposrednog suradnika u timu – liječnika, kao i metode njegovog rada – liječenje farmakoterapijom vrlo je zabrinjavajuće, tim više što su stavovi rezultat znanja, ali i osobnog iskustva. Jedan od načina mijenjanja stavova, posebice predrasuda je i raspolaganje točnim, nedvosmislenim i istinitim znanjem i informacijama. Cilj učinkovitog obrazovanje kojem težimo na ZVU je da naši studenti

sve stručne i medijski prezentirane informacije o (ne)učinkovitosti dostupnih lijekova i (ne)štetnosti metoda liječenja trebaju kritički razmatrati, te vođeni znatiželjnom skepsom i crvom sumnje trajno učiti i biti spremni na preispitivanje općeprihvaćenih spoznaja i na traženje novih rješenja i pristupa u medicini i životu uopće.

LITERATURA

1. Gajski, I. (2009) Lijekovi ili priča o obmani, Pergamena, Zagreb.
2. GfK Croatia. (2012) Stavovi građana prema farmaceutskim tvrtkama, (dostupno na: http://www.gfk.com/gfkcroatia/htdocs/public_relations/press/press_articles/008718/index.hr.html) (pristupljeno 18.1.2012.)
3. Lovrić, B. (2011) Svaki drugi Hrvat smatra da je većina lijekova otrov koji treba izbjegavati, Poslovni savjetnik, (dostupno na: <http://www.poslovni-savjetnik.com>) (pristupljeno 18.1.2012.)
4. Gorjanovski, D., Gajski, L., Škaričić, N., Sladoljev, S., Marušić, M. (2010) Korupcija u hrvatskom zdravstvu, Zaklada Slagalica, Osijek.
5. Gorjanovski, D. Komercijalizacija zdravstva, (2010) JAHR, vol.2, broj 1, str 277-283.
6. Jovanović, Ž. (2010) Aktualni trenutak u Hrvatskom zdravstvu. JAHR, vol.2, broj 1, str 249.
7. Miliša, Z. Šutnja o farmaceutskoj mafiji, Poskok info, (dostupno na: http://www.poskok.info/index.php?option=com_content&view=article&id=31554:utnja-o-farmaceutskoj-mafiji&catid=97:novo&Itemid=221) (pristupljeno 18.1.2012.)
8. Naletilić, D. (2009) Gdje je etičnost u promociji lijekova? (dostupno na: http://www.cybermed.hr/osvrti/dario_naletilic_dr_med/gdje_je_etichnost_u_promociji_lijekova) (pristupljeno 18.1.2012.)
9. Virapen, J. (2010) Nuspojava: smrt. Ispovjedi farmaceutskog insajdera. Omega Lan, Zagreb.

PRIMJENA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U DOMOVIMA ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE

Sažetak

Gerijatrijska zdravstvena njega u Domovima za starije i nemoćne osobe je specifična, te zahtjeva uvođenje novih modela u sestrinskoj dokumentaciji, te primjeni procesa zdravstvene njege.

Osnova u procesu zdravstvene njege je SESTRINSKA DOKUMENTACIJA koja je neophodna za svakog korisnika. Uvođenjem sestrinske dokumentacije u Domove za starije i nemoćne prvenstveno ima za cilj poboljšati kvalitetu pruženih usluga. Sastavljena je sukladno procesu zdravstvene njege na način da medicinske sestre sukladno kompetencijama procjenjuju stanje korisnika te na osnovu procjene dijagnosticiraju problem i određuju količinu sestrinske skrbi prema individualnim potrebama korisnika. Predviđena je za upotrebu u svakodnevnom radu. Sestrinska dokumentacija pruža sestrama jednu novu dimenziju, a to je SESTRINSTVO – ZDRAVSTVENA NJEGA TEMELJENA NA DOKAZIMA.

Za provedbu četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom uključeni su svi Domovi za starije u gradu Zagrebu i pojedini privatni Domovi po županijama Hrvatske. Početak je bio veliki izazov sa puno prepreka koje se nastojalo rješavati u hodu a sve u cilju poboljšanja kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege.

Ključne riječi: gerijatrijska zdravstvena njega, Dom za starije nemoćne, provedba sestrinske dokumentacije.

Uvod

Pristup zaštiti starijih ljudi je cjelovit (holistički pristup) i osigurava unapređivanje svih oblika zdravstvene skrbi: od prevencije (sprečavanja), dijagnostike (otkrivanja), liječenja do rehabilitacije i evaluacije (fizičke, psihičke, socijalne) funkcionalno onespособljenih starijih ljudi.

Republika Hrvatska s postotkom od 17,1 (statistika iz 2004.) starijih ljudi od 65 godina suočena je s izazovom planiranja društvenog razvoja.

Standardi zdravstvene njege općenito su važeće i prihvaćene norme koje definiraju područje zadaća (djelovanja) i kvalitetu zdravstvene njege. Standardi zdravstvene njege utvrđuju usluge s obzirom na područje djelatnosti, koje bi stručni djelatnici trebali općenito pružati u konkretnoj situaciji i opisuju kako bi usluga trebala izgledati.

U republici Hrvatskoj dosadašnja praksa ukazuje da se ne primjenjuju standardi/modeli gerijatrijske zdravstvene njege na razini primarne zdravstvene zaštite. Obzirom da je standard gerijatrijske zdravstvene njege važan instrument poboljšanja kvalitete skrbi starih ljudi, ukazala se potreba izrade istih. Kako bi se mogla evaluirati provedba gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije bilo je nužno izraditi sestrinsku dokumentaciju za gerijatrijskog bolesnika. Stoga je Referentni centar MZISS RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, u suradnji s HKMS te Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu, Katedrom za obiteljsku medicinu, HDZGIGHLZ-a, izradio je **Program primjene 4. stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe, primjenom specifične primarne zdravstvene zaštite za gerijatrijske bolesnike.**

U prosincu 2009. godine **Hrvatska komora medicinskih sestara** donosi potvrdu o prihvaćanju **sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe, kao standard Hrvatske komore medicinskih sestara sukladno članku 27. stavak 1. t.4. Zakona o sestrinstvu („Narodne Novine” broj 121/03 i 117/08).**

Za provedbu uključeni su svi Domovi za starije u gradu Zagrebu i pojedinim privatnim Domovima po županijama Hrvatske. Strategija planiranja započeta je sa definiranjem odgovora na neka tehnička ali i kadrovska i druga pitanja kao što su:

- **POTICAJ I MOTIVACIJA** (ogromnu dokumentaciju učiniti prihvatljivom – najprije odabir lakših lista, te listu po listu itd)

- OSNIVANJE TIMOVA (odabir voditelja, koristili smo pozitivna razmišljanja pojedinaca koji su pomagali u motivaciji drugih)
- INDIVIDUALNA EDUKACIJA (osobe s više znanja prenosile i educirale one s manje znanja)
- GRUPNA EDUKACIJA (unutar i izvan Doma)
- RAZUMJEVANJE RAVNATELJA (velika potpora i podrška)
- CENTAR ZA GERONTOLOGIJU ZAVODA ZA JAVNO ZDRAVSTVO GRADA ZAGREBA (stručna pomoć i podrška)
- FINANCIJSKA POTPORA GRADA ZAGREBA (izrada sestrinske dokumentacije jednim dijelom u elektronskom obliku)
- NABAVA RAČUNALA
- IZMJENA ISKUSTAVA, KORIŠTENJE POSTOJEĆEG ZNANJA
- TRAJNA EDUKACIJA
- STALNO ISTICANJE VAŽNOSTI VOĐENJA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

Nakon velikog, sustavnog i dugotrajno uloženog truda danas u Domu se provodi sestrinsku dokumentaciju dijelom u elektronskom obliku, a dijelom u pisanom obliku.

Dijelovi/liste sestrinske dokumentacije u elektronskom obliku su:

- *MATIČNI OBRAZAC* (sadržava osobne podatke o korisniku, odabranom liječniku, skrbnicima itd.)
- *BIOGRAFIJA KORISNIKA* (popunjavamo kod dolaska korisnika u Dom; podatke uzimamo od korisnika ili rodbine)
- *SESTRINSKA ANAMNEZA, FIZIKALNI PREGLED I SESTRINSKE DIJAGNOZE* (upisujemo kod dolaska korisnika u Dom - evidencija stupnja samostalnosti i ostali anamnestički podaci po listi)
- *PLAN PROCESA ZDRAVSTVENE NJEGE*
- *BORAVCI U BOLNICI*
- *ORTOPEDSKA POMAGALA*
- *SESTRINSKE INTERVENCIJE* (svakodnevna evidencija kupanja korisnika, promjena peleta, uložaka, brijanja, vrijednosti GUK-a, krvnog tlaka, pulsa, tjelesne temperature, izlučevine, primjena parenteralne terapije, inzulina, promjena kanile, stome, katetera, sonde, previjanja, promjena položaja..)
- *TRAJNO PRAĆENJE POSTUPAKA* (upisuju se medicinsko – tehnički i dijagnostički postupci

koji su ordinirani, planirani i obavljeni tijekom boravka u Domu i hospitalizacije)

- *KATEGORIZACIJA KORISNIKA* (kroz četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege).

Dijelovi/liste sestrinske dokumentacije u pisanom obliku su:

- *TERAPIJSKA LISTA* (uz potpis liječnika koji ordinira terapiju i medicinske sestre koja daje terapiju)
- *BRADEN LJESTVICA ZA PROCJENU DEKUBITUSA*
- *LISTA PRAĆENJA DEKUBITUSA*
- *PROTOKOL PREHRANE*
- *OBRAZAC ZA PREVENCIJU PADA*
- *IZVIJEŠĆE O INCIDENTU*
- *PROCJENA BOLI*
- *UNOS I IZUČIVANJE TEKUĆINE*
- *TRAJNO PRAĆENJE STANJA KORISNIKA*
- *SESTRINSKO OTPUSNO PISMO*
- *LISTE GERIJATRIJSKE NJEGE*

Svi elektronski pohranjene informacije (sestrinske liste) pružaju mogućnost evaluacije za određene kategorije, u određenom vremenskom razdoblju, za pojedinog korisnika ili grupe korisnika i sl..

Najčešće prepreke pri planiranju i uvođenju sestrinske dokumentacije u domu su sljedeće: otpor pri uvođenju novog načina rada, drugačiji pristup dosadašnjem radu, tehnički nedostaci, nedostatak stručnih djelatnika ili znanja, nerazumijevanje medicinskih sestara za potrebom, uvođenja sestrinske dokumentacije, nepoznavanje rada na računalu, različitost timova (sestre i njegovateljice), isključenost pojedinih članova tima, nedostatak vremena, nedostatak motivacije te manjak osoblja.

Zaključak

Primjena sestrinske dokumentacije za pružanje gerijatrijske zdravstvene njege u Domovima za starije i nemoćne omogućava praćenje kvalitete i količine provedenih postupaka, praćenje stanja korisnika, unapređuje kvalitetu zdravstvene njege i povećava zadovoljstvo korisnika, pruža osnove za edukaciju medicinskih sestara i omogućava sestrinska istraživanja.

Svaki postupak je evidentiran i potpisan (za što su medicinske sestre pokazale veliku motiviranost), osiguravaju pravnu zaštitu te bolju ekonomsku kontrolu.

Uvođenje sestrinske dokumentacije u početku je bio dodatni posao za medicinske sestre, a danas i same opisuju kao olakšanje u radu.

Nakon uvođenja sestrinske dokumentacije došlo se do zaključka da medicinska sestra u Domu ima veliku i zahtjevnu ulogu - zadovoljiti potrebe korisnika obzirom na dobivenu kategorizaciju kroz četiri stupnja gerijatrijske njege. Zaključno se može reći da se primjenom standardizirane sestrinske dokumentacije za pružanje gerijatrijske zdravstvene njege, postiglo zadovoljstvo korisnika i stručnih djelatnika, a uvođenje softverskog sistema uvelike doprinosi boljoj kvaliteti vođenja sestrinske doku-

mentacije. Jednako tako ovakav način vođenja sestrinske dokumentacije također je pokazao da zahtjeva veći broj medicinskih sestara od postojećeg broja zaposlenih.

Literatura

1. Spomenka Tomek Roksandić i suradnici; Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u Domu Za starije osobe; ZZJZ Centar za gerontologiju, Zagreb 2011.

UTJECAJ TEMPERATURE VODE ZA REHIDRATACIJU NA UDIO MIKROELEMENATA U ZAMJENSKOJ HRANI ZA DOJENČAD

SAŽETAK

Kako temperatura vode korištene za rehidraciju proizvoda navodno može imati negativan utjecaj na nutritivni sastav hrane, ispitan je utjecaj različitih temperatura na mikroelementarni sastav. Korištene su temperature pripreme obroka prema uputi proizvođača i ESPGHAN (<50°C) i prema preporuci SZO (70°C) za sigurnu pripremu obroka za dojenčad. Ovim istraživanjem dokazano je da temperatura vode za rehidraciju ne utječe na udjel ispitivanih elemenata, što pokazuje da se preporuka WHO o sigurnoj pripremi obroka može i mora koristiti bez bojazni da će korištenje vode više temperature uzrokovati smanjenja udjela mikroelemenata, uz istovremenu osiguranu zaštitu dojenčadi od infekcije *E. sakazakii*, što je posebno važan podatak patronažnim sestrama na terenu u uvjetima s nižim sanitarno higijenskim prilikama.

