



**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1028/SS/2018

Kompetencije medicinske sestre u ustanovi socijalne skrbi

Sonja Balaš, 0607/336

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1028/SS/2018

Kompetencije medicinske sestre u ustanovi socijalne skrbi

Student

Sonja Balaš, 0607/336

Mentor

Vesna Sertić, dipl.med.techn.

Varaždin, listopad 2018. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
PRISTUPNIK	Sonja Balaš	MATIČNI BROJ	0607/336
DATUM	22.08.2018.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega u kući
NASLOV RADA	Kompetencije medicinske sestre u ustanovi socijalne skrbi		

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Nursing Competences in a Social Welfare Institution		
-----------------------------	---	--	--

MENTOR	Vesna Sertić, dipl. med. techn.	ZVANJE	viši predavač
--------	---------------------------------	--------	---------------

ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Irena Canjuga, mag. med. techn., predsjednik		
	2. Vesna Sertić, dipl. med. techn., mentor		
	3. dr. sc. Marijana Neuberger, član		
	4. Melita Sajko, dipl. med. techn., zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	1028/SS/2018
------	--------------

OPIS	
------	--

Značaj i kompetencije medicinske sestre u planiranju i provođenju zdravstvene njege u ustanovi socijalne skrbi ne razlikuju se od dužnosti medicinskih sestara koje rade u sustavu zdravstvene djelatnosti. Socijalne usluge obuhvaćaju aktivnosti, mjere i programe namijenjene sprječavanju, prepoznavanju i rješavanju problema i poteškoća pojedinaca i obitelji te poboljšanju kvalitete njihovog života u zajednici. Neke od socijalnih usluga su: savjetovanje i pomaganje, pomoć u kući, psihosocijalna podrška, pomoć pri uključivanju u programe odgoja i redovitog obrazovanja (integracija), boravak, smještaj i organizirano stanovanje. Smještaj je usluga skrbi izvan vlastite obitelji, koja se ostvaruje kao institucijska skrb u domu socijalne skrbi, centru za pružanje usluga u zajednici, kod drugih pružatelja usluga ili kao izvaninstitucijska skrb u udomiteljskoj obitelji ili obiteljskom domu. Smještaj je socijalna usluga koja može obuhvatiti uslugu stanovanja, prehrane, njege, brige o zdravlju, socijalnog rada, psihosocijalne rehabilitacije, fizikalne terapije, radne terapije, radnih aktivnosti, aktivnog provođenja vremena, odgoja i obrazovanja, ovisno o utvrđenim potrebama i izboru korisnika. Medicinske sestre koje provode zdravstvenu njegu u ustanovama socijalne skrbi neizostavni su dio multidisciplinarnog tima.

Cilj rada:

- opisati kompetencije i značaj medicinske sestre u ustanovi socijalne skrbi
- objasniti specifičnosti planiranja i provođenja zdravstvene njege kod osoba sa poteškoćama u mentalnom zdravlju uz prikaz slučaja
- naglasiti važnost multidisciplinarnog timskog rada u ustanovi kao i potrebu za kontinuiranom edukacijom medicinskih sestara u skrbi za osobe sa poteškoćama u mentalnom zdravlju

ZADATAK URUČEN

10. 9. 2018.



Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici Vesni Sertić, dipl.med.techn., na pomoći i vodstvu prilikom izrade završnog rada.

Neizmjerno i veliko hvala Đurđi Vizjak i Nataši Krušelj Gača koje su mi bile velika podrška i „vjetar u leđa“, te mi omogućile da ovaj studij uspješno privedem kraju.

Veliko hvala mojoj obitelji na bezuvjetnoj podršci tijekom cijelog studiranja.

Sažetak

Socijalna skrb je organizirana djelatnost čije usluge obuhvaćaju aktivnosti, mjere i programe namijenjene sprječavanju, prepoznavanju i rješavanju problema i poteškoća pojedinaca i obitelji te poboljšanju kvalitete njihovog života u zajednici. Najpoznatiji oblik socijalne skrbi svakako je institucionalna skrb. Medicinske sestre/tehničari koje provode zdravstvenu njegu u ustanovama socijalne skrbi neizostavni su dio multidisciplinarnog tima. U ovom radu ću opisati kompetencije i značaj medicinske sestre/tehničara u sustavu socijalne skrbi, objasniti ću važnost timskog rada kaoi specifičnosti planiranja i provođenja zdravstvene njege kod osoba sa mentalnim oštećenjem uz prikaz slučaja.

Ključne riječi: ustanova socijalne skrbi, osobe sa mentalnim oštećenjem, medicinska sestra/tehničar

Abstract

Social care is an organized activity whose services include activities, measures and programs designed to prevent, recognize and address the problems and difficulties of individuals and families and improve the quality of their community life in community. The most famous form of social care is certainly institutional care. Nurses / technicians which performing health care in social care institutions are an indispensable part of the multidisciplinary team. In this paper I will describe the competencies and importance of the nurse / technician in the social welfare system, and importance of team work as well as the specificity of planning and implementation of health care in persons with mental disabilities and case histories.

Key words: social welfare institution, persons with mental disabilities, nurse / technician

Popis korištenih kratica

HKMS - Hrvatska komora medicinskih sestara

HUMS - Hrvatska udruga medicinskih sestara

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Socijalna skrb u Republici Hrvatskoj	3
2.1.	Dom za odrasle osobe.....	3
2.2.	Smještaj odrasle osobe u instituciju	5
3.	Kompetencije medicinske sestre/tehničara u ustanovi socijalne skrbi	7
3.1.	Etika skrbi	9
3.2.	Timski rad	11
4.	Prikaz stručnog rada u Domu za odrasle osobe Vizjak.....	12
4.1.	Organizacija stručnog rada.....	12
4.2.	Inicijalni razgovor, definiranje potreba, utvrđivanje problema i resursa korisnika	15
4.3.	Definiranje ciljeva i odabir intervencija	19
4.4.	Evaluacija u procesu zdravstvene njege.....	20
5.	Prikaz slučaja	21
5.1.	Smanjena mogućnost brige za sebe - osobna higijena u/s kognitivnim deficitom.....	22
5.2.	Smanjena mogućnost brige za sebe oblačenje/dotjerivanje u/s kognitivnim deficitom	23
5.3.	Visok rizik za pad u/s kognitivnim deficitom	24
5.4.	Visok rizik za aspiraciju u/s oslabljenog refleksa gutanja	25
6.	Zaključak.....	27
7.	Literatura.....	28
8.	Popis slika.....	30

1. Uvod

U ovom radu koristit će se termin „osoba s mentalnim oštećenjima“. Termin „duševna bolest“ i „duševni bolesnik“ ostavljaju dojam trajne nemoći. Ti izrazi neopravdano etiketiraju članove pojedinih skupina te ih je potrebno zamijeniti neutralnim izrazima usmjerenim na osobu. Uporabom termina „osoba s mentalnim oštećenjima“ u središtu suvremenog rada ostaje „osoba“ sa svim svojim znanjima, sposobnostima i individualnim karakteristikama što predstavlja temelj i početak planiranja zdravstvene skrbi za osobe s mentalnim oštećenjima.

Problemi mentalnog zdravlja javljaju se u svim kulturama bez obzira na dob i imaju veliki utjecaj na fizičko zdravlje ljudi koji su njome pogođeni. Poteškoćama u mentalnom zdravlju pogođena je petina čovječanstva, a oko 5% populacije ima smetnje koje značajno ometaju radno i socijalno funkcioniranje. U svakodnevnoj praksi vidimo da je sve veći broj ljudi koji zbog poteškoća u mentalnom zdravlju traže stručnu pomoć[1]. Današnjim načinom života, na žalost, i mentalno je zdravlje sve ugroženije. Prema podacima iz Nacionalne strategije zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine, poremećaji mentalnog zdravlja zauzimaju značajan dio bolničke populacije, s time da se najveći dio ovih pacijenata nalazi u radno aktivnoj dobi. Mentalni poremećaji uzrokovani konzumacijom alkohola kao i shizofrenija vodeće su dijagnostičke kategorije. Iako se u današnje vrijeme mnogo truda polaže na zaštitu mentalnog zdravlja, sve više osoba smještava se u ustanove socijalne skrbi. Nažalost, u mnogo slučajeva, obitelj pa ni zajednica, nisu spremni nositi se sa izazovima skrbi za osobe sa mentalnim oštećenjima te je smještaj u instituciju vrlo često jedino i prihvatljivo rješenje.

Institucionalni smještaj je komponenta socijalne skrbi i zdravstvene zaštite. U domu se živi i prakticiraju se svakodnevne životne navike. Istovremeno se pruža trajna zdravstvena njega. Jedna od mogućnosti smještaja osobe sa mentalnim oštećenjem je i skrb izvan vlastite obitelji u Dom za odrasle osobe. Skrb izvan vlastite obitelji prema Zakonu o socijalnoj skrbi ostvaruje se kao stalni, tjedni i privremeni smještaj te kao poludnevni i cjelodnevni boravak.

Primjenom suvremenih multidisciplinarnih metoda rada i timskog pristupa u institucionalnim uvjetima mijenja se i uloga medicinske sestre/tehničara. Medicinska sestra/tehničar ne nalazi se više u ulozi čuvanja, već u ulozi terapeuta. Njena uloga značajna je već kod samog prijema korisnika u dom, odnosno ona je podjednako odgovorna za stvaranje pristupa suradnog odnosa s korisnikom.

