

Pacijent kao subjekt u procesu zdravstvene njege

Cvetković, Maja Martina

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:479128>

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

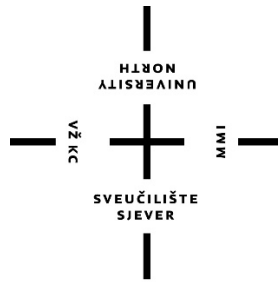
Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-17**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





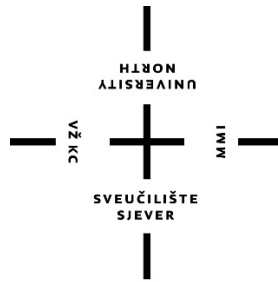
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1453/SS/2021

Pacijent kao subjekt u procesu zdravstvene njege

Maja Martina Cvetković, 0336028953

Varaždin, rujan 2021.



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Preddiplomski studiji Sestrinstva

Završni rad br. 1453/SS/2021

Pacijent kao subjekt u procesu zdravstvene njege

Student

Maja Martina Cvetković, 0336028953

Mentor

Doc. dr. sc. Irena Canjuga

Varaždin, rujan 2021.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Maja Martina Cvetković	JMBAG	0336028953
DATUM	21.07.2021.	KOLEGIJ	Proces zdravstvene njege
NASLOV RADA	Pacijent kao subjekt u procesu zdravstvene njege		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The patient as a subject in the process of health care		
MENTOR	dr.sc. Irena Canjuga	ZVANJE	docentica
ČLANOVI POVJERENSTVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. dr.sc. Jurica Veronek, prof.v.š., predsjednik 2. doc. dr.sc. Irena Canjuga, mentor 3. Damir Poljak, v.pred., član 4. dr.sc. Melita Sajko, v.pred., zamjenski član 5. _____ 		

Zadatak završnog rada

BROJ	1453/SS/2021
OPIS	<p>Prije nekoliko godina, po preporuci Svjetske zdravstvene organizacije, počelo se govoriti o procesu zdravstvene njege kao o osnovnom načinu radu. Uvođenjem procesa zdravstvene njege formira se medicinska sestra koja drugačije razmišlja, primjenjuje svoje stručno znanje i resurse te na taj način kvalitetnije obavlja zdravstvenu njegu gledajući pacijenta kao subjekta, te nastoji holistički zadovoljiti pacijentove potrebe sukladno s njegovim pravima. Pacijent u procesu zdravstvene njege, kroz ravnopravni odnos u procesu skrbi, zauzima mjesto subjekta te na taj način medicinske sestre svoje kompetencije mogu primjenjivati na kvalitetniji način. Kroz zadovoljnije pacijente dolazimo i do zadovoljnijih medicinskih sestara koje uviđaju važnost edukacije, i naravno, važnost procesa zdravstvene njege koji zdravstveni sustav čini kvalitetnijim i racionalnijim, ali ne nužno i jeftinijim.</p>

ZADATAK URUČEN

02.09.2021.



POTPIS MENTORA

Irena Canjuga

Predgovor

Tema ovog preddiplomskog rada odabrana je i pisana pod mentorstvom Doc dr. sc. Irene Canjuge. Rad je izrađen i predan na ocjenjivanje u akademskoj godini 2020./2021.

Zahvale

Veliku zahvalnost dugujem svojoj mentorici Doc dr. sc. Ireni Canjugi na stručnoj pomoći i dragocjenim uputama i savjetima.

Hvala svim predavačima Sveučilišta Sjever i svim mentorima vježbovne nastave. Hvala svim kolegicama, kolegama i prijateljima na podršci tijekom studiranja.

Posebnu zahvalnost iskazujem svojoj obitelji koja mi je uvijek pružala podršku neovisno o teškim ili sretnim trenucima.

Sažetak

U ovom završnom radu dotaknute su teme sestrinstva kao profesije te sama sestrinska njega kao temelj rada medicinskih sestara. Razvojem sestrinstva kao profesije i uvođenjem procesa zdravstvene njege zajedno sa sve većim brojem istraživanja iz područja sestrinske njege, formiraju se nova znanja i novi pogled na pacijenta. Razvija se usmjerenost medicinskih sestara na pojedinca kao na čovjeka, a ne isključivo na bolest kao što je to bilo povijesno gledano dugi niz godina. Pacijent postaje subjekt kroz proces zdravstvene njege što znači da sudjeluje u donošenju odluka o njegovom liječenju i zdravstvenoj njezi. Njega kao pojam obuhvaća mnogo više od provođenja standardnih medicinskih postupaka usmjerenih na fizičke potrebe. Ona se danas sve više razvija i kroz kontinuiranu edukaciju zdravstvenih djelatnika. U ovom završnom radu navedena su istraživanja koja potkrepljuju zadovoljstvo pacijenata pruženom zdravstvenom njegom. Prihvatanjem drugačijeg pogleda na pacijenta kroz kontinuiranu edukaciju nastaje kvalitetniji zdravstveni sustav. Holistički pristup podrazumijeva gledanje pacijenta kao cjelovito biće, poštujući njegovu individualnost i autonomiju. Kroz proces zdravstvene njege, teoriju motivacije i biopsihosocijalni pristup objedinjujemo holistički pristup pacijentu. Koristeći širok spektar znanja pružamo zdravstvenu njegu na pravilan i kvalitetan način. Kontinuiranim usavršavanjem medicinskih sestara primjećujemo pozitivne ishode holističke skrbi. Naravno, sama kvaliteta pružene zdravstvene njege ovisi o mnogim parametrima. Dobra komunikacija je preduvjet stvaranja kvalitetnog odnosa. Poštovanje, empatija, razumijevanje i zainteresiranost za pacijenta objedinjuju etičke i moralne vrijednosti koje podsjećaju koliko je briga o pojedincu kompleksna i da profesionalnu medicinsku sestru treba pratiti velika ljubav prema svojoj profesiji da bi svoja znanja i kompetencije primjenjivala na najbolji mogući način.

Ključne riječi: sestrinstvo kao profesija, proces zdravstvene njege, pacijent kao subjekt, zdravstvena njega, holistički pristup

Summary

In this final paper, the topics of nursing as a profession and nursing itself as the basis of the work of nurses are touched upon. With the development of nursing as a profession and the introduction of the health care process together with an increasing number of research in the field of nursing, new knowledge and a new view of the patient are formed. Nurses' focus on individuals as human beings is evolving, not exclusively on disease as has historically been the case for many years. The patient becomes a subject through the process of health care which means that he participates in making a decision about his treatment and health care. Care as a term encompasses much more than the implementation of standard medical procedures focused on physical needs. Today, it is increasingly developing through continuous education of health professionals. In this final paper, research is presented that supports the satisfaction of patients with the provided health care. By accepting a different view of the patient through continuous education, a quality health care system is created. A holistic approach involves looking at the patient as a whole being, respecting his individuality and autonomy. Through the process of health care, motivation theory and biopsychosocial approach, we combine a holistic approach to the patient. Using a wide range of knowledge, we provide health care in a proper and quality manner. Through the continuous training of nurses, we notice positive outcomes of holistic care. Of course, the very quality of health care provided depends on many of the parameters. Good communication is a prerequisite for creating a quality relationship. Respect, empathy, understanding and interest in the patient combine ethical and moral values that remind us how complex caring for an individual is and that a professional nurse needs to be accompanied by a great love for her profession to apply her knowledge and competencies in the best possible way.

Key words: nursing as a profession, health care process, patient as a subject, health care, holistic approach

Sadržaj

1 Uvod.....	1
2 Profesionalni status sestrištva.....	2
2.1 Strukovne i zakonske odrednice profesionalnog djelovanja medicinskih sestara.....	4
2.2 Poštivanje etičkog kodeksa.....	7
3 Proces zdravstvene njege.....	11
3.1 Primjena procesa zdravstvene njege kroz potrebe bolesne osobe i teorije motivacije Abrahama Maslowa.....	12
4 Pacijent – subjekt u procesu zdravstvene njege.....	19
4.1 Zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom njegom.....	20
4.2 Utjecaj radnog okruženja i iscrpljenosti medicinskih sestara na zadovoljstvo bolesnika pruženom zdravstvenom njegom.....	24
4.3 Uključivanje pacijenata u istraživanja.....	25
5 Potreba uvažavanja holističkih dimenzija zdravlja, bolesti i patnje bolesnika.....	27
5.1 Učinkoviti čimbenici u pružanju holističke skrbi.....	28
5.2 Pozitivni ishodi holističke skrbi.....	30
5.3 Dobra komunikacija kao preduvjet za stvaranje kvalitetnog profesionalnog i empatijskog odnosa.....	31
6 Važnost kontinuiranog obrazovanja medicinskih sestara.....	34
7 Zaključak.....	36
8 Literatura.....	37