Ključne riječi: hrana za dojenčad, mikroelementi, dnevni unos, temperatura, ICP -MS

UVOD

Dojenje je najbolji oblik prehrane djeteta u prvih 6 mjeseci života, kojim se osigurava sigurno preživljavanje, rast i razvoj, stimulira imunološki sustav i štiti organizam od diareje i akutnih respiratornih infekcija, koji su dva vodeća uzroka smrti dojenčadi u zemljama u razvoju (Unicef 2006), a temeljem čega je i Svjetska zdravstvena organizacija (*World Health Organisation*-WHO) donijela preporuku o prehrani dojenčadi temeljenoj na isključivom dojenju tijekom prvih 6 mjeseci života (WHO, 2002). Najnoviji podaci pokazuju da je najveći postotak djece koja su isključivo dojena kroz prvih 6 mjeseci u Azijsko-pacifičkoj regiji (41%), dok je najniži u Zapadno- centralnoj afričkoj regiji (20%), što znači da je većina djece hranjena zamjenskom, industrijski pripremljenom hranom. Osim neadekvatnog udjela mikroelemenata, dodatan negativan

utjecaj može imati i temperatura pripreme obroka. Potaknuta slučajevima smrtonosnih infekcija bakterijom *Enterobacter sakazakii*, Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) donijela je vodič za sigurnu pripremu dojenačkih zamjenskih mlijeka i pohranu pripremljene hrane, u kojem se preporučuje priprema zamjenskih mlijeka prokuhanom vodom ohlađenom na temperaturu većoj od 70°C, kako bi se izbjegla mogućnost infekcija i osigurala visoka sigurnost za dojenčad (WHO, 2006, FAO/WHO, 2007). Naime, u literaturi se navodi smrtnost čak do 80% (Van Acker et al., 2001), a pod najvećim je rizikom dojenčad starosti do 2 mjeseca, međutim i starija dojenčad također može biti pogođena infekcijama (EFSA, 2004). Kako je *E. sakazakii* relativno rezistentan na temperaturu, inaktivirati se može tek primjenom temperature iznad 60°C (Edelson-Mammel i Buchanan, 2004). To je izazvalo reakciju Europskog udruženja za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu (European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition- ESPGHAN), koje je izrazilo neslaganje s takvom preporukom, budući da ta temperatura može utjecati na smanjenje nutritivne vrijednosti hrane za dojenčad, što za pothranjenu djecu u siromašnim regijama može, pokaže li se točnim, imati dodatni negativni utjecaj (ESPGHAN, 2004). Dobro je poznato da termička obrada, odnosno pasterizacija mlijeka, utječe na destrukciju vitamina (Romeu-Nadal et al., 2008; Ribeiro et al., 2001), deaktivaciju lipaze (Herzallah et al., 2005), sastav proteina (Yuksel i Erdem, 2005; Braga i Palhares, 2007) i smanjenje udjela kalcijevih soli (Lepri et al., 1997). Međutim, samo nekoliko studija bavilo se utjecajem pasterizacije na udjel minerala i oligoelemenata. U literaturi se navode podaci o smanjenju koncentracije selena te promjeni u distribuciji Zn u različitim frakcijama mlijeka sa smanjenjem u serumu (Alaejos i Romero, 1995).

Rezultati tih istraživanja ukazuju na to da primjena temperature iznad 60°C može imati za posljedicu smanjenje udjela elemenata u tragovima u mlijeku, što je iznimno važno kod dojenčadi, budući da im je mlijeko u prvih šest mjeseci jedini izvor nutrijenata, a u drugoj polovici prve godine života čini i dalje glavnu komponentu prehrane. Istovremeno, na taj način povećava se rizik od infekcije *E. sakazakii*, što je posebno važno na terenu u uvjetima s nižim sanitarno higijenskim prilikama. Međutim podaci o smanjenju količine mikroelemenata nisu do kraja potvrđeni, što patronažne sestre ostavlja u dvojbi u situacijama kada ih majke na terenu traže stručno mišljenje: izbor između pragmatičnog miješanja mliječnih formula s mlakom vodom i rizika oko mogućeg nedjelovanja na potencijalne patogene mikroorganizme ili korištenja vruće vode na temperaturama višim od temperature pasteurizacije, a koja prema nekim podacima može "uništiti" ili smanjiti količinu neophodnih nutrijenata. Zbog toga je na poticaj patronažnih sestara i upita iz kliničke i terenske prakse bilo nužno potražiti znanstveno utemeljene odgovore.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Pripremom obroka na dva načina: prema preporukama proizvođača i sukladno tradicionalnoj praksi korištenja mlake vode te prema uputama WHO korištenjem vode temperature više nego što je temperatura pasteurizacije, procijenit će se utjecaj različitih temperatura pripreme na mikroelementarni sastav, s ciljem dobivanja vrijednih podataka o utjecaju temperature pripreme obroka na mikroelementarni sastav, do sada nepoznatih u literaturnim navodima, čime će se dati značajan doprinos na području kvalitete dječje hrane što može poslu-

žiti kao podloga za donošenje preporuka vezanih za postizanje optimalne prehrane dojenčadi u krajevima s nižim sanitarno higijenskim standardom, hranjene komercijalnim pripravicima.

MATERIJAL I METODE

Istraživanjem je obuhvaćeno 76 uzoraka hrane za dojenčad u praškastom obliku, dostupnih na tržištu u trgovinama i ljekarnama te sakupljenih u razdoblju od 2010.-2011. godine. Od ukupnog broja uzoraka, 22 uzorka pripadaju grupi početne hrane za dojenčad, 25 prijelaznoj hrani za dojenčad, a 29 uzoraka hrane za dojenčad na bazi žitarica.

Nakon rehidracije uzoraka deioniziranom vodom i mokrog spaljivanja uz mikrovalnu razgradnju korištenjem aparata ANTON PAAR- MULTIWAVE 3000 po standardnoj metodi (Nardi et al., 2009), analizirani su elementi u tragovima tehnikom ICP-MS na uređaju ICP-MS Perkin Elmer (induktivno spregnuta plazma-masena spektrometrija - engl. *Inductively Coupled Plasma – Mass Spectrometry*) po standardnoj metodi (Thomas, 2001).

Za rehidraciju se koristila deionizirana voda. Svi obroci pripremani su vodom temperature preporučene od strane proizvođača, 37-50°C te vodom temperature >70°C prema preporuci FAO/WHO iz 2007., radi provjere utjecaja temperature na sastav. U daljnjem tekstu slovom "a" označeni su uzorci pripremljeni prema uputi proizvođača, a slovom "b" oni prema preporuci FAO/WHO.

Za statističku obradu podataka korišten je programski paket MINITAB 14. Nakon provjere normalnosti distribucije podataka, korišteni su statistički testovi ANOVA i Kruskal-Wallis test. Dobivene p-vrijednosti ispod 0,05 smatrane su statistički značajnima u svim analizama.

Tablica 1: Deskriptivna statistika rezultata udjela mikroelemenata u početnoj hrani za dojenčad

Element	Temp. vode za rehidrat. a-50C b-70C	N	Sr. vrij.	SD	Minimum	Maksimum	Percentili		
							25-tni Kvartil Q1	50-tni k. (medijan) Q2	75-tni Kvartil Q3
Fe (mg/L)	a	22	6,31	1,64	4,51	10,45	4,94	5,58	7,53
	b	22	5,92	1,45	4,35	8,47	4,71	5,22	7,20
Cu (µg/L)	a	22	401,40	98,75	278,22	607,11	336,32	365,21	468,35
	b	22	415,70	100,41	288,51	627,83	331,21	394,51	477,61
Zn (mg/L)	a	22	5,92	1,28	4,08	8,50	4,70	5,74	6,76
	b	22	5,51	1,358	3,49	8,35	4,29	5,27	6,56
Mn (µg/L)	a	22	149,02	104,61	56,55	456,76	77,10	107,31	160,31
	b	22	146,71	97,52	70,81	494,56	90,50	115,82	169,34
Se (µg/L)	a	22	12,97	7,13	2,30	37,50	8,87	12,31	15,29
	b	22	12,28	4,78	2,02	20,92	8,60	12,66	15,27

REZULTATI

Deskriptivna statistika rezultata udjela mikroelemenata u analiziranoj početnoj i prijelaznoj hrani za dojenčad te hrani za dojenčad na bazi žitarica prikazana je u **Tablicama 1. - 3.**

Rezultati dobiveni rehidracijom vodom temperature niže od 50°C, uspoređeni su s onima dobivenim rehidracijom vodom na temperaturi na 70°C, a statističkom obradom pokazano je da nema statistički značajnog smanjenja koncentracije mikroelemenata niti za jedan ispitani parametar. Izračunate p-vrijednosti za usporedbu utjecaja tempe-

rature na udio analiziranih elemenata prikazane su u Tablici 4.

DISKUSIJA

Kontaminacija adaptiranog mlijeka patogenim mikroorganizmima *Enterobacter sakazakii* i *Salmonella enterica* može biti uzrok infekcija kod dojenčadi, s ozbiljnim posljedicama koje mogu dovesti čak i do smrti. Unos kontaminirane hrane može dovesti do sepse, meningitisa, nekrotizirajućeg enterokolitisa te neuroloških oštećenja. Zbog svoje raširenosti u proizvodnim pogonima, prisutnost i rast

Tablica 2: Deskriptivna statistika rezultata udjela mikroelemenata i kontaminanata u prijelaznoj hrani za dojenčad

Element	Temp. vode za rehidrat. a-50C b-70C	N	Sr. vrij.	SD	Min.	Maks.	Percentili		
							25-tni Kvartil Q1	50-tni k. (medijan) Q2	75-tni Kvartil Q3
Fe (mg/L)	a	25	8,95	2,14	5,01	13,53	7,23	9,19	10,06
	b	25	8,81	2,31	5,03	13,75	6,96	8,85	10,14
Cu (µg/L)	a	25	361,32	81,71	263,71	537,66	281,45	328,53	435,07
	b	25	365,80	72,13	251,82	525,74	304,55	363,43	402,34
Zn (mg/L)	a	25	6,53	1,24	4,50	9,15	5,70	6,22	7,67
	b	25	5,89	1,26	3,87	8,25	4,73	5,84	6,87
Mn (µg/L)	a	25	118,70	47,39	58,89	235,08	80,21	109,19	146,87
	b	25	119,81	54,18	61,82	283,54	74,54	108,56	149,87
Se (µg/L)	a	25	14,47	6,98	6,08	37,50	9,50	12,54	17,98
	b	25	13,74	5,65	5,05	30,55	9,83	12,75	16,65

Tablica 3: Deskriptivna statistika rezultata udjela mikroelemenata i kontaminanata u hrani na bazi žitarica

Element	Temp. vode za rehidrat. a<50C b>70C	N	Sr. vrij.	SD	Minimum	Maksimum	Percentili		
							25-tni Kvartil Q1	50-tni k. (medijan) Q2	75-tni Kvartil Q3
Fe (mg/L)	a	29	11,03	7,23	3,57	36,86	6,55	8,55	12,36
	b	29	10,44	6,92	3,61	35,25	6,20	8,74	11,55
Cu (µg/L)	a	29	351,71	186,78	73,93	731,03	222,24	289,52	478,07
	b	29	354,11	190,67	61,12	742,11	232,91	300,91	509,34
Zn (mg/L)	a	29	7,37	1,76	2,97	9,84	6,74	7,66	8,72
	b	29	6,99	1,69	2,45	9,22	6,01	7,29	8,42
Mn (µg/L)	a	29	763,21	693,12	187,19	3366,09	434,08	520,43	811,15
	b	29	781,12	759,32	165,31	3627,11	445,03	555,44	769,74
Se (µg/L)	a	29	17,31	9,59	4,28	40,54	9,81	13,96	24,43
	b	29	16,49	8,85	4,40	37,82	9,74	13,23	23,93

Tablica 4: Izračunate p-vrijednosti za usporedbu utjecaja temperature na udio analiziranih elemenata

	Fe	Zn	Cu	Mn	Se
p vrijednost	0,635	0,066	0,768	0,941	0,543

bakterije *E. sakazakii* je teže kontrolirati negoli onaj bakterije *Salmonella enterica*. Sposobnost *E. sakazakii* da raste u velikom temperaturnom rasponu od 5,5°C do 47°C, kao i činjenica da je pronađena u 5 od 16 kućanstava te u 8 od 9 tvornica hrane za dojenčad, pokazuje da je vrlo raširena (Kandhai et al., 2004). Rhodehamel je 1992. pokazao da je temperatura u kućnim frižiderima od 7-10°C, što pokazuje da se rast *E. sakazakii* nastavlja ukoliko se rehidrirana praškasta hrana pohrani u hladnjak. Kratko generacijsko vrijeme te sposobnost rasta i kod niskih temperatura u hladnjacima, čine prisutnost *E. sakazakii* u hrani za dojenčad vrlo kritičnim. Generacijsko vrijeme je 5 sati kod temperature od 10°C i samo 40 min kod 23°C te se kritičnim stoga smatra i primjena vruće vode za rehidrataciju te ostavljanje obroka da se polako hladi na sobnoj temperaturi (Nazarowec-White i Farber, 1997). Ključni savjeti epidemiologa za pripremu obroka za dojenčad su upotreba sterilnog pribora, pripremanje obroka neposredno prije hranjenja, rehidratacija praškastog proizvoda prokuhanom vodom temperature više od 70°C te brzo hlađenje na tjelesnu temperaturu prikladnu za hranjenje. Preostali dio obroka nakon korištenja treba baciti, jer može doći do kontaminacije tijekom hranjenja iz djetetovih usta, razmnožavanja postojećih bakterija u pripravku ili aktivacije spora prilikom uporabe vode temperature više od 70°C. Međutim, budući da stručne institucije nadležne za sigurnost hrane ESPGHAN (2004) i AFSSA (2005) upozoravaju da upotreba vode temperature veće od 70°C za rehidrataciju mliječnih formula može imati za posljedicu gubitak nutrijenata, što se može negativno odraziti na zdravlje dojenčadi, ovim istraživanjem provjeren je utjecaj različitih temperatura pripreme obroka na udio određivanih elemenata, na način da su se svi obroci hrane za dojenčad pripremali vodom dviju različitih temperatura. Dokazano je da, iako je primjetan niži prosječni udio Fe, Zn i Se kod primjene vode više temperature (**Tablice 1-3**), statistički ta razlika nije značajna (**Tablica 4**).