Plan zdravstvene njege se priprema individualno, tako da odgovara potrebama korisnika i njegovom zdravstvenom i kognitivnom stanju u dogovoru s korisnikom i/ili njegovim

skrbnikom. Na uspješnost liječenja i rehabilitacije utječu stavovi medicinske sestre/tehničara. Pozitivan stav djelatnika osnova je uspostave povjerenja između medicinske sestre/tehničara i korisnika. Time mnogi rutinski postupci mogu poslužiti kao snažan oblik psihoterapije i djelovati na uspješnost liječenja. Smatra se da rad s osobama s mentalnim oštećenjem zahtijeva potpunu emocionalnu zrelost medicinske sestre/tehničara. Sestra/tehničar je ta koja mora prepoznati obrambene mehanizme bolesnika, kako bi izbjegla frustracije i daljnje sukobe te negativne posljedice kako za bolesnika tako i za okolinu. Stoga plan zdravstvene njege predstavlja sistem međusobnog povezivanja aktivnosti, usmjerenih na rješavanje zdravstvenih poteškoća kroz jasno definirane faze tog procesa.

Plan zdravstvene njege dio je medicinske dokumentacije svakog korisnika. Evaluacija svakog plana neophodan je pokazatelj uspješnosti ostvarenja postavljenih ciljeva i putokaz medicinskoj sestri/tehničaru za daljnji stručni rad.

U institucionalnoj skrbi planovi zdravstvene njege predstavljaju temelj organiziranja stručnog rada te mogućih promjena, a sve u svrhu poboljšanja kvalitete života institucionaliziranih osoba.

2. Socijalna skrb u Republici Hrvatskoj

Socijalna skrb je organizirana djelatnost od javnog interesa za Republiku Hrvatsku čiji je cilj pružanje pomoći socijalno ugroženim osobama, kao i osobama s nepovoljnim osobnim i obiteljskim okolnostima, a uključuje prevenciju, promicanje promjena, pomoć u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba te podršku pojedincu, obitelji ili skupinama, u svrhu unapređenja kvalitete života i osnaživanje korisnika u samostalnom zadovoljavanju osnovnih životnih potreba te njihovog aktivnog uključivanja u društvo[2].

Obavljanje socijalne skrbi na državnoj razini u nadležnosti je Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku. Prema Zakonu o socijalnoj skrbi u Republici Hrvatskoj, ustanove socijalne skrbi su:

1. Centar za socijalnu skrb
2. Dom socijalne skrbi
3. Centar za pružanje usluga u zajednici
4. Centar za pomoć u kući.

Najpoznatiji oblik socijalne skrbi svakako je institucionalna skrb. Tijekom povijesti razvile su se različite institucije namijenjene pojedinim socijalnim skupinama, posebice djeci, starijim osobama i osobama sa invaliditetom. Velike i značajne promjene dogodile su se u životu ovih institucija (umjesto zgrada s velikim kapacitetima, danas se grade objekti koji nastoje oponašati obiteljski ambijent, a umjesto isticanja discipline i kontrole, inzistira se na potrebi korisnika da sudjeluju u različitim aktivnostima društvenog života). Izvaninstitucionalna skrb prvenstveno se odvija u prirodnom okruženju korisnika (u njihovim kućama i zajednicama), a obuhvaća usluge vezane za materinstvo, uslužne aktivnosti usmjerene na stariju populaciju i sl.[3].

Obzirom na kompleksnost i širinu sustava socijalne skrbi, u radu ću se usmjeriti na kompetencije medicinske sestre u domovima socijalne skrbi odnosno u Domovima za odrasle osobe s mentalnim oštećenjima.

2.1. Dom za odrasle osobe

Kao što je prethodno navedeno, jedna od ustanova socijalne skrbi je dom socijalne skrbi. Dom socijalne skrbi javna je ustanova koju može osnovati Republika Hrvatska rješenjem ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi. Jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, vjerska zajednica, trgovačko društvo, udruga i druga domaća ili strana pravna ili fizička osoba

može osnovati dom socijalne skrbi pod uvjetom i na način propisan Zakonom o socijalnoj skrbi. Dom socijalne skrbi osniva se za obavljanje skrbi izvan vlastite obitelji, i to kao:

- Dom za djecu i mlađe punoljetne osobe (za djecu bez roditelja ili koje roditelji zanemaruju ili zlorabe svoje roditeljske dužnosti, ili je to iz drugih razloga u interesu djeteta ili mlađe punoljetne osobe, za djecu s poremećajima u ponašanju, tjelesno, mentalno ili višestruko oštećenu ili psihički bolesnu djecu, te djecu ovisnike o drogama ili drugim opojnim sredstvima),
- Dom za djecu i odrasle – žrtve obiteljskog nasilja,
- Dom za odrasle osobe (za tjelesno, mentalno ili višestruko oštećene ili psihički bolesne odrasle osobe, ovisnike o alkoholu, drogama ili drugim opojnim sredstvima, osobe kojima je potrebna dugotrajna zdravstvena zaštita i njega, odnosno stacionarna skrb te starije i nemoćne osobe)[2].

Zbog potrebe usklađivanja nacionalnog zakonodavstva sa zakonodavstvima Europske unije i zbog usvojenosti pojedinih Konvencija o pravima osoba s invaliditetom dolazi do čestih Zakonskih promjena koje su za posljedicu uvele u uporabu nova terminološka značenja i time prouzročile nerazumijevanje i konfuziju u nacionalnim zakonodavstvima i klasifikacijama. U Republici Hrvatskoj na snazi je Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Uz taj zakon na snazi je i Zakon o socijalnoj skrbi u kojem se koristi termin „mentalno oštećena osoba“. Na primjeru ovih dvaju važećih zakona može se zaključiti da terminologija za osobe s invaliditetom nije jedinstvena.

Tako se i Zakonom o socijalnoj skrbi ukida naziv Dom socijalne skrbi za psihički bolesne odrasle osobe i definira se kao Dom za odrasle osobe.

Prema statističkim podacima nadležnog Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku od 2013. godine u Republici Hrvatskoj trenutačno djeluje 18 državnih domova za odrasle osobe s mentalnim oštećenjima, 11 privatnih domova i 1 centar za pružanje usluga u zajednici „JA kao i TI“ u Osijeku. Trenutačno je u navedenim ustanovama smješteno oko 4000 korisnika odnosno osoba kojima je primarno utvrđeno mentalno oštećenje. Osobe su različite životne dobi, dolaze iz različitih podneblja, različitih su vjerskih, obrazovnih, kulturoloških i prehrambenih navika i običaja, različitog su funkcionalnog statusa što doprinosi specifičnostima planiranja zdravstvene skrbi u institucionalnim uvjetima.

2.2. Smještaj odrasle osobe u instituciju

Donošenje odluke o smještaju u ustanovu socijalne skrbi je teško, kako za samog korisnika tako i za članove obitelji.

Institucionalna skrb tradicionalno se poima kao dugoročna intervencija i za korisnika može označavati situaciju „gubitka slobode i doživotnog smještaja u instituciju“, zato se ona primjenjuje samo u određenim uvjetima.

Osobe koje iz određenih razloga nisu u mogućnosti samostalno brinuti o sebi ili im se ne može osigurati skrb unutar vlastite obitelji mogu u sustavu socijalne skrbi ostvariti pravo na uslugu smještaja. Usluga smještaja podrazumijeva skrb izvan vlastite obitelji koja se korisniku može osigurati kroz institucionalnu skrb u domu socijalne skrbi. Institucionalna skrb odnosi se na brigu oko korisnika smještenih u ustanovu takvog tipa, namijenjenu zadovoljavanju širokog spektra korisnikovih potreba[4].

Pored doma za socijalnu skrb, smještaj se korisniku može osigurati u centru za pružanje usluga u zajednici ili kroz udruge, vjerske zajednice ili druge pravne osobe koje pružaju socijalne usluge institucionalne skrbi ili kroz izvaninstitucionalnu skrb u udomiteljskoj obitelji ili obiteljskom domu.

Domovi socijalne skrbi svojim korisnicima osiguravaju uslugu stanovanja, prehrane, njege, brige o zdravlju, socijalnog rada, psihosocijalnu rehabilitaciju, radnu terapiju, radne aktivnosti, aktivno provođenje slobodnog vremena, odgoj i obrazovanje, ovisno o procijenjenim potrebama i izraženim interesima korisnika[2].

Važno je naznačiti da postoje različita shvaćanja onog što čini „instituciju“ ili „institucionalnu skrb“.

Europske smjernice (2012.) definiraju instituciju kao bilo koju smještajnu skrb u kojoj:

1. su korisnici izolirani od šire zajednice i/ili su prisiljeni živjeti zajedno;
2. korisnici nemaju dovoljnu kontrolu nad svojim životima i odlukama koje utječu na njih;
3. zahtjevi same organizacije često imaju prioritet nad pojedinačnim potrebama korisnika[5].

Dakle, veličina i broj korisnika, te status ustanove koja pruža institucionalnu skrb, nužno ne znači negativna obilježja institucije, odnosno mjesto u kojem korisnici ne mogu biti ili nisu uključeni u planiranje promjena i donošenje odluka koje se odnose na njihov život.

Ovisno o specifičnim potrebama korisnika u odnosu na usluge institucionalne skrbi, u domu za odrasle osobe razrađuje se individualni plan promjene korisnika kroz dodatni individualni plan koji je usmjeren na planiranje konkretnih aktivnosti i metoda rada u domu, suradnju i

kontakte s obitelji/skrbnikom/nadležnim centrom za socijalnu skrb, izlaske i boravak korisnika izvan institucije kao i stvaranje potrebnih uvjeta za osnaživanje korisnika za samostalnu skrb o vlastitim potrebama izvan institucije.