1 Uvod

Tehnološki napredak utjecao je i na razvoj sestrinske profesije. No, 1960-ih godina je pojava procesa zdravstvene njege, sestrinskih dijagnoza i brojnih teorija zdravstvene njege, dovela do usmjerenosti na pacijenta i do holističkog pristupa. [1]

Pacijent koji je u središtu zdravstvene skrbi podrazumijeva uključenost pacijenta i njegove obitelji u zdravstvenu skrb kroz usku suradnju sa zdravstvenim djelatnicima. Pacijentovo iskustvo je jedinstveno i autentično te može dati sasvim novi pogled na medicinske, dijagnostičke i druge postupke. [2] U procesu liječenja medicinske sestre/tehničari provode najveći dio vremena s pacijentom. Pacijenti su još uvijek samo objekti od kojih se očekuje poslušnost i odanost. [3] Svi pacijenti nemaju isti interes za znanje o svom zdravstvenom stanju. Pojedini pacijenti žele znati više ili manje, te najčešće očekuju da se njihov zdravstveni problem brzo riješi. [4] Ako je pacijent pravilno informiran, njegovo zadovoljstvo je veće. Da bi se postiglo zadovoljavajuće zadovoljstvo od strane pacijenata potrebno ga je uključiti u zdravstvenu skrb, dati informacije o bolesti i dati informacije o postupcima liječenja kako bi mogao sudjelovati u svom liječenju. [5] Kvalitetna komunikacija s pacijentom utječe na njegovo stanje, tijek oporavka i na ishod liječenja. Podrškom i edukacijom pomažemo pacijentu da upravlja samim procesom bolesti. [6]

Dobra komunikacija i međuljudske vještine ostaju jedna od trajnih i temeljnih karakteristika visokokvalitetne sestrinske prakse. Međutim, te se potrebne vještine često zanemaruju i nedovoljno su razvijene. [7]

Na temelju provedenog istraživanja zaključeno je da pacijenti komunikaciju sa medicinskim sestrama ocjenjuju pozitivno i informirani su o svom zdravstvenom stanju. Ispitanici se žale na suglasnosti koje trebaju potpisati jer im nisu dobro objašnjene od strane medicinskih sestara/tehničara. [8] Pacijent treba postati subjekt a ne objekt, njegove mogućnosti ne smiju biti precijenjene ili podcijenjene. Zainteresiranošću, iskrenošću i empatijom razvija se partnerski odnos s pacijentom. Razgovorom se razvijaju kvalitete zdravstvene njege i zadovoljenje potreba pacijenata. [8]

2 Profesionalni status sestrinstva

Tijekom 20.stoljeća, uspostavom sestrinstva kao profesije, vodeći teoretičari sestrinstva nastojali su definirati sestrinstvo kao *profesija* i na koji način se ono razlikuje od drugih profesija. Već krajem 19. i početkom 20. stoljeća počele su se pojavljivati teorije sestrinstva. Lavinia Dock i Isabel Stewart u svom priručniku *Kratka povijest sestrinstva* opisale su četiri uloge medicinskih sestara: preventivnu, obrazovnu, kurativnu i suosjećajnu. Također, definirale su sestrinstvo kao spoj znanosti, duhovnosti i umijeća odnosno vještina. Hildegard Peplau u svojoj knjizi *Interpersonalni odnosi u sestrinstvu*, primjenjuje psihologijske teorije interpersonalnih odnosa opisujući faze odnosa između medicinske sestre i bolesnika i različite uloge koje medicinska sestra ima u tom odnosu. [9] *Sestrinstvo je struka i znanstveno utemeljena disciplina koja pomaže ljudima ostvariti zdrav i produktivan život, odnosno omogućiti im da se na najbolji mogući način nose s nedostacima ili narušenim zdravljem, bolestima i ozljedama, koristeći se pritom na znanju utemeljenim vještinama.* [10]

Medicinska sestra je odgovorna i ovlaštena za pružanje sestrinske skrbi. Teorijska podloga sestrinske profesija bila je isprepletena biološkim, psihološkim i sociološkim teorijama. Najčešće se upotrebljavala teorija motivacije Abrahama Maslowa, Eriksonov razvojni model, teorije stresa, opća teorija sustava i bihevioristički model krizne intervencije. [11] Prema teoriji Virginije Henderson, na kojoj se zasniva praksa medicinskih sestara, zdravstvena njega obuhvaća pomoć zdravom i bolesnom pojedincu u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju, oporavku ili blagoj smrti, a koje bi obavljao samostalno kad bi imao potrebnu snagu, volju i znanje. Virginija Henderson je svoju teoriju utemeljila na teoriji ličnosti Abrahama Maslowa. Malowljevu humanističku teoriju preuzeli su svi vodeći teoretičari sestrinstva. [9]

Mnogi autori su pokušali rastumačiti pojam profesije, pa tako se u literaturi često spominje Abraham Flexner koji postavlja kriterije još davne 1915.godine. Prema njegovu stajalištu profesiju čini:

- individualna odgovornost za složene intelektualne postupke,
- izvođenje znanja iz vlastitog područja,
- usmjerenost prema praktičnim i dobro definiranim ciljevima,
- postojanje tehnike koje se mogu primijeniti učenjem,
- samoorganiziranost, kontrola i disciplina,
- altruistička motivacija. [12]

No, kad se govori o sestrinstvu možda je najbolje primijeniti općeniti opis Williama Goodea koju profesiju vidi kao zajednicu u kojoj su članovi vezani osjećajem jednakosti i za većinu njih je trajna, što znači da ju napušta samo malo pripadnika koji su u nju ušli. Takvu zajednicu karakterizira vrijednosni sustav koji dijele svi članovi, stručni jezik/nazivlje koje samo djelomice razumiju laici i točno utvrđene kompetencije njezinih članova. Profesija sama generira nove generacije kontroliranjem selekcije nastavnika i kandidata za profesiju. Goode također kaže da profesija treba uživati ugled u društvu, dakle, imati status i društvenu moć, ali svoja specijalizirana znanja ne bi smjela zlorabiti zbog postizanja tog istog statusa i moći. Svaki pripadnik profesije trebao bi interese korisnika staviti ispred svojih. Profesija uspostavlja vlastite norme ponašanja koje članovi moraju poštovati. [13]

Earl L.Koos, američki sociolog sa Sveučilišta u Rocjesteru govori o "socijalnim" ulogama medicinske sestre kojih ona mora biti svjesna u bolničkoj zaštiti, u odnosu na društvo kao profesionalni član. Prema njegovu mišljenju sestra treba:

- a) objasniti bolesniku često nerazumljiv jezik zdravstvenog osoblja te ga upoznati s novom bolničkom sredinom, ublažiti mu anksioznost i strah prilikom ulaska u bolnicu, kao i objasniti sve postupke vezane uz medicinske procedure i ako je potrebno ponovno pružiti emocionalnu podršku pacijentu,
- b) Ako je potrebno, podučavati bolesnika i njegovu obitelj, svim onim vještinama koji će doprinijeti oporavku, olakšavanju tegoba i u konačnici kvalitetnim nastavkom života izvan zdravstvene ustanove,
- c) pružati emocionalnu podršku, posebno ako su bolesnici djeca,
- d) biti osoba od povjerenja, kojoj se može pouzdati,
- e) biti sposobna postati vođa skupini bolesnika štiteći njihove interese. [12]

U posljednjih 30-ak godina pojmu njege i njegovanja se počelo pridavati sve više pažnje objavljujući literaturu, provodeći istraživanja, no međutim još uvijek je relativno malo provedenih istraživanja. Jedan mogući razlog je taj da se sestrinstvo i discipline poput sestrinstva dugo vremena borile da se utvrde kao profesionalne, znanstvene discipline u kojima postoje konkretni pojmovi koji se mogu znanstveno istraživati. Ipak, posljednjih se godina značajno proširio interes za prirodu njege. Na primjer, bolnice i druge ustanove odgovorne za zdravstvenu zaštitu u Engleskoj 2001, 2003, su krenule sa strategijom "Suština njege" čiji je cilj, između ostalog, poboljšanje kvalitete aspekata njege kao što su komunikacija i osiguravanje dostojanstva i privatnosti. Unatoč tome, rašireno je mišljenje da je njega toliko apstraktan pojam da ga je nemoguće opisati te se često uzima zdravo za gotovo, kao nešto što naročito kod žena, dolazi prirodno. Međutim, u zdravstvenim strukama i na samim radnim mjestima, ponekad postanemo

svjesni što podrazumijeva prirodu njege tek kada je nema. [14] Skrb za čovjeka, posebno za bolesnog čovjeka, zahtjeva stručnost utemeljenu na znanstvenim činjenicama i moralnog djelovanja. Jedino usklađenim timskim radom kompetentnih profesionalaca sa zasnovanim moralnim vrijednostima može se ostvariti najviši cilj kojem se teži – najveće moguće dobro za bolesnika.[12]