Razlog ovakvim rezultatima može biti taj da je u studiji koja je pokazala razliku u udjelu Fe, Cu i Zn u kolostrumu prije i poslije pasterezacije (Costa et al., 2003), korišteno neprocesirano mlijeko u kojem je, kako navode autori, mogući razlog smanjenja redistribucija elemenata u različitim frakcijama mlijeka i promjene u kompleksima u kojima su elementi vezani. Također je analizirani kolostrum bio prethodno zamrznut i za potrebe istraživanja odmrznut, što je moglo dodatno utjecati na fizikalno-

kemijske modifikacije sastava. Hrana za dojenčad analizirana u ovom istraživanju već je bila podvrgnuta procesiranju, odnosno termičkoj obradi, prilikom koje je već moglo doći do promjene u prirodi kompleksa i redistribuciji elemenata, što je moglo utjecati na to da ne dođe do daljnjih promjena primjenom povišenih temperatura tijekom pripreme proizvoda za konzumaciju.

Iz rezultata ovog istraživanja i na temelju sličnih istraživanja može se zaključiti da industrijska hrana za dojenčad koja je već prošla termičku obradu prilikom proizvodnje, kao i postupak sušenja koji dodatno utječe na smanjenje hlapivih spojeva (Foster et al., 1998), nije podložna daljnjem smanjenju udjela mikroelemenata prilikom pripreme obroka. Također, različitu podložnost utjecaju temperature imaju različiti kemijski oblici mikroelemenata pa je moguć različit utjecaj temperature na spojeve prisutne u majčinom ili kravljem mlijeku i na one kojima se obogaćuju adaptirana mlijeka, što umanjuje mogućnost dodatnog smanjenja udjela elemenata tijekom pripreme proizvoda za konzumaciju.

S ciljem osiguranja veće sigurnosti proizvoda za konzumaciju, proizvođači bi preporuku WHO trebali navoditi na deklaraciji proizvoda, što sada nije slučaj.

ZAKLJUČAK

Statistički nije potvrđen utjecaj temperature na smanjenje količine niti jednog analiziranog mikroelementa. Mogući razlog je taj što industrijska hrana za dojenčad tijekom proizvodnje prolazi termičku obradu koja je već mogla dovesti do smanjenja hlapivih spojeva te inducirati promjene u kompleksima u kojima su analizirani elementi vezani. Na temelju dobivenih rezultata može se zaključiti da se preporuka WHO o sigurnoj pripremi obroka može i treba koristiti bez bojazni da će korištenje vode više temperature uzrokovati smanjenja udjela mikroelemenata. S ciljem osiguranja veće sigurnosti proizvoda za konzumaciju, posebice u zemljama trećeg svijeta, proizvođači hrane za dojenčad trebali bi preporuku WHO navoditi na deklaraciji proizvoda, što sada nije slučaj.

LITERATURA

1. AFSSA (2005) Hygiene recommendations for the preparation, handling and storage of feeding bottles. (Dostupno na: www.sante.gouv.fr/htm/actu/biberon/rapport_afssa.pdf pristupljeno 15.12.2011.)

2. Alaejos, M.S., Romero, C.D. (1995) Selenium in human lactation. *Nutr. Rev.*, 53, 159-166.
3. Braga, P.M., Palhares, D.B. (2007) Effects of evaporation and pasteurisation on the biochemical and immunoglobulin composition of human milk. *J. Pediatr.*, 83 (1), 56-63.
4. Edelson-Mammel, S.G., Buchanan, R.L. (2004) Thermal inactivation of *Enterobacter sakazakii* in rehydrated infant formula. *J. Food Protect.*, 67, 60-63.
5. ESPGHAN Committee on Nutr. (2004) Preparation and Handling of Powdered Infant Formula: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutr.. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 39 (4), 320-322.
6. FAO/WHO (2007) Guidelines for the safe preparation, storage and handling of powdered infant formula. (Dostupno na: <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/index.html> pristupljeno 15.12.2011.)
7. Foster, L.H.; Sumar, F.C. (1996) Hydride generation atomic absorption spectrometric (HGAAS) determination of selenium in term and preterm infant formulae available in the United Kingdom. *Food Chem.*, 55, 293-298.
8. Foster, L.H., Sumar, F.C. (1998) The effect of heat treatment on intrinsic and fortified selenium levels in cow's milk. *Food Chem.*, 62, 21-25.
9. Herzallah, S.M., Humeid, M.A., Al-Ismail, K.M. (2005) Effects of heating on processing methods of milk and dairy products on conjugated linoleic acid and trans fatty acid isomers content. *J. Dairy Sci.*, 88, 1301-1310.
10. Kandhai, M.C., Reij, M.W., Gorris, L.G.M. (2004) Occurrence of *Enterobacter sakazakii* in food production environments and households. *J. Lancet*, 363, 39-40.
11. Lepri, L., Del Bubba, M., Maggini, R., Donzelli, G.P. (1997) Effects of pasteurisation and storage on some components of pooled human milk. *J. Chromatogr.*, 704, 1-10.
12. Nardi, E.P., Evangelista, F.S., Tormen, L., Curtius, A.J., Souza, S.S., Barbosa, F. (2009) The use of inductively coupled plasma mass spectrometry (ICP-MS) for the determination of toxic and essential elements in different types of food samples. *Food Chem.*, 112, 727-732.
13. Nazarowec-White, M., Farber, J.M. (1997) Thermal resistance of *Enterobacter sakazakii* in reconstituted dried-infant formula. *Lett. Appl. Microbiol.*, 24, 9-13.
14. Rhodehamel, E.J. (1992) FDA's concerns with sous vide processing. *Food Tech.*, 46, 72-76.
15. Ribeiro, K.D.S., Melo, I.L.P., Pisto, A.Z., Dimenstein, R.D. (2005) The effect of processing on the vitamin A content of human milk. *J. Pediatr.*, 81 (1), 21-57.
16. Romeu-Nadal, M., Castello, A.I., Gaya, A., Lopez-Sabater (2008) Effects of pasteurisation on ascorbic acid, dehydroascorbic acid, tocopherols and fatty acids in pooled mature human milk. *Food Chem.*, 107 (1), 434-438.
17. Van Acker, J., Smet, F., Muyldermans, G., Bougateg, A. (2001) Outbreak of necrotizing enterocolitis associated with *Enterobacter sakazakii* in powdered milk formula. *J. Clin. Microbiol.*, 39, 293-297.
18. WHO (2002) Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.
19. WHO (2006) Food Safety. International workshop for total diet. (Dostupno na: <http://who.int/foodsafety/publications/chem/en/index.html> pristupljeno 15.12.2011.)
20. Yuksel, Z., Erdem, Y.K. (2005) The influence of main milk components on the hydrophobic interactions of milk protein system in the course of heat treatment. *J. Food Engineering*, 67, 301-308.

MOGUĆNOST ZAPOŠLJAVANJA MEDICINSKIH SESTARA U NJEMAČKOJ

SAŽETAK

Po prvi put državljanima Republike Hrvatske otvara se mogućnost zapošljavanja u europskim institucijama i agencijama. Rezultat je to dostignutog stupnja u razvoju odnosa između Europske unije i Republike Hrvatske. Ulaskom Hrvatske u Europsku uniju, hrvatski građani će se moći slobodno zaposliti u zemljama Unije, bez posebnih odobrenja ili radnih dozvola. Medicinske sestre/tehničari su deficitarna struka u cijeloj Europi, a to će im omogućiti i lakše zapošljavanje unutar Unije. U radu će biti prikazano što je sve potrebno za zapošljavanje medicinskih sestara u Njemačkoj.

Ključne riječi: medicinske sestre, zapošljavanje

UVOD

Sloboda kretanja radnika jedna je od četiri slobode unutarnjeg tržišta na kojima počiva Europski kapital, roba, ljudi, usluga, i kao takva je jedna od temeljnih načela Europske unije. Pravna stečevina Europske unije iz područja slobode kretanja propisuje da građani jedne države članice imaju pravo raditi u drugim zemljama članicama. Ulaskom u Europsku uniju, Hrvatska će u ovom segmentu imati značajnije koristi. Na socijalnu politiku i zapošljavanje pozitivno djeluje i činjenica da je do 2020. godine Europska unija istaknula 75% postizanje zaposlenosti stanovništva između 20-64 godine. Hrvatska će biti aktivno uključena u provedbe europskih politika u tom području. Tržište rada u Hrvatskoj okarakterizirano je visokom stopom nezaposlenosti, te niskim stopama zaposlenosti i aktivnosti stanovništva. Prema podacima Eurostata, nezaposlenost je 2010. godine iznosila 11,8 %, što je iznad prosjeka EU-a, gdje se bilježi nezaposlenost od 9,7 %.

PRAVA OSOBA UNUTAR EUROPSKE UNIJE

Hrvatska je završetkom pregovora 30.lipnja 2011. godine. prošla još jednu zahtjevnu dionicu na svojem putu prema punopravnom članstvu u Europ-

skoj uniji. Konačnu su odluku hoće li Hrvatska ući kao 28.država članica EU donijeli građanke i građani na referendumu.

Pravo na rad bilo gdje u Europskoj uniji temeljno je pravo svih državljana Unije koje podliježe nekim tranzicijskim sporazumima za zemlje koje su pristupile EU nakon 2004. godine. Svaka osoba koja ima državljanstvo jedne od zemalja članica, kao građanin EU-a ostvaruje svoja temeljna prava koja se odnose na:

- pravo boravka,
- pravo rada i studiranja,
- pravo na jednako postupanje bez obzira na državljanstvo,
- prava potrošača (kupovina robe i usluga),
- pravo da bira i bude biran na lokalnim izborima za Europski parlament,
- pravo na konzularnu zaštitu prilikom putovanja u zemlje izvan EU-a,
- pravo podnošenja pritužbe Europskom pučkom pravobranitelju,
- pravo obraćanja institucijama EU-a,
- pravo na pristup zakonodavstvu EU-a na bilo kojem od službenih jezika

Našim ulaskom u Europsku uniju svaka država članica može uvesti privremeno ograničenje u pristupu tržišta rada, odnosno razdoblje tijekom kojeg će građani trebati radnu dozvolu za države koje su uvele to ograničenje. Moguća ograničenja su po principu formule 2+3+2. To se odnosi na početno ograničenje od 2 godine, moguće produljenje za još 3. godine. nakon prve revizije te na kraju produljenje za još 2.god., pod uvjetom da postoje opravdani razlozi. Hrvatski radnici pristupanjem Europskoj uniji biti će izloženi većoj konkurenciji na tržištu rada ali jednako tako moći će konkurirati svojim znanjem i sposobnostima na tržištima drugih članica Unije.

RAZLOZI ODLASKA MEDICINSKIH SESTARA

U Migracijskom informacijskom centru u Zagrebu (MIC), navodi se da zemlje Europske unije godinama muči ozbiljan deficit zdravstvenih radnika. Procjenjuje se da će 2030. godine samo u Njemačkoj nedostajati 56.000 liječnika te oko 200.000 ostalog zdravstvenog osoblja. Navedeni podatci su jedan od razloga zbog čega su medicinske sestre/tehničari postale jedno od najtraženijih zanimanja na Zapadu. Zbog sve većeg porasta starije populacije u državi i izvan nje, povećanjem privatnih zdravstvenih ustanova, medicinske sestre/tehničari biti će još traženiji, te će se njihov trend odlaska iz Republike Hrvatske nastaviti. Koliko će zaista kvalificiranog zdravstvenog kadra otići iz Hrvatske kad postane-mo punopravna članica, nitko ne želi prognozirati, ali njihov broj koji već sada rade u inozemstvu ne ulijeva optimizam. Kako prijašnjih tako i sadašnjih godina uočeno je da veliki broj medicinskih sestara/tehničara odlazi na rad u Njemačku. Njemačka je država s kojom Hrvatska ima međudržavni sporazum, te se posredovanjem državnih burzi svake godine zaposli približno oko pet tisuća nezaposlenih kako u zdravstvu tako i u ostalim strukama npr. građevini i ugostiteljstvu. Prema podacima Hrvatskog zavoda za zapošljavanje vidljivo je da je u periodu od 1991. do 2009. godine u Njemačku otišlo raditi ukupno oko 3.757 medicinskih sestara/tehničara. Traženje posla u Njemačkoj najpopularnije je bilo početkom 90-ih godina, a rekord je ostvaren 1992., kada je u tu zemlju otišlo ukupno 438 medicinskih sestara/tehničara.

