

Institucijska skrb - sigurna skrb

Kreš, Anja

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:924666>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1102/SS/2019

Institucijska skrb - sigurna skrb

Anja Kreš, 1901/336

Varaždin, rujan 2019. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1102/SS/2019

Institucijska skrb - sigurna skrb

Student

Anja Kreš, 1901/336

Mentor

Doc. dr. sc. Marijana Neuberg

Varaždin, rujan 2019. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJSKI preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Anja Kreš MATIČNI BROJ 1901/336

DATUM 18.07.2019. KOLEGIJ Zdravstvena njega starijih osoba

NASLOV RADA Institucijska skrb- sigurna skrb

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Institutional care- safe care

MENTOR dr.sc. Marijana Neuberg ZVANJE docent

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Rosana Ribić, predsjednik
2. doc. dr.sc. Marijana Neuberg, mentor
3. doc.dr.sc. Josip Pavan, član
4. dr.sc. Irena Canjuga, zamjenski član
5. _____

Zadatak diplomskog rada

BROJ 1102/SS/2019

OPIS

Potreba za sigurnošću jedna je od osnovnih ljudskih potreba (Maslow, Henderson). Tijekom liječenja bolesnikova sigurnost i kvaliteta zdravstvene skrbi su u središtu te predstavljaju prioritet svakog zdravstvenog djelatnika. Zagovornica prava pacijenata upravo je medicinska sestra te ona ima bitnu ulogu u osiguravanju sigurnosti pacijenta i u zaštiti njegovih prava. Svaki postupak u toku liječenja donosi određene potencijalne rizike za nastanak neželjenih događaja. Najčešći neželjeni događaji povezani s procesom zdravstvene njege su dekubitus, pad pacijenta, nedostatna higijena ruku, intrahospitalne infekcije, neželjene nuspojave lijekova. Međunarodne organizacije posljednjih desetljeća ukazuju i na problem nasilja nad osobama starije životne dobi u institucijama. Nasilje u institucijama može se javiti u toku hranjenja, kupanja, oblačenja i sl. U procesu zdravstvene njege vrlo bitnu ulogu ima i obitelj obojelog člana. U radu je potrebno:

- Opisati što je to sigurnost pacijenta i neželjene događaje,
- Opisati problem nasilja u starijoj životnoj dobi, te ulogu obitelji,
- Provesti i analizirati istraživanje kvalitete skrbi za stariju osobu u instituciji iz perspektive studenata preddiplomskog i diplomskog studija sestrinstva u Varaždinu,
- Zaključiti rezultate istraživanja.

ZADATAK URUČEN

03.09.2019.

POTPIS MENTORA



Predgovor

Zahvaljujem se svojim roditeljima, Dominiku, obitelji i prijateljima na strpljenju, potpori i razumijevanju za vrijeme studiranja i izrade završnog rada.

Posebne zahvale mentorici doc. dr. sc. Marijani Neuberg na pomoći tijekom izrade završnog rada, na stručnim savjetima i ponajviše strpljenju.

Zahvaljujem se i glavnoj sestri Dragici Ciglar, bacc. med. techn., te svim kolegicama i kolegama Odjela gastroenterologije Opće bolnice Varaždin što su imali razumijevanje i pružali mi podršku tijekom studiranja.

Također se zahvaljujem svim kolegicama i kolegama na studiju Sestrinstva na zajedničkoj suradnji tijekom triju godina studija kao i na stvaranju novih prijateljstva i poznanstva.

Sažetak

Starenje je prirodan fiziološki proces koji utječe na navike i promjene u životu pojedinaca. Ono napreduje različitom brzinom i javlja se u različitoj životnoj dobi što ovisi o pojedincu. Mijenjanje životnog standarda i unapređenje zdravstvene skrbi utječe na produljenje životnog vijeka, a time se povećava udio starijih osoba u cjelokupnoj populaciji. Proces starenja remeti uobičajenu homeostazu, uzrokuje slabljenje mnogih funkcija koje mogu dovesti do raznih bolesti i patoloških stanja te se starije osobe često nisu u mogućnosti brinuti za sebe. Sve više bolesti zahtijeva primjerenu zdravstvenu skrb koju oboljeli mogu dobiti u bolnicama i specijaliziranim institucijama. Bolnice svim pacijentima 24 sata dnevno omogućuju svu potrebnu skrb i njegu kao i ostale institucije u koje obitelji smještaju starije osobe zbog njihovoga zdravstvenog stanja.

Za potrebe završnog rada provedeno je istraživanje putem Google obrasca te su se odgovori prikupljali u vremenu od 1. srpnja 2019. god. do 15. srpnja 2019. god. U istraživanju je sudjelovalo 100 studenata preddiplomskog i diplomskog studija Sestrinstva Varaždin. Za istraživanje je korišten prilagođeni anketni upitnik uz suglasnost autorice doc. dr. sc. Marijene Neuberg (Neuberg, M.2017., Analiza pojavnosti zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi u institucijskoj skrbi, doktorska dizertacija prema: Drennan, J., Lafferty, A., Treacy, M.P., Fealy, G., Phelan, A., Lyons, I. Hall, P. (2012) Older People in Residential Care Settings: Results of a National Survey of Staff-Resident Interactions and Conflicts. NCPOP, University College Dublin). Anketni je upitnik sadržavao i 17 tvrdnji o primjećivanju pojavnosti zanemarivanja i zlostavljanja u bolnici, od toga je prvih 8 tvrdnji mjerilo primjećivanje zanemarivanja, a ostale primjećivanje zlostavljanja. Cilj je ovog rada ispitati studente o zadovoljstvu institucijskom skrbi njihovih oboljelih članova obitelji, koliko su članovi obitelji percipirali institucijsku skrb kao sigurnu skrb odnosno doživjeli neke neželjene ishode skrbi. Sekundarni ciljevi istraživanja bili su ispitati percepciju odnosa medicinskih sestara na odjelu prema pacijentima iz perspektive članova obitelji, percepciju pomoći medicinskih sestara tijekom boravka u bolnici te kakve prijedloge studenti kao članovi obitelji pacijenata imaju za eventualna poboljšanja usluga skrbi u ustanovi. Rezultati istraživanja potvrdili su hipoteze o djelomičnom zadovoljstvu, odnosno većina ispitanika se izjašnjava da su donekle zadovoljni institucijskom skrbi, zatim hipotezu da su zanemarujuća ponašanja učestalija od zlostavljajućih, te hipotezu da je pomoć od strane medicinskih sestra značajan prediktor zadovoljstva institucijskom skrbi. Rezultati istraživanja nisu potvrdili hipotezu o statistički značajnoj pozitivnoj povezanosti između pokretljivosti pacijenata i neželjenih ishoda skrbi. Uvidom u rezultate trebala bi se veća pozornost pridonijeti zaštiti pacijenta i njegovoj sigurnosti od zanemarujućih i zlostavljajućih oblika ponašanja. Naročito se treba osvrnuti na

edukaciju zdravstvenih djelatnika, kako bi zdravstvena skrb bila još kvalitetnija i sigurnija za pacijenta.

Ključne riječi: starije osobe, sigurnost, zlostavljanje, zanemarivanje, institucionalna skrb, medicinska sestra

Summary

Aging is a natural physiological process that affects habits and changes in the life of every individual. It progresses at a different pace and can occur at a distinct age, depending on the individual. The lifespan extension is highly affected by the change of living conditions and the improvement of the health care, thus increasing the proportion of older adults in the overall population. The aging process affects the ability to maintain and restore homeostasis, causing the weakening of many body functions which can lead to various diseases and pathological conditions. As a result, many older people are often unable to take proper care of themselves. More and more diseases require adequate health care in hospitals or other specialized institutions. Hospitals, as well as the other institutions in which the elderly are accommodated because of their health status, provide all the necessary care to all the patients, 24 hours a day.

Regarding the purpose of the final thesis there was a survey conducted using the Google Forms, starting from July 1, 2019 until July 15, 2019. A survey was conducted among 100 undergraduate and graduate students of University North, Department of Nursing, Varaždin. Moreover, the survey was conducted using a customized *questionnaire* with the consent of the author, ass. prof. Marijana Neuberg, PhD, (Neuberg, M. (2017), *Analysis of the occurrence of elder abuse and neglect in institutional settings*, doctoral dissertation by: Drennan, J., Lafferty, A., Treacy, M.P., Fealy, G., Phelan, A., Lyons, I. Hall, P. (2012) *Older People in Residential Care Settings: Results of a National Survey of Staff-Resident Interactions and Conflicts*. NCPOP, University College Dublin). This customized *questionnaire* contained 17 *statements* regarding the incidence of neglect and abuse at the hospital, of which the first eight statements measured the incidence of neglect while the rest were mainly focused on the abuse.

The aim of this thesis is to examine the level of students' satisfaction with the institutional care of their sick family members, that is, did they perceive the institutional care as a safe care or did they experience some undesirable outcomes during the hospitalization. The secondary objective of the study is to examine the perceptions of the nurses towards the patients from the perspective of family members, the perceptions of the nurses' assistance during the hospitalization and what suggestions students as family members have for possible improvements in the health care service.

The results of the study confirmed the hypotheses of partial satisfaction; that is, most respondents stated that they were somewhat satisfied with the institutional care. Furthermore, the hypothesis that neglectful behaviors were more frequent than abusive ones, and the hypothesis that nursing assistance was a significant predictor of institutional care satisfaction were also confirmed with the results. The study results did not confirm the hypothesis of a statistically significant positive

association between patient mobility and unwanted care outcomes. By looking at the results, greater attention should be paid to protecting the patient's safety from the neglectful and abusive behaviors. Additionally, there should be some further education for the health professionals in order to make health care better and safer for the patients.

Key words: the elderly, abuse, neglect, institutional care, nurses

Popis korištenih kratica

WHO / SZO Svjetska zdravstvena organizacija

CNS središnji živčani sustav

EPUAP Europsko savjetodavno vijeće za dekubitus

NPUAP Nacionalni savjetodavni odbor za ulkus

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Autonomija bolesnika	3
3.	Bolesnikova sigurnost	4
3.1.	Indikatori kvalitete zdravstvene skrbi	4
4.	Neželjeni ishodi skrbi	6
4.1.	Pad bolesnika.....	6
4.2.	Dekubitus	7
4.3.	Intrahospitalne infekcije	8
4.4.	Nepravilna higijena ruku	9
4.5.	Neželjene nuspojave lijekova	10
4.6.	Nasilje nad bolesnicima kao indikator sigurnosti	10
5.	Suradnja medicinske sestre s bolesnikom i njegovom obitelji	13
6.	Uloga obitelji u ozdravljenju člana obitelji.....	14
7.	Istraživački dio rada	16
7.1.	Cilj istraživanja	16
7.2.	Istraživačka pitanja i hipoteze	16
7.3.	Opis upitnika	16
7.4.	Instrument.....	17
7.5.	Uzorak	17
7.6.	Statistička analiza	20
8.	Rezultati	21
8.1.	Zadovoljstvo institucionalnom skrbi za bolesnika u bolnici iz perspektive studenata kao člana obitelji	21
8.2.	Zanemarivanje i zlostavljanje u instituciji skrbi i povezanost s pokretljivošću bolesnika	22
8.3.	Medicinske sestre i skrb za bolesnika	24
8.4.	Rasprava	27
9.	Zaključak.....	30
10.	Literatura.....	31

1. Uvod

U budućnosti nas i dalje čekaju izazovi sve češćeg oboljevanja stanovništva i kontinuiranog starenja stanovništva, a neki od izazova s kojima se danas, a i u budućnosti, susrećemo ili ćemo se susretati su nejednaka dostupnost usluga i nejednaka kvaliteta pruženih usluga, brze političke promjene, neusklađenost različitih razina skrbi za starije, nedostatak znanja i edukacija, manjak financijskih sredstava i dr. Vrlo je bitna dobra suradnja ustanova i institucija na svim razinama kako bi postigli što viši nivo kvalitete i zadovoljstva bolesnika i njihovih obitelji zdravstvenom skrbi. Prema Maslowu i Hendersonu potreba za sigurnošću je jedna od osnovnih ljudskih potreba. Za vrijeme hospitalizacije pacijenta u bolnici i drugim institucijama u središtu treba biti pacijentova sigurnost i pružanje kvalitetne zdravstvene skrbi te bi upravo to trebao biti prioritet svakog zdravstvenog djelatnika. U institucijama treba raditi educirani kadar sa osobnim kvalitetama, a pod time se smatra da cijeni i poštuje svaki život te svoj posao obavlja s ljubavlju, voljom i željom da omogući što veću kvalitetu života osobe za koju skrbi.