Dodatni individualni plan izrađuje se na temelju timske procjene i suradnji svih stručnih djelatnika u domu u kojem medicinske sestre imaju važnu ulogu i korisnika smještaja. Temeljem dodatnog individualnog plana planiraju se radionice i grupna terapija. Izrada individualnih planova skrbi definirana je Zakonom o socijalnoj skrbi i obavezan je dokument u ustanovama socijalne skrbi. Osnovni dio dodatnog individualnog plana je i plan zdravstvene njege u kojem su voditelji medicinske sestre kao najbrojnija struktura stručnih radnika.

Implementacija planova zdravstvene njege predstavlja velik izazov u institucionalnim uvjetima i ovisi o različitim faktorima, posebice o timskom radu s ostalim stručnim djelatnicima i multidisciplinarnom pristupu svakom pojedincu. Važnu ulogu u implementaciji ima ukupna organizacija rada i politika poslovanja stoga ne postoji jedinstveni institucionalni model rada.

Usluge koje pružaju domovi socijalne skrbi trebaju biti u skladu sa suvremenom praksom, dogovorenim standardima kvalitete rada te voditi dobrim učincima za korisnike. Pružane usluge u institucionalnoj skrbi trebaju imati za krajnji cilj osnaživanje korisnika za povratak u primarnu sredinu, samostalno stanovanje uz podršku u zajednici ili podizanje kvalitete života u samoj instituciji[4].

Obzirom na specifičnosti rada svakog pojedinog doma socijalne skrbi, odnosno doma za odrasle osobe, u daljnjem radu prikazat ću primjer organizacije stručnog rada u Domu za odrasle osobe Vizjak.

3. Kompetencije medicinske sestre u ustanovi socijalne skrbi

Kompetencija je pojam latinskoga podrijetla (cometare, competentia) i znači postizati, biti bolji. U kontekstu hrvatskog jezika, kompetencija jest priznata stručnost, odnosno sposobnost kojom netko raspolaže. S obzirom da su izazovi sestrinske skrbi s kojima se susreće u svakodnevnom radu izuzetno zahtjevni, nužno je da medicinska sestra/tehničar ima razvijene određene kompetencije koje su usmjerene pružanju kvalitetne sestrinske skrbi, autonomnom djelovanju, kritičkom razmišljanju, evaluaciji svojih sestrinskih znanja i komunikaciji unutar tima.

Kompetencije su rezultat razine obrazovanja u sestrinstvu, a imaju za cilj pružanje sigurne, učinkovite i na etičkim načelima zasnovane zdravstvene njege.

Kompetencije služe:

- javnosti i poslodavcu - informiraju ih o tome što se može i smije očekivati od medicinske sestre/tehničara,
- medicinskim sestrama/tehničarima - kao smjernice za obavljanje onih aktivnosti koje su predviđene razinom obrazovanja[6].

Medicinske sestre djeluju prema etičkom kodeksu i koriste kulturnu kompetenciju i organizacijske sposobnosti te tako podržavaju način skrbi u kojoj je bolesnik središte svakog razgovora o zdravstvenoj skrbi. Značaj i kompetencije medicinske sestre u planiranju i provođenju zdravstvene njege u domu za odrasle osobe ne razlikuje se od dužnosti medicinskih sestara koje rade u sustavu zdravstvene skrbi.

Dužnosti medicinske sestre/tehničara definirane su Zakonom o sestrinstvu i odnose se na:

- primjenu svih dostupnih znanja iz područja sestrinstva,
- primjenu metoda rješavanja problema u provođenju zdravstvene njege koje zahtijevaju vještinu analitičkog kritičkog pristupa,
- postupanje po utvrđenim pravilima i protokolima za provođenje postupaka u zdravstvenoj njezi,
- provedba zdravstvene njege po utvrđenom planu njege,
- primjenjivanje, provođenje i evidentiranje od liječnika ordinirane lokalne, peroralne i parenteralne terapije,
- pravodobno izvješćivanje liječnika u slučaju nastupa komplikacija primijenjene terapije, provedba postupaka iz područja zaštite zdravlja i prevencije bolesti[7].

U domu za odrasle osobe, kompetencije služe kao vodič medicinskoj sestri/tehničaru, da zna što joj je dozvoljeno provoditi u okviru planirane zdravstvene njege. Unutar tima postoje kompetencije koje se mogu preklapati, tzv. podijeljene kompetencije, a odluka koji će ih stručnjak izvoditi ovisi o individualnim potrebama korisnika, individualnim kompetencijama medicinskih sestara/tehničara i konteksta prakse doma za odrasle osobe. Postupci delegirani od liječnika vezano za primjenu terapije, ili delegirani postupci nadređenih medicinskih sestara/tehničara prema medicinskoj sestri/medicinskom tehničaru, moraju biti u pisanom obliku. Proces odlučivanja, tko će izvoditi koji postupak, mora biti vođen stručnim i etičkim načelima. Postupke zdravstvene njege medicinskoj sestri/tehničaru mogu delegirati medicinska sestra/tehničar s višom razinom obrazovanja, ili liječnik, kada se radi o primjeni terapijskih postupaka, ali uvijek isključivo u okviru djelokruga rada propisanog od strane HKMS.

Medicinska sestra/tehničar koja prima delegirani postupak mora biti kompetentna i svjesna preuzete odgovornosti koja se temelji na Odobrenju za samostalan rad i pripadajućeg djelokruga rada, pri čemu si postavlja pitanje:

- Koji je željeni ishod zdravstvene njege za korisnika?
- Ima li teorijska znanja i usavršene praktične vještine za izvođenje delegiranog postupka?
- Koje su koristi i poznati rizici za korisnika ?
- Koji je očekivan ishod za osiguranika nakon provedenog delegiranog postupka?
- Je li kompetentna rješavati moguće rizike nastale tijekom izvođenja delegiranog postupka?
- Ima li sposobnost i znanja za samoprocjenu?

Odlučivanje pri delegiranju liječničkih postupaka mora biti temeljeno na zakonskim aktima koji određuju odgovornost medicinskih sestara/tehničara i liječnika.

Zdravstvena-socijalna ustanova mora imati pisane procedure za delegiranje postupaka[8].

Za kvalitetan rad je nužno da medicinska sestre/tehničari imaju visoku razinu profesionalnog znanja koje je vezano uz osnovni cilj zdravstvene njege. Svaka medicinska sestra/tehničar treba imati sposobnosti i kompetencije za suradnju, uspostavu dobrog komunikacijskog odnosa, spremnost da čuje druge osobe i da uvažava njihovo mišljenje. Važne su i određene karakteristike osobnosti, odnosno specifičnosti pojedinaca koje su značajne za razvijanje odnosa u radu, a to je u prvom redu sposobnost za suradnju i rad[10,11].

Medicinska sestra/tehničar treba zadržati i pridržavati se profesionalnog ponašanja, te sa empatijom pristupiti pacijentu. Obavezna je izgraditi terapijski odnos i ponašanje koje štiti i čuva integritet odnosa, pritom pokazujući kako ranjivost pacijenata sa mentalnim oštećenjem neće ni u kom slučaju iskoristiti za vlastiti interes.

Dužna je postupati u svom radu u skladu sa svojom kompetentnosti, ali isto tako potražiti informacije u nedostatku vlastitog znanja ili iskustva kada je to potrebno.

Primjena najboljeg stručnog znanja u procesu zdravstvene njege profesionalno se razvija kontinuiranom edukacijom, tj. cjeloživotnim učenjem, teorijskim i praktičnim radom, s ciljem da se unaprijedi kvaliteta sestrinske skrbi i povećava učinkovitost u radu s bolesnicima[7].

3.1. Etika skrbi

Osnovna bit etike skrbi je razvoj moralnog ponašanja i odnosa prema drugim ljudima sa nastojanjem da se izbjegnu one radnje koje bi drugima nanijele štetu, već poticanje razvitka osjetljivosti na probleme drugih, izražavanje sućuti i pružanju suosjećanja[11].

Sestrinstvo se kao i druge zdravstvene profesije temelji na idealu služenja čovječanstvu to jest počiva na idealu nesebične skrbi koja je vođena znanjem, vještinama i etičkim kodeksom[12].

Pet elemenata čine etiku skrbi:

1. Moralna pažnja sastoji se u izbjegavanju nanošenja boli bilo fizičkih ili psihičkih. Posebna pozornost mora se posvetiti ljudskom dostojanstvu pri pomaganju čovjeku u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba.

2. Odgovornost za pruženu skrb prema zahtjevima bolesnika koja mora biti u skladu sa zahtjevima struke.

3. Razumijevanje problema koji nastaju kao posljedica bolesti ili ozljede te načina za njihovo ublažavanje.

4. Savjestan odnos opisan je na tri načina:

- odnos čovjeka prema čovjeku sa suosjećanjem,
- odnos prema potrebama i sposobnostima osobe za koje se skrbi uz uvažavanje i dogovor,
- odnos profesionalca i bolesnika uz davanje savjeta ali uvažavanje rješenja bolesnika ako se ne protivi mišljenju struke.

5. Prilagodba sposobnost prihvatanja svih okolnosti i posebnosti kod pojedine osobe.

Kod svakog bolesnika treba primijeniti osam najvažnijih elemenata:

znanje, prilagodljivost, pažnju, čast, povjerljivost, smjernost, nadu i hrabrost [12].