EU ima dugu tradiciju osiguravanja pristojnoga radnog okruženja širom EU-a i zaštite prava radnika putem zajedničkih minimalnih pravila o uvjetima rada, kolektivnim viškovima, radu na pola radnog vremena i privremenom radu te zaštiti zdravlja i sigurnosti na radnom mjestu. Jednaka plaća za jednak rad te zaštita od seksualnoga uznemiravanja također su zajamčeni europskim zakonima. EU sada u taj okvir uvodi i pojam 'fleksibilnosti, tj. kombinaciju sigurnosti zapošljavanja i socijalne sigurnosti s cjeloživotnim učenjem koje može biti potrebno u utrci s globaliziranim svijetom i brzim tehnološkim napretkom. (<http://www.delhrv.ec.europa.eu/>)

U EU zakon je na strani radnika i kažnjava svaki oblik diskriminacije na temelju spola, rasnog ili etničkog podrijetla, hendikepiranosti, seksualne orijentacije, dobi, vjere ili uvjerenja. Takav zakon

onemogućava i zabranjuje bilo koji oblik diskriminacije na temelju spola u pristupu rob i uslugama (s nekim izuzecima za osiguranje), političkim strategijama za borbu protiv diskriminacije i ksenofobije te osiguravanjem da se pitanja spola uzmu u obzir u svim politikama EU-a. Naglasak je u EU i na promicanju suvremenih radnih odnosa kao i na dijalog između predstavnika radnika i poslodavaca. Kvalitetan radni odnos unapređuje zaštitu radnika ali i doprinosi boljoj konkurentnosti. Unutar EU posebna komisija potiče socijalnu odgovornost poduzeća kroz promicanje ideje da bi socijalni i ekološki problemi trebali činiti integralni dio poslovnih strategija.

UVJETI ZA ZAPOSŁJAVANJE U NJEMAČKOJ

Zajednički prioriteti i pojedinačni ciljevi politika zapošljavanja zemalja članica navedeni su u Višegodišnjim smjernicama za zapošljavanje oko kojih su se složile sve zemlje članice. Sadašnje smjernice pokrivaju razdoblje od 2008. do 2010. godine. Smjernice za zapošljavanje čine temelj nacionalnih programa reformi i komponente zapošljavanja "Lisabonske agende" koja pokriva sve akcije EU-a usmjerene promicanju znanja i inovacija, činjenju Europe privlačnijim mjestom za ulaganja i rad te stvaranju više i boljih radnih mjesta.

Kroz Smjernice za zapošljavanje, zemlje članice se obvezuju na zajedničke prioritete privlačenja većeg broja ljudi u zapošljavanje, zadržavanja više ljudi u radnom odnosu, povećanja ponude radne snage, modernizacije sustava socijalne zaštite, poboljšanja prilagodljivosti radnika i poduzeća te na veća ulaganja u osiguravanje boljeg obrazovanja i vještina. Smjernice prepoznaju potrebu za kombiniranjem fleksibilnosti tržišta rada sa sigurnošću zapošljavanja i priznavanjem uloge socijalnih partnera. Zagaravaju cijene rada i mehanizme za utvrđivanje nadnica prilagođene zapošljavanju, širenje i poboljšanje ulaganja u ljudski kapital te prilagođavanje sustava obrazovanja i osposobljavanja zahtjevima za novim vještinama. (<http://www.delhrv.ec.europa.eu/>)

Od kandidata se zahtijeva:

- državljanstvo Republike Hrvatske
- prebivalište u Republici Hrvatskoj
- završena srednja škola za med. sestru/tehničara općeg smjera i položeni stručni ispit (ili zvanje njegovatelja stečeno redovnim srednjoškolskim obrazovnim programom u inozemstvu)
- dobro poznavanje njemačkog jezika (svakodnevna komunikacija i jezik struke)

Diplome/uvjerenja stečena pohađanjem tečajeva za osposobljavanje za njegovatelja npr. pri učilištima ili ustanovama za obrazovanje odraslih i sl., ne priznaju se za zapošljavanje u Njemačkoj. Osobe srodnih zanimanja također se ne mogu kandidirati za zapošljavanje u Njemačkoj. Medicinske sestre/tehničari bez položenog stručnog ispita ne mogu se kvalificirati za zapošljavanje u Njemačkoj. Za zapošljavanje medicinskih sestara/tehničara iz Hrvatske u Njemačkoj nadležni su: Središnji ured za posredovanje SR Njemačke u Bonnu (ZAV) i Hrvatski zavod za zapošljavanje.

SELEKCIJA KANDIDATA

Selekcija kandidata održava se dva puta godišnje u Hrvatskoj uz prisutnost suradnika ZAV-a i predstavnika Hrvatskog zavoda za zapošljavanje. Selekcijским razgovorom s predstavnikom ZAV-a na njemačkom jeziku utvrđuje se razina poznavanja njemačkog jezika kandidata i prikupljaju se dodatne informacije o radnom iskustvu kandidata, te interesima i željama vezanim uz zapošljavanje u Njemačkoj. Dokumentaciju kandidata koji zadovoljava sve propisane uvjete i dovoljno poznaju njemački jezik preuzima predstavnik Središnjeg ureda za međunarodno posredovanje. Stručni savjetnici ZAV-a potom zainteresiranim poslodavcima predlažu kandidate odgovarajućeg profila ili posreduju za radnika kod željenog odnosno poznatog poslodavca.

DOLAZAK RADNIKA NA RAD U NJEMAČKU

- Poslodavac očekuje da mu se radnik javi odmah nakon što ishodi radnu vizu, kako bi se utvrdile pojedinosti oko njegova dolaska.
- Radnik je dužan - unutar jednog tjedna nakon dolaska u SR Njemačku, uz pomoć poslodavca – prijaviti se nadležnim ustanovama (Prijavni ured, Ured za strance i sl.).
- Poslodavac je dužan prijaviti radnika na socijalno osiguranje.
- Ako, unatoč dodijeljenoj suglasnosti, radnik ne nastupi na posao, poslodavac treba o tome pisanim putem obavijestiti ZAV. Isto vrijedi u slučaju otkaza radnog odnosa po obavijesti o razlozima, kao i pri promjeni adrese/mjesta rada.

Hrvatski radnici podliježu obvezi osiguranja u sustavu njemačkog socijalnog osiguranja (zdravstveno, mirovinsko, invalidsko, osiguranje od ozljede na radu, osiguranje u slučaju nezaposlenosti). Osiguranje od ozljede na radu teče od početka putovanja na buduće radno mjesto.

POLAGANJE STRUČNOG ISPITA U NJEMAČKOJ

- Medicinske sestre/tehničari tijekom prve godine zaposlenja u Njemačkoj obvezne su pristupiti stručnom ispitu za medicinsku sestru - njegovatelja u skladu s njemačkim zakonodavstvom. U slučaju da se stručni ispit tijekom prve godine ne položi ili ne započne, radna dozvola za nastavak zaposlenja više sa ne dodjeljuje.
- Sastavni dio ugovora o radu je i potpisana izjava radnika da je upoznat s ovom obvezom (Erklärung). Zapošljavanje na neodređeno vrijeme bez polaganja stručnog ispita nije moguće.

PRIZNAVANJE STRUČNIH KVALIFIKACIJA

Uzajamno priznavanje kvalifikacija svakako pruža mogućnost za hrvatske građane da, na temelju kvalifikacije stečene u Hrvatskoj, obavljaju djelatnost na području druge države članice EU. Na ovaj način izbjegavaju se nepotrebni troškovi dvostrukih testiranja, certificiranja, zadovoljenje dodatnih uvjeta, priznavanje kvalifikacija i sl. Ista prava vrijede za državljane država članica EU u odnosu na obavljanje djelatnosti na hrvatskom tržištu, na temelju kvalifikacija stečenih u drugoj državi članici EU. Ipak, po stjecanju punopravnog članstva Hrvatske u EU, države članice obvezne su bez ikakvih dodatnih uvjeta priznati isprave o formalnoj osposobljenosti doktora medicine s temeljnom izobrazbom, doktora medicine specijaliste, odnosno medicinske sestre opće njege te doktora dentalne medicine i doktora dentalne medicine specijalista, primlje, magistra farmacije i arhitekta

Stručne kvalifikacije za medicinske sestre/tehničare koje su stekle srednjoškolsko obrazovanje na području Republike Hrvatske dakle biti će priznate na području Europske unije.

EURES I MEĐUNARODNO POSREDOVANJE PRI ZAPOŠLJAVANJU

Eures je mreža javnih zavoda za zapošljavanje u partnerstvu s Europskom komisijom (zemlje europskog ekonomskog prostora plus Švicarska). Eures mreža pokrenuta je 1993. godine i instrument je poboljšanja mobilnosti odnosno prostorne i profesionalne pokretljivosti radne snage na europskom tržištu rada. Svrha je Eures-a pružanje informacija, savjetovanja i usluga posredovanja (job-matching) kako za poslodavce tako i za tražitelje zaposlenja, ali i svim građanima koji smatraju da im može pomoći princip slobodnog kretanja ljudi.

U europskim prekograničnim regijama, Eures ima važnu ulogu u pružanju informacija i pomoći u rješavanju svih vrsta problema vezanih uz prekogranično putovanje na posao s kojim se mogu susresti radnici i poslodavci. Više od 700 Eures savjetnika, na dnevnoj bazi u kontaktu je s poslodavcima i tražiteljima posla širom Europe. Eures savjetnici su educirani stručnjaci koji pružaju tri osnovne Eures usluge: informacije, usmjeravanje i posredovanje kako tražiteljima zaposlenja, tako i poslodavcima zainteresiranim za europsko tržište rada. Posjeduju specifično znanje o praktičnim, pravnim i administrativnim pretpostavkama vezanim uz mobilnost na nacionalnom i međudržavnom stupnju, te rade unutar javnog zavoda za zapošljavanje svake zemlje člana ili unutar drugih partnerskih organizacija u Eures mreži.

Ciljevi Eures-a su za tražitelje zaposlenja i poslodavce promovirati: razvoj jedinstvenog europskog tržišta rada koji je otvoren svim radnicima unutar zemalja članica EU-a, razvijati međudržavnu, međuregionalnu i međugraničnu razmjenu slobodnih radnih mjesta i prijava za zapošljavanje, poticati transparentnost i razmjenu informacija o pojedinim nacionalnim/regionalnim tržištima rada, uvjetima života, obrazovanju, te metodologiji i indikatorima na statističkom stupnju. Ulaskom Hrvatske u Europsku uniju Hrvatski zavod za zapošljavanje postat će dio europske mreže javnih službi za zapošljavanje (EURES) i hrvatskim građanima biti će dostupna usluga posredovanja pri zapošljavanju u drugim članicama Europske unije.

ZAKLJUČAK

Hrvatska bi se u budućnosti mogla suočiti s velikim problemom manjka radne snage. Prema izjavi Mi-

nistra zdravlja prof.dr.sc.Rajka Ostojića očekuje se da će 2013. godine u prvoj godini ulaska Hrvatske u EU otići približno oko 1.500 sestara. Mogućnost jednostavnijeg zapošljavanja na Europskom tržištu rada, koje se 2005. godine pokušalo približiti s Bolonjskim procesom donijeti će bolje izgleda za zapošljavanje svih nezaposlenih medicinskih sestara/tehničara iz Hrvatske u zemljama EU. Također, bolji uvjeti rada, socijalna pravednost, transparentnost, maksimalno uvažavanje prava radnika kao i partnerski odnos između poslodavca i radnika pružaju dodatnu sigurnost i preduvjet za uspješnu karijeru.

LITERATURA

1. Delegacija Europske unije u Republici Hrvatskoj, Informacijski centar EU, DEU u Republici Hrvatskoj, Zagreb, 2011.
2. Štimac, N: Dvojbe, strahovi, strepnje, ali i nade glede Europskih integracija Zagreb, 2012.
3. Tišma, S., Samardžija, V., Jurlin, K: Hrvatska i Europska unija-Prednosti i izazovi članstva, Zagreb,2012. Institut za međunarodne odnose
4. Ured državnog tajnika za europske integracije: Što donosi članstvo u Europskoj uniji., Ministarstvo vanjskih poslova i europskih integracija Republike Hrvatske Zagreb,2011.
5. <http://www.slobodnadalmacija.hr/Hrvatska/tabid/66/articleType/ArticleView/article-Id/162893/Default.aspx>
6. <http://www.hzz.hr/default.aspx?id=6176> (Hrvatski Zavod za zapošljavanje)
7. <http://www.delhrv.ec.europa.eu/?lang=hr&content=976>
8. www.hkms.hr
<http://ec.europa.eu/eures/>

SUOČAVANJE STUDENATA SESTRINSTVA S ISPITNIM SITUACIJAMA NA ZDRAVSTVENOM VELEUČILIŠTU

Sažetak

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi načine suočavanja studenata sestrinstva sa stresnim situacijama uoči održavanja ispita. Mjerni instrument koji je korišten u ovom istraživanju je Skala suočavanja s ispitnom situacijom (prema Izabeli Sorić). U istraživanju su sudjelovali studenti prve, druge i treće godine redovnog studija i studenti druge godine izvanrednog studija sestrinstva Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu.

Glavne riječi: stres, suočavanje, ispitna anksioznost

Uvod

Ispitna anksioznost se smatra jednim od oblika socijalne anksioznosti. Čimbenici koji utječu na ispitnu anksioznost su strah od neuspjeha i briga oko socijalne evaluacije. Kod visoko ispitno anksioznih osoba postoji tendencija da budu preokupirani mislima koje su katastrofične i samooptužujuće. Ispitna anksioznost je za neke studente toliko ometajuća da moraju potražiti stručnu pomoć. Stoga su psiholozi, savjetnici i edukatori postali veoma zainteresirani za razumijevanje intenziteta emocionalnih reakcija koje se javljaju kod mnogih studenata uoči održavanja ispitnih rokova i posljedično se loše odražavaju na rezultate tih ispita. Postoji razlika između stresa koji je usko povezan s ispitnom situacijom, subjektivne interpretacije ispita kao manje ili više prijetecog (što procjenjuje svaka osoba za sebe) i emocionalnih stanja koja su izazvana ispitnim situacijama. Iz toga je zaključeno da je slijed izazivanja anksiozne reakcije: stresor-prijetnja-anksioznost kao stanje.