Pojedine skupine bolesnika, ponajviše bolesnika starije životne dobi, imaju specifične potrebe ovisno o posljedicama koje donosi starenje. Zbog napretka bolesti te kod starijih osoba slabljenja funkcija sve češće je potrebna institucijska skrb. Ona uključuje cjelovitu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. Kvaliteta zdravstvene skrbi očituje se putem indikatora kvalitete zdravstvene skrbi koji uključuju pojavnost dekubitusa, učestalost padova, zadovoljstvo pacijenata i osoblja, te pojavnost infekcija. Bitna je uloga medicinskog osoblja u ostvarenju kvalitete, odnosno postizanju suradnje medicinske sestre s pacijentom i njegovom obitelji, podučavanju i informiranju pacijenta i njegove obitelji. U protivnom dolazi do neželjenih ishoda skrbi i pojavnosti neželjenih oblika ponašanja, poput zlostavljanja i zanemarivanja starijih osoba. Upravo su zlostavljanje i zanemarivanje oblici ponašanja koji narušavaju sigurnost bolesnika. Nerijetko su žrtve takvih oblika ponašanja slabije i nemoćne skupine ljudi odnosno bolesna djeca i starije osobe. Vrijeme posjeta je kratko, pa članovi obitelji s oboljelim članovima u institucijama ne provode puno vremena, već brigu o njima s punim povjerenjem prepuštaju medicinskom osoblju. Zbog otežanih uvjeta, poput manjka osoblja, obima posla, nedostatka vremena, medicinsko osoblje ponekad ne stiže voditi brigu o sigurnosti svih pacijenata. Događa se i da medicinsko osoblje zanemaruje etički kodeks te nepravilno postupaju prema bolesnicima.

Sigurnost pacijenata u institucijama je složen fenomen koji prvenstveno služi za procjenu kvalitete zdravstvene skrbi. Naime, sigurnost pacijenata u institucijama vodi do krajnjeg rezultata, tj. do željenog ishoda pruženog liječenja. S obzirom na složenost pojma sigurnosti pacijenta, lako je zaključiti da se sigurnost pacijenata teško može ispitati. Živimo u vremenu kada se o nasilju,

zlostavljanju i zanemarivanju premalo govori pa je za očekivati da medicinsko osoblje, bolesnici ili članovi obitelji oboljelih neće spominjati eventualno zlostavljanje ili zanemarivanje.

U ovome će završnom radu biti riječi o zadovoljstvu institucijskom skrbi te će se pokušati prikazati da je institucijska skrb – sigurna skrb. Najprije će se govoriti o autonomiji bolesnika i njihovoj sigurnosti pa zatim o neželjenim ishodima skrbi koji mogu dovesti do narušavanja sigurnosti i kompletnog plana liječenja. Posebna će se pozornost u radu dati nasilju prema bolesnicima, odnosno zlostavljačkim i zanemarujućim oblicima ponašanja koji nepovoljno utječu na sigurnost pacijenata u institucijama. U ozdravljenju bolesnika važnu ulogu ima i medicinsko osoblje, odnosno njihovo ponašanje prema oboljelima kao i podrška članova obitelji čemu će također biti posvećen dio rada. U empiričnom dijelu rada prikazano je istraživanje provedeno na studentima. Istraživanjem se htjelo ispitati zadovoljstvo studenata pruženom institucijskom skrbi za oboljele članove obitelji, kako su oni doživjeli odnos medicinskog osoblja prema oboljelim članovima te jesu li oboljeli članovi doživjeli neželjene ishode skrbi u vrijeme institucionalizacije. Provedenim istraživanjem barem se na neki način može pokazati razina zadovoljstva institucijskom skrbi.

2. Autonomija bolesnika

Autonomija bolesnika podrazumijeva samoopredjeljenje i želju bolesnika u vezi s potrebnim liječenjem. [1] Ona podrazumijeva slobodu od kontrole i utjecaja drugih, slobodu od ograničenja koja sprečavaju izbor, slobodu od neodgovarajućeg razumijevanja te slobodno djelovati u skladu s postavljenim individualnim ciljevima i osobnim planom. Iznimno je važan adekvatan pristup bolesniku kako bi se odvagnuli prednosti i nedostaci raznih načina djelovanja te kako bi se postiglo potencijalno i zadovoljavajuće rješenje za zdravstvene potrebe, a da se pritom zadržava bolesnikovo dostojanstvo. Pružatelji skrbi u svakodnevnom radu zaboravljaju na važnost autonomije kao i omogućavanja bolesniku, ponajviše starijoj osobi, sudjelovanje u brizi za sebe. [2]

U pojedinim slučajevima, kada je potrebno donositi teške egzistencijalne odluke vezane uz posljednje trenutke ljudskoga života, kada autonomiju bolesnika zbog njegovog kliničkog stanja nije moguće provesti, postoji zakonodavna mogućnost imenovanja zamjenskog predstavnika izbora liječenja. [1] Druga mogućnost je anticipativno odlučivanje bolesnika: „Anticipativno odlučivanje jest jedan od načina na koji se osobama omogućuje unaprijed odlučivati o različitim aspektima života za slučaj njihove buduće nesposobnosti da takve odluke donose samostalno.“ U pojedinim europskim državama već postoji takva praksa te je kao takva prihvaćena i od strane Vijeća Europe. [3] U Republici Hrvatskoj prava pacijenata regulirana su zakonom o zaštiti prava pacijenata. Autonomija pacijenata prema tome zakonu sastoji se od prava o suodlučivanju koje se odnosi na pravo na obaviještenost te prava na prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka. Iznimka od prava na suodlučivanje može se činiti samo kada je to opravdano zdravstvenim stanjem bolesnika što je u takvim slučajevima određeno Zakonom. [4]

Brojni znanstvenici skandinavskih zemalja unatrag tridesetak godina upozoravaju na narušavanje autonomije bolesnika, ponajviše starijih osoba tijekom institucionalizacije. Iako se u bolesničkim sobama nastoji stvoriti kućna atmosfera (namještaj, obiteljski portreti, ukrasi i sl.), krevet i noćni stolić su bolnički. Česti ulasci osoblja u sobu kad korisnik i nije prisutan, vrata između sobe i hodnika često su otvorena što daje svakome tko prolazi uvid u privatnost sobe čime se narušava bolesnikova privatnost i autonomija. [2]

Za postizanje boljeg učinka autonomije „važno je da organizacija ima sustav vrijednosti koji poštuje prava svakog korisnika usluga i etički kodeks koji usmjerava osoblje da se ponaša na odgovarajući način. Osoblje se educira o tome kako postupati s korisnicima na način kako bi oni kod toga osjećali poštivanje svoje autonomije, slobode odlučivanja i neovisnosti, te da su kao osobe važni dio ustanove. Istraživanja su pokazala kako korisnici počinju osjećati pripadnost ustanovi već nakon četiri tjedna boravka.“ [2]

3. Bolesnikova sigurnost

Sastavni element dobro organiziranih zdravstvenih sustava diljem svijeta je proces praćenja i unapređenja kvalitete. Fokus i prioritet svakog zdravstvenog radnika je sigurnost bolesnika i stavljanje bolesnika u središte njege kao i omogućavanje što sigurnijeg sustava za bolesnika, a i za djelatnike koji provode zdravstvenu njegu. Kako bi bolesnik bio u središtu, vrlo je važno u proces zdravstvene njege uključiti bolesnika, a i njegovu obitelj. Sigurnost bolesnika smanjuje rizik neželjenih događaja, a povećava kvalitetu oporavka od neželjenih događaja povezanih s procesom sestrinske skrbi. [5]

Sigurnost bolesnika proizlazi iz nastojanja za povećanjem kvalitete zdravstvenih usluga koje sprječavaju štetne posljedice za bolesnike, a da bi se izbjegle potrebno je (IOM - Institut of Medicine):

- spriječiti zdravstvene pogreške kod pružanja zdravstvenih usluga bolesnicima,
- učiti iz pogrešaka i nastojati izbjegavati pogreške
- izgraditi organizacijsku kulturu zdravstvene ustanove u koju su uključeni zdravstveni radnici, menadžment zdravstvene ustanove, bolesnici i njihove obitelji [6]

„Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira sigurnost bolesnika kao smanjenje rizika od nepotrebnih šteta povezanih u zdravstvu na prihvatljivi minimum. Prihvatljivi minimum se odnosi na kolektivne pojmove obzirom na trenutna znanja, resurse na raspolaganju i kontekst u kojem se zdravstvena skrb pruža uz odvagnuti rizik od neobrade bolesnika ili drugog postupanja.“ [6]

3.1. Indikatori kvalitete zdravstvene skrbi

Kvaliteta zdravstvene njege označava ispravnost određenog procesa, njegovu primjerenost određenu zakonima, normama i zahtjevima te je podložna kontroli kvalitete. (Zakon o sestrištvu čl. 23 NN 121/03).

Sigurnost bolesnika je temelj u kvalitetnom provođenju zdravstvene njege i skrbi. Medicinska sestra u zdravstvenoj skrbi ima veliku i važnu ulogu pa tako postoji i opasnost da se greške sustava pripisuju medicinskim sestrama. Brojna istraživanja prikazuju da su upravo medicinske sestre spriječile brojne neželjene događaje te da upravo one štite bolesnike od nesigurne prakse. Svaki postupak tijekom liječenja donosi određene potencijalne rizike. Indikatori kvalitete zdravstvene njege u akutnoj bolničkoj skrbi očituju se obrazovanjem osoblja koje brine o bolesnicima, brojem sati pružene zdravstvene njege bolesniku tijekom dana, brojem dekubitusa, brojem padova

bolesnika, zadovoljstvom bolesnika s ublažavanjem boli, zadovoljstvom bolesnika s provedenom edukacijom, zadovoljstvom bolesnika s pruženom zdravstvenom skrbi, zadovoljstvom bolesnika s pruženom zdravstvenom njegom, brojem bolničkih infekcija te zadovoljstvom medicinskih sestara (*American nurses association*). [7]

4. Neželjeni ishodi skrbi

Najčešći neželjeni događaji u procesu rada zdravstvene njege su: pad bolesnika, dekubitus, intrahospitalne infekcije, nedostatna higijena ruku i neželjene nuspojave lijekova.

4.1. Pad bolesnika

Padovi bolesnika tijekom hospitalizacije unutar bolničke institucije predstavljaju vrlo ozbiljan problem koji značajno utječe na sigurnost i kvalitetu života bolesnika za vrijeme liječenja. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira pad kao posljedicu slučajnog odmaranja na podu s nemogućnošću ustajanja, a događa se pod okolnostima na koje utječu mnogi faktori koji djeluju na stabilnost. [8] Stopa padova bolesnika u zdravstvenim ustanovama iznosi od 1,7 do 25 padova na 1000 bolesničkih dana prema podacima Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi iz 2016. godine te se kao posljedica padova se mogu javiti frakture, laceracije i krvarenja. [9] Prilikom procjene bolesnika medicinska sestra treba procijeniti rizik za pad, prikupiti podatke o dobi bolesnika, prikupiti podatke o pokretljivosti, prikupiti podatke o kognitivnom statusu, prikupiti podatke o mogućnosti brige za sebe, prikupiti podatke o hitnosti eliminacije, prikupiti podatke o lijekovima koje bolesnik uzima te prikupiti podatke o okolinskim uvjetima. [10] Visok rizik za pad je „...stanje u kojem je povećan rizik za pad uslijed međudjelovanja osobitosti pacijenta i okoline.“ [10] Ako medicinska sestra procjeni da postoji rizik za pad, on se tada procjenjuje pomoću Morseove skale za procjenu rizika za pad. Ovisno o broju bodova, bolesnici se svrstavaju u kategorije: nizak rizik (0 – 24 boda), umjeren rizik (25 – 44 boda), visok rizik (45 i više bodova). Boduju se prethodni padovi, druge medicinske dijagnoze, pomagala pri kretanju, infuzija, stav/premještanje i mentalni status. [11]

Kritični čimbenici rizika za pad su bolesti sustava za kretanje, bolesti živčanog sustava, bolesti srčano-žilnog sustava, maligne bolesti, hematološke bolesti, psihogeni poremećaji, endokrinološke bolesti, respiratorna insuficijencija, poslijeoperacijski period, primjena lijekova, nedostatak zaštitnih pomagala, specifična dobna skupina, opća slabost, kognitivni deficit, poremećaj spavanja i dr. [10]

U svrhu prevencije pada, u prostoru je potrebno ukloniti onečišćenja i prepreke, prilagoditi osvjetljenje, namještaj i tepihe mogućnostima i potrebama starijih osoba, paziti na mokre podove, obuću koja se ne kliže, lijekove koje starija osoba uzima, konzumira li alkohol i dr. [12, 13] Bez obzira na učinjenu procjenu i poduzete preventivne mjere u praksi se događa da bolesnik padne. Kako bi se spriječili daljnji padovi, poduzimaju se dodatne mjere poput upozoravanja bolesnika da ne ustaje sam bez pomoći medicinske sestre, postavljanja ogradica na krevet ili pak postupaka

humane fiksacije uz liječničku suglasnost. Ako bolesnik padne obavještava se odjelni ili dežurni liječnik kako bi se evidentirale i sanirale eventualne povrede prilikom pada te se obavezno evidentira pad u dokumentaciju o neželjenim događajima.

4.2. Dekubitus

Dekubitus (lat. decumbere = ležati) ili dekubitalni vijed je promjena na bolesniku za koju se često pogrešno smatra da je promjena na koži u smislu stvaranja nekroze i propadanje tkiva koje zahvaća različite slojeve prodirući u dubinu. Na temelju tih promjena dekubitus se dijeli na četiri stadija. [14] Rizični čimbenici podijeljeni su u dvije skupine: intrinzične i ekstrinzične.