Etika skrbi traži od pojedinca visoku moralnu razinu i domišljatost u traženju najboljeg rješenja. Kroz etiku skrbi medicinske sestre/tehničari usmjeravaju svoje aktivnosti prema bolesniku sa ciljem uklanjanja problema zbog kojih je došlo do promjene životnog stanja i nastanka bolesti. Bolest je veliko opterećenje za pacijenta zbog nagle promjene životnog stanja bolesnika što se reflektira na njegove navike i socijalne odnose, i upravo zbog toga je takav

pristup etike skrbi izuzetno važan i koristan. U daljnjem tijeku skrbi medicinska sestra/tehničar bi trebala u dogovoru s drugim zdravstvenim stručnjacima pronaći rješenje kako bolesniku osigurati približno isti razinu i kvalitetu života koju je imao prije bolesti.

Tijekom skrbi o bolesniku ne smiju se izostaviti njegovi prijedlozi i mišljenje već naći zajednički jezik jer će na kraju to olakšati i ubrzati proces skrbi, ozdravljenje i vraćanje bolesnika u „normalan život“ [11,12].

U Republici Hrvatskoj u uporabi su Etički kodeksi medicinskih sestara, i to od Hrvatske udruge medicinskih sestara (HUMS), koji je objavljen 1995. godine, i kodeks Hrvatske komore medicinskih sestara (HKMS), objavljen 2005. godine[13].

Etički kodeks je vodič sestrama/tehničarima u pružanju zdravstvene zaštite i zdravstvene njege. Kodeks može koristiti ljudima za prosudbu o etičkom ponašanju sestara. Učenicima i studentima kodeks ukazuje na osnovne moralne dužnosti sestara/tehničara i koristi kao izvor odgoja i obrazovanja, a sestrama/tehničarima koje rade služi kao osnova za samoprocjenu i ponašanje. Ono što se očekuje od medicinske sestre/tehničara je poštivanje Etičkog kodeksa medicinskih sestara. U njemu je jasno navedeno pod nekim od načela da medicinska sestra/tehničar treba poštivati pacijenta kao ljudsko biće, poštivati pravo pacijenta na njegov fizički i mentalni integritet, poštivati osobnost i privatnost pacijenta, poštivati svjetonazor, moralna i vjerska uvjerenja pacijenta, provjeriti da je pacijent dao pristanak prije obavljanja bilo kakvog liječenja ili zdravstvene njege, čuvati profesionalnu tajnu, surađivati s ostalim članovima tima, održavati svoje stručno znanje i sposobnosti, biti osoba od povjerenja, djelovati tako da prepozna rizik kod pacijenta i svede ga na najnižu moguću razinu, štititi i podržavati zdravlje pacijenta, održavati i povećavati dobar ugled profesije medicinskih sestara[14].

U Kodeksu se velika pozornost usmjerava timskom radu, ali i u suprotnom smjeru, razvoju individualne odgovornosti kako u pogledu određenih postupaka tako i u pogledu svijesti o osobnim ograničenjima i sposobnostima. Etičke dileme mogu se pojaviti u bilo kojem segmentu svakodnevnog življenja unutar institucije. Mogu se odnositi na oblačenje, prehranu, slobodne aktivnosti i međusobne odnose. Zbog toga je značajno djelovanje i izrada etičkih kodeksa svake profesije i jasno definiranje pravnih okvira postupanja. Izrada pravnih okvira zahtijeva multidisciplinarnu suradnju svih koji se u svom radu susreću s osobama s mentalnim oštećenjem[15].

Uz samosvjesnost u svojem radu, stalno učenje i samokritičko razmišljanje, medicinska sestra/tehničar u domu za odrasle osobe uspješno svladava i izbjegava te rješava ikakvo postupanje koje bi moglo štetiti drugima u svakom obliku provođenja njihovog liječenja.

3.2. Timski rad

Timski rad je metoda koja omogućava nekolicini osoba sa zajedničkim ciljem da svoje sposobnosti najbolje iskoriste međusobnim upotunjavanjem svojih vještina i iskustava. Budući da rad u ustanovama socijalne skrbi postaje sve kompleksniji za stručno rješavanje zdravstvenih problema potrebno je stručno znanje i iskustvo liječnika (različitih stručnih profila), medicinskih sestara/tehničara, ali i socijalnih radnika, sociologa, psihologa. 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. Voditelj tima u domu za odrasle osobe je medicinska sestra sa odgovarajućom stručnom spremom. Voditelj tima mora prije svega jasno znati i željeti postići ciljeve tima te imati opće znanje o problemima kojima se tim bavi. Uz to, važno je da voditelj tima posjeduje kvalitete kao što su:

1. umijeće organizacije i upravljanja
2. sposobnost komuniciranja i rada s ljudima
3. sposobnost uvažavanja tuđeg mišljenja
4. sposobnost logičkog rasuđivanja i zaključivanja

Zadatak voditelja tima je da stalno upozorava na ciljeve i zadatke tima, koordinira akcije članova, te na osnovu prikupljenih mišljenja članova tima, uvažavajući ih formulira rješenje te donosi konačnu odluku u slučaju spora među članovima tima. Interdisciplinarni tim u domu za odrasle osobe radi povezano i međusobno dijeli informacije, vođenje je određeno zadatkom, prema stanju korisnika. Od svakog se člana tima očekuje maksimalni angažman u okviru njegovih kompetencija.

U djelovanju tima uvijek je potrebno uvažiti slijedeće bazične činjenice a to su:

- svatko ima pravo iznijeti svoje mišljenje i stavove koje drugi članovi tima moraju uvažavati i uključiti u diskusiju vezanu uz donošenje definitivne strategije realizacije određenog cilja/ciljeva;
- svi rade na zajedničkom cilju, uzajamno se nadopunjuju i svaki ima svoj dio odgovornosti.

Uvažavanje tuđeg mišljenja ne mora značiti i potpuno prihvaćanje tuđeg mišljenja. To je podloga za ravnopravnu diskusiju. Potrebno je razviti niz komunikacijskih vještina općih i specifičnih; aktivno slušanje, davanje pozitivnog i negativnog feedbacka, asertivnost u načinu iznošenja vlastitog mišljenja, vođenje i organiziranje timskog rada, rješavanje konflikata, savjetovanje, itd. Važnost suradnje tima je ključ za uspjeh i vodi ka dobrobiti kako za korisnika, tako i za cijeli tim.

4. Prikaz stručnog rada u Domu za odrasle osobe Vizjak

Kao što sam ranije navela, dom za odrasle osobe pruža slijedeće usluge: stanovanje i prehranu, brigu o zdravlju, njegu, održavanje osobne higijene i pomoć pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti, usluge socijalnog rada, psihosocijalne rehabilitacije, radne terapije, usluge organiziranja slobodnog vremena, pratnje i organiziranog prijevoza, savjetodavnog rada i drugih programa u lokalnoj sredini u cilju poboljšanja kvalitete života osoba sa mentalnim oštećenjima.

U Domu za odrasle osobe Vizjak smješten je ukupno 101 korisnik. Od toga, 80 korisnika smješteno je u institucionalnoj skrbi, a 21 u izvaninstitucionalnoj skrbi.

U sklopu međunarodnih dokumenata i uz to vezanih projekata Ministarstva, uključeni smo u sve procese deinstitucionalizacije, pa smo time u zajednici otvorili četiri stambene jedinice u kojima živi 21 korisnik. Kod najvećeg broja korisnika, njih 90, prisutna je primarna dijagnoza mentalnog oštećenja.

Korisnici su iz različitih dijelova Hrvatske, različite su životne dobi. Po obrazovnoj strukturi, imovinskom statusu, obitelji i ostalim karakteristikama, jednaki su kao i ostali građani. Najveći broj korisnika u Domu je u dobi od 50-59 godina, te se uočava trend prijema sve mlađe populacije.

4.1. Organizacija stručnog rada

Realizacija definiranih individualnih planova korisnika nemoguća je bez jasne vizije razvoja institucije te jasnih planova provedbe istih. To je proces koji zahtjeva koordinirano djelovanje i uključivanje različitih sudionika, a sadrži analizu vanjskog okruženja kroz zakonske, ekonomske, političke i druge čimbenike, korisnika usluga i njihovih obitelji[4].

Jasna organizacija rada unutar doma za odrasle osobe, omogućuje da se individualni planovi korisnika svakodnevno provode, što doprinosi ostvarivanju postavljenih ciljeva i zadovoljavanju konkretnih i individualiziranih potreba korisnika. Jasna organizacija rada, korištenje radno-terapijskih metoda i multidisciplinarni timski rad u domu, omogućuje sveobuhvatniju procjenu specifičnih potreba korisnika, izradu dodatnog individualnog plana rada s fokusom na snage i mogućnosti korisnika, te se time kreiraju i uvjeti za humaniji i kvalitetniji život u instituciji.

Dodatni individualni plan izrađuje se na temelju timske procjene i u suradnji svih stručnih djelatnika u domu i korisnika na smještaju. Temeljem dodatnog individualnog plana planiraju se radionice i grupna terapija.

Aktivnosti samozbrinjavanja, produktivnosti i slobodnog vremena osnovni su elementi dodatnog individualnog plana svakog korisnika institucionalne skrbi u domu Vizjak.

Na slici 4.1.2.- prikazano je područje radno-terapijskog djelovanja koje se provodi u Domu za odrasle osobe-Vizjak. Područje radno-terapijskog djelovanja u ovom domu usmjereno je na aktivnosti koje su korisnicima bliske i uobičajene te koje korisnici izvode tijekom svakog dana. To su aktivnosti samozbrinjavanja, produktivnosti i slobodnog vremena.