Ispitno anksiozne osobe doživljavaju veću frekvenciju i intenzitet anksioznosti kao stanja, imaju veću aktivaciju i uzbuđenje autonomnog živčanog sustava te se javljaju misli koje nisu relevantne za zada-

tak što interferira s pažnjom i izvedbom. Za vrijeme proživljavanja ispitne anksioznosti osoba se u stvari ne boji ispita ili pada na ispitu nego je primarno zabrinuta zbog mogućeg lošeg rezultata na ispitu i kako će ju druge osobe doživjeti i procijeniti. Što bi značilo da je za većinu studenata najvažnija "publika" profesori, roditelji i vršnjaci.

Ispitna anksioznost odnosno, socijalna anksioznost javlja se kada je osoba koja pristupa ispitu motivirana stvaranjem određene slike o sebi (npr. inteligentan student, dobar i visoko motiviran), a vjeruje da će loša izvedba na ispitu stvoriti krivu sliku. Pažnja usmjerena na sebe ima ključnu ulogu u održavanju socijalne anksioznosti, a definira se kao "svjesnost o unutarnje stvorenim informacijama koje su bitne za osobu". Ona uključuje informacije o zbivanjima u tijelu ili svjesnost o mislima i emocijama što uključuje osobna vjerovanja i stavove. Pažnja usmjerena na sebe je ključna i za ispitnu anksioznost.

Prema kognitivnom modelu, negativne automatske misli ometaju utjecaj na ponašanje i raspoloženje. Kada se bavimo učenjem, javljanje negativnih, zastrašujućih ili uznemirujućih misli može ozbiljno ometi učenje na kognitivnoj i emocionalnoj razini. U ispitnoj situaciji negativne misli su pozitivno povezane s ispitnom anksioznosti ali ispitna anksioznost i zabrinutost ostavljaju negativan trag na akademskom uspjehu. Smanjena postignuća ispitno anksioznih studenata primarno dolaze zbog misli koje se odnose na brigu koju studenti doživljavaju tijekom ispita.

Ispitanici i metode

U istraživanju su sudjelovali studenti prve, druge i treće godine redovnog studija i studenti druge godine izvanrednog studija sestrinstva Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu. Sa svake godine je anketirano 100 studenata što znači da je ukupni uzorak 400 ispitanika. Istraživanje je provedeno zasebno

na svakoj godini. Dobiveni rezultati su uspoređeni i uočene su razlike u suočavanju sa aknsiozno-is-pitnim situacijama.

Za prikupljanje podataka o suočavanju studenata sestrinstva s ispitnim situacijama, odabran je anoni-man anketni upitnik (autor: Izabela Sorić). Upitnik se sastoji od 29 čestica i mjeri individualne razlike u ispitnoj anksioznosti kao situacijsko-specifičnoj crti ličnosti. Odgovori se boduju na ljestvici Liker-tova tipa od pet stupnja.

Rezultati

Upitnik je podijeljen na 4 subskale: suočavanje usmjereno na emocije, suočavanje usmjereno na problem, suočavanje maštanje/distrakcija, suoča-vanje traženjem pomoći. U daljnjem tekstu rezul-tati provedenog upitnika prikazani su u tablici, a o kojoj se subskali radi objašnjeno je ispod tabli-ce. Rezultati u tablicama izraženi su u postotnim iznosima (postocima). Najveći postoci u određe-nim tvrdnjama biti će istaknuti.

Tablica 1. Prikaz rezultata na Skali suočavanja s ispitnom situacijom

	GODINA STUDIJA	Uopće se ne odnosi %	Uglavnom se ne odnosi %	Djelomično se odnosi %	Uglavnom se odnosi %	U potpunosti se odnosi %
1. Potpuno sam se koncentrirao/la na rješavanje ispitnih zadataka	1. RSE	12	8	24	29	27
	2. RSE	0	4	24	58	14
	3. RSE	3	6	10	45	36
	2. IZSE	2	1	24	47	26
2. Progonila me pomisao da neću uspješno riješiti zadatke	1. RSE	9	12	36	19	24
	2. RSE	10	24	26	28	12
	3. RSE	15	20	36	20	9
	2. IZSE	8	13	47	22	10
3. Pokušavao/la sam savladati osjećaj panike koji me obuzimao	1. RSE	11	12	41	21	15
	2. RSE	18	12	24	34	12
	3. RSE	14	15	31	23	17
	2. IZSE	18	22	23	30	7
4. Trudio/la sam se dobro isplanirati vrijeme	1. RSE	7	16	28	37	12
	2. RSE	4	8	22	40	26
	3. RSE	4	11	18	38	29
	2. IZSE	2	6	25	45	22
5. Okrivljavao/la sam sebe što se nisam bolje spremio/la za test	1. RSE	3	8	37	27	25
	2. RSE	6	24	28	20	22
	3. RSE	24	9	28	24	15
	2. IZSE	8	16	42	24	10
6. Pokušavao/la sam svaldati početnu nervozu koja me "sledi"	1. RSE	7	16	30	31	16
	2. RSE	18	18	26	34	4
	3. RSE	23	14	30	24	9
	2. IZSE	20	15	32	23	10
7. Prepisivao/la sam od drugih	1. RSE	18	27	28	12	15
	2. RSE	2	12	44	26	16
	3. RSE	30	21	43	4	2
	2. IZSE	22	28	45	3	2
8. Usredotočio/la sam sve svoje misli na zadatke ispred sebe	1. RSE	3	19	22	35	21
	2. RSE	0	18	32	36	14
	3. RSE	3	6	17	42	32
	2. IZSE	2	1	19	43	35
9. Maštao/la sam da će se dogoditi nešto što će stvari promijeniti na bolje	1. RSE	18	22	42	12	6
	2. RSE	14	22	40	18	6
	3. RSE	41	19	25	13	2
	2. IZSE	33	21	25	12	9

10. Znao/la sam se zateći da buljim u prazno	1. RSE	17	23	35	15	10
	2. RSE	16	34	28	14	8
	3. RSE	30	24	31	13	2
	2. IZSE	30	28	33	6	3
11. Razmišljao/la sam o tome kako se uči na vlastitim greškama	1. RSE	13	20	40	20	7
	2. RSE	18	16	30	20	16
	3. RSE	19	22	29	16	14
	2. IZSE	10	32	35	16	7
12. Zamišljao/la sam reakcije moje okoline ako dobijem negativnu ocjenu	1. RSE	29	17	25	15	14
	2. RSE	24	26	30	12	8
	3. RSE	45	15	25	10	5
	2. IZSE	47	19	20	8	6
13. Napravio/la sam plan i slijedio/la ga	1. RSE	12	17	39	21	11
	2. RSE	10	18	36	26	10
	3. RSE	15	18	35	24	8
	2. IZSE	9	15	31	36	9
14. Pokušao/la sam se koristiti knjigom i bilježnicom	1. RSE	23	26	28	12	11
	2. RSE	28	12	24	24	12
	3. RSE	44	12	21	16	7
	2. IZSE	25	13	30	21	11
15. Razmišljao/la sam o lijepim stvarima koje su mi se dogodile	1. RSE	24	19	29	15	13
	2. RSE	30	22	34	8	6
	3. RSE	34	21	19	22	4
	2. IZSE	30	18	28	17	7
16. Pokušavao/la sam smanjiti osjećaj napetosti	1. RSE	9	19	37	22	13
	2. RSE	10	10	42	26	12
	3. RSE	14	26	32	26	2
	2. IZSE	9	13	29	37	12
17. Prekoravao/la sam sebe što gubim vrijeme na nevažne stvari	1. RSE	13	21	36	16	14
	2. RSE	14	12	42	26	6
	3. RSE	29	17	28	22	4
	2. IZSE	22	30	27	15	6
18. Gledao/la sam ostale da vidim kako njima ide rješavanje	1. RSE	15	23	34	17	11
	2. RSE	18	12	36	22	12
	3. RSE	32	27	21	15	5
	2. IZSE	32	30	26	10	2
19. Prizivao/la sam Božju pomoć	1. RSE	22	16	26	16	20
	2. RSE	38	12	22	16	12
	3. RSE	29	17	25	16	13
	2. IZSE	25	21	33	9	12
20. Pokušao/la sam iskoristiti pomoć drugih	1. RSE	8	25	42	13	12
	2. RSE	2	18	40	22	18
	3. RSE	22	26	29	13	11
	2. IZSE	14	27	37	16	6
21. Pokušavao/la sam se "srediti" i usmjeriti na zadatke	1. RSE	5	11	41	20	23
	2. RSE	4	6	44	36	10
	3. RSE	7	12	26	36	19
	2. IZSE	7	13	27	40	13
22. Odredio/la sam što ću činiti i to sam činio/la	1. RSE	9	25	37	21	8
	2. RSE	4	16	54	22	4
	3. RSE	6	12	31	37	14
	2. IZSE	2	2	28	43	25
23. Pouzdao/la sam se u sebe i svoje znanje	1. RSE	2	17	41	27	13
	2. RSE	4	8	46	32	10
	3. RSE	0	6	25	46	23
	2. IZSE	2	1	19	54	24

24. Borio/la sam se protiv osjećaja bespomoćnosti	1. RSE	5	21	49	15	10
	2. RSE	18	18	38	24	2
	3. RSE	22	21	30	20	7
	2. IZSE	20	22	31	23	4
25. Svaki sam napisani odgovor pažljivo provjerio/la	1. RSE	3	19	38	21	19
	2. RSE	6	14	34	26	20
	3. RSE	6	12	20	29	33
	2. IZSE	2	4	30	41	23
26. Postavio/la sam sebi neke ciljeve kako bi se lakše suočio/la sa situacijom	1. RSE	5	15	45	19	16
	2. RSE	14	16	32	34	4
	3. RSE	9	12	24	38	17
	2. IZSE	6	7	35	42	10
27. Zadatke koje nisam mogao/la riješiti pokušao/la sam prepisati	1. RSE	7	20	33	17	23
	2. RSE	2	2	30	28	38
	3. RSE	17	19	26	18	20
	2. IZSE	12	27	36	16	9
28. Želio/la sam da mogu promijeniti to što se događa ili to kako se osjećam	1. RSE	5	13	44	20	18
	2. RSE	18	14	34	20	14
	3. RSE	25	20	34	14	7
	2. IZSE	20	25	33	20	2
29. Prihvatio/la sam svoje “uzburkane” osjećaje i trudio/la se kontrolirati ih	1. RSE	8	14	44	18	16
	2. RSE	12	12	28	40	8
	3. RSE	12	11	39	20	18
	2. IZSE	9	10	30	38	13

Legenda:

Subskala Suočavanja usmjereno na emocije uključuje tvrdnje: 2., 3., 6., 16., 21., 24., i 29.

Subskala Suočavanja usmjereno na problem uključuje tvrdnje: 1., 4., 8., 13., 22., 23., 25., i 26.

Subskala Suočavanja Maštanje/Distrakcija uključuje tvrdnje: 5., 10., 11., 12., 15., 1., i 28.

Subskala Suočavanja traženjem pomoći uključuje tvrdnje: 7., 20 i 27.

Godina studija:

1. RSE – Prva godina redovnog stručnog studija sestrinstva

2. RSE – Druga godina redovnog stručnog studija sestrinstva

3. RSE – Treća godina redovnog stručnog studija sestrinstva

2. IZSE – Druga godina izvanrednog stručnog studija sestrinstva

U tablici su prikazani rezultati koji su dobiveni obradom anonimnog upitnika kojeg su popunjavali studenti. Rezultati u tablicama su raspoređeni tako da su prvo prikazani rezultati prve godine redovnog studija sestrinstva, zatim druge godine redovnog studija sestrinstva. Nakon toga slijede rezultati dobiveni od studenata treće godine redovnog studija sestrinstva, a na kraju su prikazani rezultati studenata druge godine izvanrednog studija sestrinstva.

Rasprava

Tvrdnja “Potpuno sam se koncentrirao/la na rješavanje ispitnih zadataka” pripada subskali Suočava-

nje usmjereno na problem. Svi ispitanici su uglavnom koncentrirani na rješavanje ispitnih zadataka, a najveći postotak (58) zabilježen je kod studenata druge godine redovnog studija. Subskali Suočavanja usmjereno na emocije pripada tvrdnja “Progonila me pomisao da neću uspješno riješiti zadatke”, a najveći postotak (47) zabilježen je kod studenata druge godine izvanrednog studija što bi se moglo povezati s njihovim rezultatima (42) dobivenim pri tvrdnji “Okrivljavao/la sam sebe što nisam bolje pripremio/la za test” koja pripada subskali Suočavanja maštanje/distrakcija. Studenti druge godine izvanrednog studija (45) su se uglavnom trudili dobro isplanirati vrijeme što proizlazi iz činjenice da su

oni uglavnom u radnom odnosu i paralelno s time imaju niz privatnih obveza koje utječu na cjelokupnu situaciju. Svi ispitanici su uglavnom usredotočili svoje misli na zadatke ispred sebe. Najveći postotak (43) opet je primijećen kod studenata druge godine izvanrednog studija sestrinstva. 21 student prve godine redovnog studija u potpunosti se slaže sa istom tom tvrdnjom, a rezultat proizlazi iz činjenice da nemaju dovoljno iskustva u samom polaganju ispita. U situaciji kada ispitanici nisu sigurni što odgovoriti djelomično prepisuju od drugih. Bitno je istaknuti studente druge (44) i treće godine (43) redovnog studija koji su se djelomično složili sa tvrdnjom "Prepisivao/la sam od drugih". Kod svih ispitanika prisutna je početna nervoza. Studenti treće godine redovnog studija (38) djelomično pokušaju svladati početnu nervozu, a studenti druge godine redovnog studija (37) uglavnom pokušaju svladati tu nervozu.