2.1 Strukovne i zakonske odrednice profesionalnog djelovanja medicinskih sestara

Temelj sestrinskog rada je provođenje zdravstvene njege i očuvanje zdravlja. Medicinske sestre provode zdravstvenu njegu kod onih pojedinaca kojima je zdravlje narušeno, prenose znanje o njezi bolesnika te olakšavaju zadnje trenutke života. Najbolji opis djelovanja medicinskih sestara je onaj Virginije Henderson: *Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomoć pojedincu, bolesnim ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao sam kada bi imao potrebnu snagu volju i znanje*. Ova definicija prihvaćena je i od Međunarodnog savjeta sestara. Što se tiče samih sestrinskih ovlasti, njih možemo objasniti prema nekoliko smjernica:

- obavlja sve zadatke opće sestrinske djelatnosti uključujući poboljšanje zdravlje, prevenciju bolesti i izravnu njegu tjelesno i duševno oboljelih ili onesposobljenih pojedinaca svih dobnih skupina u zdravstvenim ustanovama i cijeloj zajednici,
- obavlja zdravstveno odgojne djelatnosti sukladno svojim mogućnostima i pravima,
- djeluje kao ravnopravni član zdravstvenog tima,
- obavlja edukaciju,
- uključuje se u istraživačke djelatnosti. [1]

Profesionalna medicinska sestra je kompetentna pri obavljanju svoga rada. Kombinacija znanja, vještina, stavova, vrijednosti, prosudbe i sposobnosti koje zajedno omogućuju kvalitetno provođenje sestrinskih ovlasti. Medicinska sestra ima one kompetencije koje je stekla obrazovanjem propisano zakonom Republike Hrvatske. Osim dodatnog formalnog usavršavanja, medicinske sestre dužne su po popisu zakona provoditi trajno stručno usavršavanje te prijavu u Hrvatsku komoru medicinskih sestara koja pritom izdaje odobrenje za samostalan rad. Više obrazovanje podrazumijeva preddiplomski i diplomski studij na zdravstvenim studijima ili drugim visokim sveučilištima. Zakon o sestinstvu Republike Hrvatske rad medicinskih sestara definira kao: *Djelatnost medicinskih sestara obuhvaća sve postupke, znanja i vještina*

zdravstvene njege. Medicinska sestra u provođenju djelatnosti dužna je primjenjivati svoje najbolje stručno znanje poštujući načela prava pacijenta, etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravlja stanovništva i svakog osobno. Medicinska sestra je kao profesionalnu tajnu dužna čuvati sve podatke o zdravstvenom stanju pacijenta. [12] Prema popisu zakona o sestrinstvu, dužnosti medicinske sestre su (Zakon o sestrinstvu NN 121/2003):

- Primjena svih dostupnih znanja iz područja sestrinstva
- Primjena metoda rješavanja problema u provođenju zdravstvene njege koje zahtijevaju vještinu analitičkog i kritičkog pristupa
- Postupanje po utvrđenim pravilima i protokolima za provođenje postupaka u zdravstvenoj njezi
- Provođenje zdravstvene njege po utvrđenom planu njege
- Primjenjivanje, provođenje i evidentiranje od liječnika ordinirane terapije
- Pravovremeno izvješćivanje liječnika u slučaju nastanka komplikacija primijenjene terapije
- Provedbe postupka iz područja zaštite zdravlja i prevencije bolesti
- Vođenje sestriinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata
- Pravovremeno izvješćivanje liječnika o stanju bolesnika, posebice o promjeni zdravstvenog stanja
- Pristupanje postupku oživljavanja u slučaju odsustva liječnika
- Čuvanje profesionalne tajne
- Poštivanje prava pacijenta
- Poštivanje etičkog kodeksa medicinskih sestara
- Poštivanje vjerskih načela pacijenta
- Suradnja sa svim članovima tima
- Čuvanje ugleda ustanove
- Ekonomično i učinkovito korištenje pribora i opreme
- Djelovanje u interesu bolesnika

Iz ovog opisa medicinska sestra dužna je primjenjivati svo svoje znanje, poštujući prava pacijenta, etička i stručna načela koja su u interesu pacijenta i nje same. Kako iskustvom, profesionalnim radom i trajnom edukacijom medicinske sestre stječu i znanja etičkih načela,

moralne vrline koje im pomažu u humanističkoj skrbi za pacijenta i pogledu na svakog individualno kroz holistički pristup. Sve ovo prethodno navedeno usko je povezano sa zakonom o zdravstvenoj zaštiti.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti uređuje načela i mjere zdravstvene zaštite, prava i obveze osoba u korištenju zdravstvene zaštite, nositelje društvene skrbi za zdravlje stanovništva, sadržaj i organizacijske oblike obavljanja zdravstvene djelatnosti te nadzor nad obavljanjem zdravstvene djelatnosti, gdje obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje uz pravodobno liječenje, njegu i rehabilitaciju. Svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i ostvarenje najviše moguće razine zdravlja. Zakon dalje propisuje da je svaka osoba obavezna brinuti se o svome zdravlju i da nitko ne smije ugroziti zdravlje drugih. Također, propisuje da je svaka osoba u hitnim slučajevima obvezna pružiti prvu pomoć i omogućiti pristup do hitne medicinske pomoći. [15] U ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i propisima obaveznog zdravstvenog osiguranja ima pravo na:

1. jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite,
2. slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije,
3. zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja,
4. prvu pomoć i hitnu medicinsku pomoć kada joj je ona potrebna,
5. odbijanje liječenja od strane studenata i odbijanje svih drugih intervencija koje bi samostalno obavljali zdravstveni radnici prije položenog stručnog ispita i ishodenog odobrenja za samostalni rad,
6. odbijanje pregleda i liječenja, osim u slučaju kada bi odbijanjem ugrozila zdravlje drugih, uključujući i pravo na tijek liječenja pisanim putem zatražiti promjenu doktora medicine, odnosno doktora stomatologije iz razloga koji ne mora šire obrazlagati,
7. prehranu u skladu sa svojim svjetonazorom za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi,
8. obavljanje vjerskih obreda za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi u za to predviđenom prostoru,
9. opremanje u mrtvačnici u slučaju smrti, uz primjenu vjerskih, odnosno drugih običaja.

[15]

Zdravstvena djelatnost obavlja se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini ili se može obavljati na razini zdravstvenih zavoda.

2.2 Poštivanje etičkog kodeksa

Potreba za razvoj etičkih načela u sestrinstvu proizlazi još krajem 19.stoljeća. Prisega F. Nightingale smatra se prvim prihvaćenim etičkim kodeksom medicinskih sestara: *Svečano se obavezujem pred Bogom i u prisustvu ovog skupa, da ću provesti cijeli svoj život u moralnoj čistoći i da ću se odano baviti svojom profesijom. Ja ću se uzdržavati od bilo kakvog nekontroliranog postupka sa bolesnikom i neću svjesno primijeniti lijek koji bi mogao štetiti. Sve što je u mojoj moći učiniti ću da poboljšam nivo svoje profesije i držat ću u tajnosti sve lične informacije koje doznajem prilikom obavljanja moga poziva. Sa punom lojalnošću, do kraja ću pomagati liječniku u njegovom poslu oko bolesnog čovjeka.* [16]

Veliku sličnost ovoj prisezi pronalazimo u Hipokratovoj prisezi i Ženevskoj deklaraciji. Hrvatska komora medicinskih sestara objavila je Etički kodeks medicinskih sestara Republike Hrvatske gdje su objavljenih pet osnovnih načela: načelo odnosa prema Hrvatskoj komori medicinskih sestara; načelo postupanja prema bolesniku; načelo odgovornost medicinskih sestara prema radu; odgovornost prema svojim postupcima i propustima i to bez obzira na savjete ili upute nekih drugih stručnjaka; načelo skrbi za bolesnika i načelo poštivanja zakona. [12]

Etički kodeks medicinskih sestara (HKMS 2005) donijela je Skupština Hrvatske komore medicinskih sestara na svojoj 2. sjednici održanoj 22. prosinca 2005. godine. Etičkim kodeksom medicinskih sestara utvrđuju se osnovna načela profesionalnog ponašanja medicinske sestre, odnos prema pacijentu, suradnja s timom zdravstvene njege, poštivanje profesionalne tajne, trajno usavršavanje, poštivanje ugleda staleža, zaštita pacijenta od rizika, osiguranje od odgovornosti, način rješavanja etičkih pitanja i odnosi prema drugim medicinskim sestrama. [17]

Osnovna načela etičkog kodeksa prema čl. 2.2. su:

- *poštivati pacijenta kao ljudsko biće (čl.2.2.)*

Svaki čovjek ima želju da mu se pristupa sa poštovanjem, da ga se vidi, čuje i razumije. Medicinska sestra treba znati raspoznati pacijentove potrebe posebno pri bolesnim pacijentima kada su te potrebe znatno veće.