Slika 4.1.2.- Radno-terapijske aktivnosti doma

Izvor: K. Urbanc, ur.: Individualno planiranje u socijalnom radu, Biblioteka socijalnog rada, Zagreb, 2015.

Razvojne aktivnosti samozbrinjavanja proizlaze iz gubitka zdravlja, a vezane su uz medicinsko-tehničke zahtjeve te promjenu načina života, koja će doprinjeti razvoju osobe u vrijeme bolesti i unatoč bolesti, stoga ono predstavlja prvu fazu utvrđivanja potrebe za zdravstvenom njegom svakog korisnika[16].

Podrška u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba korisnika kojima je potrebna zdravstvena njega, u središtu je sestrinske skrbi.

U suvremenom društvu fiziološke potrebe relativno se lako zadovoljavaju, no kada su nezadovoljene, zbog osobnih i zdravstvenih prepreka, pojedinac je njima potpuno zakupljen i sve drugo mu postaje manje važno ili nevažno. Osobni osjećaj nezadovoljenosti osnovnih fizioloških potreba, onemogućuje zadovoljavanje drugih potreba, što kod ljudi izaziva osjećaj nezadovoljstva, tjeskobe i gubitak motivacije za druge ljude.

Cilj svih aktivnosti je zadržati ili poboljšati određenu funkciju odnosno zaustaviti njeno pogoršanje, očuvanje preostalih fizičkih sposobnosti i motiviranje pojedinca za uspostavu više razine samostalnosti. Razvoj pojedinca tijekom života podrazumijeva smanjivanje ovisnosti o

drugima i vodi k samozbrinjavanju i samousmjeravanju. Rezultat tog napredovanja je autonomno djelovanje. Te promjene doprinose razvoju ličnosti u vrijeme bolesti i unatoč bolesti, očuvanju samopouzdanja i samopoštovanja.

Područje produktivnosti vrlo je kompleksno iako se na prvi pogled ne čini tako. Ono ovisi i o stupnju tjelesne neovisnosti korisnika i motiviranju korisnika za uspostavljanje više razine samostalnosti[15].

U Domu Vizjak aktivnosti produktivnosti podijeljene su na:

1. aktivnosti brige o osobnim stvarima,
2. održavanje higijene osobnog prostora i
3. radionice produktivnih aktivnosti.

Cilj produktivnih aktivnosti je aktiviranje i razvoj korisnikovih potencijala, mogućnosti kontinuiranog razvoja, socijalna integracija u radnu sredinu, uravnotežena uloga rada u cjelokupnom životnom kontekstu i socijalna relevantnost radnog života.

Područje produktivnosti primarno je područje rada radnih terapeuta, ali medicinske sestre/tehničari aktivno se uključuju jer one provode najviše vremena sa korisnicima. Svakodnevna procjena zdravstvenog stanja korisnika, primjena sestrinskih intervencija i postupaka preduvjet je uključivanja korisnika i mogućnosti sudjelovanja u produktivnim aktivnostima.

Slobodno vrijeme sastavni je dio čovjekove svakodnevnice, a odnosi se na vrijeme aktivnog odmora, razonode, socijalizacije, stvaralačkog potvrđivanja[17]. Aktivnosti slobodnog vremena u Domu Vizjak podijeljene su na rekreaciju, kreativne radionice i hobije.

Uz navedene aktivnosti u domu su dostupne aktivnosti u kojima korisnici mogu pasivno sudjelovati, kao što je gledanje televizije i slušanje glazbe. Osnovni cilj aktivnosti slobodnog vremena je da korisnik samostalno odabire one koje mu predstavljaju zadovoljstvo i izazov te da uživaju u toj aktivnosti.

Dobrobit korisnika u uključivanje u aktivnosti slobodnog vremena višestruka je;

- veće mogućnosti izražavanja osobnih sklonosti, donošenje nezavisnih odluka i realizacija osobnih interesa u okviru slobodnog vremena,
- uspostavljanja socijalnih kontakata i odnosa s drugima kroz bavljenje zajedničkim aktivnostima,
- prevladavanje stresa i ostvarivanje pozitivne socijalne interakcije,
- samoizražavanje i potiče osobni razvoj – intelektualni, socijalni, psihološki i duhovni
- jačanje samopouzdanja, razvoj vještina i organizacijskih sposobnosti,

- osvješćivanje, usvajanje i prakticiranje vještina za slobodno vrijeme uslijed obrazovanja za slobodno vrijeme te s time u vezi jačanje osjećaja autonomije i unapređenje cjelokupnog stila života .

Implementacija specifičnih aktivnosti i zadataka korisnika dio je timskog rada svih djelatnika doma za odrasle osobe. Sukladno tome, svaki stručni djelatnik treba biti upoznat s potrebama korisnika, njegovim definiranim dugoročnim i kratkoročnim ciljevima te dogovorenim aktivnostima.

Važno je da izbor specifičnih aktivnosti bude usmjeren na primarnu potrebu zbog koje je upravo institucionalni oblik skrbi bio nužan za korisnika kako bi se kroz učenje i savladavanje novih socijalnih vještina utjecalo na rješavanje poteškoća definiranih individualnim planom.

Obzirom da se izbor aktivnosti temelji na nezadovoljenim primarnim potrebama, najčešće se u okviru institucionalne skrbi radi o fiziološkim potrebama zbog gubitka zdravlja, tako da je uloga medicinske sestre/tehničara odgovorna uloga u kreiranju planova zdravstvene njege. Bez realizacije jasnih planova zdravstvene njege i ostvarivanju ciljeva nemoguće je krenuti u realizaciju ostalih ciljeva vezanih uz druga područja organizacije rada odnosno područja produktivnosti i slobodnog vremena.

4.2. Inicijalni razgovor, definiranje potreba, utvrđivanje problema i resursa korisnika

O prijemu i otpustu korisnika odlučuje Komisija za prijem i otpust korisnika formirana u Domu na osnovi evidencije zaprimljenih zahtjeva za smještaj upućenih od nadležnih centara za socijalnu skrb. Prvi osnovni kriterij smještaja korisnika u naš Dom je “medicinska dijagnoza“ kojom se potvrđuje postojanje mentalnog oštećenja prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, X revizija, Svjetske zdravstvene organizacije (MKB-10).

Prilikom prijema korisnika u Dom započinje proces zdravstvene njege, počevši od prikupljanja podataka. Medicinska sestra/tehničar podatke može prikupljati primarno - izravno od samog pacijenta, te sekundarno - od članova obitelji ili bliskih osoba pacijenta, drugih zdravstvenih djelatnika. Pri tome se koriste tehnike intervjuja, promatranja, mjerenja i analize dokumentacije. To čini samoinicijativno, savjesno, namjerno, planski i sustavno. Nužan, ali ne i dovoljan uvjet postavljanja dobrog plana zdravstvene njege su točni i značajni podaci.

Kao što sam ranije navela, primarno područje rada medicinskih sestara/tehničara u Domu za odrasle osobe je područje samozbrinjavanja. Zadovoljavanje osnovnih životnih potreba čine

središnji dio sestrinske skrbi, te je uloga medicinske sestre/tehničara vrlo značajna pri samom prijemu korisnika.

Područje samozbrinjavanja označava aktivnosti koje pojedinac potiče i izvodi u vlastitom interesu zbog održavanja života, zdravlja i dobrobiti. U teoriji zdravstvene njege koja se temelji na aktivnostima samozbrinjavanja a utemeljila ju je Dorothy E. Orem, stavlja se naglasak na potrebu ljudi da brinu o sebi samima.

Vrlo je značajna uloga medicinske sestre/tehničara u Domu u provedbi ovih aktivnosti koje su dio zdravstvene njege, jer njena pomoć i terapijsko samozbrinjavanje nužno je kada pojedinac ne može zadovoljiti, odnosno ispuniti zahtjeve samozbrinjavanja[18].

Samozbrinjavanje korisnika trebalo bi biti direktno usmjereno i na njihovo oboljenje, odnosno medicinsku dijagnozu. Prvi korak je prihvaćanje bolesti kao jednog dijela osobe, zatim praćenje i prepoznavanje pogoršanja, odnosno pojava simptoma bolesti u što ranijim fazama.

Takvo samozbrinjavanje vrlo je značajno jer osoba postaje odgovornija za svoje zdravlje, pomoć se pruža primjenom najučinkovitijih metoda rada i stručnih znanja, a u skladu s potrebama i odlukama korisnika. Time se produbljuje odnos između korisnika i djelatnika, razvija se međusobno poštovanje i sigurnost.

Uključivanjem korisnika u proces planiranja zdravstvene njege, a koje se temelji na osobnim interesima i potrebama smještenih korisnika, kreira se prostor u kojem se osnažuje njihovo samodjelovanje i ostvaruju pretpostavke za motivaciju u realizaciji postavljenih ciljeva individualnim planiranjem. U tom smislu, uloga medicinskih sestara u institucionalnoj skrbi je da se angažiraju u podizanju kvalitete pružane zdravstvene njege u Domu kroz poticanje timskog rada i individualnog pristupa korisnicima, a na temelju potreba i interesa korisnika.

Utvrđivanje potreba vrši se prikupljanjem podataka na osnovi kojih se procjenjuje stupanj korisnikove samostalnosti u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, tjelesno i psihičko stanje, reakcija na bolest, razina obrazovanja i navike u svezi sa zadovoljavanjem osnovnih životnih potreba.