Na prvoj godini redovnog studija 41. Student djelomično pokušava svladati osjećaj panike koji ih obuzima, a 23 studenata druge godine izvanrednog studija učini isto. Razlika se može opravdati vremenskim razdobljem studiranja i znanjem koje su stekli prije dolaska na studij. Plan oko i uoči ispita napravilo je 30 studenata prve godine redovnog studija. Oni su pokazali najveću spremnost. Studenti druge (36) i treće (35) pokazali su umjerenu spremnost te su se djelomično složili sa tvrdnjom "Napravio/la sam plan i slijedio/la ga", dok su studenti druge godine redovnog studija (36) pokazali veću zainteresiranost i uglavnom složili se sa tom istom tvrdnjom. Iako su napravili plan i pokušali ga slijediti, studenti prve godine redovnog studija (30) su se ipak pokušali koristiti knjigom i bilježnicom tokom ispita dok se su se studenti treće godine redovnog studija (44) dobro pripremili za ispit i na njih se uopće ne odnosi tvrdnja "Pokušao/la sam se koristiti knjigom i bilježnicom". Studenti treće godine redovnog studija (32) i studenti druge godine izvanrednog studija (32) su usmjereni na svoj ispit i ne gledaju kako ostalima ide rješavanje nego su se pokušali "srediti" i usmjeriti na zadatke, a studenti prve (34) i druge (36) godine redovnog studija su djelomično usmjereni na svoj ispit, ali obrate pozornost kako ostalima ide rješavanje.

Svi ispitanici 30-40 djelomično se slažu sa tvrdnjom "Pokušao/la sam iskoristiti pomoć drugih". 37 studenata prve godine redovnog i druge izvanrednog studija i 42 druge i treće godine redovnog studija djelomično su se složili sa tvrdnjom "Pokušao/la

sam smanjiti osjećaj napetosti" ali ne razmišljaju o lijepim stvarima koje su im se dogodile nego su svaki odgovor pažljivo provjerili. Ako se obzir uzme činjenica da studenti viših godina imaju više iskustva sa izlaženjem na ispitne rokove i nisu toliko emocionalno vezani za negativne ocjene (iako to nije pravilo) dobiveni rezultati to potvrđuju slijedećim postotcima; studenti treće godine redovnog (45) i druge godine izvanrednog studija (47) su izjavili da se uopće ne slažu sa tvrdnjom koja se odnosi na zamišljanje reakcije njihove okoline na mogući dobitak negativne ocjene, a studentima prve godine redovnog studija (29) je reakcija njihove okoline veoma bitna te se u potpunosti slažu sa tom tvrdnjom dok je studentima druge godine redovnog studija (30) ta reakcija djelomično bitna. U anksiozno-ispitnoj situaciji studenti treće godine (41) i izvanredni studenti druge godine (33) uopće nisu maštali o tome da će se dogoditi nešto što će stvari promijeniti na bolje, dok su studenti prve godine (42) i druge godine (40) djelomično maštali da će se dogoditi nešto što će stvari promijeniti na bolje. Rezultati koji nisu bili predvidljivi pokazali su se u tvrdnji "Znao/la sam se zateći da buljim u prazno" gdje su čak 35 studenata prve godine i 36 studenata treće godine odabrali tvrdnju da se djelomično zateknu u navedenoj situaciji dok se na 40 izvanrednih studenata ta tvrdnja uopće ne odnosi. Studenti prve (40) i druge (30) godine redovnog studija razmišljaju o tome kako se uči na vlastitim greškama i prekoravaju se što gube vrijeme na nevažne stvari. Studenti treće (32) i druge godine izvanrednog studija smatraju da ne gube vrijeme na nevažne stvari, ali djelomično razmišljaju kako se uči na vlastitim greškama.

Svi ispitanici su se uglavnom složili sa tvrdnjom "Odredio/la sam što ću činiti i to sam činio/la", postavili su si ciljeve kako bi se lakše suočili sa ispitno-anksioznom situacijom te su se pouzdali u sebe i svoje znanje. Studenti prve (33) i treće (26) godine redovnog studija i druge (36) godine izvanrednog studija su djelomično pokušali prepisati zadatke koje nisu mogli samostalno riješiti, a studenti druge godine redovnog studija (38) se u potpunosti slažu s tvrdnjom koja se odnosi na prepisivanje zadataka koje nisu uspjeli samo stalno riješiti. Svi ispitanici se djelomično bore protiv osjećaja bespomoćnosti. U stresno-ispitnoj situaciji studenti prve godine (44) i treće godine (39) djelomično su prihvatili svoje "uzburkane" osjećaje i trudili su se kontrolirati ih dok su se studenti druge godine redovni

(40) i izvanredni (38) uglavnom složili da prihvaćaju svoje "uzburkane" osjećaje i trudili su se kontrolirati ih. Studenti svih godina (33-44) djelomično su se složili da žele promijeniti to što se događa ili to kako se osjećaju s time da 38 studenata druge godine i 29 treće godine redovnog studija uopće nisu prizivali Božju pomoć dok su studenti prve godine (26) i druge godine izvanrednog studija (33) djelomično prizivali Božju pomoć.

Zaključak

Početni cilj ovog istraživanja bio je utvrditi načine suočavanja sa stresnim situacijama uoči održavanja ispita na studiju sestrinstva. Svaki student se na različiti način suočava s ispitno-anksioznim situacijama. To ovisi o psihološkim, karakternim, kognitivno-spoznajnim karakteristikama te osobnosti ispitanika, a u širem smislu odgojnim, kulturnim, društveno-tradicionalnim normama. Provedenom anketom utvrđeno je, uz gore navedeno, da je znatna razlika u suočavanju sa stresom u ispitnoj situaciji između redovnih i izvanrednih studenata. Isto proizlazi iz činjenice da su izvanredni studenti uglavnom stariji u odnosu na redovne studente, a samim time s većim životnim iskustvom. Nadalje, nezanemariva je činjenica što uz studij imaju i druge obaveze (posao, obitelj,...). Bitno je napomenuti da je razlika prisutna i među ispitanicima različitih godina studija, a vidljivija razlika je ona između studenata prve i treće godine. Navedeno proizlazi iz činjenice što studenti viših godina imaju

nešto više iskustva u studiranju i ispitno-anksioznim situacijama, a studenti prve godine moraju proći i određeno razdoblje prilagodbe na novu okolinu. Analizom ankete utvrđeno je da su se ispitani studenti na postavljena ponašanja tijekom ispita izjasnili kako se navedene situacije u prosjeku na njih djelomično odnose. Bez obzira na navedene osobine ispitanika, utvrđeno je kako ispitne situacije nedvojbeno kod ispitanika stvaraju nesvakidašnje situacije.

Literatura

1. Havelka, M. (Ur.) (2002) Zdravstvena psihologija, Naklada "Slap", Jastrebarsko.
2. Hofmann, S.G., Heinrichs i N., Moscovitch, D.A. (2004). The nature and expression of social phobia: Toward a new classification. *Clinical Psychology Review*.
3. Wilson, J.K. i Rapee, R.M. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia with versus without comorbid mood disorder. *Journal of Anxiety Disorders*
4. Živčić-Bećirević, I. (2003). Uloga automatskih negativnih misli i ispitne anksioznosti u uspjehu studenata, Društvena istraživanja
5. Lacković-Grgin, K., Proroković, A., Čubela, V., Penezić, Z: Zbirka psihologijskih skala i upitnika, Svezak 1, Filozofski fakultet u Zadru, Zadar, 2002.

AUTOMATSKI VANJSKI DEFIBRILATOR

UVOD

Najčešći uzrok smrti u Republici Hrvatskoj su kardiovaskularne bolesti. Značajan postotak takvih ishoda događa se kao tzv. "nagla srčana smrt". Prema svjetskim statistikama, pojavljuje se kod 1-2 osobe na 1000 stanovnika, a smatra se da Republika Hrvatska ima godišnje 6000-7000 takvih smrtnih slučajeva.

U 75-80% slučajeva nagla srčana smrt započinje sa poremećajem srčanog ritma koji se naziva ventrikularna fibrilacija. U tom slučaju postoji samo jedno učinkovito rješenje za prekid fibrilacije i vraćanje u normalan ritam, a to je defibrilacija, tj. primjena električnog šoka korištenjem defibrilatora. Nikakav drugi lijek ni zahvat ne može biti od koristi u takvom slučaju ako nema defibrilatora.

Defibrilacija označava primjenu istosmjernog strujanja kroz srce bolesnika, a s ciljem prekidanja letalnih aritmija tako što se primjenjuju blagi i kontrolirani elektro-šokovi na predjelu grudi ili direktno na srcu, kako bi se reaktivirao ili normalizirao njegov rad.

Uređaj kojim provodimo defibrilaciju naziva se defibrilator. Postoje dva tipa defibrilatora: AED ili automatski vanjski defibrilator (sam procjenjuje ritam ali ne defibrilira automatski već to čini spašavatelj) i ručni vanjski defibrilator (koriste ga ekipe HMP).

RAZRADA

Automatizirani vanjski defibrilator ili AED je prijenosni elektronički uređaj koji automatski dijagnosticira potencijalne, po život opasne srčane aritmije (ventrikularne fibrilacije i ventrikularne tahikardije) u pacijenata, te je u mogućnosti liječiti ih kroz defibrilaciju, primjenom električne terapije koja zaustavlja aritmije, čime je srce osposobljeno za ponovnu uspostavu učinkovitog ritma.

AED sam procjenjuje ritam i defibrilira prema potrebi, a namijenjen je oživljavanju u svim mogućim uvjetima. Putem poruka na ekranu te audio upozorenja uređaj komentira kvalitetu izvođenja i navodi spasitelja na potrebne radnje. Standardni AED-i

su pogodni za primjenu kod djece starije od 8 godina, a kod djece starosti između 1 i 8 godina koriste se elektrode za djecu, odnosno pedijatrijski način rada AED-a.

Nakon što se utvrdi potreba za primjenom AED-a, ono što spasioc treba učiniti je sljedeće: uključiti AED, postaviti elektrode i pratiti upute. Zatim sam uređaj analizira EKG, odlučuje o potrebi za defibrilacijom, određuje potrebnu energiju, vrši defibrilaciju, ne postavlja razliku u vremenskim intervalima između defibrilacija, te upućuje spasioca o svakom sljedećem koraku.

Vanjska masaža srca stvara malen, ali ključan protok krvi prema mozgu i miokardu, te povećava vjerojatnost da defibrilacija bude uspješna. Osobito je važna ako je prva defibrilacija primjenjena nakon više od 5 minuta.

Ukoliko se defibrilator primjeni u prvih 10-15 minuta postoji vrlo visoka vjerojatnost da će osoba koja je doživjela opisani poremećaj preživjeti i uspješno se oporaviti. Uspješna defibrilacija je moguća i kasnije, ali sa svakom sljedećom minutom koja protekne od nastanka poremećaja, gubi se 7-10% vjerojatnosti za preživljavanje i uspješan oporavak.

Stoga uspješnost spašavanja života u ovakvih slučajevima ovisi direktno o dostupnosti defibrilatora u trenutku nastanka nagle srčane smrti. Ovdje treba dodati i to da je u velikoj većini slučajeva ovakav oblik srčanog zastoja prvi simptom bolesti srca. Drugim riječima, takav srčani zastoj se često događa ljudima koji su do tada bili zdravi, ili su barem tako izgledali svojoj okolini. Zbog svega navedenog je gotovo nemoguće predvidjeti vrijeme ili mjesto na kojem bi se moglo očekivati da će kod nekoga doći do srčanog zastoja.

Defibrilatori oduvijek spadaju u opremu službi hitne medicinske pomoći. No, za korištenje takvih uređaja je potrebno određeno medicinsko znanje, te s njima smije rukovati samo liječnik. Osim toga, cijena tih uređaja je od 80.000,00 kn – 140.000,00 kn, pa bi raspoređivanje takvih uređaja u velikom broju bilo jako skupo.

Zbog svih gore opisanih razloga već odavno postoje različite zamisli kako poboljšati dostupnost defibrilatora što širem krugu stanovništva i time ujednačiti šanse za preživljavanje nakon srčanog zastoja, bez obzira da li se on dogodio, npr. u bolnici ili na javnom mjestu.

Napredak tehnologije je omogućio nastanak i korištenje automatskih vanjskih defibrilatora. (engl. AED = automatic external defibrillator). I dalje su profesionalni defibrilatori sastavni dio opreme vozila HMP, no razumljivo je da službe HMP ne mogu dovoljno brzo intervenirati na svim mjestima da bi svaka reanimacija nakon srčanog zastoja bila učinkovita.

Koncept korištenja automatskih vanjskih defibrilatora je vrlo sličan konceptu primjene malih, ručnih vatrogasnih aparata koji se mogu naći u svim javnim zgradama, tvrtkama, itd. Dakle, radi se o malom aparatu, jednostavnom za primjenu, koji služi za "gašenje prvog požara", do dolaska profesionalne ekipe, u ovom slučaju HMP.