Intrinzični čimbenici su motorni deficit, nepokretnost, senzorni deficit, poremećaj svijesti, inkontinencija urina i stolice, poremećaj prehrane (manjak proteina i vitamina), pothranjenost, anemija, srčano-žilne bolesti, dijabetes, bolesti CNS-a, dehidracija, koštana izbočenja, oslabljena perfuzija itd., dok su ekstrinzični čimbenici: pritisak, trenje, prekomjerna vlažnost ili suhoća kože, hladnoća, vrućina, kemijski agensi, radijacija, neprimjereni krevet itd. [15] Najčešća lokalizacija dekubitusa je:

- na leđima - u području zatiljne kosti, lopatica, lakata, križa, trtice i peta
- na boku - u području uške, ramena, vanjske strane lakta, kuka, vanjske strane koljena i gležnja,
- potrbuške - u području prsne kosti, rebara, prednjih izbočenja crijevne kosti, koljena, unutarnjeg gležnja i gornje strane stopala. [12]

Stupnjevi dekubitusa u literaturi:

- I. Crvenilo/eritem na intaktnoj koži koje ne bijeli na pritisak.
- II. Oštećenje površinskog sloja kože; klinički se očituje pojavom abrazije, mjehura ili plitkog kratera
- III. Potpuno oštećenje svih slojeva kože s nekrozom subkutanog tkiva, klinički se očituje kao duboki krater sa subminiranim rubovima ili bez njih, ne prodire kroz mišićnu fasciju.
- IV. svi slojevi zahvaćeni destruktivnim procesima, osim kože i potkože zahvaćaju mišićno tkivo, potporne strukture i kosti. [11, 14]

Pojava dekubitusa nije povezana samo sa starijom životnom dobi, već je moguća u svakoj dobnoj skupni, od dojenačke dobi do starije životne dobi, ali prema učestalosti pojavljivanja

najzastupljeniji je kod starijih i teških pacijenata. [14] Dekubitus je velik medicinski problem. Osim što opterećuje bolesnika, zahtijeva veliku brigu obitelji bolesnika i zdravstvenog osoblja, te zahtijeva velike financijske izdatke za prevenciju i liječenje. Pojava dekubitusa usko je povezana s povećanjem morbiditeta i mortaliteta. [14] Prema podacima Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi iz 2016. godine učestalost dekubitusa u bolnicama na 1000 bolničkih otpusta iznosi 0,4 % – 38 %. [9] Prve Kliničke smjernice prevencije i liječenja dekubitusa za sve zemlje EU i svijeta objavili su Europsko savjetodavno vijeće za dekubitus (EPUAP) i američki Nacionalni savjetodavni odbor za ulkus (NPUAP) 2009. godine s ciljem prevencije i poboljšanja skrbi za bolesnika s dekubitusom. [16] Naime, do nedavno se smatralo da je dekubitus rezultat loše sestrinske njege, da se svaki dekubitus može spriječiti i da je svaki dekubitus isključivo rezultat pritiska na podlogu kao i da uporaba specijalnih kreveta ili opreme sprječava nastanak dekubitusa. [14]

4.3. Intrahospitalne infekcije

Prema pravilniku o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija koji je izašao u N. N. br 93. kolovoz 2002. čl. 2. definicija intrahospitalnih infekcija glasi: „Bolnička infekcija je svaka infekcija bolesnika koja se javlja nezavisno od primarnog oboljenja ili svaka infekcija zdrave osobe (zaposlenog osoblja), za koju se utvrdi da je do nje došlo u bolničkoj sredini, ordinaciji privatne prakse ili u stacionarima ustanova za stare i nemoćne osobe kao posljedica pregleda, liječenja ili skrbi, a razvije se tijekom liječenja ili nakon otpusta iz bolnice u određenom vremenskom periodu. Bolnička infekcija može se javiti u sporadičnom (pojedinačnom), epidemijskom i endemskom obliku.” [17]

Postoji velik broj intrahospitalnih infekcija, a najčešće su: infekcije mokraćnog sustava, pneumonije, sepse, a na kirurškim odjelima infekcije kirurške rane. Intrahospitalne infekcije produžuju boravak bolesnika u bolnici i povećavaju troškove liječenja, a povećavaju i broj morbiditeta i mortaliteta bolesnika unatoč provođenju suvremenih mjera prevencije. [18]

Mogućnost obolijevanja postoji za sve hospitalizirane bolesnike. Rizik je izrazito visok u jedinicama intenzivne medicine, na kirurškim i dječjim odjelima, a posebno ugroženu skupinu čine imunokompromitirani bolesnici. Vrsta infekcije i težina bolesti ovise o raznim čimbenicima kao što su bolesnik i njegova osnovna bolest, uzročnici, uvjeti u kojima je infekcija nastupila (bolnička sredina) i o učinkovitosti zaštitnih mjera. Najčešći uzročnici intrahospitalnih infekcija su bakterije, a bitna karakteristika im je rezistencija na antibiotike i otpornosti na dezinfekcijska sredstva. [19]

Aktivni program nadzora, prevencija i suzbijanje glavni su čimbenici mjera sprječavanja bolničkih infekcija u čemu vrlo bitnu ulogu imaju i povjerenstva za bolničke infekcije. Mjere su propisane zakonom te su u program uključene sve zdravstvene ustanove. Tim za kontrolu bolničkih infekcija radi na poboljšanju, sprečavanju, suzbijanju i kontroli bolničkih infekcija u stacionarnim zdravstvenim ustanovama i kod pružatelja usluga socijalne skrbi. U skladu s preporukama SZO najvažnija mjera za sprječavanje bolničkih infekcija jest pravilna higijena i dezinfekcija ruku, a pravilna uporaba antibiotika u profilaksi i liječenju pridonosi sprječavanju pojave bakterija rezistentnih na antibiotike. Pravilno provođenje postupaka zdravstvene njege na način koji doprinosi smanjenoj učestalosti bolničkih infekcija, važan je i obvezatan dio rada medicinskih sestara i tehničara. [18, 20]

4.4. Nedostatna higijena ruku

Infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi veliki su problem u cijelome svijetu. Čak 5 – 10 % svih hospitaliziranih bolesnika dobije takvu infekciju tijekom liječenja. Već je I. P. Semelweiss istaknuo da su čiste ruke najvažniji pojedinačni činitelj koji može smanjiti broj tih infekcija. [21] Higijena ruku prepoznata je kao najvažnija mjera sprječavanja bolničkih infekcija, a procjenjuje se da bi pravilno provođenje moglo smanjiti njihovu pojavnost za čak 15 – 30 % [22, 23, 24]

Istraživanja pokazuju da zdravstveni djelatnici iskazuju slabu suradnju u kvalitetnom provođenju higijene ruku zbog raznih čimbenika kao što su nedostatak osoblja, nedostupnost sredstava za higijenu, nedostatak motivacije i znanja o važnosti higijene ruku te nedostatak vremena. [25] Neki od načina edukacije osoblja su edukacijski materijali poput prezentacijskih slajdova, filmova i plakata za provedbu pravilne higijene ruku te alati za procjenu suradljivosti u provođenju iste, kao i alati za pružanje povratne informacije zaposlenicima odjela dostupni na internetskim stranicama SZO. [26]

U 21. stoljeću Svjetska zdravstvena organizacija uočila je problem higijene ruku zaposlenika što utječe na sigurnosti za bolesnike te je krajem 2005. godine pokrenula projekt pod nazivom Prvi globalni izazov za sigurnost bolesnika: „Čista skrb je sigurnija skrb“ (engl. First global patient safety challenge: „Clean Care is Safer Care“) koji se primjenjuje širom svijeta [21]

U okviru tog projekta nestale su i smjernice „Mojih 5 trenutaka za higijenu ruku“. One uključuju pranje ruku prije kontakta s bolesnikom odnosno njegovom okolinom; prije aseptičkog postupka (primjerice otvaranja venskog pristupa, davanje injekcije); nakon izlaganja tjelesnim tekućinama i izlučevinama bolesnika; nakon kontakta s bolesnikom te nakon kontakta s bolesnikovom okolinom onda kada nije došlo do kontakta s bolesnikom. [21, 26]

Iako je higijena ruku najosnovnija i najjednostavnija metoda u prevenciji bolničkih infekcija, i nakon više od 165 godina od Semmelweissove publikacije, bolnice se bore s provođenjem tih mjera i osvještavanjem zdravstvenog osoblja o važnosti higijene ruku. [27]

4.5. Neželjene nuspojave lijekova

Svaka štetna i neželjena reakcija na lijek, konzumiranog na ispravan način i u odobrenoj terapijskoj dozi, smatra se nuspojavom lijeka. Očituje se neželjenim znakovima, simptomima ili bolestima vremenski povezanima s primjenom lijeka. Nuspojave lijekova su vrlo ozbiljna stanja te kao takva mogu izazvati i smrt osobe, po život opasno stanje, potrebu za hospitalizacijom ili produljenjem hospitalizacije, trajni ili teški invaliditet, prirođenu anomaliju, te ostala medicinski značajna stanja. [28] Do nuspojava lijekova može doći zbog pogreške nastale u procesu sestrinske skrbi i to ako je lijek dan pogrešnom bolesniku, u pogrešnoj dozi, u pogrešno vrijeme ili na pogrešan način.

4.6. Nasilje nad bolesnicima kao indikator sigurnosti

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira nasilje kao „namjerno korištenje fizičke sile ili nasilja protiv sebe, druge osobe ili protiv društva, koje rezultira ili ima velike šanse da rezultira nanošenjem povreda, psihičke štete, suzbijanjem razvoja ili smrću.“ Sve veća pozornost u Hrvatskoj se pridaje različitim oblicima nasilja nad starijim osobama te ono predstavlja osobni i društveni problem. Oblici nasilja su tjelesno zlostavljanje, psihičko zlostavljanje, seksualno zlostavljanje, materijalno zlostavljanje i zanemarivanje starijih osoba, a kriteriji za procjenu zlostavljanja često su prilagođeni vrijednostima u društvu, običajima, kulturnoj razini, osobnoj percepciji i dr. [29] Različite su okolnosti pojavljivanja nasilja, odnosno variraju od kratkih i suptilnih interakcija do postupaka koji izravno ugrožavaju ljudska i građanska prava. Nasilje se rijetko pojavljuje kao pojedinačan događaj, a razni oblici zlostavljanja starijih mogu biti počinjeni istovremeno ili kroz dulje vremensko razdoblje. [30]

Fizičko zlostavljanje definira se kao "namjerna upotreba fizičke sile koja rezultira tjelesnom ozljedom, boli ili oštećenjem, uključujući i fizička ograničenja, kao i pretjerano korištenje lijekova, kako bi stariji ljudi bili "poslušniji". U institucijama fizičko nasilje može ili ne mora uzrokovati vidljive ozljede poput posljedica udaranja, šamaranja, štipanja, guranja ili grubog postupanja, uključuje zlostavljanje tijekom kupanja bolesnika u vodi koja je prevruća ili prehladna, nasilno hranjenje, kažnjavanje uskraćivanjem hrane i pića, topline i udobnosti, ograničavanje kretanja, pretjerano korištenje sredstava za umirenje, nebriga oko oblačenja i pranja inkontinentnog

bolesnika, ignoriranje bolnih stanja i liječenje svih medicinskih stanja rutinski, bez razmatranja pojedinačnog slučaja. [30]

Psihološko ili emocionalno zlostavljanje očituje se korištenjem prijetnji, ponižavanjem, zastrašivanjem, psovanjem i ostalim verbalnim ispadima, te u drugim oblicima psihičke okrutnosti, koji mogu utjecati na emocionalni ili psihološki integritet. Također može uključivati nedostatak osobnih informacija i nepriznavanje štićenika kao pojedinca, nasilno ponašanje ili prijetnje, zastrašivanje ili izazivanje anksioznosti kod štićenika, ponižavanje, ismijavanje, verbalno zlostavljanje, vika i psovanje, zadirkivanje štićenika koji to nije sposoban razumjeti, infantilno ponašanje i laganje štićeniku, čak i ako se to čini kao najjednostavnije rješenje. [30]

Seksualno uznemiravanje i zlostavljanje je izravno ili neizravno uključivanje bolesnika u seksualnu aktivnost bez njezina pristanka. Bolesnici s tjelesnim ili mentalnim oštećenjima trebaju pomoć djelatnika pri obavljanju osobne higijene, te tako djelatnici obavljaju intimne zadatke vezane uz bolesnikovo tijelo. Svaki oblik seksualnog iskorištavanja od strane djelatnika smatra se seksualnim zlostavljanjem. [30]

Materijalno zlostavljanje bolesnika odnosi se na krađu novca i neovlašteno ili nepravilno korištenje sredstava, imovine ili vlasništva tih osoba. Kada je riječ o bolesniku koja je mentalno oštećena, to se odnosi na neovlašteno nepostupanje zakonskih skrbnika u najboljem interesu starije osobe. [30]

Zanemarivanje se također smatra zlostavljanjem bolesnika, a podrazumijeva sustavno uskraćivanje pomoći ili njege potrebne bolesniku, uključujući pravilnu prehranu, osobnu higijenu i mjere za sprečavanje razvoja zdravstvenih problema. [30]