Dobiveni podaci upisuju se u Matični obrazac – biografija koji je dio sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege te je prihvaćen od strane HKMS. Pri samom prikupljanju podataka, cilj nam je što bolje upoznati korisnika, prepoznati njegove potrebe i ograničenja.

U obrazac biografija – životni događaji unose se podaci o cjelokupnom životu korisnika. Podaci se dobivaju promatranjem i vođenjem razgovora sa korisnikom, članovima obitelji, zatim dobivenim podacima od liječnika i drugih službi. Daljnjim ispitivanjem ciljanih i individualnih potreba, običaja, navika i želja za zdravstvenom njegom i prepoznavanjem rizičnih čimbenika dolazi do uspostavljanja odnosa povjerenja i otvorenosti prema korisniku.

Kategorizacijom, pacijenti se razvrstavaju u četiri kategorije ovisno o potrebnoj pomoći za zadovoljenje osnovnih ljudskih potreba, te ovisno o dijagnostičkim i terapijskim postupcima koji se kod pacijenta provode. O potrebnoj pomoći za zadovoljenje osnovnih ljudskih potreba, te o pomoći pri dijagnostičkim i terapijskim postupcima, ovisi i količina zdravstvene njege koju medicinska sestra/tehničar pruža, odnosno broj i kompleksnost intervencija koje ona pruža[19].

Proces zdravstvene njege kao okvir za sestrinsku praksu podrazumijeva dokumentiranje u svim fazama. Sestrinska dokumentacija je veza između utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom, planiranja, pružanja i evaluacije pružene zdravstvene njege[8].

Razlozi dokumentiranja u procesu zdravstvene njege su:

- Unapređuje komunikaciju medicinskih sestara/tehničara sa drugim zdravstvenim i nezdravstvenim djelatnicima a koja se odnosi na stanje bolesnika, provedene intervencije te o ishodima provedene zdravstvene njege. Također, unapređuje komunikaciju sa članovima obitelji koji mogu biti izvor bitnih podataka za dokumentaciju.

- Profesionalna odgovornost kod prikupljanja podataka i procjene zdravstvenog stanja pacijenta, izrade plana zdravstvene njege usmjerenog ostvarivanju ciljeva, evaluaciji učinkovitosti zdravstvene njege kroz procjenu postignuća ciljeva kao i pri ponovnoj procjeni stanja pacijenta i reviziji planova zdravstvene njege.

- Zakonska obveza - Zakon o sestrinstvu u Članku 16. navodi da je dužnost medicinske sestre/tehničara da vodi sestrinsku dokumentaciju kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata.

- Pravna zaštita je važan razlog vođenja sestrinske dokumentacije jer ona može osigurati vrijedne dokaze/podatke o pacijentovom stanju i liječenju. Jednako tako sestrinska dokumentacija često je najbolji dokaz što se stvarno dogodilo, jer precizno, točno i kompletno dokumentiranje u svrhu pravne zaštite tada posebno dolazi do izražaja.

- Standard sestrinske prakse osigurava dokaze da je medicinska sestra/tehničar primijenila svoje znanje, vještine i procjene sukladno profesionalnim standardima.

- Unapređuje kvalitetu zdravstvene njege kroz poticanje medicinskih sestara u praćenju promjena stanja kod pacijenta; omogućuje utvrđivanje učinkovitih intervencija te je dokumentacija osnova za istraživanja u sestrinstvu.

- Kontrola troškova u zdravstvu se može postići vođenjem dokumentacije zbog toga što govori kako pružiti najučinkovitiju skrb, te koje intervencije su pružene i na koji način.

- Sestrinskom dokumentacijom se utječe na društvene promjene činjenicom da su pacijenti bolje upućeni u bolest, metode liječenja te potrebne intervencije. Pacijenti / korisnici zdravstvene njege očekuju da medicinska sestra/tehničar posjeduje znanje, da je kompetentna, te da pruža visoko kvalitetnu zdravstvenu njegu na najučinkovitiji mogući način[8].

Ukoliko se promiče timski rad, svaka profesija koja sudjeluje u timu mora imati pismenu dokumentaciju kao važan dokaz stručnosti rada.

Dokumentacija je i materijal osiguranja od odgovornosti ili prebacivanja odgovornosti iz jedne struke na drugu struku. Ona mora biti sastavni dio plana zdravstvene njege, terapijskog rada i rehabilitacije bolesnika.

Ukoliko se pacijent smatra partnerom u zdravstvenoj njezi, tada i partner treba sudjelovati u izradi sestrinske dokumentacije koja treba postati sredstvo osnaživanja i iskorištavanja „moći“ cijelog sustava[15].

Nakon prikupljanja podataka vrši se analiza odnosno interpretacija (npr. utvrđivanje zadovoljava li korisnik adekvatno i samostalno osnovne potrebe, može li samostalno jesti i sl). te se problem zajedno s korisnikom definira. Ako postoji više problema, utvrđuju se prioriteta, definiraju ciljevi i izrađuje se plan intervencije.

Kao što sam ranije navela, utvrđivanjem pacijentovih problema, odnosno potrebe za zdravstvenom njegom, započinje proces zdravstvene njege, a on obuhvaća prikupljanje podataka, analizu prikupljenih podataka i postavljanje sestrinske dijagnoze odnosno definiranje problema.

Dijagnoza u procesu zdravstvene njege znana kao sestrinska dijagnoza opis je aktualnog ili potencijalnog zdravstvenog problema kojeg su medicinske sestre/tehničari s obzirom na edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene riješiti[16].

Sestrinska dijagnoza predstavlja osnovu plana zdravstvene njege. U svrhu postavljanja sestrinske dijagnoze medicinska sestra/tehničar procjenjuje pacijentovo stanje na osnovi prikupljenih podataka o njegovom psihofizičkom stanju te okolinskim utjecajima na njegovo zdravlje. Važno je naglasiti da je dijagnoza u procesu zdravstvene njege uvijek različita od medicinske dijagnoze. Prilikom prikupljanja podataka važno je razlikovati subjektivne i objektivne podatke, budući da su subjektivni pod utjecajem raznih činitelja i zbog toga mogu biti netočni. Podjela u te dvije skupine uvjetovana je tehnikom prikupljanja podataka. Mjerenjem dobivamo objektivne podatke (npr. mjerenje tjelesne temperature toplomjerom), a intervjuom i promatranjem subjektivne (npr. pacijent se žali na bol i na skali boli, bol ocjenjuje 10/10, ali medicinskoj sestri se čini da ga ne boli jako). Važno je obratiti pažnju na dosljednost podataka prikupljenih različitim tehnikama (subjektivnim i objektivnim) i iz različitih izvora.

Prema V. Henderson, medicinska sestra prikuplja podatke na osnovi kojih može procijeniti stupanj pacijentove samostalnosti u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba: psihofizičko stanje, reakcije na bolest i hospitalizaciju, stanje svijesti, znanje, razinu obrazovanja, navike u svezi sa zadovoljavanjem osnovnih potreba. Teoretska osnova interpretacija su spoznaje o normalnim i fiziološkim, patološkim, psihološkim i socijalnim aspektima osnovnih ljudskih potreba.

Kroz interpretaciju medicinska sestra mora odgovoriti na pitanja: odstupa li pacijentovo stanje i ponašanje od normalnog odnosno poželjnog, što je uvjetovalo takvo stanje i ponašanje, koji su neželjeni učinci i moguće posljedice tog stanja, te kako se ono odražava na zadovoljavanje osnovnih potreba.

Sestrinska dijagnoza je temelj na kojem počiva odabir intervencija, a zadatak joj je usmjeren prema postizanju ciljeva za koji je medicinska sestra/tehničar odgovorna. Temeljna obilježja sestrinske dijagnoze su da upućuje na problem bolesnika, uključuje probleme u zdravlju i bolesti.

Zaključak sestrinske dijagnoze mora se donositi na temelju analize podataka, ista mora biti utemeljena na provjerenim subjektivnim i objektivnim podacima. Medicinska sestra/tehničar predstavlja zaključak u zdravstvenoj njezi, te uključuje tjelesno, psihičko i socijalno stanje bolesnika, predstavlja kratku i sažetu tvrdnju, te uključuje stanja koja medicinska sestra/tehničar može samostalno zbrinjavati, a isto tako i kada je to moguće, mora biti provjerena s bolesnikom[20].

4.3. Definiranje ciljeva i odabir intervencija

Medicinska sestra/tehničar u suradnji s pacijentom, a po završetku utvrđivanja prioriteta, definira ciljeve zdravstvene njege, za svaki problem posebno.

Cilj je željeni ishod zdravstvene njege, a odnosi se na ublažavanje ili uklanjanje problema opisanih u dijagnozi.

Evaluaciju uspješnosti provedenih intervencija određuju jasno definirani ciljevi. Medicinska sestra/tehničar mora poznavati sve teoretski poznate načine rješavanja problema, kako bi pri planiranju intervencija izabrala najprikladnije, a da su utemeljene na znanju, prilagođene pacijentu te realne i konzistentne s cjelokupnim planom sa što manje neželjenih učinaka.

Intervencije koje planira i provodi medicinska sestra odnose se na tri skupine pomoći:

1. neposredna fizička pomoć
2. motiviranje, vođenje, usmjeravanje i osiguravanje socijalne podrške
3. edukacija i savjetovanje

Važno je, uz sve navedeno, odrediti osobu koja će provoditi planirane intervencije, te vrijeme i mjesto kada će se provoditi intervencije. Ta osoba može biti sam pacijent ili njegovi članovi obitelji, bliske osobe, ali i stručno osoblje tj. pomoćni djelatnici u zdravstvu i medicinske sestre sa srednjom i višom stručnom spremom. Cjelokupni postupak planiranja završava s izradom plana zdravstvene njege koji sadrži dijagnoze, ciljeve, intervencije i prostor predviđen za evaluaciju učinjenog[21].