Karakteristike AVD-a:

- mali i jednostavni aparati
- mogu ih koristiti i laici (ne-medicinsko osoblje)
- program u aparatu analizira srčani ritam pacijenta i sam određuje da li je defibrilacija potrebna ili ne (nije potrebno ni medicinsko znanje o prepoznavanju srčanih ritmova da bi se pristupilo oživljavanju)
- - nema mogućnosti ozlijeđivanja pacijenta
- aparat u sebi ima upisan protokol za oživljavanje (odabir energija za defibrilaciju, itd.), pa korisnik ne treba razmišljati o tom dijelu procedure oživljavanja
- aparat daje glasovne i tekstualne upute, na hrvatskom jeziku, i na taj način upućuje korisnika koji su slijedeći koraci koje treba poduzeti tijekom oživljavanja
- aparati najnovije, treće generacije su napravljeni tako da vode korisnika kroz sve ostale postupke oživljavanja, koji su propisani u lancu preživljavanja (rano prepoznavanje i pozivanje pomoći, rano započinjanje oživljavanja, ranu defibrilaciju, njegu nakon oživljavanja) zavisno o stanju pacijenta (umjestno disanje, masaža srca, itd.)
- aparati imaju u sebi upisan protokol za samotestiranje, koji se uključuje automatski, npr. svakih 7 dana, kako bi se osiguralo da aparat bude spreman i ispravan ukoliko bude upotrebljen,

bez obzira da li je prije toga aparat stajao i nije korišten npr. nekoliko godina

- cijena takvih aparata predstavlja 20-25% cijene defibrilatora kakvi se koriste profesionalno, u HMP. Konkretno, cijene automatskih defibrilatora se kreću od 20.000,00 – 25.000,00 Kn, sa uračunatim svim troškovima, na bazi jednog komada.

Tri osnovne skupine korisnika AVD-a u zemljama EU su: osobe zaposlene u medicinskim djelatnostima, ostali profesionalci koji u svom poslu mogu doći u priliku da nekog oživljavaju (npr. vatrogasci, policajci, djelatnici zaštitarskih službi, spasioци na moru i bazenima i sl.) i korisnici – laici, koji nisu profesionalno vezani za spašavanje života, ali mogu doći u situaciju da trebaju nekog oživljavati (npr. osoblje u turizmu i koje radi u prijevozu putnika, brodska i letачka posada, stjuardese i osoblje na aerodromu).

AVD-i se dodatno koriste i na mjestima gdje bi mogli zatrebati jednom u 5 godina. npr. škole, vrtići, fakulteti, kolodvori, disko klubovi, stadioni, i ostala mjesta okupljanja većeg broja ljudi.

Automatski eksterni defibrilator u svijetu je u upotrebi 20-ak godina i obično je na mjestima gdje se okuplja mnogo ljudi. U Hrvatskoj ga ima 30-ak zdravstvenih i nekoliko ostalih ustanova, a najviše ih je, vlastitom inicijativom, nabavio HGSS, koji je u četiri godine kupio 11 uređaja te educirao ljude.

Koraci korištenja AVD-a

- zalijepiti elektrode na pacijenta i uključiti uređaj.
- slušati glasovne upute koje aparat izgovara na hrvatskom jeziku i postupati po njima.
- poštovati sve postupke propisane lancem oživljavanja.
- U slučaju potrebe davanja umjetnog disanja i masaže srca, AVD će pratiti kako osoba koja vrši oživljavanje radi te postupke, te će glasovnim uputama korigirati dubinu i frekvenciju masaže ako je potrebno. Tako se osigurava da ta masaža bude upravo onakva kakva treba biti, odnosno maksimalno učinkovita.

PRIMJERI KORIŠTENJA AVD-a u HRVATSKOJ

Prvi put u Hrvatskoj medicinski su laici, pripadnici Hrvatske gorske službe spašavanja, zahvaljujući brznoj intervenciji koja se dogodila u roku od desetak minuta, uz pomoć uređaja za oživljavanje automatskog eksternog defibrilatora spasili ljudski

život. Od dojava u 12,10 sati ekipa je do 63-godišnjeg S. Ž. stigla u 12,23 te mu je defibrilatorom pružila pomoć prije kritičnog trenutka gubljenja svijesti, što mu je, ističu liječnici, zapravo spasilo život. Bez automatskog defibrilatora i pripadnika Gorske službe spašavanja koji su naučili njime rukovati, pacijent ne bi bio spašen kao ni pet do osam tisuća ljudi koji na godinu u Hrvatskoj umru od tzv. naglih srčanih bolesti, koje se nisu očekivale.

U Opatiji je prošle godine predstavljen projekt Crvenog križa u suradnji s jednom tvrtkom kojim će Opatija postati prvi grad u Hrvatskoj koji će na sustavan način uvesti dostupnost AED-a svojim stanovnicima i gostima. Prvi ovakav uređaj čija upotreba može biti od presudne važnosti tijekom prvih minuta nakon srčanog udara, namijenjen je za korištenje medicinskim laicima, a prvi AED koji je kupio Grad Opatija, prilikom intervencija koristit će opatijski vatrogasci. Vjeruje se kako bi se u nabavku AED-ova mogli uključiti još i hoteli te spasioci na plažama, a posebno se to odnosi na dislocirana područja, poput Učke, gdje kolima medicinske pomoći treba više vremena da stignu na mjesto nesreće.

Spomenut ćemo i nekoliko primjera iz svijeta. Prvi slučaj dolazi iz Texasa, gdje je učitelj koristeći AED spasio 6-godišnjeg dječaka M. G. koji je za vrijeme igre upao u srčani arrest. Još jedan primjer dolazi iz Amerike, odnosno iz New Hampshirea gdje je 17-godišnji igrač američkog nogometa M. K. upao u srčani arrest tijekom treninga, ali mu je zahvaljujući intervenciji trenerice koja je upotrijebila AED, spašen život.

ZAKLJUČAK

Zbog svega gore opisanog AVD treće generacije djeluje kao uređaj koji pruža svakome od nas sigurnost i mogućnost da se odvažimo pristupiti unesrećenom i pomognemo mu na najbolji mogući način.

Čak i ako se ne radi o srčanom udaru, AVD će dati upute kako da postupimo s unesrećenim. A, ako se radi o treperenju klijetki, tj. ventrikularnoj fibrilaciji, opisanoj na početku ovog teksta, onda će nam AVD pomoći da unesrećenog na najbolji mogući način održimo u životu do dolaska ekipe HMP. Velika je važnost korištenja AVD-a jer su kardiovaskularne bolesti u Hrvatskoj najčešći uzrok smrti, a godišnje se zabilježi između šest i sedam tisuća takvih smrtnih slučajeva. Oni osiguravaju svakome mogućnost da se odvaži pristupiti i pomoći unesrećenom. Ovo je i značajna pomoć medicinskim timovima jer se na ovaj način može stvoriti puno šira mreža onih koji bi pružali pomoć ljudima na licu mjesta do dolaska hitne pomoći. To se posebno odnosi na dislocirana područja. Korištenje AVD-a predstavlja ujedno i izazov za medicinske sestre. One ne bi trebale imati predrasude o korištenju AVD-a, kroz trajnu edukaciju trebale bi biti educirane o postojanju i korištenju AVD-a, a mogle bi biti i edukatori laika o korištenju, i to na svim javnim mjestima. Valja istaknuti i kako su ovi aparati prilagođeni upravo i laicima koji su prošli obuku, tj. uređaj ne može započeti defibrilaciju ukoliko ne prepozna da se radi o srčanom poremećaju.

LITERATURA

1. www.cardiacscience.com
2. http://hr.wikipedia.org/wiki/Kardiopulmonalna_reanimacija
3. <http://www.shock.hdmsarist.hr/algoritam-naprednog-odravanja-ivota?>
4. <http://dnevnik.hr/vijesti/.html>

PINEL IM JE SKINUO OKOVE, A JESMO LI MI?

SAŽETAK

Istraživanjem se željelo saznati kakve stavove imaju studenti Sestrinstva o psihijatrijskim pacijentima i da li se ti stavovi pod utjecajem edukacije mogu mijenjati.

U istraživanju je korišten upitnik od 40 pitanja koja su se odnosila na privatno, ali i profesionalno stajalište 10 studenata i 68 studentica treće godine redovnog studija Sestrinstva Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu. Prvo anketiranje provedeno je prije prvog predavanja iz kolegija Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika, a drugi nakon odslušanog jednog semestra i obavljenih vježbi navedenog kolegija. Svaku tvrdnju studenti su ocijenili ocjenom od jedan do pet (jedan je označavalo tvrdnju s kojom se uopće ne slažu, a pet onu s kojom se u potpunosti slažu), nakon čega su rezultati zbrojeni i uspoređeni u oba anketiranja.

Nakon prvog kruga anketiranja mali broj studenata je imao negativan stav o psihijatrijskim pacijentima, većina pozitivan, a trećina njih nisu imali formiran stav o pacijentima. Nakon drugog kruga nije bilo studenata koji je imao negativan stav, većina je imala pozitivan, a samo mali broj studenata i nakon vježbi nije formirao svoj stav o psihijatrijskim pacijentima.

KLJUČNE RIJEČI: stigmatizacija, predrasude, psihijatrijski bolesnici

UVOD

Početak psihijatrije veže se uz "čudake" koje su liječili vračevi na magijsko-religijski način. "Čudaci" su bili smješteni u sirotišta ili zatvore, a prva bolnica otvorena je početkom 15.st. u Veneciji (da bi se psihijatrijski pacijenti odvojili od ostalih). Osnovni način liječenja su bile batine i fizičko kažnjavanje. Philippe Pinell je shvatio da su psihijatrijski pacijenti mirniji u poslijepodnevnom satima kada je s njima boravio čuvar koji ih je oslobađao okova. Na temelju te spoznaje on se borio za njihovo oslobođenje i 1793.g. psihijatrijske pacijente oslobodio okova.

Stavovi su razmjerno postojana vrednovanja ljudi, pojava i događanja koji se očituju u razmišljanju,

osjećanju i ponašanju na određeni način. Poznajemo li stavove određene osobe možemo u izvjesnoj mjeri predvidjeti i njeno ponašanje, ali samo ako izmjerimo specifične stavove, izravno vezane za ponašanje koje nas zanima i isključimo različite situacione utjecaje koji na njega djeluju neovisno o usvojenim stavovima.

Odnos stavova i ponašanja nije, međutim jedno-smjeran. Kao što stavovi utječu na ponašanje, tako ponekad i ponašanje utječe na stavove. To se najčešće događa kad se nastoji umanjiti nelagoda što je izaziva ponašanje protivno usvojenim stavovima. U tom se slučaju stavovi obično mijenjaju kako bi bili suglasni ponašanju. Oblikovanje stavova i ponašanja odvija se u međudjelovanju skupnih normi i naslijeđene psihičke strukture.

Nijedna druga psihološka osobina nije u tolikoj mjeri rezultat socijanog utjecaja na pojedinca kao što su stavovi. Stavovi se formiraju u procesu socijalizacije, socijalnim učenjem, pod utjecajem različitih izvora i agenasa socijalizacije. Formiranje određenog stava zavisi od grupe kojoj pojedinac pripada (obitelj, vršnjaci, društveni sloj), ali i od njegovog osobnog iskustva, obrazovanja i tipa личности. Stigma, u prijevodu s grčkog, znači žig ili znamenje, odnosno u prevedenom značenju ljaga, sramota ili ruglo. "Stigmatizacija psihijatrijskih pacijenata je negativno obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje osoba zato što imaju psihičku bolest." (3.) Stigmatiziranje psihijatrijskih pacijenata može se nazvati psihičkim stavljanjem okova. Pojedinci i društvo u cjelini sklono je predrasudama prema svemu što je manje ili više drugačije od standarda. Predrasude su rezultat neznanja i onoga čega se boje. To dovodi do emocionalne i socijalne izoliranosti psihičkih bolesnika, diskriminacije i produbljivanja njihovih patnji, što može biti pogubno.

Od svih bolesnika, kroz prošlost pa i sadašnjost, laici, ali i medicinski profesionalci imaju najviše predrasuda prema psihijatrijskim pacijentima iako je liječenje i dijagnostika napredovala godinama. Ta stigma je nastala iz stava da se psihijatrijski pacijenti ne mogu snalaziti u svakodnevnom životnim situacijama, socijalne izolacije i diskriminacije.

Senzacionalističko pisanje medija podupire ove stavove i podržava predrasude.

Zbog dijagnoze psihičkog poremećaja i liječenja u psihijatrijskoj instituciji osoba može imati teškoće u zapošljavanju i vraćanju na posao. Nakon povratka na posao zbog psihičke bolesti može dobiti niže hijerarhijsko mjesto.

Negativni diskriminirajući stavovi društva i medicinskih profesionalaca stvaraju dodatne poteškoće u liječenju, produžuju tijek bolesti i rehabilitaciju. (1.) Zbog diskriminacije pacijenti odustaju od liječenja i rehabilitacije misleći da će ih društvo prihvatiti ne budu li uzimali lijekove i odlazili u dnevne bolnice. Na taj način pogoršavaju svoje stanje i ulaze u začarani krug. Stigma prema njima potiče razne vrste ovisnosti, dovodi do učestalijih i duljih hospitalizacija, pada standarda i društvenog statusa.