Zlostavljanje bolesnika u institucijama je sveprisutno, ali još uvijek nije razrađena teorija objašnjenja nasilja nad starijim osobama. Prema postojećim rezultatima istraživanja mogući čimbenici se mogu podijeliti u nekoliko skupina. [30]

Individualni čimbenici rizika tiču se individualnih karakteristikama osoblja (netolerantnost na frustraciju, anksioznost, manjak znanja o nenasilnom rješavanju sukoba, suočavanju sa stresom i sl.), administracije, volontera ili drugih ljudi iz okoline mogu dovesti do nasilja. Osim toga rizični čimbenici mogu biti i individualne karakteristike samih štićenika. Neki od njih su fizička nemoć, kognitivni poremećaji, mentalne poteškoće i poteškoće u komuniciranju. Na bolesnika utječe i izolacija, premještanje, siromaštvo, nizak socijalni status, nedostatak društvene potpore, kulturalne i jezične barijere, te neimanje djece. Bolesnici mogu biti i agresivni, iritantni, zahtjevni, nezahvalni, fizički odbojni (odnosi se na higijenu), te mogu odbijati potrebnu njegu. Bolesnici i osoblje neprestano utječu jedni na druge te su djelatnici dužni zadržati profesionalnost i postupati s razumijevanjem. [30]

Psihosocijalni čimbenici rizika rezultat su krivih vrijednosti i predrasuda kod pružatelja usluga te se očituju u nepriznavanju ili ograničavanju prava starosnih skupina, diskriminaciji osoba na temelju smanjenih tjelesnih sposobnosti, nedostatku poštovanja. Društveni uvjeti i trendovi mogu biti nepovoljni i neosjetljivi za potrebe bolesnika, a posebno starijih osoba. Može doći do poremećaja međugeneracijske solidarnosti, manjka svijesti, prevladavanja dobnih stereotipa unutar društva, nedostataka pravnog okvira za zaštitu prava bolesnika, a naročito starijih osoba, manjka transparentnih provjera o institucionalnim ustanovama i manjka potencijalnih civilno-društvenih resursa. [30]

Organizacijski čimbenici podrazumijevaju izolaciju ustanove što utječe na rjeđu posjećenost te povećanje zanemarivanja i zlostavljanja, neusklađenost vještina zbog pojave novih mentalnih i tjelesnih potreba bolesnika i nedostatka edukacije i razvoja novih vještina djelatnika. Organizacijski čimbenici podrazumijevaju i sistemske probleme. Oni su povezani s nedostatkom osoblja, minimaliziranjem osoblja, financijskim ograničenjima, slabim provođenjem standarda, poteškoćama u zapošljavanju i potporom kvalificiranog osoblja s iskustvom, stresom povezanim s poslom i profesionalnim izgaranjem, prebacivanjem profesionalnog nezadovoljstva na štíćenike, neshvaćanjem potrebe osoblja za profesionalnim razvojem, grupiranjem osoblja i nepravednom podjelom poslova. [30]

U ustanovama za brigu o starijim osobama nerijetko je teško odrediti pojedinca odgovornog za nasilje jer se radi o individualnoj profesionalnoj pogrešci, a ne o sustavnom i organizacijskom problemu same institucije. Vrlo je teško brinuti o starijim osobama te djelatnici često dožive sagorijevanje na radnom mjestu. Ustanova je dužna osigurati cjeloživotno obrazovanje osoblja, osigurati superviziju i nadzor nad djelatnicima te pomno odabrati djelatnike. [30] Bitna je edukacija profesionalaca kako bi mogli prepoznati nasilje nad bolesnicima i starijim osobama i pravilno reagirati kako u institucijama tako i u obitelji, te bolesnike upoznati s njihovim pravima. [31] Zlostavljanje i zanemarivanje bolesnika zahtjeva multidisciplinarni pristup rješavanja zdravstvenih, psiholoških, socijalnih i pravnih problema. [31]

5. Suradnja medicinske sestre s bolesnikom i njegovom obitelji

U procesu liječenja pacijenata medicinske sestre predstavljaju najbrojniji dio medicinskog tima te kao takve provode najveći dio svog vremena s bolesnicima. U posljednje se vrijeme sve više naglašava važnost medicinskih sestara u edukaciji pacijenata i njihovih obitelji. Medicinske sestre svojim znanjem i kompetentnošću mogu uvelike doprinijeti u preveniranju bolesti educirajući i informirajući bolesnike i njihove obitelji kako bi se postigli bolji rezultati u procesu liječenja, a time i smanjili troškovi liječenja. [32]

Intenzitet edukacije ovisi o kategoriji bolesnika, te vrsti znanja koju je potrebno usvojiti – teorijska, praktična, a ovisi i o uključenosti članova obitelji u edukaciju. [11]

U Republici Hrvatskoj provode se reforme u zdravstvu, a u tome se koriste iskustva drugih zemalja. U praksu se uvodi korištenje računala tzv. „e- zdravstvo“ koji povezuju sve segmente zdravstvenog sustava. Obrazovanjem medicinskih sestara do razine magisterija i doktorata stekli su se uvjeti da se zdravstvena njega digne na viši stupanj stručnosti, a budući da u njima sada sudjeluju visokoobrazovane medicinske sestre, proces postaje sve dinamičniji i učinkovitiji. Pristup aplikacijama e-zdravstva, medicinskim sestrama otvara mogućnost da svojim savjetima educiraju bolesnike i obitelji koristeći tehnologiju prilagođenu novom stilu života. Medicinska sestra svojim aktivnostima pomaže bolesnicima i njihovim obiteljima da shvate i upoznaju promjene nastale zbog bolesti, pokušaju svladati nastale komplikacije i time poboljšaju kvalitetu života. [32]

Kvalitetna komunikacija medicinskih sestara s bolesnikom uvelike utječe na njegovo stanje, tijek oporavka i na krajnji ishod liječenja. Kako bi se izbjegle neželjene posljedice loše komunikacije koje se najčešće manifestiraju zbog neobaviještenosti (nemogućnost da se brinu sami o sebi, anksioznost, nekomunikativnost), bolesnik i njegova obitelj moraju biti u svakom trenutku o svemu obaviješteni. Edukacija se vrši putem računala i pisanih materijala te moraju biti dostupni bolesniku i njegovoj obitelji. Poučavanjem bolesnika i podrškom pomažemo da upravlja samim procesom bolesti što pridonosi smanjenju broja bolničkih dana i poboljšava kvalitetu života bolesniku. [32]

6. Uloga obitelji u ozdravljenju člana obitelji

Obitelj je temeljna stanica svakog zdravog društva. Cilj svake obitelji je zdravlje svakog njezinog člana što je važno za postizanje zajedničkih ciljeva. [33] Zdrav odnos u obitelji povezuje se s empatijom temeljenom na suosjećanju i požrtvornosti neovisno o pozitivnim ili negativnim događajima u obitelji. Empatija ima presudnu ulogu u oporavku oboljelog člana. U izražavanju potpore bolesniku ne valja pretjerati jer to može izazvati kontraproduktivan efekt, odnosno pogoršati bolesnikovo zdravstveno stanje.

Odnosi unutar obitelji se mijenjaju ovisno o životnom ciklusu čovjeka. Izostanak brige za člana obitelji nastaje kada su veze među članovima obitelji slabe ili ne funkcioniraju. Najvažnije je da oboljeli član obitelji osjeti podršku ostalih članova odnosno da osjeti da su ostali članovi uz njega, da ga posjećuju u bolnici, vode liječniku i slično. Zahvaljujući podršci bolesnik se može osjećati emocionalno stabilnije i lakše se boriti s bolesti. Preporučuje se da, ovisno o težini bolesti, i bolesnik sudjeluje u pojedinim aktivnostima kako bi mu se pokazalo da je još potreban i koristan član obitelji. [34]

Svaka bolest pojedinog člana obitelji tu obitelj stavlja na kušnju te pokazuje koliko je obitelj funkcionalna i koliko su članovi uspješni u međusobnoj komunikaciji. Funkcionalne će se obitelji relativno dobro nositi s takvim izazovima, ojačati i biti iskusnije. Nasuprot njima, obitelji u kojima izostaje komunikacija vjerojatno se neće snaći u novonastalim situacijama te će bolesnik ostati bez prijeko potrebne podrške. Kvalitetni međusobni odnosi u obitelji podrazumijevaju zdrav psihički, tjelesni i društveni život svakog pojedinog člana. Odnosi među članovima obitelji međusobno se odražavaju putem emocionalnih reakcija, sukoba, rješavanja problema, razumijevanja i podrške i svakodnevnom životu. [35]

Život je dinamičan, nepredvidiv pa od čovjeka zahtijeva brze prilagodbe na nove situacije. Upravo takve prilagodbe zahtijeva pojava akutnih bolesti koje dolaze naglo i nenajavljeno. Obitelji oboljelih od takvih bolesti moraju se brzo organizirati, često i napustiti uobičajen način i ritam života, no u većini slučajeva, oboljeli od akutnih bolesti brzo ozdrave te se njihove obitelji brzo vraćaju svojoj rutini. Nešto je drugačije s oboljelima od kroničnih bolesti. Kronične bolesti dolaze postepeno te su u početku slabijeg intenziteta pa se tada posljedice mogu ublažiti lijekovima. Kronične bolesti su za oboljelu osobu teško podnošljive, a pogotovo ako su sami. U životu takvih bolesnika veliku ulogu ima obitelj koja im treba pružati pomoć i podršku. Svaka obitelj je različita pa tako obitelji oboljelih od kroničnih bolesti različito reagiraju. Mogu se javiti nevjerica, očaj, zatečenost, razočaranja, strah itd. Obitelji si postavljaju mnoga pitanja te je jedno od pitanja i financijska ovisnost o cijeni liječenja pojedinih bolesti. [36] Preuzimanje potpune brige o oboljelom članu od strane jednog obiteljskog skrbnika može imati teške posljedice. U takvim

slučajevima može doći do narušavanja odnosa u obitelji (osjećaja krivnje, preuzimanja uloge žrtve ili kod bolesnika ili kod članova obitelji). [37]

Kronična bolest i kod bolesnika i kod članova njegove obitelji intenzivno djeluje na emocije i aktivnost. Intenzitet tog osjećaja ovisi o vrsti bolesti, bolesnom organu, starosti, fizičkom i psihičkom stanju bolesnika, obaviještenosti o bolesti i posljedicama. Suočavanje s činjenicom da je riječ o bolesti člana obitelji jednako je teško i za oboljelog i za njegovu obitelj. Spoznaja da se radi o kroničnoj neizlječivoj bolesti, da je bolesnik doživotno ovisan o medicinskoj skrbi, o bolnicama izaziva veliki strah i neizvjesnost. [33] Takvim bolesnicima prisutnost bliske osobe i razgovor s njome pomaže i ohrabruje. U razgovoru bi trebalo slušati bolesnu osobu, a ne je opterećivati bespotrebnim pitanjima. Obitelj najbolje zna želje i potrebe oboljelog člana, pa će se tome i prilagoditi. U funkcionalnoj će obitelji svatko dobiti svoju ulogu u brizi o oboljelom članu.

Prema Bantonu, američkome socijalnome psihologu, postoje takozvane prijelazne uloge [38]. Te se uloge ne stječu učenjem nego ih razvijamo i iskušavamo u svakodnevnoj praksi. Ovisno o bolesti, članovi obitelji mogu steći status njegovatelja. Uloga njegovatelja može biti naučena ili profesionalna, privremena, situacijska. Situacija bolesnika diktira kakva će biti uloga njegovatelja u pojedinom slučaju. Starije osobe kojima treba pomoć preferiraju da o njima brinu članovi obitelji i prijatelji. Također pružatelji skrbi trebali bi se osjećati dobro jer to rade za ljude koje vole. [39] Briga o oboljelom članu obitelji ne može se planirati i zahtijeva brzu prilagodbu.

7. Istraživački dio rada

7.1. Cilj istraživanja

Primarni cilj istraživanja je ispitati zadovoljstvo institucijskom skrbi od strane studenata kao članova obitelji te koliko su članovi obitelji percipirali institucijsku skrbi kao sigurnu skrbi odnosno doživjeli neke neželjene ishode skrbi. Sekundarni ciljevi bili su ispitati percepciju odnosa medicinskih sestara na odjelu prema bolesnicima iz perspektive studenata kao članova obitelji, percepciju pomoći medicinskih sestara tijekom boravka u bolnici te kakve prijedloge članovi obitelji pacijenata imaju za eventualna poboljšanja usluga skrbi u ustanovi.

7.2. Istraživačka pitanja i hipoteze

Hipoteza 1: Članovi obitelji nisu u potpunosti zadovoljni institucijskom skrbi koju bolesnik prima u ustanovi. Većina njih se izjašnjava kao donekle zadovoljni sa skrbi.

Hipoteza 2: Najčešće primijećeni oblici zanemarivanja i zlostavljanja u ustanovi od strane pružatelja skrbi su zanemarujuća ponašanja prema bolesnicima, a rjeđe se primjećuju zlostavljajuća ponašanja.

Hipoteza 3: Postoji statistički značajna povezanost između pokretljivosti bolesnika i zanemarivanja i zlostavljanja u ustanovi.