Treća faza procesa zdravstvene njege uključuje provođenje zdravstvene njege, obuhvaća validaciju plana, analizu uvjeta za njegovo provođenje i kritičku realizaciju planiranog. Validacija plana je provjera valjanosti, ispravnosti, opravdanosti i kakvoće sastavljenog plana, a provjerava ga medicinska sestra/tehničar koja ga je sastavila. Poseban oblik validacije plana odnosi se na njegovu provjeru s pacijentom i pacijentovo prihvaćanje plana. U slučaju da medicinska sestra/tehničar nema dovoljno iskustva u rješavanju određenog problema ili se suočila sa posebno složenom situacijom vezanom za pacijentovo zdravlje, preporučuje se konzultiranje sa drugim članovima tima za zdravstvenu njegu, ali i s drugim stručnjacima (radnim terapeutima, socijalnim radnikom, fizioterapeutima, njegovateljima).

Plan zdravstvene njege može se mijenjati iako je njim predviđeno što, kada i kako treba učiniti. Važno je naglasiti da, iako je u planu navedeno tko, što, kada i kako treba učiniti, to ne znači da se nešto izvan tog plana ne treba učiniti i da plan treba provesti pod svaku cijenu[21].

Planiranje i provođenje zdravstvene njege osobe sa mentalnim oštećenjem ovisiti će o:

- fazi bolesti,
- prisutnosti i intenzitetu pojedinih simptoma,
- suradljivosti i stupnju samostalnosti bolesnika,
- terapijskom odgovoru i podršci obitelji.

4.4. Evaluacija u procesu zdravstvene njege

Evaluacija je četvrta i posljednja faza procesa zdravstvene njege, a obuhvaća evaluaciju cilja i plana. Evaluacija cilja sastoji se od ponovne procjene pacijentovog stanja i ponašanje te usporedbe sa željenim, unaprijed definiranim ishodom. Evaluacija se sastoji od ocjene da li je i do koje je razine postavljeni cilj postignut.

Trajna evaluacija se odnosi na kontinuirano praćenje pacijentovog stanja i ocjenjivanja da li promjene idu u smjeru definiranog cilja.

Završna evaluacija vrši se u satu ili danu predviđenom za postignuće cilja. Evaluacija plana nastavlja se na evaluaciju cilja. Ako cilj nije postignut potrebno je utvrditi zašto i po potrebi mijenjati prvotni plan. Ako je cilj postignut, važno je evaluirati da li postoji mogućnost recidiva tog problema i jesu li se javili novi problemi. U tom slučaju važno je izraditi novi plan zdravstvene njege.

Evaluacija se odvija tijekom cijelog trajanja institucionalne skrbi, pritom medicinska sestra/tehničar zajedno sa korisnikom provjerava vode li odabrane aktivnosti do željenog cilja.

5. Prikaz slučaja

Iz socijalne anamneze, 03.12.2003.:

„Imenovana je rođena 15.09.1941.g. u Podravskoj Moslavini. Nikad se nije udavala i nema djece. Korisnica je obiteljske mirovine koju je ostvarila nakon majčine smrti. Zbog duševne bolesti u potpunosti je lišena poslovne sposobnosti i stavljena pod stalno skrbništvo. T. B. se nalazi na liječenju u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče od 1980. godine, gdje se neprekidno liječi pod dijagnozom inventirana shizofrenija. Budući da se imenovana više od 20 godina kontinuirano liječi u bolnici izgubila je svaki kontakt sa srodnicima, a kako nije sposobna živjeti sama, nema ni obveznika uzdržavanja te joj je potreban smještaj u socijalno-zdravstvenu ustanovu jer smještaj u bolnici više nije moguć. Uz nadzor i kontrolu uzimanja lijekova T. dobro funkcionira, mirna je, pokretna.“

Otpusno pismo PB Vrapče, Zagreb, 23.12.2003.:

„T.B., rođena 1941. god., iz Samobora, liječena je deveti put u ovoj bolnici od 27.02.1980. do 23.12.2003. god. pod Dg.: Schizophrenia F 20.5.

...S godinama akutna psihotična simptomatika slabi na intenzitetu, da bi unazad dvije godine sasvim izbljedadila. U psihičkom statusu bolesnice sada dominira kronificirana slika shizofrenog procesa, sa izrazitim regresom na infantilnom nivou i uznapredovalim oštećenjima osobnosti na afektivnom, voljnom i intelektualnom planu. Mirna je i adaptirana na institucionalne uvjete. Somatski nalaz je u granicama normale, osim što pri hodu lagano šepa, jer je prije dvadeset dvije godine slomila lijevu nogu, koja je kraća. S obzirom da nije sposobna za samostalni život, a niti nema uvjeta za otpust kući, zatraženo je smještavanje u neku od socijalno-zdravstvenih ustanova.

Smještaj je osiguran u Domu Vizjak, pa se otpušta sa današnjim danom.“

Sestrinska anamneza:

T.B., rođena 1941. god. u Samoboru, primljena je na smještaj u Dom Vizjak 23.12.2003. godine.

U Dom dolazi sanitetskim prijevozom iz PB Vrapče gdje je neprekidno liječena u trajanju od 23 godine.

Komunikacija sa pacijenticom je otežana, pri pokušaju uzimanja podataka metodom intervjuja jedino što saznajemo od pacijentice je kako se zove, navodi da je rođena u Vrapču, mamina je princeza i strašno voli „špangice“ za kosu. Ništa je ne boli.

Od pratnje doznajemo da pacijentica nije alergična na lijekove i hranu, apetit je dobar. Zbog oslabljenog refleksa gutanja, kojem su uzrok visoke doze antipsihotika, pacijentica je na kašastoj prehrani. Svojih zuba nema, protezu također nema. Nije prisutna inkontinencija, mokri uredno, stolica redovita. Vidi i sluh očuvani, ne koristi pomagala. Pacijentica lagano šepa, ali ne koristi pomagalo.

U aktivnostima samozbrinjavanja nije samostalna te su potrebne upute i nadzor. Spava bez poteškoća.

Fizikalni pregled:

Pacijentica ima 65 kilograma, visoka je 165 cm. BMI iznosi 23,9 što predstavlja idealnu tjelesnu težinu. Krvni tlak 130/70, puls 75/min. Temperatura aksilarno 36,9. Koža je očuvanog integriteta, normalne boje, bez oštećenja. Na ekstremitetima nema vidljivih edema, abdomen je mekan.

Prema kategorizaciji pacijenata, pacijentica je u kategoriji 2 (ukupno 36 boda) što znači da je ovisna u višem stupnju te je potrebna pomoć druge osobe.

Prema Braden skali za procjenu sklonosti nastanka dekubitusa, pacijentica nema rizika za nastanak dekubitusa (23 boda).

Prema Morseovoj ljestvici za procjenu rizika za pad, pacijentica ima umjeren rizik za pad (25-44 boda).

Prema podacima na dan prijema pacijentice, te dan nakon prijema, utvrđene su slijedeće sestrinske dijagnoze:

- Smanjena mogućnost brige za sebe- osobna higijena
- Smanjena mogućnost brige za sebe oblačenje/dotjerivanje
- Visok rizik za pad
- Visok rizik za aspiraciju

5.1. Smanjena mogućnost brige za sebe – osobna higijena u/s kognitivnim deficitom

Definicija - Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene.

VODEĆA OBILJEŽJA:

1. Nemogućnost samostalnog pranja cijelog tijela ili pojedinih dijelova tijela.

2. Nemogućnost shvaćanja potrebe održavanja osobne higijene[19].

CILJEVI:

1. Pacijentica će sudjelovati u provođenju osobne higijene sukladno stupnju samostalnosti.
2. Pacijentica će razumjeti problem i prihvatiti će pomoć medicinske sestre.
3. Pacijentica će povećati stupanj samostalnosti.
4. Pacijentica će biti čista, bez neugodnih mirisa, očuvanog integriteta kože, osjećati će se ugodno.

INTERVENCIJE

1. Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta.
2. Definirati situacije kada pacijent treba pomoć.
3. Obavljati aktivnosti uvijek u isto vrijeme.
4. Osigurati potreban pribor i pomagala.
5. Davati jednostavne upute.
6. Nadgledati izvođenje aktivnost.
7. Osigurati privatnost.

EVALUACIJA:

Nakon tri mjeseca provođenja intervencija , korisnica je povećala stupanj samostalnosti u obavljanju aktivnosti osobne higijene (34 boda prema kategorizaciji). Svakodnevno se sama umije, povremeno potrebno poticati pacijenticu da se počešlja. Vrlo učinkovitim pokazalo se nagrađivanje pacijentice nakon uspješno izvršenih aktivnosti. Nagrada je uvijek bila „špangica“ za kosu.

5.2. Smanjena mogućnost brige za sebe oblačenje/dotjerivanje u/s kognitivnim deficitom

Definicija - Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost izvođenja kompletnog odijevanja i brige o svom izgledu.

VODEĆA OBILJEŽJA:

1. Nemogućnost samostalnog oblačenja i svlačenja odjeće.
2. Nemogućnost samostalnog zakopčavanja odjeće.
3. Nemogućnost samostalnog odabira odjeće.