- *poštivati pravo pacijenta na njegov fizički i mentalni integritet (čl.2.2.)*

Štiteći moralni integritet medicinska sestra čuva njegovu privrženost određenim vrijednostima i ponašanjima. Poštivanjem fizičkog i mentalnog integriteta medicinska sestra pridonosi osjećanju sigurnosti a time i bržem oporavku.

- *poštivati osobnost i privatnost pacijenta (čl.2.2.)*

Svaki pacijent očekuje da ga se tretira s dostojanstvom. Privatnost je jedno od najčešće kršenih prava bilo da se radi o dijagnostičkom, terapijskom zahvatu ili svakodnevnoj zdravstvenoj njezi medicinska sestra je dužna poštivati osobnost i privatnost pacijenta.

- *poštivati svjetonazor, moralna i vjerska uvjerenja pacijenta (čl.2.2.)*

Svaka medicinska sestra mora poštivati svakog pacijenta bez obzira na vjersko ili političko opredijeljene ili neka druga životna vrjednovanja.

- *provjeriti da je pacijent dao pristanak prije obavljanja bilo kakvog liječenja ili zdravstvene njege (čl.2.2.)*

Medicinska sestra je dužna provjeriti svu dokumentaciju zajedno sa pacijentovim potpisom na obrascu suglasnosti. Time smo sigurni da je pacijent upućen u dogovoreni dijagnostički ili terapijski zahvat, potrebu za hospitalizacijom, kućnom njegom i sl.

- *čuvati profesionalnu tajnu (čl.2.2.)*

Uvijek voditi brigu o pacijentovoj privatnosti. Medicinska sestra tijekom zdravstvene njege i liječenja dolazi do određenih saznanja koje mora koristiti isključivo u zdravstvene svrhe.

- *surađivati s ostalim članovima tima (čl.2.2.)*

Medicinska sestra nezaobilazni je član zdravstvenog time te svojim stručnim znanjem, iskustvom, kompetencijama, doprinosi boljem zdravstvenom ishodu.

- *održavati svoje stručno znanje i sposobnosti (čl.2.2.)*

Kroz kontinuiranu edukaciju medicinska sestra primjenjuje svoje stručno znanje i provodi nove metode liječenja s ciljem poboljšanja zdravlja pacijenta, obitelji i zajednice.

- *biti osoba od povjerenja (čl.2.2.)*

Medicinska sestra najviše vremena provodi s pacijentom. Liječnik i ostali zdravstveni djelatnici povremeno obilaze pacijenta, međutim, medicinska sestra je uvijek prisutna i često ima mnogo više informacija o pacijentu od samog liječnika. Kao član zdravstvenog tima dužna je informacije podijeliti sa liječnikom i ostalim medicinskim sestrama/tehničarima ako bi konkretne informacije utjecale na bolji ishod liječenja. Pacijenti često u zdravstvenu ustanovu donose sa sobom i svoje osobne probleme. Često medicinsku sestru vide kao osobu od povjerenja. Pritom ona je dužna djelovati, poslušati pacijenta, razumjeti ga, gledajući ga holistički nastojati olakšati njegovo liječenje.

- *djelovati tako da prepozna rizik kod pacijenata i svede ga na najnižu moguću razinu* (čl.2.2.)

Svako odstupanje od normalnih vrijednosti medicinska sestra je dužna obavijestiti liječnika i druge osobe zdravstvenog tima i pravodobno djelovati.

- *štititi i podržavati zdravlje pacijenata* (čl.2.2.)

Štititi i podržavati zdravlje pacijenta je pravna, etička i moralna dužnost svake medicinske sestre.

- *održavati i povećavati dobar ugled profesije medicinskih sestara* (čl.2.2.)

Svojim svakodnevnim radom, edukacijom, dostojanstvenim pristupom pacijentu medicinska sestra jača ugled svoje profesije a time i cjelokupnog zdravstvenog sustava.

Profesionalna etika često se tumači kao moralna praksa te se sestrinska etika može tumačiti kao "pogled svih etičkih i bioetičkih pitanja". Kroz povijest, sestrinska etika je bila uvjetovana humanim odnosom brige za druge, danas je potrebna odgovarajuća akademska edukacija. Etika u sestrinstvu osnovana je na temeljima zdravstvene njege pa stoga mora ostati u okvirima profesije. Judith Wrubel i Patricia Benner mišljenja su da je skrb "način postojanja u svijetu", misleći na oboljele osobe gdje se briga za bolesnog čovjeka smatra moralnim činom povezana sa samilosti, suosjećanjem i pomaganjem osobi u nevolji. [12] Od poznatijih etičkih modela u sestrinstvu možemo spomenuti:

- Etički model zasnovan na profesionalnom kodeksu najčešće se primjenjuje kod bolesnika u vrlo teškim stanjima stoga je smisao ovog modela potpuno pomaganje ovisnom bolesniku, podrška i očuvanje dostojanstva.
- Ugovorni model primjenjuje se u onim situacijama u kojima je bolesnik u mogućnosti sam tražiti pomoć, a zdravstveni radnik je pruža u onom obliku koji u najvećoj mjeri može zadovoljiti potrebe bolesnika. U ovom modelu bolesnik je neovisan, pokretan, priseban i kompetentan pri donošenju odluka.
- Pogodbeni model se primjenjuje kada bolesnik ima potrebu za osnaživanjem i poticanjem takva djelovanja medicinskih sestara. Medicinske sestre potiču bolesnika većoj samostalnosti i autonomiji u ravnopravnom odnosu.
- Respektivni model je u potpunosti orijentiran na primatelja usluga ili osobu koja će biti najviše uključena u donošenje odluka.

Rita Manning opisuje pet elemenata koji sačinjavaju etiku skrbi: moralna pažnja, odgovornost, razumijevanje, savjestan odnos i prilagodba. Mailton Mayeroff naveo je najvažnije

elemente potrebne za kvalitetno provođenje skrbi: znanje, prilagodljivost, pažnja, čast, povjerljivost, smjernost, nadu i hrabrost. Bit etike je razvoj odnosa s drugim ljudima gdje je zastupljeno moralno ponašanje. Briga za druge zahtjeva posebnu vrstu moralnog razmišljanja, posebnu osjetljivost, te pronicljivost u traženju najboljeg rješenja. Primjenjujući etiku u skrbi medicinske sestre usmjeravaju svoju aktivnost prema bolesniku. [9]

3 Proces zdravstvene njege

Pojam "proces zdravstvene njege" označava pristup otkrivanju i rješavanju pacijentovih problema iz područja zdravstvene njege te se u američkoj stručnoj literaturi počinje koristiti pedesetih godina, u engleskoj dvadesetak godina kasnije, a u našoj zemlji se počinje koristiti otprilike osamdesetih godina. U procesu zdravstvene njege problem je svako stanje koje odstupa od normalnog ili poželjnog i stoga zahtjeva intervenciju medicinske sestre bez obzira na poteškoće koje se s tim u svezi mogu javiti. U procesu zdravstvene njege pojam "problem" se koristi za npr. smanjenu mogućnost brige za sebe, neupućenost, visok rizik za nastanak dekubitusa itd. Odnosno stanja koja nazivamo "problem" odstupaju od normalnog i poželjnog i zahtijevaju određene intervencije, ali najbitnije "problem" se može riješiti određenim resursima i specifičnim intervencijama. Kroz svakodnevni rad, edukacije, stjecanje različitih kompetencija, medicinska sestra je sposobna riješiti problem nizom intervencija koje individualno proizlaze donošenjem odluka. Pristup gdje je odluka donesena logički, racionalno i utemeljeno na znanju, naziva se proces zdravstvene njege. Proces zdravstvene njege shvaćen kao teorijski koncept zahtjeva objašnjenje usmjereno na načela: usmjerenost na pacijenta, njegovo uvažavanje kao subjekta i u konačnici njegovo individualno i cjelovito zbrinjavanje kroz holistički pristup. [18] Odvija se kroz četiri faze:

1. Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom.
2. Planiranje zdravstvene njege,
3. Provođenje zdravstvene njege,
4. Evaluacija zdravstvene njege. [18]

Proces zdravstvene njege često se tumači kao novi pristup ili novi način rada u zdravstvenoj njezi, međutim, već je Florence Nighingale zagovarala pažljivo i stručno promatranje pacijenta. Svi autori koji su definirali proces zdravstvene njege navode promatranje kao prvi značajan korak u pružanju skrbi za pacijenta. Ukratko se može reći da je proces zdravstvene njege u obrazovanju medicinskih sestara bio prisutan i prije nego se sam naziv pojavio i postao stručno definiran. Premda je intuitivno i iskustveno odlučivanje ustupalo mjesto onom utemeljenom na znanju onako kako opisuje proces zdravstvene njege, te je više bio iznimka nego pravilo u radu medicinskih sestara. [18] Kroz proces zdravstvene njege uviđamo koliko je edukacija medicinskih sestara važna i istovremeno vrlo kompleksa. Ona više ne podrazumijeva isključivo fizičke potrebe već nastoji probuditi važnost cjelovitom pristupu pacijenta.