Hipoteza 4: Pomoć od strane medicinskih sestara za vrijeme skrbi u ustanovi je statistički značajan prediktor zadovoljstva institucijskom skrbi.

7.3. Opis upitnika

Istraživanje je provedeno putem Google obrasca te su se odgovori prikupljali u vremenu od 1. srpnja 2019. god. do 15. srpnja 2019. god. Istraživanje je bilo dobrovoljno i anonimno, a sudjelovali su studenti preddiplomskog i diplomskog studija Sestrinstva Varaždin.

7.4. Instrument

U istraživanju je korišten prilagođeni anketni upitnik uz suglasnost autorice Marijane Neuberg (Neuberg, M. 2017., Analiza pojavnosti zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi u institucijskoj skrbi, doktorska dizertacija prema: Drennan, J., Lafferty, A., Treacy, M.P., Fealy, G., Phelan, A., Lyons, I. Hall, P. (2012) Older People in Residential Care Settings: Results of a National Survey of Staff-Resident Interactions and Conflicts. NCPOP, University College Dublin). Ispunjavanje upitnika je bilo u potpunosti anonimno, a sudjelovanje u istraživanju je bilo dobrovoljno. Upitnik je na početku ispitivao sociodemografske karakteristike ispitanika (spol, dob, stupanj obrazovanja, srodstvo s bolesnikom, posjećivanje u bolnici), zdravstvenu karakteristiku samog bolesnika (pokretljivost bolesnika) te zadovoljstvo skrbi člana obitelji u bolnici.

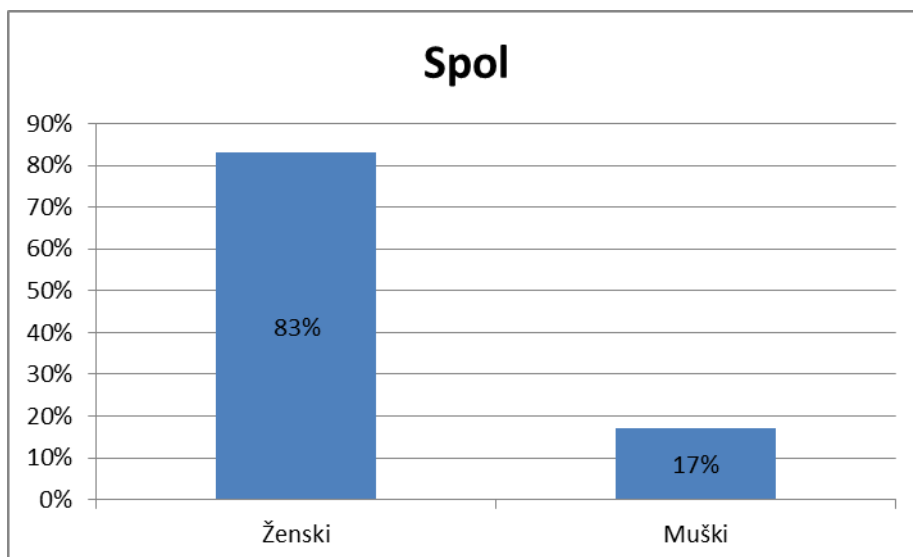
Anketni upitnik je sadržavao i 17 tvrdnji o primjećivanju pojavnosti zanemarivanja i zlostavljanja u bolnici, od toga je prvih 8 tvrdnji mjerilo primjećivanje zanemarivanja, a ostale primjećivanje zlostavljanja. Dva pitanja u anketnom upitniku su se odnosila na odnos koji su medicinske sestre imale prema bolesniku te koliko su pomogle bolesniku i ispitaniku (članu obitelji) za vrijeme boravka u bolnici.

Posljednje pitanje je tražilo od ispitanika da napišu, ako žele, prijedlog za eventualno poboljšanje usluga skrbi u ustanovi u kojoj je njihov član obitelji bio hospitaliziran.

7.5. Uzorak

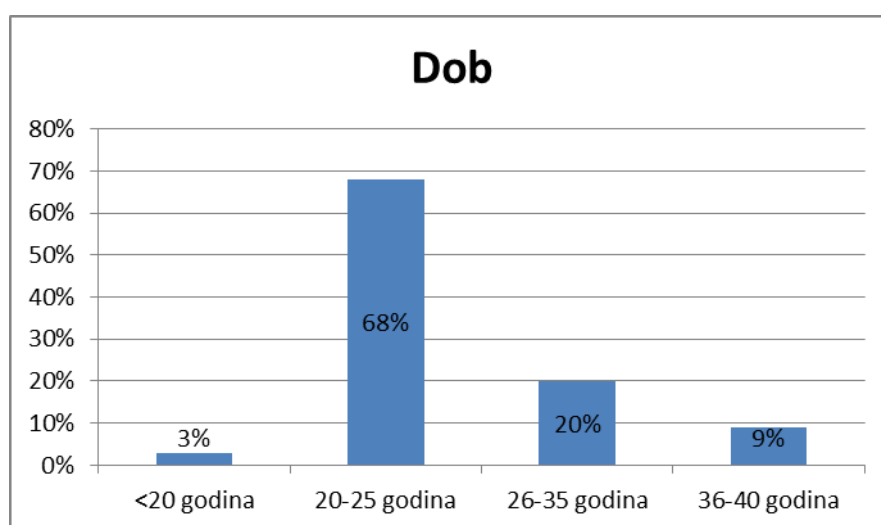
Istraživanje se provodilo putem Google obrasca te je bilo dobrovoljno. Ukupno 100 ispitanika je sudjelovalo u istraživanju ispitivanja sigurnosti i zadovoljstva institucijskom skrbi. Od ukupnog broja ispitanika njih 83 (83 %) bilo je ženskog spola, a 17 (17 %) muškog spola. Većina ispitanika, njih 68 (68 %) imalo je između 20 i 25 godina, njih 66 (66 %) završilo je srednju školu, svakodnevno posjećuje člana obitelji u bolnici njih 44 (44 %) te 65 osoba (65 %) im je član obitelji baka ili djed.

Deskriptivni podatci uzorka nalaze se na niže prikazanim grafovima.



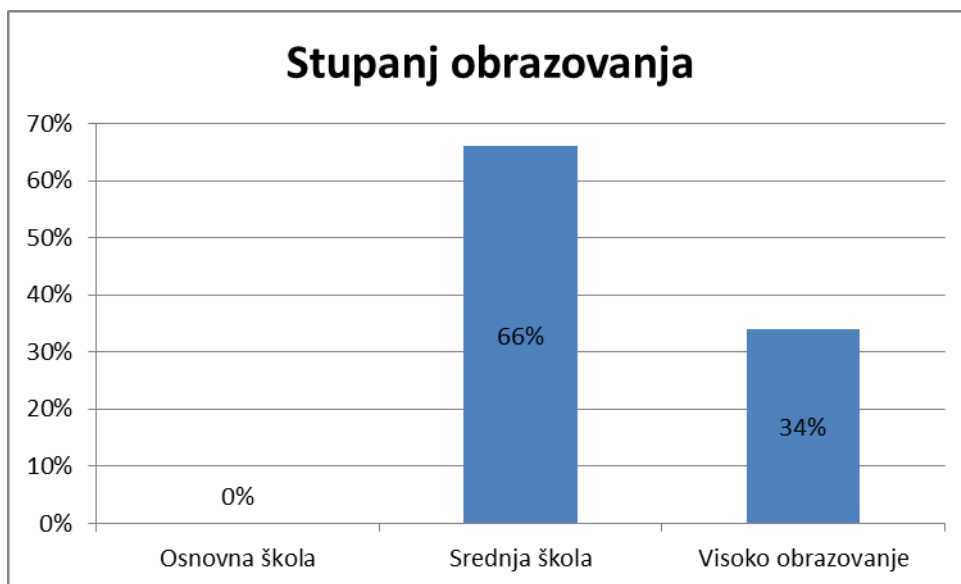
Graf 7.5.1. Prikaz ispitanika po spolu – prikaz postotka odgovora, izvor: autor A.K.

U istraživanju je sudjelovalo 83 (83 %) osoba ženskog spola i 17 (17 %) osoba muškog spola.



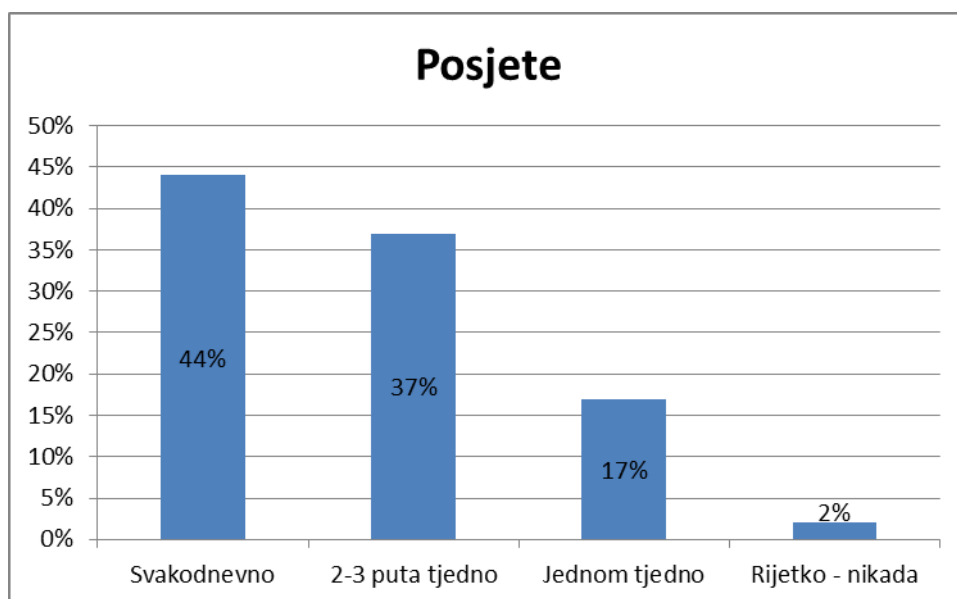
Graf 7.5.2. Prikaz ispitanika po dobi – prikaz postotka odgovora, izvor: autor A.K.

U provedenom istraživanju sudjelovalo je najviše ispitanika u dobi od 20 – 25 godina, njih 68 (68 %), 20 (20 %) ispitanika u dobi od 26 – 35 godina, 9 (9 %) ispitanika u dobi od 36 – 40 godina te je najmanji broj ispitanika, njih 3 (3 %) mlađih od 20 godina.



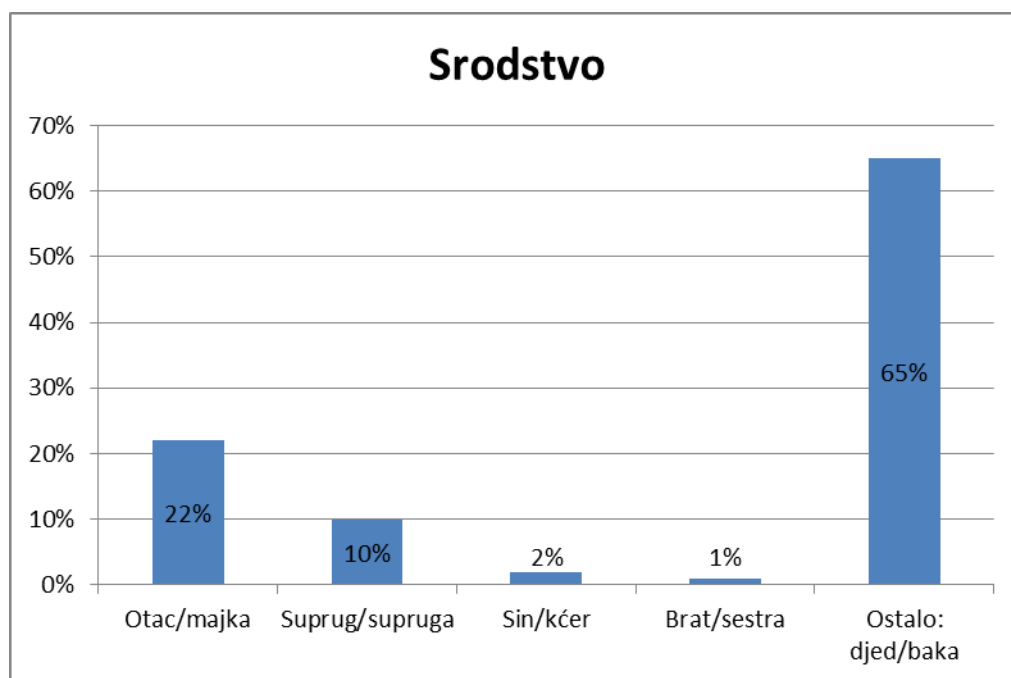
Graf 7.5.3. Prikaz stupanja obrazovanja ispitanika – prikaz postotka odgovora, izvor: autor A.K

U provedenom istraživanju najviše ispitanika ima završeno srednjoškolsko obrazovanje, njih 66 (66 %), a njih 34 (34 %) je visoko obrazovano.



Graf 7.5.4. Prikaz učestalosti posjeta ispitanika bolesniku – prikaz postotka odgovora, izvor: autor A.K.