4. Nemogućnost samostalnog odijevanja / svlačenja gornjeg dijela tijela.
5. Nemogućnost samostalnog odijevanja / svlačenja donjeg dijela tijela[19].

CILJEVI:

1. Korisnica će biti primjereno obučena/dotjerana, biti će zadovoljna postignutim.
2. Korisnica će bez nelagode i ustručavanja tražiti pomoć.
3. Korisnica će povećati stupanj samostalnosti, sama će skinuti odjeću.
4. Korisnica će povećati stupanj samostalnosti, sama će odjenuti odjeću.

INTERVENCIJE:

1. Napraviti plan izvođenja aktivnosti
2. Korisnicu prvo naučiti skidati odjeću
3. Davati kratke i jasne upute
4. Osigurati dovoljno vremena
5. Korisnicu naučiti odjenuti odjeću

Evaluacija se provodila kontinuirano. Obzirom na činjenicu da je pacijentica boravila više od 20 godina na psihijatrijskom odjelu u spavačici, prvi korak kod planiranja intervencija bio je naučiti ju skinuti spavačicu. Proces učenja skidanja trajao je više od mjesec dana. U procesu su sudjelovali i drugi stručni djelatnici Doma. Nakon što je svladala tehniku skidanja, započet je proces učenja odijevanja. Obzirom na specifičnost problema, cilj je postignut tek nakon šest mjeseci boravka u Domu.

5.3. Visok rizik za pad u/s kognitivnim deficitom

Definicija - stanje u kojem je povećan rizik za pad uslijed međudjelovanja osobitosti pacijenta i okoline.

KRITIČNI ČIMBENICI:

1. Bolesti sustava za kretanje
2. Bolesti živčanog sustava
3. Psihogeni poremećaj
4. Primjena lijekova
5. Specifična dobna skupina

6. Kognitivni deficit

7. Motorni deficit

CILJEVI:

1. Korisnica tijekom boravka u domu neće pasti
2. Korisnica će znati nabrojiti čimbenike koji povećavaju rizik za pad
3. Korisnica će se pridržavati sigurnosnih mjera za sprječavanje pada[22].

INTERVENCIJE:

1. Upoznati korisnicu sa nepoznatom i novom okolinom
2. Objasniti korisnici korištenje sustava za pozvati pomoć
3. Ukloniti prepreke iz korisnikove okoline
4. Postaviti krevet na razinu dogovorenu s korisnicom
5. Upaliti orijentacijsko svjetlo po noći
6. Podučiti korisnicu o korištenju rukohvata
7. Dokumentirati i prijaviti spriječeni incident
8. Evidentirati sve postupke
9. Planirati fizioterapeuta u skrb za korisnicu
10. Provjeriti je li korisnica shvatila upute
11. Ponavljati upute
12. Osigurati adekvantnu obuču

EVALUACIJA:

Cilj nije ostvaren. Unatoč pravilnom korištenju rukohvata, upotrebom noćnog svjetla, nakon šest mjeseci pacijentica je jednom pala. Posljedica pada nije bilo. Nastaviti provoditi intervencije i kontinuirano evaluaciju.

5.4. Visok rizik za aspiraciju u/s oslabljenim refleksom gutanja

Definicija - Stanje rizika za ulazak stranih tvari i tekućina u dišne putove.

KRITIČNI ČIMBENICI:

1. Disfagija
2. Poremećaj stanja svijesti

3. Kognitivni deficit
4. Primjena lijekova
5. Motorni deficit
6. Senzorni deficit...

INTERVENCIJE:

1. Provjeriti refleks gutanja
2. Osigurati pribor za aspiraciju
3. Osigurati mirnu okolinu pri obrocima
4. Osigurati dovoljno vremena za obrok
5. Biti uz korisnicu tijekom hranjenja
6. Izbjegavati upotrebu slamki
7. Provjeriti usnu šupljinu nakon hranjenja, ukloniti ostatak neprogutane hrane iz usne šupljine[22].

EVALUACIJA:

U prvih mjesec dana cilj je ostvaren. Korisnica nije aspirirala hranu, obroke jede samostalno. Potrebno i dalje provoditi intervencije i kontinuiranu evaluaciju.

6. Zaključak

Gledajući kroz povijest, institucionalna skrb gledana je u negativnom kontekstu te se smatralo da su korisnici u ustanovi bespomoćni i pasivni. Iako je institucionalana skrb i danas dominantan oblik skrbi za osobe sa mentalnim oštećenjem, smatram da kvalitetno organiziran stručni rad može uvelike poboljšati kvalitetu skrbi za osobe smještene u instituciju. Kompetencije medicinske sestre/tehničara u sustavu socijalne skrbi ne razlikuju se od kompetencija medicinskih sestara/tehničara u zdravstvenom sustavu. Valja naglasiti da korisnici žive u domu za odrasle osobe, te je to uglavnom trajni oblik smještaja, pa možemo reći da u planiranju zdravstvene njege kod osoba sa mentalnim oštećenjem postoje određene specifičnosti, gdje medicinska sestra/tehničar mora biti izrazito kreativna da bi mogla maksimalno iskoristiti sve mogućnosti i resurse korisnika a sve u svrhu poboljšanja kvalitete života. Većini korisnika mi smo jedina obitelj, razumijevanje njihovih različitosti i svjetova najčešće nadilazi granice uobičajenih životnih iskustava. Susrećemo se sa iskustvima siromaštva, bijede, odbacivanja, života na rubu izdržljivosti te hendikepa u bilo kojem pogledu. Te činjenice dovode do emotivnog povezivanja svih ljudi unutar jedne socijalne institucije. Takvo je moje osobno iskustvo što ne znači da je svugdje tako.

7. Literatura

- [1] M. Zlopaša: Psihijatrija u zajednici, Diplomski rad, Sveučilište u Dubrovniku, 2018.
- [2] Zakon o socijalnoj skrbi, (NN 157/2013., čl.3.)
- [3] <https://hrcak.srce.hr/file/47553> (dostupno 24.7.2018.)
- [4] K. Urbanc, ur.: Individualno planiranje u socijalnom radu, Biblioteka socijalnog rada, Zagreb, 2015.
- [5] Europska stručna skupina za prijelaz s institucionalne skrbi na usluge podrške za život u zajednici, Zajedničke europske smjernice za prijelaz s institucionalne skrbi na usluge podrške za život u zajednici, Belgija, 2012. https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/2013-04-08-common-european-guidelines_croatian-version_edited.pdf (dostupno 25.7.2018.)
- [6] Slava Šepec: Kompetencije medicinskih sestara opće njege, Hrvatska komora medicinskih sestara, http://www.hkms.hr/data/1316431477_292_mala_kompetencije_18062011_kompletno.pdf (dostupno 25.7.2018.)
- [7] Zakon o sestrinstvu, (NN 121/03, 117/08, 57/11)
- [8] S. Tomek-Roksandić, Z. Šostar, V. Fortuna, S. Ožić: Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestriškom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe, Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, Zagreb, 2012.
- [9] Lj. Moro, T. Frančišković i sur.: Psihijatrija, Školska knjiga, Zagreb, 2011.
- [10] ICN on Nursing and Development 2005., https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf (dostupno 29.7.2018.)
- [11] Prlić N.: Etika u sestrinstvu: udžbenik za treći razred medicinske škole za zanimanje medicinska sestra opće njege / medicinski tehničar opće njege, Zagreb: Školska knjiga; 2014.
- [12] Prlić N.: Zdravstvena njega: udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola, 2. izd. Zagreb: Školska knjiga; 2005.
- [13] Mirilović S, Pavlić B.: Je li etika sestrinstva zasebna disciplina ili je dio medicinske etike?!, 2014. <https://hrcak.srce.hr/file/191802> (dostupno 05.08.2018.)
- [14] Šegota I.: Etika sestrinstva, Zagreb: Pergamena; 1997.

- [15] N. Krušelj-Gača: Percipirana kvaliteta života kod institucionaliziranih osoba s dijagnozom duševne bolesti, Magistarski rad, Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada. Zagreb, svibanj 2009.
- [16] Gordana Fučkar: Proces zdravstvene njege, Biblioteka udžbenici i priručnici medicinskog fakulteta sveučilišta u Zagrebu, 1995.)
- [17] Previšić V. : Slobodno vrijeme između pedagojske teorije i odgojne prakse. Napredak, Zagreb : Hrvatski pedagoško-književni zbor, 2000.
- [18] Gavranić D.,Iveta V.,Sindik J.: Konceptualni modeli sestrinstva i načela sestrinske prakse, <https://hrcak.srce.hr/file/237494>. (dostupno 14.9.2018.)
- [19] Sestrinske dijagnoze, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2011.
- [20] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2006.
- [21] Z. Mojsovići suradnici: Sestrinstvo u zajednici: Priručnik za studij sestrinstva – prvi dio, Zagreb, Visoka zdravstvena škola, 2004.
- [22] Sestrinske dijagnoze 2, HKMS, Zagreb, 2013.

8. Popis slika

- [1] Slika 4.1.2.- Radno-terapijske aktivnosti doma, Izvor:K. Urbanc, ur.: Individualno u socijalnom radu , Biblioteka socijalnog rada, Zagreb, 2015.14



**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, članaka, 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, SONJA BALAS (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom KOMPETENCIJE MEDICINSKE SEŠTRE U USTANOVU SOCIJALNE SKRBI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
SONJA BALAS (upisati ime i prezime)
Sonja Balas
(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, SONJA BALAS (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Kompetencije medicinske sestice u ustanovi socijalne skrbi (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Sonja Balas
(vlastoručni potpis)