3.1 Primjena procesa zdravstvene njege kroz potrebe bolesne osobe i teorije motivacije Abrahama Maslowa

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji iz 1946.godine zdravlje je „stanje potpunog tjelesnog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili nesposobnost“. Kroz ovu definiciju koja je istovremeno najtočnija razvile su se brojne rasprave iz kojih proizlazi da čovjek nije nikada potpuno zdrav, odnosno, da kontinuirano ima raznovrsne potrebe koje želi zadovoljiti. S druge strane, bolest je teško definirati i dati zadovoljavajući odgovor. Zdravlje i bolest nisu strogo razgraničena stanja, već se nužno isprepliću. Međutim, možemo reći da je bolest stanje poremećaja normalnih zbivanja u organizmu, odnosno nepravilno odvijanje životnih funkcija, kao reakcija na izvanjske ili unutrašnje podražaje koji mogu biti mehaničke, fizikalno-kemijske, biološke ili psihičke prirode. Bolest gledano biomedicinskim pristupom je poremećaj sa specifičnim uzrokom i prepoznatljivim znakovima i simptomima ili oštećenje neke funkcije organizma. Biomedicinski model zdravlja temelji se na višestoljetnom tumačenju medicine pri kojoj svaka bolest ima uzrok koji se nastoji otkriti i ukloniti. Znanstveno utemeljenim načinima otkrivanja uzroka bolesti ono se liječi i takvo stanje proizlazi iz samih osnovnih temeljnih i funkcionalnih jedinica stanica. Iako se danas biomedicinskom pristupu pripisuju nedostaci, isti taj pristup imao je veliku povijesnu učinkovitost. Otkrili su se mikroorganizmi i brojna cjepiva protiv zaraznih bolesti, kojima su uspješno obuzdane mnoge epidemije tuberkuloze, gripe, difterije, ospica, hepatitisa, tetanusa, rubeole i drugih. Također, vremenski je doprinio poboljšanju životnog standarda, poboljšanje sanitarnih uvjeta, higijene, prehrane, bolju podučenost pučanstva za očuvanje zdravlja. Postupnim promjenama iskorijenile su se brojne zarazne bolesti a nova zabrinutost postala je sve veća pojavnost kroničnih nezaraznih bolesti uzrokovane drugačijim stilovima života. Navedeni pristup imao je za posljedicu preveliku usmjerenost na medicinske postupke, farmakološke, kirurške, radioterapijske postupke u kojima se ljudsko tijelo promatralo kao "pokvaren" mehanizam kojeg liječnici moraju "popraviti". Svaka promjena u tjelesnoj funkciji, prema ovom razmatranju, odvojena je od psihičkih funkcija i obrnuto. Samim time uloga liječnika, prema ovom pristupu je dominantna. Prema ovome pristupu smatra se da liječnik zna što je najbolje za pacijenta, a pacijent zauzima sporednu ulogu. [19] Pretpostavke povezanosti psihičkog stresa i zdravlja utjecale su na razvoj biopsihosocijalnog pristupa u zaštiti zdravlja. Engel smatra da se prvo mora oslanjati na filozofsko načelo da su složeni problemi izazvani iz jednostavnijih. Pretpostavlja da granice između bolesti i zdravlja nikada nisu potpuno jasne i da su biološke odrednice pod

utjecajem socijalnih, kulturoloških i psiholoških čimbenika prema kojima predlaže novi sveobuhvatni pristup:

1. da bolesnici s istom dijagnozom i istim laboratorijskim nalazima često imaju različit tijek bolesti zbog različitih psihosocijalnih čimbenika na bolest;
2. da je radi potrebe postavljanja točne dijagnoze potreban detaljan intervju s bolesnikom, čime uz biomedicinske, uzimaju podatci za određivanje individualnog načina liječenja;
3. da psihosocijalni čimbenici određuju i samo mišljenje bolesnika o svome stanju;
4. da su psihosocijalni čimbenici povezani s biološkim i da djeluju na tijek i ishod liječenja;
5. da psihosocijalni odnos između bolesnika i liječnika mogu utjecati na tijek i brzinu oporavka.

Prethodno spomenuta Engelova razmatranja mogu se preslikati na odnos medicinska sestra pacijent. Time se nadopunjuje preusko shvaćanje zdravlja i bolesti i uvodi se širi pristup. To je sustav gdje tri glavna podsustava – biološki, psihološki i socijalni – međusobno komuniciraju izmjenom energije, supstanca i informacija. [20] Pretpostavka je da će se takvim razmatranjem osim standardnih medicinskih postupaka, koristiti i drugi postupci vezani uz psihološke i socijalne aspekte funkcioniranja čovjeka. Takvim pristupom u dodir s pacijentom osim liječnika, dolazi niz drugih stručnjaka koji potiče timski, interdisciplinarni pristup i u medicinskim istraživanjima. Samim takvim pristupom dolazi do razvoja i same medicine ali i drugih povezanih znanosti. Biopsihosocijalni pristup ima značajnog utjecaja na promjene u obrazovanju zdravstvenih djelatnika. Posebno je unaprijedio psihijatrijsku edukaciju i djelovao na razvoj novih pristupa. Georg Engel 1977.godine u završnim rečenicama svog članka o biopsihosocijalnom modelu u časopisu *Science* kaže: *Ali ništa se neće promijeniti sve dok oni koji kontroliraju resurse ne steknu mudrost da se usude odbaciti isključivo oslanjanje na biomedicinu kao na jedini pristup zdravstvenoj zaštiti. Predložen biopsihosocijalni pristup omogućava planiranje istraživanja, daje okvir za podučavanje i plan za aktivnosti u stvarnom svijetu zdravstvene zaštite. Je li on koristan ili ne, ostaje da se vidi. No, odgovor neće uslijediti ako se ne ostvare uvjeti za to. U slobodnom društvu ishod ovisi o onima koji imaju hrabrosti ići novim putovima i mudrost da osiguraju potrebnu podršku.* [20] Definicija zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije uklapa se u suvremeni, biopsihosocijalni pristup zdravlju i bolesti *...stanje potpunog tjelesnog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti.* [21] Takav pristup potiče i uključivanje psihologa u zdravstveni sustav te dodatnom edukacijom medicinskih sestara i drugog zdravstvenog osoblja. Ističe se potreba da se

problematikom zdravlja bave i drugi stručnjaci zajedno sa zdravstvenim radnicima. Pristalice biopsihosocijalnog modela smatraju da:

1. Ljudska bića su složen sustav tako da su i bolesti uzrokovane složenim međuodnosom raznih čimbenika. Zdravlje i bolest treba promatrati kao rezultat zajedničkog djelovanja bioloških čimbenika (npr. virusa, bakterija, ozljeda), psiholoških čimbenika (npr. ponašanja, emocija, vjerovanja, stresa, načina suočavanja, stavova) i socijalnih čimbenika (nacionalne pripadnosti, vjeroispovijesti, obrazovanja, ekonomskog statusa, socijalnu podršku).
2. Pojedinaac nije pasivna žrtva bolesti nego je odgovoran za svoje ponašanje u zdravlju i bolesti. Njegova aktivna uloga važna je za očuvanje zdravlja i liječenje bolesti.
3. Liječenju treba pristupiti cjelovito uključujući djelovanje na ponašanje, jačanje suočavanja bolesnika s bolešću, poticanje na pridržavanje zdravstvenih savjeta i uputa i kao takvo jačanje obiteljske podrške.
4. Odgovornost je i na zdravstvenim djelatnicima i na samom bolesniku.
5. Odnos zdravlja i bolesti je u kontinuitetu između potpunog zdravlja i kronične bolesti.
6. Bolesnika treba gledati kao cjelinu u međusobnoj interakciji psihičkog i tjelesnog.
7. Postoji izravna i neizravna povezanost psihičkih stanja i bolesti te psihološka stanja nisu posljedica bolesti već mogu biti i uzrok njenom nastajanju. [20]

Premda je dokazana učinkovitost biomedicinskog modela, postoje drugi razlozi sporog prihvaćanja biopsihosocijalnog pristupa. Neki od njih su:

- Nedostatak vremena u opterećenom zdravstvenom sustavu zbog nedostatka medicinskog osoblja i lošom organizacijom zdravstvenog sustava.
- Nedostatak obrazovanja medicinskog osoblja iz područja psihologije, sociologije i antropologije, dolazi do nesigurnosti zdravstvenih djelatnika za bavljenje psihosocijalnom problematikom bolesti.
- Nedostatak svakodnevne suradnje zdravstvenih djelatnika i stručnjaka drugih struka.
- Neupućenost pacijenata na skupe pretrage je pitanje etičnosti.
- Zdravstveno osiguranje ne priznaje psihosocijalne potrebe liječenja bolesti.
- Socijalna stigmatizacija pacijenata kojima su potrebne terapije psihosocijalnog pristupa.
- Izbjegavanje vlastite odgovornosti.
- Neugoda od otkrivanja drugih čimbenika bolesti (npr. obiteljsku povijest).
- Nepovjerenje u stručnjake drugih područja.