Prema Grafu 7.5.4. 44 (44 %) ispitanika svoje bližnje u instituciji posjećuje svakodnevno, njih 37 (37 %) svoje bližnje posjećuje 2 – 3 puta tjedno, 17 (17 %) njih jednom tjedno, a 2 (2 %) ispitanika svoje bližnje posjećuju rijetko ili ih uopće ne posjećuju.



Graf 7.5.5. Prikaz srodstva ispitanika s bolesnikom – prikaz postotka odgovora, izvor: autor A.K.

U instituciji je najviše ispitanika 65 (65 %) posjećivalo svoje djedove/bake, 22 (22 %) svoje roditelje, 10 (10 %) svoje supružnike, 2 (2 %) svoju djecu te samo jedan ispitanik (1 %) brata ili sestru.

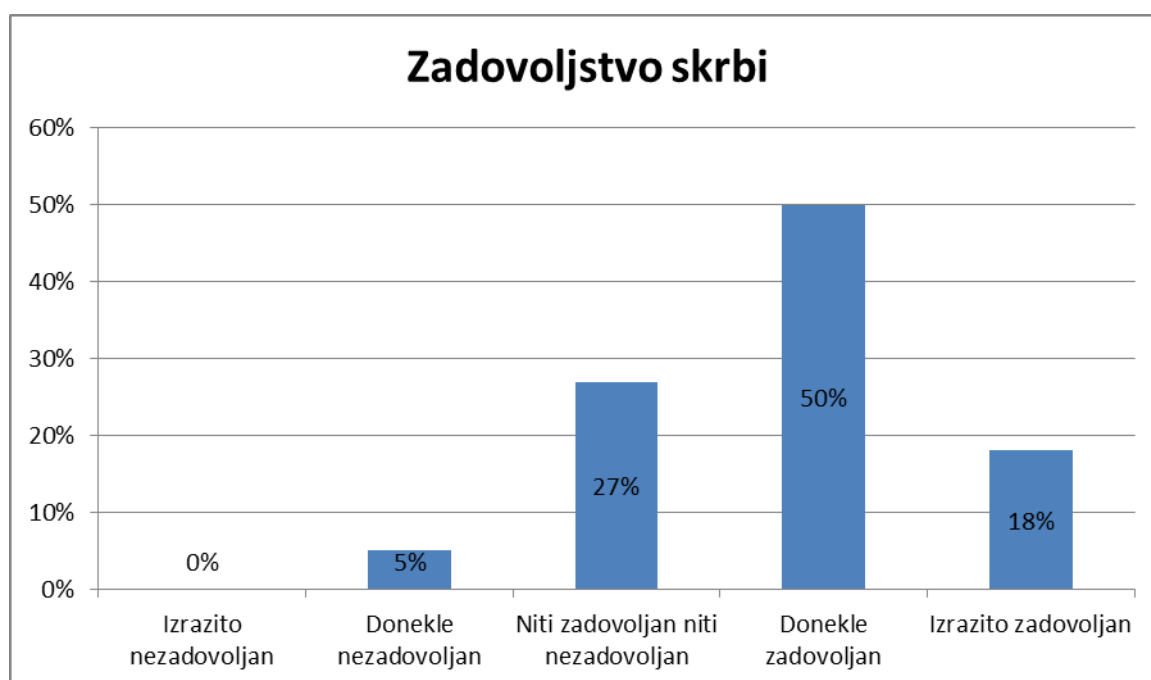
7.6. Statistička analiza

Prikupljeni podaci su kodirani i analizirani SPSS 23 IBM statističkom programu. U ovom radu su podaci izraženi u postocima te su deskriptivni podaci izraženi putem aritmetičke sredine, standardne devijacije i raspona rezultata. Hipoteze su testirane Spearmanovom korelacijom i linearnom regresijskom analizom.

8. Rezultati

8.1. Zadovoljstvo institucionalnom skrbi za bolesnika u bolnici iz perspektive studenata kao člana obitelji

Ispitanici su na skali od 1 (izrazito nezadovoljan) do 5 (izrazito zadovoljan) izražavali svoje zadovoljstvo institucionalnom skrbi za člana obitelji. Postotni prikaz odgovora ispitanika se nalazi u nastavku (Graf 8.1.1.).



Graf 8.1.1. Zadovoljstvo skrbi za člana obitelji u bolnici – prikaz postotka odgovora, izvor: autor A.K.

Tablica 8.1.1. Zadovoljstvo dobivenom skrbi – deskriptivni podatci varijable

	\bar{X}	SD	Min	Max
Zadovoljstvo skrbi	3,81	0,79	2	5

\bar{X} - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Min i Max - raspon rezultata

Prva hipoteza je pretpostavila da članovi obitelji nisu u potpunosti zadovoljni institucijskom skrbi koju bolesnik prima u ustanovi te da će većina njih se izjasniti kao donekle zadovoljni sa skrbi. U ovom istraživanju 50 ispitanika (50 %) se izražava kao donekle zadovoljno skrbi za bolesnika što je više nego što bi se statistički očekivalo te je time potvrđena prva hipoteza. Ispitanici nisu u potpunosti zadovoljni pruženom skrbi te je prosječna ocjena koju daju 3,81 od mogućih 5.

8.2. Zanemarivanje i zlostavljanje u instituciji skrbi i povezanost s pokretljivošću bolesnika

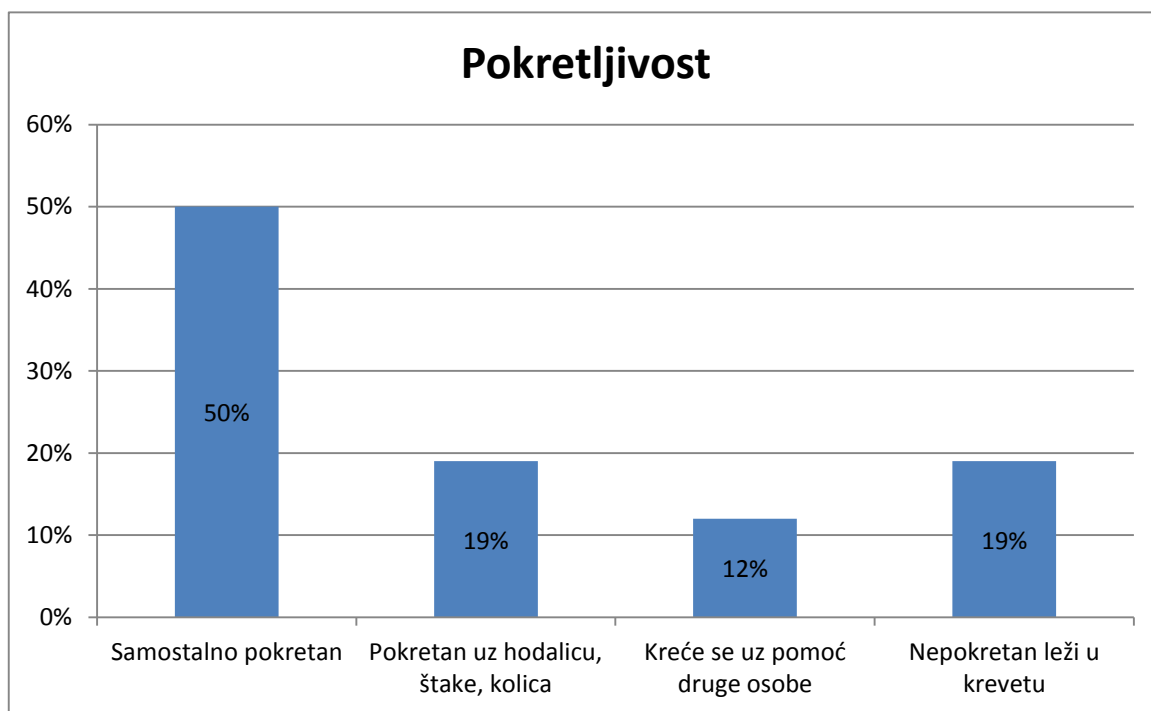
Ispitanici su se na 17 tvrdnji izjašnjavali jesu li u posljednjih 12 mjeseci vidjeli medicinsku sestru kako zanemaruje ili zlostavlja bolesnika. Druga hipoteza je pretpostavila da su najčešće primijećeni neželjeni ishodi skrbi od strane pružatelja skrbi zanemarujuća ponašanja prema bolesnicima i da se rjeđe primjećuju zlostavljajuća ponašanja. Tablica 8.2.1. prikazuje postotak neželjenih ishoda skrbi koje su primijetili studenti kao članovi obitelji bolesnika. Tvrdnje od 1. do 8. su zanemarujuća ponašanja, a tvrdnje od 9. do 17. zlostavljajuća ponašanja.

Tablica 8.2.1. Primijećenost negativnih ishoda skrbi izražen u postotku

Neželjeni ishod skrbi	Nikada	Jednom	2-10 puta	Više od 10 puta
1. Ne uređuje pacijenta svaki puta kad je moker ili zaprljan nakon obavljanja nužde.	51	22	24	3
2. Ignorira poziv pacijenta.	55	21	20	4
3. Ne donosi pacijentu noćnu posudu ili sanitarna kolica kada zatraži.	79	8	10	3
4. Daje pacijentu previše lijekova kako bi bila omamljena i/ili tiho.	70	13	14	3
5. Odbija pomoći pacijentu oko obavljanja higijenskih potreba.	76	15	9	1
6. Odbija pomoći pacijentu oko hranjenja.	83	8	9	1
7. Hrani pacijenta na silu: kad on ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta.	49	28	20	3
8. Odbija okrenuti ili pomaknuti pacijenta kako bi spriječila bolne pritiske.	60	17	12	2
9. Bespotrebno obuzdava pacijenta.	68	22	8	2
10. Gura, neprikladno i grubo hvata, štupa pacijenta.	74	13	10	3
11. Pljuska pacijenta.	92	5	3	0
12. Bespotrebno zatvara pacijenta kako bi ga se moglo kontrolirati.	88	11	1	0
13. Vrijeđa ili psuje pacijenta.	80	15	5	0
14. Viče ili neprikladno glasno govori pacijentu.	50	25	23	2
15. Uskraćuje pacijentu hranu, vodu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja.	88	9	2	1
16. Uzima pacijentu nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe.	94	5	0	1
17. Navodi pacijenta na neprimjeren razgovor i misli	91	8	1	0

Podaci su analizirani na način da se gledalo je li se neko ponašanje primijetilo barem 2 puta na više te primjećuju li ga 10 % ili više ispitanika kod ophođenja s bolesnicima. Kod zanemarujućih ponašanja prema bolesniku od strane medicinskih sestara svih 8 zanemarujućih ponašanja su bili primijećeni od strane 10 % ili više ispitanika od 2 do više od 10 puta. Kod zlostavljajućih ponašanja, tri zlostavljajuća ponašanja su primijećena u 10 % ili više ispitanika od ukupno 9. To potvrđuje drugu hipotezu da se zlostavljačka ponašanja rjeđe primjećuju nego zanemarujuća ponašanja koja se puno češće primjećuju.

Jedno pitanje u anketnom upitniku je ispitivalo zdravstveni status bolesnika koji je operacionaliziran pokretljivošću bolesnika u bolnici. Većina članova obitelji (bolesnika) ispitanika su samostalno pokretni, njih 50 (50 %). Prikaz se nalazi na grafu 8.2.1.



Graf 8.2.1. Prikaz pokretljivosti bolesnika- prikaz postotka odgovora, izvor: autor A.K.

Treća hipoteza koja je glasila da postoji statistički značajna pozitivna povezanost između pokretljivosti bolesnika te zanemarivanja i zlostavljanja u ustanovi testirana je Spearmanovom korelacijom. Dobiveni rezultati nalaze se u tablici 8.2.2.

Tablica 8.2.2. Povezanost pokretljivosti bolesnika i negativnih ishoda skrbi (zanemarivanja i zlostavljanja) izražena u Spearmanovim koeficijentima korelacije, izvor: autor A.K.