Cilj istraživanja je bilo doznati imaju li i u kojoj mjeri studenti treće godine sestrinstva Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu predrasude prema psihijatrijskim pacijentima. Također se željelo doznati mogu li se procesom destigmatizacije (edukacijom kroz predavanja (teorijska nastava) i vježbe na psihijatrijskim odjelima/bolnicama) ukloniti predrasude i formirati novi stavovi.

Ispitanici su bili studenti treće godine Sestrinstva Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu i to 68 studenata i 10 studenata, s prosječnom dobi od dvadeset i dvije godine.

U istraživanju je korištena anketu koja se sastojala od osnovnih podataka studenta (šifra, dob, spol, studij), četiri pitanja u kojem studenti navode gdje su bili u kontaktu s psihijatrijskim pacijentima i sami ocjenjuju svoje znanje te navode gdje su ga stekli i četrdeset pitanja koja se odnose na znanje i stav prema psihijatrijskim pacijentima koje su studenti ocjenjivali ocjenom od 1 do 5 (1 označava tvrdnju s kojom se uopće ne slažu, a 5 onu s kojom se u potpunosti slažu)

Studenti su prvu anketu riješili prije prvog predavanja iz kolegija Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika, a drugu nakon odslušanog jednog semestra i odrađenih vježbi na odjelima psihijatrije

na KBC Zagreb, KBC Sestre milosrdnice i Klinici za psihijatriju Vrapče. Anketa je bila potpuno anonimna i svaki je student koristio istu šifru na prvoj i drugoj anketi.

Studenti su znanje o psihijatrijskim bolestima prosječno procijenili ocjenom vrlo dobar (4), a tvrde da su znanje uglavnom stekli u srednjoj školi i preko medija. Prije prvog kruga anketiranja 47,7% ispitanika tvrdi da je njihov jedini kontak s psihijatrijskim pacijentima bio na vježbama iz različitih kolegija (ne samo Zdrastvene njega psihijatrijskog bolesnika), a njih 52.3% je psihijatrijske bolesnik prepoznalo u svojim susjedima, članovima šire obitelji i prijateljima.

Iako je očekivani negativan stav prema psihijatrijskim bolesnicima studenti treće godine su imali sljedeće rezultate: 0% studenata je imalo izuzetno negativan stav (odnosno ocjena 1), 1,3% negativan (ocjena 2), 41% nije imalo formiran stav (ocjena 3), 55,1% je imao pozitivan (ocjena 4), a 2,6% studenata imao je izuzetno pozitivan stav (ocjena 5) prema psihijatrijskim pacijentima.

U prvom krugu anketiranja s najmanjom ocjenom su ocijenili tvrdnju "Mogao bi biti u vezi s psihijatrijskim pacijentom", naime ni jedan osoba nije ocijenila tvrdnju s ocjenom četiri ili pet, a samo je 12,8% studenata ocijenilo tvrdnju s tri. S najvećom ocjenom ocijenjena je tvrdnja "Dobro je što se psihijatrijski pacijenti bore za svoja prava", svi odgovori su bili pozitivni, odnosno ocijenjeni ocjenom četiri ili pet.

U drugom krugu anketiranja (nakon odslušanog jednog semestra i odrađenih vježbi) očekivani je pozitivan stav, a rezultati su bili sljedeći: izrazito negativan stav i negativan stav nije izrazio ni jedan student, 23,1% nije formiralo svoj stav, 70,5% je imalo je pozitivan stav, a izrazito pozitivan stav imalo je 6,4% studenata.

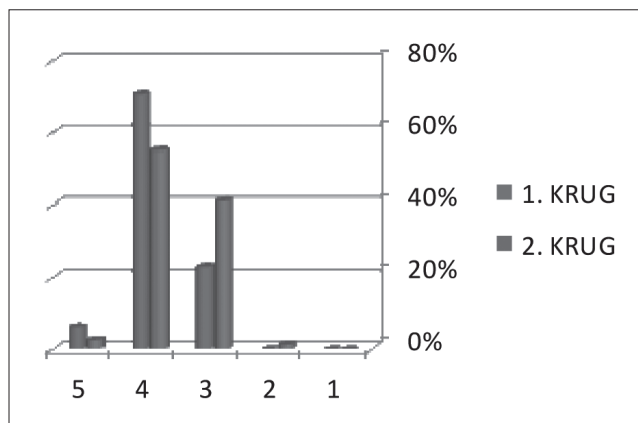
U drugom krugu anketiranja s najmanjom ocjenom ocijenjena je tvrdnja "Mogao bi biti u vezi s psihijatrijskim pacijentom" (kod 2,6% studenata to je bila jedina tvrdnja koja nije ocijenjena ocjenom pet), opet tu tvrdnju nitko nije ocijenio ocjenama

Tablica 1: Broj i postotak sudionika po spolu

SPOL	BROJ STUDENATA	POSTOTAK STUDENATA PREMA SPOLU
MUŠKI	10	12,8%
ŽENSKI	68	87,2%
UKUPNO	78	100%

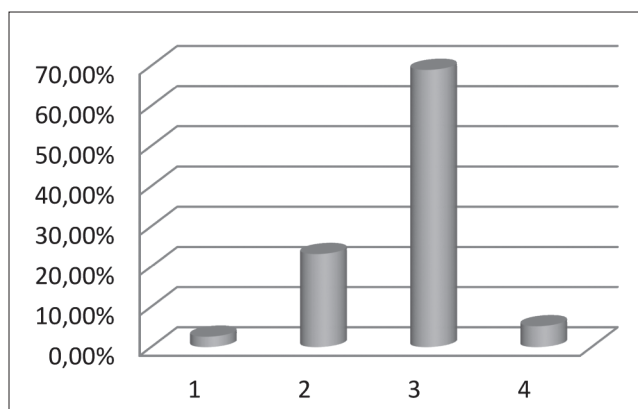
četiri i pet, ali povećan je broj studenata na 30,8% onih koji su tvrdnju označili ocjenom tri. S najvećom ocjenom u ovom krugu je bilo ocijenjeno više odgovora i to onih koji opisuju psihijatrijskog bolesnika kao osobu, npr. "Netko može biti psihijatrijski bolesnik, a ujedno i dobar čovjek" ili "Psihijatrijski bolesnici imaju iste osjećaje kao i psihički zdrave osobe".

Grafikon 1: Usporedba rezultata 1. I 2. Testiranja



Nakon odslušanih predavanja i odrađenih vježbi očekivano je da će se pod utjecajem novih znanja poboljšati stajališta studenata prema psihijatrijskim bolesnicima. Dobiveni rezultati su da je 2,6% studenata je izrazito promijenilo stav prema pozitivnom (na grafikonu označeno s 1), 23,2% je promijenilo stav prema pozitivnijem (na grafikonu označeno s 2), 69% je zadržalo nepromijenjeni stav (na grafikonu označeno s 3), a 5,2% je promijenilo svoj stav prema negativnom (na grafikonu označeno s 4).

Grafikon 2 : Promjena stava u postocima



Zaključak

Godinama u društvu vlada mišljenje da su psihijatrijski pacijenti zapravo "luđaci" koje treba izbjegavati i koje bi trebalo zatvoriti na izolirana mjesta kako ne bi mogli doći u kontak s "mentalno zdravim ljudima" i ozlijediti ih.

Philippe Pinel je svojim promatranjem dokazao da psihijatrijski bolesnici nisu "čudaci" koje vezanjem lancima treba odvojiti od društva da bi ga se zaštitilo. Shvatio je da ako im skine okove smanjuje njihovu agresiju. Okovi u ovom istraživanju su zapravo negativni stavovi studenata.

Istraživanjem je dokazano da studenti 3. godine studija Sestrinstva imaju uglavnom pozitivan stav o psihijatrijskim bolesnicima, iako naravno postoje i oni s negativnim, ali i oni s neformiranim stavom. Rezultati istraživanja govore u prilog tezi da su promjene stava moguće ako se provede adekvatna edukacija i kontakt sa stigmatiziranim osobama, ali i da nova saznanja mogu imati negativan utjecaj na "promatrača". Svaka osoba ima pravo izražavati svoje stavove bili oni pozitivni ili negativni, ali važno je da bude educirana o osobama, događajima ili stvarima o kojima stvara stav.

Literatura

1. Kozarić-Kovačić, D., Grubišić-Ilić, M., Grozdanić: Shizofrenija. Forenzička psihijatrija, Medicinska naklada; Zagreb, 2005.
2. Puljak A.: Predstavljanje antistigma programa: Radio emisija kao antistigma koncept "Glas ludila u eteru" ili www.stampar.hr/PredstavljaAntistigmaProgram2012?dm=2
3. Šantić A., Smokorović A.: Prisilna hospitalizacija: Sestrinski edukacijski magazin, Zagreb, broj 3, 2004.

RECENZIJE

Pristup zdravlju kao temeljnoj vrijednosti društva osnova je profesionalnog opredjeljenja medicinskih sestara. Dinamika razvoja profesionalnog sestrinstva usmjerava ga kontinuiranim izazovima kako na individualnoj tako i na globalnoj razini. Iz toga razloga sestrinstvo je u stalnom procesu promjena koje zahtijevaju usklađenost profesionalnog razvoja sa razvojem interdisciplinarnih profesija kojima je cilj kvalitetna i učinkovita zdravstvena skrb. U Zborniku radova "Izazovi suvremenog sestrinstva" prikazani su različiti aspekti sestrinskog djelovanja usklađeni s "iskustvom dobre prakse" a koji odgovaraju na izazove koje pred medicinske sestre stavlja razvoj modernog društva. U skladu s recentnim potrebama profesionalnog djelovanja u Zborniku su prikazana tri temeljna područja rada sestrinstva: izazovi preventivnog djelovanja u sestrinskoj praksi, klinička istraživanja u sestrinstvu kao temelj sestrinske prakse te suradnja, komunikacija i timski rad. Osim navedenih područja u Zborniku radova prikazane su i druge teme koje sadržajno odgovaraju na brojne dileme od specijaliziranih, tehničkih postupaka do organizacijskih, statusnih i etičkih dilema koje predstavljaju stalni izvor brojnih polemika u profesionalnim krugovima.

Dr.sc. Biserka Sedić

Sestrinstvo i obrazovanje medicinskih sestara pod utjecajem je različitih društvenih procesa. U svijetu velikih promjena, mobilnosti postavljaju se različiti zahtjevi za medicinske sestre. Brzi razvoj medicine i tehnologije, provođenje istraživanja, brza dostupnost informacija, novih znanja mijenja obrazovanje medicinskih sestara. U porastu je usmjerenost na kompetentnost, fokusiranost na specifične standarde, najbolju praksu i ciljeve koji se mogu procjenjivati. Proširenost znanstvenih istraživanja i inovacija u procesu liječenja postavlja sve veće potrebe za istraživačkim radom na području zdravstvene njege i novim modalitetima skrbi. Stručni radovi pristigli za 12. konferenciju medicinskih sestra u organizaciji Zdravstvenog veleučilišta u Opatiji artikuliraju izazove suvremenog sestrinstva. Autori su kroz tematska područja svojim pristupom, stručnom razradom obuhvatili problematiku: ekspanzije znanja i velikog broja informacija (razvoj tehnologije i korištenje tehnologije, postupak prikupljanja informacija i transferiranja); velikih očekivanja od zdravstvenih djelatnika; stalnih promjena kurikula na koji utječe praksa zasnovana na dokazima «evidence base care»; kurikulumu fokusiranog na ciljeve i temeljne kompetencije; potrebe za provođenjem istraživanja i primjenom rezultata u praksi; sestrinske dokumentacije; sociodemografskih i kulturnih različitosti; ekonomskih i političkih promjena; preventivnog djelovanja (prepoznavanje potreba članova zajednice); komunikacije i suradnje s ostalim članovima tima (timski rad). Stručnost autora i pristigli radovi pokazatelj su mogućnosti u istraživačkom području u cilju razvoja teorije i prakse u sestrinstvu, u djelovanju medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u prevenciji bolesti i promociji zdravlja, ali i poticanju komunikacije, suradnje i timskog rada na svim razinama zdravstvene zaštite kao značajnog doprinosa razvoja sestrinstva u RH u primjeni znanja u visoko stručnom praktičnom radu.

Štefaniya Ozimec Vulinec, dipl.med.techn., prof.

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

Glas Koncila

Gornji Grad d.o.o.

Grand hotel "Adriatic", Opatija

HIP

Kadulja A. M. d.o.o.

Led Art d.o.o.

MCS Grupa d.o.o.

Milsing d.o.o.

Preplam d.d.

Prim. dr. sc. Igor Rudež

Printera grupa

Simbex d.o.o.

Školska knjiga Zagreb

Uriho d.o.o.

Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju DOMINUS

Ustanova za Zdravstvenu njegu u kući Čorluka

Zdravstvena ustanova za njegu i rehabilitaciju Zorica

ZEPTER d.o.o.

ORGANIZACIJSKI ODBOR

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

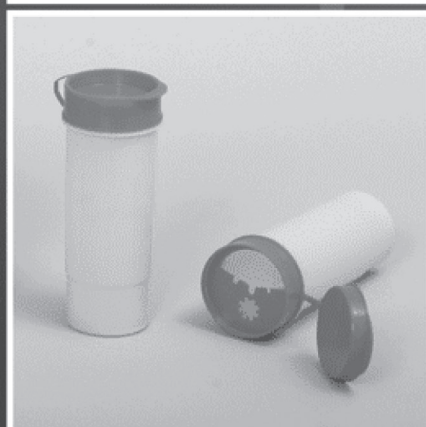


Kanta 20 l MO



Kanta 20 l MO

Posuda 0,3 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 vrha	V ₁ (l)	V ₂ (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