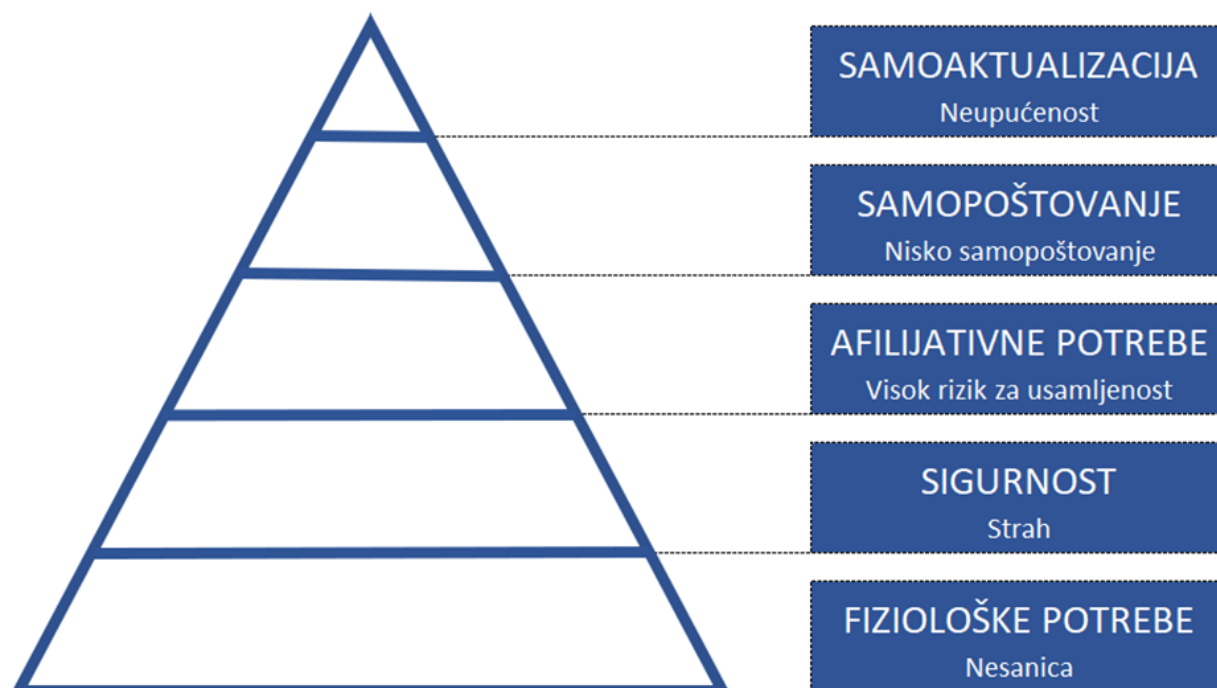
- Razmišljanje da suvremeni dijagnostički i terapijski postupci mogu spriječiti razvoj bolesti u kratkom vremenu. [20]

Biopsihosocijalni pristup bio je temelj za razvoj zdravstvene psihologije i njezinu primjenu u sveučilišne studije sestinstva i ostale visoke zdravstvene škole. Prethodno spomenuti razlozi sporog prihvaćanja biopsihosocijalnog pristupa mogu se usporediti sa radom medicinskih sestara u provođenju zdravstvene njege. Prethodno spomenuti razlozi su često i razlozi neadekvatnog provođenja zdravstvene njege gdje je primjena procesa zdravstvene njege slabije izražena. Nastoje se zadovoljiti sve potrebe pacijenata ovisno o mogućnostima medicinskih sestara da bi samo liječenje bilo brže i kvalitetnije. Kroz biopsihosocijalni model dolazimo do teorije motivacije Abrahama Maslowa. Abraham Maslow ostao je upamćen kao zagovaratelj teorije motivacije. Ljudske potrebe je postavio po njihovoj važnosti u pet kategorija. Slikovno ih je povezao kroz piramidu nazvavši je *Piramida osnovnih ljudskih potreba*. Zadovoljstvo čovjeka je vezano uz zadovoljenje određenih potreba. Prema A. Maslowu na prvoj razini su fiziološke potrebe gdje spadaju potrebe za hranom, vodom, zrakom i spavanjem, odnosno one osnovne potrebe koje omogućuju čovjeku da preživi. Nakon što su fiziološke potrebe zadovoljene na sljedećoj ljestvici su potrebe za sigurnošću. Pojedinac ima potrebe da živi u sigurnosti, u slobodi, bez straha, u redu i stabilnoj strukturi, zaštićen zakonom i sl. Društvo i roditelji ovdje imaju vrlo važnu ulogu. Narušeni obiteljski odnosi, razvodi brakova, smrti pojedinih članova obitelji mogu narušiti potrebe za sigurnošću. Na trećoj stepenici su potrebe za pripadnost i ljubav. Kada su fiziološke potrebe i potrebe za sigurnošću zadovoljene, osoba ima potrebu da nekome pripada i da nekoga voli. Ovdje Maslow govori kako je ovo područje često predmet promišljanja u umjetnosti i književnosti, međutim, vrlo malo na studiju psihologije se raspravlja o pojmu ljubavi. Na četvrtoj ljestvici su potrebe za poštovanjem i samopoštovanjem. Kod svakog čovjeka postoji potreba za pozicijom, ugledom i poštovanjem od strane drugih, također želi biti siguran u sebe i želi imati samopoštovanje koje razvija objektivnim suočavanjem sa slabostima i na taj način razvijati se kao osoba. Na krajnjem vrhu nalazi se potreba za samoaktualizacijom ili samoostvarenjem. Upravo te potrebe motiviraju osobu za svoje potpuno ostvarenje. [22] Prema A. Maslowu samo ostvarene osobe posjeduju:

1. *Uspješnije opažanje stvarnosti i lakši odnos prema njoj.* One opažaju stvarnost vrlo objektivno te su sposobne vrlo brzo otkriti nepoštenje i prevaru kod drugih. Točno ocjenjuju situaciju i ljude i nemaju "katastrofalnu" potrebu za sigurnošću i redom.

2. *Prihvatanje sebe, drugih i prirode.* U stanju su prihvatiti ljudsku narav sa svim njezinim slabostima. Sve oko sebe gledaju očima bezazlenog djeteta koje zapaža i registrira stvari upravo onakve kakve jesu.
3. *Sposobnost, jednostavnost i naravnost.* Prihvaćaju stvari upravo onakve kakve jesu i nemaju potrebu privlačenja pozornosti s "vulgarnim" stvarima i sl.
4. *Usredotočenost na probleme.* Ove osobe imaju svoju misiju u životu, neko poslanje koje pokazuje sve njihove životne snage. S radošću se posvećuju svom poslu i poznati su kao ozbiljni radnici. Njihov rad, zabava, odmor, slobodne aktivnosti objedinjuju njihovu misiju i znanje te na taj način unose smirenost u okolinu.
5. *Potreba za samoćom, autonomijom; neovisnost o kulturi i ambijentu.* Oni vole tišinu i trenutke u samoći bez da ih to uzbuđuje ili ponižava. Sposobni su samostalno upravljati, odgovorni su i disciplinirani te su sposobni prevladati životne frustracije.
6. *Sposobnost novih i svježih vrednovanja.* Njih život ne umara i osjećaju se vrijednima i sposobnima ali opet malima prema cijelom svemirom.
7. *Socijalno osjećanje i međuljudski odnosi.* Njihovi su međuljudski odnosi duboki ali broj prijatelja nije velik. Osjećaju simpatiju i ljubav prema ljudskom rodu a često imaju dobronamjeren smisao za humor. Samo ostvarene osobe osjećaju poštovanje prema svakom ljudskom biću neovisno o kulturi, rasi, vjerskoj pripadnosti i političkoj opredijeljenosti. Tolerantni su prema svima i svjesni su da mogu od svakog nešto naučiti. Ne ponašaju se natjecateljski i imaju jedan poseban "filozofski" smisao za humor koji izaziva više osmijeh nego smijeh. Nikada se ne smiju na račun drugih.
8. *Izvršno raspoznavanje sredstava i ciljeva i dobra i zla.* Točno raspoznaju što je moralno dobro a što zlo.
9. *Kreativnost, originalnost, odanost prema radu i provođenje životne misije.* Ovdje se navodi odanost životnom zadatku koja je duboko ukorijenjena da se može reći da se radi o zvanju ili životnoj misiji. Vesele se kad mogu drugima pomoći i veseli ih svo dobro svijeta. [22]

Teorijom motivacije dolazimo do utvrđivanja prioriteta prema procesu zdravstvene njege. Kod utvrđivanja prioriteta gleda se pacijentova percepcija važnosti i težine problema koja mora biti usklađena s realnim mogućnostima za njihovo rješavanje. Prioriteti se utvrđuju prema Maslowljevoj piramidi osnovnih ljudskih potreba. Na primjer ako su sestrinski problemi: neupućenost, strah, nesanica, visok rizik za usamljenost i nisko samopoštovanje.