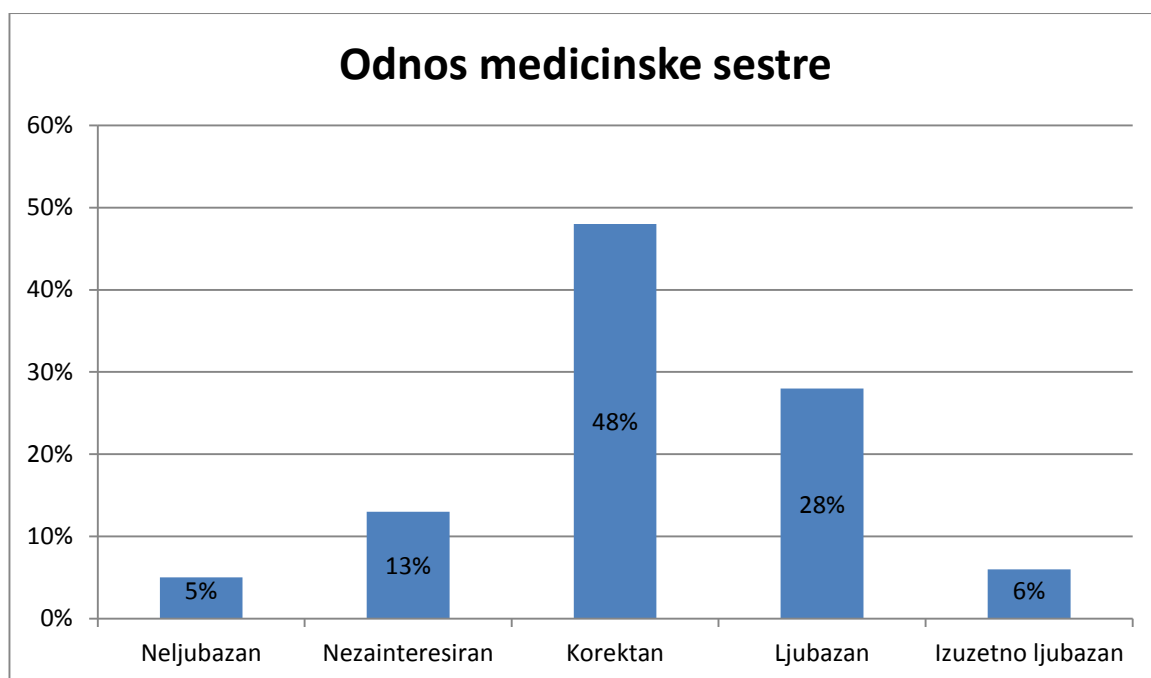
Napomena ** $p < 0,01$

Neželjeni ishod skrbi	Pokretljivost
1. <i>Ne uređuje pacijenta svaki puta kad je mokar ili zaprljan nakon obavljanja nužde.</i>	0,03
2. <i>Ignorira poziv pacijenta.</i>	0,09
3. <i>Ne donosi pacijentu noćnu posudu ili sanitarna kolica kada zatraži.</i>	0,03
4. <i>Daje pacijentu previše lijekova kako bi bila omamljena i/ ili tiho.</i>	0,00
5. <i>Odbija pomoći pacijentu oko obavljanja higijenskih potreba.</i>	0,07
6. <i>Odbija pomoći pacijentu oko hranjenja.</i>	0,08
7. <i>Hrani pacijenta na silu: kad on ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta.</i>	0,15
8. <i>Odbija okrenuti ili pomaknuti pacijenta kako bi spriječila bolne pritiske.</i>	0,05
9. <i>Bespotrebno obuzdava pacijenta.</i>	0,29**
10. <i>Gura, neprikladno i grubo hvata, štupa pacijenta.</i>	0,06
11. <i>Pljuska pacijenta.</i>	0,00
12. <i>Bespotrebno zatvara pacijenta kako bi ga se moglo kontrolirati.</i>	0,06
13. <i>Vrijeđa ili psuje pacijenta.</i>	0,13
14. <i>Više ili neprikladno glasno govori pacijentu.</i>	0,09
15. <i>Uskraćuje pacijentu hranu, vodu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja.</i>	0,18
16. <i>Uzima pacijentu nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe.</i>	-0,03
17. <i>Navodi pacijenta na neprimjeren razgovor i misli</i>	0,08

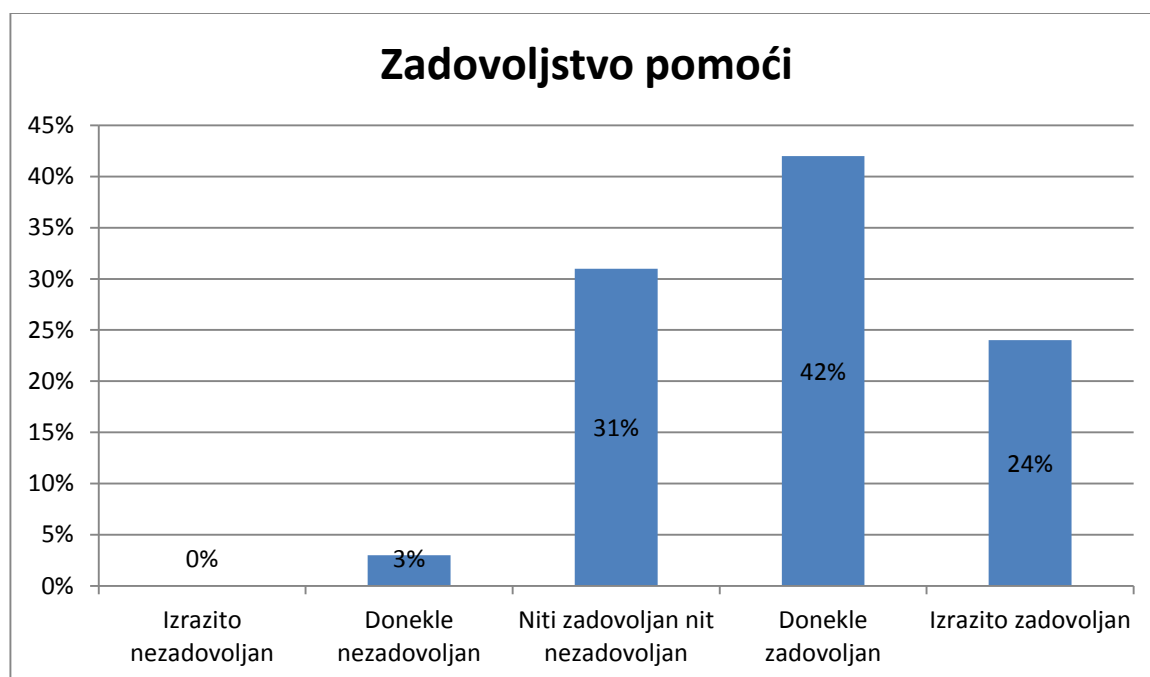
Dobivena je jedino statistički značajna pozitivna povezanost između pokretljivosti bolesnika i ponašanja bespotrebnog obuzdavanja bolesnika u smjeru da medicinske sestre u ustanovi statistički značajno bespotrebno obuzdavaju bolesnike neovisno o tome što je slabo samostalno pokretan ili nepokretan. Prema tim podacima treća hipoteza nije potvrđena.

8.3. Medicinske sestre i skrb za bolesnika

Ispitanici izjavljuju kako su se medicinske sestre prema njih 48 (48 %) kao članovima obitelji u većini slučajeva odnosile korektno te je njih 42 (42 %) većinom donekle zadovoljno pomoći koju su dobili oni i njihovi članovi obitelji od strane medicinske sestre. Podatci se nalaze na grafovima 8.3.1. i 8.3.2.



Graf 8.3.1.. Prikaz odnosa medicinske sestre prema ispitaniku za vrijeme posjete bolesniku izražen u postotku, prikaz postotka odgovora, izvor: autor A.K.



Graf 8.3.2. Prikaz zadovoljstva pomoći medicinske sestre ispitaniku i bolesniku, prikaz postotka odgovora, izvor: autor A.K.

Posljednja hipoteza da pomoć od strane medicinskih sestara za vrijeme skrbi u ustanovi je statistički značajan prediktor zadovoljstva institucijskom skrbi testirana je linearnom regresijskom analizom u svrhu provjere doprinosa prediktora. Rezultati se nalaze u tablici 8.3.1.

Tablica 8.3.1. Regresijski koeficijent prediktora Zadovoljstvo pomoći od medicinske sestre za kriterij Zadovoljstvo skrbi, izvor: autor A.K.

Prediktorska varijabla	β	R	R ²	F
		0,69	0,47	87,82**
Zadovoljstvo pomoći od medicinske sestre	0,69**			

Napomena ** p<0.01

Prediktorska varijabla „Zadovoljstvo pomoći od medicinske sestre“ objašnjava ukupno 47 % varijance kriterija Zadovoljstvo skrbi ($F_{1,99} = 87,82$, $p < 0,01$). Prediktora imaju značajan doprinos na 1 % (β (zadovoljstvo pomoći od strane medicinske sestre) = 0,69). Oni ispitanici koji su zadovoljniji s pomoći koju su dobili od strane medicinske sestre su zadovoljniji i skrbi koju je njihov član obitelji dobio u ustanovi. Time je potvrđena posljednja hipoteza.

Posljednje pitanje je tražilo od ispitanika da navedu, ako imaju, prijedloge za eventualna poboljšanja usluga skrbi u ustanovi u kojoj je bio hospitaliziran njihov član obitelji. Od ukupnog broja ispitanika njih 22 je dalo prijedloge za poboljšanje. Prijedlozi su grupirani u četiri grupe. Prikaz odgovora po grupacijama nalazi se u tablici 8.3.2.

Tablica 8.3.2. Prijedlozi ispitanika za poboljšanja usluga skrbi, izvor: A.K.

Prijedlog	F
1. Bolja edukacija bolesnika o njihovoj bolesti i daljnjoj njezi.	1
2. Veća empatija i bolja komunikacija od strane medicinske sestre prema pacijentu.	8
3. Zaposliti više medicinskih sestara.	12
4. Bolji probir medicinskih sestara i ispitivanje motivacije za taj posao.	1

8.4. Rasprava

Cilj istraživanja bio je ispitati zadovoljstvo studenata kao članova obitelji pruženom institucijskom skrbi, u kojoj mjeri su studenti kao članovi obitelji percipirali institucijsku skrb kao sigurnu. Istraživanjem se također ispitala percepcija odnosa odjelnih medicinskih sestara prema bolesnicima iz perspektive studenata kao članova obitelji, percepcija pomoći bolesnicima od strane medicinskih sestara tijekom hospitalizacije te su ispitanici bili u mogućnosti dati prijedloge za eventualna poboljšanja usluga skrbi u ustanovi. Postavljene su četiri hipoteze odnosno da članovi obitelji nisu u potpunosti zadovoljni sa skrbi koju bolesnik prima u ustanovi, da su tijekom skrbi najčešće primijećena zanemarujuća ponašanja prema bolesniku, a da se rjeđe primjećuju zlostavljačka ponašanja, da postoji povezanost između pokretljivosti bolesnika i neželjenih ishoda skrbi te da je pomoć medicinskih sestara za vrijeme skrbi u ustanovama statistički značajan prediktor zadovoljstva s institucijskom skrbi. Rezultati istraživanja potvrdili su sve hipoteze osim hipoteze o statistički značajnoj pozitivnoj povezanosti između pokretljivosti bolesnika i zanemarivanja i zlostavljanja. Naime, pokretljivost, odnosno nepokretljivost bolesnika ne utječe na zlostavljajuća i zanemarujuća ponašanja prema bolesnicima od strane medicinskih sestara.

U dosadašnjoj pregledanoj literaturi prevladavaju istraživanja o zanemarivanju i zlostavljanju osoba starije dobi u kućanstvima, a manji je broj istraživanja o njihovu zanemarivanju i zlostavljanju u institucijama. Pojavnost zlostavljanja osoba koje borave u institucijama zbog minimalnog postojanja znanstvenih dokaza teško je istražiti. Zbog nedostatka literature o zlostavljanju bolesnika u institucijama, ponajviše starijih osoba, može se tumačiti da je ono minimalno prisutno. [2]

Rezultati pokazuju da je polovica ispitanika, njih 50 (50 %) donekle zadovoljna s pruženom skrbi prema njihovim članovima obitelji, dok izrazito nezadovoljnih uopće nema. Nameće se zaključak da medicinsko osoblje u bolnicama ulaže svoj maksimum u provođenju zdravstvene njege pacijenata te da je ono što ih sputava u tome nedovoljan broj osoblja, vremenska ograničenja te manjak financijskih sredstava. Upravo su to jedni od problema od hrvatskog zdravstva koji bi se trebali što prije riješiti. Zbog prevelikih zahtjeva i velikog obima posla medicinskih sestara često tijekom hospitalizacije dolazi do zanemarujućih i zlostavljačkih oblika ponašanja. Rezultati istraživanja autorice Hawes, u odnosu na provedeno istraživanje za potrebe završnog rada, pokazuju velik broj zanemarujućih i zlostavljačkih oblika ponašanja. Naime, 48 % korisnika prijavilo je da se osoblje prema njima grubo odnosilo, 38 % njih izjasnilo se kako je vidjelo zlostavljanje drugog štićenika, dok ih je 44 % vidjelo kako drugog štićenika zaposlenici grubo tretiraju. [40] Nalaže se mišljenje da su razlike u rezultatima istraživanja velike zbog većeg broja ispitanika u istraživanju autorice Hawes. Rezultati istraživanja Posta i sur. pokazali su više

sličnosti s provedenim istraživanjem. Njih 4,2 % osoba starije dobi doživjelo je fizičko zlostavljanje, 12,7 % nedostatak brige, 11,2 % verbalno zlostavljanje, 13 % emocionalno zlostavljanje, 16,2 % zanemarivanje, 0,6 % seksualno zlostavljanje, a 9,2 % materijalno zlostavljanje. Istraživanje je pokazalo da je više od polovice (51,4 %) ispitanika doživjelo više od jedne vrste zlostavljanja. [41] Kao i u provedenom istraživanju za potrebe završnog rada prevladavaju zanemarujući oblici ponašanja, dok su zlostavljачka ponašanja primijećena u većem broju kod autora Posta i sur.