Slika 3.1.1: Sestrinski problemi na pripadajućim razinama Maslowljeve

Izvor: file:///home/maja/Preuzimanja/zavrzni_rad_konacna_verzija_antonela.pdf

Proces zdravstvene njege objedinjuje biopsihosocijalni pristup i teoriju motivacije kao cjelinu prilikom pružanja kvalitetne zdravstvene njege. Usmjerava se medicinske sestre cjelovitom promatranju pacijenta kroz holistički pristup. Također, usmjerava se na važnost pacijenta kao subjekta kroz provođenje procesa zdravstvene njege.

Prilikom utvrđivanja redoslijeda rješavanja problema potrebno je poštovati pacijentovu procjenu važnosti i težine problema. Također, važno je uvažiti problem kojeg medicinska sestra procijeni iznimno bitnim a koji može biti manje važan za pacijenta. Nakon toga, probleme razvrstavamo po važnosti prema hijerarhiji osnovnih ljudskih potreba. Nakon što se utvrde prioriteta rješavanja problema potrebno je proučiti mogućnosti njihova rješavanja. [23]

Pri redoslijedu zadovoljavanja ljudskih potreba kroz sestrinske probleme raspoređene u pripadajućoj razini obuhvaćamo pacijentovu individualnost, humanitet i psihološko zdravlje. [18]

Na sljedećem primjeru naznačeni su problemi koje je potrebno rasporediti u pripadajućim razinama. Navedeni su: visok rizik za pad, neupućenost, strah, usamljenost, nisko samopoštovanje, visok rizik za dekubitus, nesanica, smanjeno podnošenje napora, visok rizik za opstipaciju, smanjen unos hrane, visok rizik za dehidraciju, poremećaj seksualne funkcije, neučinkovito sučeljavanje. Potrebno je imati mnogo znanja iz procesa zdravstvene njege kao i

sestrinskih dijagnoza da bi ovaj primjer povezali na pravilan način u usporedbi s stvarnom situacijom na radnom mjestu. Na radnome mjestu primjena procesa zdravstvene njege podrazumijeva kroz stvarni slučaj i uz pravilno ispunjenu sestrinsku dokumentaciju primijeniti širok obujam znanja da bi pacijentove potrebe bile pravodobno zadovoljene. Time zadovoljstvo pacijenata raste, sestrinska profesija se razvija i time se razvija cijelokupni zdravstveni sustav. Prema ovome primjeru možemo zaključiti da u samoaktualizaciju pripada neupućenost, u samopoštovanje pripada nisko samopoštovanje i neučinkovito sučeljavanje. Afilijativne potrebe podrazumijeva usamljenost i poremećaj seksualnih funkcija a u sigurnost pripada visok rizik za pad i strah. Fiziološke potrebe obuhvaćaju: visok rizik za dekubitus, nesanica, smanjeno podnošenje napora, visok rizik za opstipaciju, smanjen unos hrane, visok rizik za dehidraciju. Iako bi ovdje poremećaj seksualne funkcije mogao ići i u samopoštovanje a na najvišu razinu možemo predložiti nedostatak znanja, nemoć, strah i anksioznost, ovisno o kojem se točno primjeru radi u stvarnoj situaciji.



Slika 3.1.2: Sestrinske probleme rasporedite u pripadajuću razinu Maslowljeve piramide.

Izvor: file:///home/maja/Preuzimanja/zavrzni_rad_konacna_verzija_antonela.pdf

4 Pacijent – subjekt u procesu zdravstvene njege

Prema D. Orem kroz zdravstvenu njegu uloga medicinske sestre i pacijenta se međusobno nadopunjuju. Premda se naglašava prihvaćanje pacijenta kao aktivnog sudionika u proces zbrinjavanja, važno je napomenuti, ovisno o njegovim mogućnostima i sposobnostima.

Kako bi se postigla kvalitetna njega ili najbolja moguća njega, percepcije u očekivanju zdravstvenih stručnjaka i pacijenata trebale bi se međusobno poklapati. Njegovatelji i pacijenti često njegu ne vide na isti način te imaju ovisno o pojedincu drugačija očekivanja. Neka istraživanja su pokazala da pacijenti i njihovi bližnji cijene onu njegu u kojoj je uvrštena otvorenost, slušanje, pozornost i stvaranja određene povezanosti. Međutim, mnoga istraživanja upućuju na suprotno gdje je pronađeno da pacijenti više važnosti pridaju direktno opažljivim postupcima poput zavijanja rane ili davanja lijekova te manje nekim ekspresivnim postupcima kao što su tješjenje ili razgovor. U globalu, nastavlja se rasprava vide li pacijenti i njegovatelji "njegu" na identičan način i gdje zapravo vide veću važnost. [14]

Prema istraživanju Roberts i sur. iz 1982. *Razlike u percepciji prioriteta između bolesnika i sestara*, nađene su značajne razlike u shvaćanju zdravstvenog stanja od strane medicinskih sestara i pacijenata. U istraživanju su sudjelovali bolesnici jednog odjela i medicinske sestre na tom odjelu koje su ih njegovale. Zadatak je bio zaokružiti 5 najprisutnijih problema od mogućih 20 ponuđenih problema iz područja zdravstvene njege. Isti zadatak je bio namijenjen bolesnicima i medicinskim sestrama. Rezultati potvrđuju hipotezu o mogućnosti postojanja razlika u percepciji bolesnikovih problema između bolesnika i medicinskih sestara koji su sudjelovali u ovom istraživanju. Prema ovim podacima utvrđeno je da medicinske sestre koriste svoje stručno znanje pri donošenju odluka kao i iskustvom rada dok bolesnici ovisno o svojim željama, potrebama i osobnom iskustvu donose različite odluke. [18]

Sukladno provedenim istraživanjem zaključujemo da je za kvalitetnu zdravstvenu njegu bitno poticati bolesnika na aktivno sudjelovanje. Prema A. Maslowu cjelokupna aktivnost čovjeka usmjerena je na zadovoljavanju svih potreba, a ne njegovih organa ili organskih sustava. Ljudi imaju potrebu da budu kompetentni, samostalni, uspješni, nezavisni i sl. Dakle, zavisnost pacijenta o medicinskoj sestri nije u skladu s ljudskom prirodom. To je još jedan razlog da treba zagovarati pacijentovu samostalnost i njegovu aktivnost u zdravstvenoj njezi.

Kada se sve ovo sažme, medicinske sestre svoj autoritet trebaju tražiti u integrativnoj skrbi za bolesnika koji se temelji na razumijevanju, prihvaćanju i pomaganju čovjeku kao individualnom

i cjelovitom ljudskom biću. Sestrinstvo bi trebalo biti koncipirano kao interdisciplinarno područje gdje osim medicinskih disciplina se prožimaju i discipline iz humanističkog i društvenog znanstvenog područja. [9]

4.1 Zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom njegom

Kako bi došli do relevantnih podataka o zadovoljstvu pacijenata potrebno je prethodno uključiti pacijente u istraživanja. Nakon provedenih istraživanja možemo zaključiti koje promjene su nužne kod provođenja zdravstvene njege. Pritom imamo konkretni uvid u pacijentovo zadovoljstvo zdravstvenom skrbi. Bolesnike treba staviti u samo središte pružanja zdravstvene skrbi na način da imaju mogućnost sami donositi odluke i preuzeti kontrolu nad svojim liječenjem. Jedan od temeljnih koraka poboljšanja zdravstvenih usluga je mogućnost kontinuiranog učenja zdravstvenih djelatnika.