U provedenom istraživanju za potrebe završnog rada rezultati su pokazali veću pojavnost zanemarujućih oblika ponašanja, tj. njih 8 je bilo primijećeno od strane 10 % ili više ispitanika od 2 do više od 10 puta, dok su zlostavljачka ponašanja uočena u manjem broju, tj. tri zlostavljajuća ponašanja u 10 % ili više ispitanika od ukupno 9. Činjenica da je potvrđena hipoteza o većoj pojavnosti zanemarujućih ponašanja bila je očekivana upravo zbog velikog obima posla i zahtjeva struke. Usprkos svim zahtjevima od strane pacijenata i struke, medicinske sestre korektno obavljaju svoj posao te su se i ispitanici istraživanja usuglasili s time. Čak 48 (48 %) ispitanika u istraživanju se izjasnilo da su se medicinske sestre prema njihovim oboljelim članovima obitelji tijekom hospitalizacije odnosile korektno, te je njih 42 (42 %) donekle zadovoljno pruženom skrbi. Pomoć i angažiranost medicinskih sestara u provođenju zdravstvene skrbi pozitivno utječe na zadovoljstvo obitelji i samih pacijenata, kao i na njihov oporavak.

Teško da će se zanemarivanje i zlostavljanje ikad moći spriječiti, ali se zasigurno može smanjiti njihova pojavnost. Raznim mehanizmima pokušava se spriječiti nasilje u ustanovama (raznim procedurama certificiranja, politikom, pravilima, etičkim kodeksima, žalbama i sl.) Intervencije za prevenciju nasilja mogu se podijeliti u tri kategorije: zapošljavanje i supervizija osoblja, edukacija osoblja i razvoj vještina, te tretman i reakcija na zlostavljanje starijih osoba. Nasilje nad bolesnicima, ponajviše bolesnicima starije životne dobi, na primarni se način može otkriti putem telefonskih anketa s potencijalnim žrtvama, osobnim intervjuima ili upitnicima koje ispunjavaju, provođenjem intervjua s obiteljima, pružateljima usluga ili drugim osobama koje su u bliskom kontaktu s potencijalnom žrtvom, pregled zapisnika u socijalnim službama ili klinikama, postavljanje osoba koje će izvijestiti o sumnjivom događaju unutar ustanove, te prikupljanje sudskih podataka. [30] Veliki je problem što žrtve ne prijave nasilje te tako prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, svaki mjesec u svijetu jedna od deset starijih osoba doživi zlostavljanje, a samo 1 od 24 starije osobe zlostavljanje prijavljuje obitelji, prijateljima ili nadležnim institucijama. Zbog ograničenog broja podataka prevalencija zlostavljanja starijih osoba u visoko i srednje razvijenim zemljama svijeta nije do kraja poznata, već se temelji na procjenama prema raspoloživim istraživanjima. [42] Zanemarivanje i zlostavljanje nisu problemi pojedinca, nego su problemi cjelokupnog društva. Medicinsko osoblje ovdje ima veliku ulogu.

Ono boravi s bolesnicima/žrtvama nasilja više vremena nego članovi obitelji oboljelih pacijenata te je medicinsko osoblje dužno prijaviti neželjene oblike ponašanja, razgovarati s oboljelim o tome postepenim stjecanjem povjerenja te uputiti bolesnike, a pogotovo starije osobe u različite mogućnosti rješavanja problema. Također, medicinsko je osoblje dužno hospitalizirati i prijaviti zlostavljača ako se otkrije. Korisne su i različite grupne edukacije koje medicinsko osoblje može organizirati za svoje bolesnike na kojima se govori o načinima prepoznavanja nasilja i samo prevenciji. [43]

Nedostatku istraživanja o nasilju bolesnika, ponajviše starijih osoba, u institucijama pridonose brojna psihofizička ograničenja, prije svega otežana komunikacija, kognitivni deficiti te njihova nemotiviranost. Ujedno, prikupljanje podataka od ispitivača iziskuje iznimne komunikacijske vještine, mnogo strpljenja te vremena. Zbog tih prepreka postoji vrlo malo istraživanja na tu temu te je stoga otežana komparacija rezultata.

9. Zaključak

Starenje je jedan o složenijih životnih procesa koji zahtjeva različite prilagodbe. Utječe na povećani rizik pojavljivanja bolesti i slabljenje fizičkih funkcija zbog čega su osobe starijih dobnih skupina podložne čestim hospitalizacijama, odnosno korištenju institucijske skrbi.

Prilikom korištenja institucijske skrbi, sigurnost pacijenata i kvaliteta zdravstvene skrbi bi trebale biti na prvome mjestu. Postoje slučajevi u kojima starije osobe u institucijama ne dobivaju kvalitetnu skrb prvenstveno zbog nedostatka osoblja i nedostatka vremena zbog povećanog obima posla. U pojedinim institucijama zbog toga dolazi do nejednake kvalitete pružanja usluge.

Istraživanje provedeno za potrebe ovog rada pokazalo je da je više od 50 % obitelji oboljelih članova donekle zadovoljno pruženom zdravstvenom institucionalnom skrbi. Također, pokazalo je da su zanemarujući oblici ponašanja prilikom institucionalne skrbi primijećeni češće od zlostavljajućih ponašanja. Obitelji oboljelih članova primijetile su uskraćivanje osnovnih životnih potreba pacijenata poput odbijanja pomaganja oko obavljanja higijenskih potreba, odbijanja hranjenja, ignoriranja bolesnika i slično. Neovisno o tome istraživanje je pokazalo da su se medicinske sestre korektno odnosile prema članovima obitelji oboljelog bolesnika. Obitelji oboljelih također imaju veliku ulogu u sigurnosti i zaštiti bolesnika. Bilo je očekivano da je (ne)pokretljivost bolesnika povezana s neželjenim ishodima skrbi, no rezultati istraživanja to nisu pokazali.

Za kvalitetu pružanja zdravstvene skrbi važna je kontinuirana edukacija zdravstvenih djelatnika kao i informiranje pacijenata i njihovih obitelji odnosno uspostavljanje pravilne komunikacije. Važno je i razvijanje empatije prema bolesnicima od strane medicinskih sestara. Otvaranjem novih radnih mjesta i preraspodjelom poslova, kontinuiranom edukacijom zasigurno bi se povećala kvaliteta pružanja zdravstvene skrbi starijim osobama i smanjila pojavnost zanemarujućih oblika ponašanja.

U Varaždinu, 18. rujan 2019. godine

Anja Kreš

10. Literatura

1. S. Vuletić, G. Pelčić: Hetero/auto/-nomija u kontekstu samo/determinizma bioloških oporuka, *Pravni vijesnik*, 34 (2), 2018., str. 73–89
2. Neuberger, M.: Analiza pojavnosti zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi u institucijskoj skrbi, Doktorska disertacija, ALMA MATER EUROPEA, Europski centar Maribor, 2017.
3. D. Hrštic: Anticipirano odlučivanje pacijenata, *Zagrebačka pravna revija*, 5 (1), 2016., str. 11–36
4. <https://www.zakon.hr/z/255/Zakon-o-za%C5%A1titi-prava-pacijenata>, dostupno 05.08.2019
5. L. Emanuel, D. Berwick, J. Conway, J. Combes, M. Hatlie, L. Leape, i sur.: *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 1: Assessment)*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, 2008.
6. D. Gutic, *Upravljanje zadovoljstvom i odnosima pacijentima*, Grafika d. o. o., Osijek, 2015.
7. *Sestrinstvo, sigurnost i prava pacijenata*, zbornik radova, Zdravstveno veleučilište, Zagreb 2006.
8. C. Abreu, A. Mendes, J. Monterio, F. R. Santos, Falls in hospital settings: a longitudinal study, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (3), svibanj/lipanj 2012.
9. https://pokazatelji.aaz.hr/upute/opisneliste2016_v2.pdf, dostupno 31.07.2019
10. Hrvatska komora Medicinskih Sestara, *Sestrinske dijagnoze 2*, Zagreb 2013. godine
11. Hrvatska komora Medicinski Sestara, *Sestrinske dijagnoze*, Zagreb 2011. godine
12. N. Prlic: *Zdravstvena njega - opća*, Školska knjiga, Zagreb, 2014.
13. G. Fučkar: *Uvod u sestrinske dijagnoze*, Kastmuler, Zagreb, 1996.
14. J. Hančević i sur.: *Prevenција, detekcija i liječenje dekubitusa*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2009.
15. D. Sedmak, M. Vrhovec, D. Huljev: *Prevenција tlačnog vrijeda (dekubitusa)*, *Acta medica Croatica*, 67 (1), 2013., str. 29–33
16. D. Grgurević: *Dekubitus u zdravstvenoj njezi kardioloških bolesnika*, *Klinički bolnički centar Zagreb*, 9 (9-10): 501, rujan 2014.
17. *Pravilnik o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija*, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, „Narodne novine“ br. 93/02
18. D. Ropac: *Epidemiologija zaraznih bolesti*. Medicinska naklada, Zagreb, 2003.
19. I. Kuzman: *Infektologija za visoke zdravstvene škole*, Školska knjiga, Zagreb, 2012.

20. Pravilnik o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, "Narodne novine" br.93/02
21. S. Kalenić i sur.: Smjernice za higijenu ruku u zdravstvenim ustanovama, Liječnički vjesnik, (133) 5–6, 2011., str. 0–0
22. V. Megeus, K. Nilsson, J. Karlsson, B. I. Eriksson, A. E. Andersson: Hand hygiene and aseptic techniques during routine anesthetic care – observations in the operating room, Antimicrob Resist Infect Control, Sweden, 2015.
23. A. Huis, G. Holleman, T. Achterberg, R. Grol, L. Schoonhoven, M. Hulscher: Explaining the effects of two different strategies for promoting hand hygiene in hospital nurses: a process evaluation alongside a cluster randomized controlled trial, Implementatiol Science, 2013.
24. A. Huis, T. Achterberg, M. Bruin, R. Grol, L. Schoonhoven, M. Hulscher: A systematic review of hand hygiene improvement strategies: a behavioural approach. Implementational Science, 2012.
25. <http://sestrinstvo.kbcsm.hr/predstavljamo-sluzbu-za-sprjecavanje-i-kontrolu-bolnickih-infekcija/>, dostupno 01. 08. 2019.
26. I. Butić, M. Čulo, A. Novokmet, B. Baršić, A. Tambić Andrašević: Utjecaj kampanje za pravilnu higijenu ruku na incidenciju bolničkih bakterijemija, Infektološki glasnik, 32 (2), 2012., str. 53–57
27. S. Boudjema, J. C. Duour, A. S. Aladro, I. Desquerres, P. Brouqui: MediHandTrace: a tool for measuring and understanding hand hygiene adherence, Aix Marseille University, Marseille, 2014
28. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, Narodne Novine, Zagreb 2011.
29. S. Galić, N. Tomasović Mrčela i sur.: Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba - psihologije starenja, Medicinska škola Osijek, 2013.
30. S. Rusac, A. Čizmin: Nasilje nad starijim osobama u ustanovama, Medica Jadertina, 41 (1-2), 2011., str. 51–58
31. Duraković Z. i sur: Gerijatrija medicina starije dobi, C.T. – Poslovne informacije d.o.o., Zagreb, 2007.
32. Kičić, M.: E-zdravlje – savjetodavna uloga medicinskih sestara, Acta medica Croatica, 68 (1), 2014., str. 65–68
33. R. Gregurek: Psihološka medicina, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
34. I. Diminić- Lisica, I. Rončević-Gržeta: Obitelj i kronična bolest, Pregledni rad, Medicinski fakultet, Rijeka, 2010.

35. M. Havelka: Zdravstvena psihologija, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2009.
36. <http://daganatok.hu/eletminoseg/megkuzdes-a-rakkal/a-csalad-mint-tarsas-tamogatorendszer> , dostupno 10. 08. 2019.
37. <http://www.webbeteg.hu/cikkek/betegapolas/10483/sulyos-beteg-a-csaladban>, dostupno 12. 08. 2019.
38. http://www.50plusz.hu/articles/Hogyan_apoljuk_szeretteinket?aid=20060925110602, dostupno 10. 08. 2019.
39. M. Bađun: Neformalna dugotrajna skrb za starije i nemoćne osobe, Institut za javne financije, Zagreb, str. 1–9
40. C. Hawes: Elder Abuse in Residential Long-Term Care Settings: What Is Known and What Information Is Needed? U Elder mistreatment, abuse, neglect and exploitation in an aging, ur. Bonnie, Richard, Wallace, Robert B, Washington: The National Academies Press, 2003., str. 446–501
41. Post, Lori, Page, Connie, Conner, Thomas, Prokhorov, Artem, Fang, Yu i Biroscak, Brian J.: Elder abuse in long-term care: Types, patterns, and risk factors. Research on Aging, 32(3), 2010., str. 323–348
42. <https://www.zzjzdnz.hr/hr/naslovna/dogadjanja/1059>, dostupno 27.09.2019.
43. Jakopec M.: Zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi u institucijama za skrb, Varaždin, 2016.

IZJAVA O AUTORSTVU

I

SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, ANJA KRES (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom INSTITUCIJSKA SKRB-SIGURNA SKRB (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Anja Kres
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, ANJA KRES (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom INSTITUCIJSKA SKRB-SIGURNA SKRB (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Anja Kres
(vlastoručni potpis)