Kao usporedba zadovoljstva pacijenata uzeti su podatci iz Županijske bolnice Čakovec. [24]

Ispitanici su bili pacijenti hospitalizirani i operirani na odjelima Službe za kirurške djelatnosti Županijske bolnice Čakovec. Istraživanje je bilo provedeno od 1.kolovoza do 10.rujna 2017. godine. Iz istraživanja su isključeni pacijenti koji nisu bili operirani, oni koji su bili operirani na odjelima jednodnevne kirurgije i mlađi od 18 godina. U istraživanju je sudjelovalo 100 ispitanika koji su upitnik ispunjavali završetkom liječenja. Konkretno nas zanima zadovoljstvo pacijenata pristupom medicinskih sestara i kvalitetom provedene zdravstvene higijene. [24]

Procjena ponašanja medicinskih sestara/tehničara na odjelu ili u sali te postupci provedene osobne higijene od strane medicinskih sestara/tehničara u Županijskoj bolnici Čakovec na odjelima službe za kirurške djelatnosti prikazana je u tablici. Iz tablice možemo primijetiti da najviše ispitanika je ponašanje medicinskih sestara/tehničara na odjelu navela kao izuzetno ljubazno. Nešto manji broj ispitanika izjavilo je da je ponašanje medicinskih sestara/tehničara bilo ljubazno. Korektno ponašanje medicinskih sestara/tehničara izjavilo je 14% ispitanika a 1% izjavilo je da je ponašanje medicinskih sestara/tehničara bilo neljubazno. Prema ovim podacima zaključujemo da najviše ispitanika smatra ponašanje medicinskih sestara/tehničara ljubazno 34% i vrlo ljubazno 51% ispitanika. Što se tiče ponašanja medicinskih sestara/tehničara u operacijskoj sali 16% ispitanika je izjavilo ponašanje medicinskih sestara/tehničara u sali korektno, ljubazno ponašanje izjavili su 34% ispitanika dok je izuzetno ljubazno ponašanje medicinskih sestara/tehničara u operacijskoj sali izjavilo čak njih 51%. Što se tiče zadovoljstva provedenom osobnom higijenom iz tablice možemo iščitati da je 40% ispitanika sami provodili osobnu higijenu, 1% ispitanika bilo je nezadovoljno a djelomično zadovoljnih je bilo također 1%

ispitanika u ispitivanju zadovoljstva provedenom osobnom higijenom od strane medicinskih sestara/tehničara. Kada pogledamo najveće zadovoljstvo ono je 29% za zadovoljne ispitanike te 29% za izuzetno zadovoljno. Možemo zaključiti da su podaci zadovoljavajući premda konstantna edukacija medicinskih sestara/tehničara je izuzetno važna radi još većeg zadovoljstva ispitanika. [24]

Ponašanje medicinskih sestara/tehničara prema ispitanicima na odjelu	Broj (%) ispitanika
Neljubazno	1(1)
Korektno	14(14)
Ljubazno	34(34)
Izuzetno ljubazno	50(51)
Ponašanje medicinskih sestara/tehničara prema ispitanicima u operacijskoj sali	Broj (%) ispitanika
Korektno	16(16)
Ljubazno	34(34)
Izuzetno ljubazno	49(50)
Ukupno	99(100)
Zadovoljstvo provedenom osobnom higijenom od strane medicinskih sestara/tehničara	Broj (%) ispitanika
Izuzetno zadovoljni	28(29)
Zadovoljni	28(29)
Djelomično zadovoljni	1(1)
Nezadovoljni	1(1)
Sami su provodili osobnu higijenu	39(40)
Ukupno	98(100)

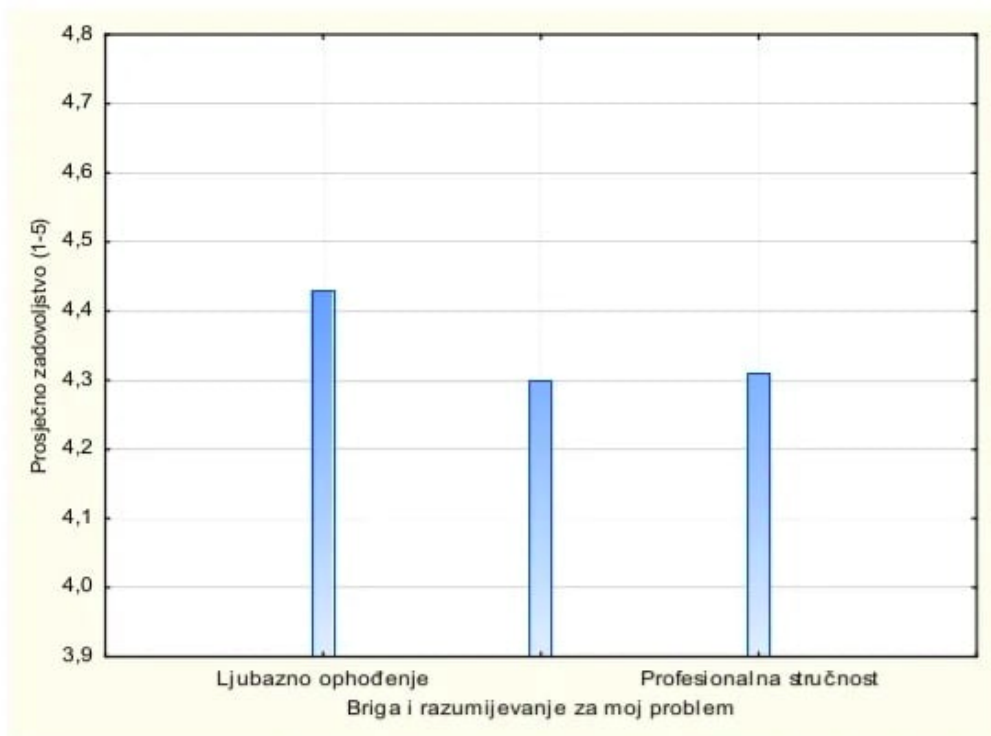
Table 4.1.1: Procjena ponašanja medicinskih sestara/tehničara na odjelu ili u sali te postupci provedene osobne higijene od strane medicinskih sestara/tehničara u Županijskoj bolnici Čakovec na odjelima službe za kirurške djelatnosti.

Izvor: <https://repozitorij.mefos.hr/en/islandora/object/mefos%3A926/datastream/PDF/view>

Rezultati pokazuju da su ispitanici zadovoljni pruženom perioperativnom zdravstvenom njegom te potvrđuje kako su ispitanici bili potpuno zadovoljni pruženom uslugom u bolnici.

Slično istraživanje provedeno je u Općoj bolnici Zadar tijekom mjeseca srpnja i kolovoza 2015.godine. Obuhvaćen je uzorak od 100 ispitanika hospitaliziranih na Odjelima kirurških i internističkih djelatnosti. [25] Konkretno nas zanimaju podatci o zadovoljstvu medicinskim sestrama/tehničarima. Ovdje možemo vidjeti da nema značajnih odstupanja čestica ovog istraživanja. Prosječni rezultat na tri čestice koje tvore zadovoljstvo medicinskim sestrama/tehničarima Općoj bolnici Zadar prikazani su na sljedećem grafičkom prikazu. Ovdje je prikazano zadovoljstvo pacijenta medicinskim sestrama/tehničarima. Navedene su čestice:

ljubazno ophođenje, briga i razumijevanje za moj problem, profesionalna stručnost a podatci su prikazani deskriptivnim parametrima. [25]



Slika 4.1.1: Prosječni rezultat na tri čestice koje tvore zadovoljstvo medicinskim sestrama/tehničarima Općoj bolnici Zadar
(<https://repositorij.svkst.unist.hr/en/islandora/object/ozs%3A365>)

Neke studije ne pokazuju povezanost između iskustva pacijenata, kliničkih procesa i ishoda liječenja. Mnogi čimbenici osim iskustva pacijenata mogu utjecati na procese i ishode. Ovo je dio razloga zašto je kombiniranje mjera iskustva pacijenta s drugim mjerama kvalitete ključno za stvaranje cjelokupne slike o učinku. [26] Znanstvena istraživanja slična ovima odnose se na istraživanja koja se rade kako bi se saznalo više o ljudskom zdravlju. Znanstveno istraživanje također ima za cilj pronaći bolje načine za sprječavanje i liječenje bolesti, ono je važan način za poboljšanje skrbi i liječenja ljudi diljem svijeta. [26]

Zadovoljstvo pacijenata s pruženom zdravstvenom njegom važan je podatak kvalitete zdravstvene njege. Prospektivna studija presjeka provedena u Domu zdravlja Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske između travnja i lipnja 2019.godine imala je za cilj ispitati zadovoljstvo pacijenata radom medicinskih sestara u primarnoj zdravstvena zaštita. Studija je uključivala 200 pacijenata iz Doma zdravlja Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske gdje je 185 ispravno popunila upitnik. Pacijenti iz Doma zdravlja Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske su zadovoljna radom medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da su pacijenti koji koristiti

Dom zdravlja Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske zadovoljni radom medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te ne postoji značajna razlika u zadovoljstvu pacijenata radom medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti s obzirom na spol pacijenata, bračni status, radno stanje i razina obrazovanja. Postoji značajna razlika u zadovoljstvu pacijenata radom s medicinskim sestrama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti s obzirom na dob pacijenata. Ispitanici u dobnoj skupini od 26 do 40 godina nešto manje zadovoljan i postoji značajna razlika u zadovoljstvu pacijenata s radom medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti s obzirom na godišnji prihod pacijenata. Također, dobivene vrijednosti pokazuju da nema statistički značajnih razlika u zadovoljstvu pacijenata radom medicinskih sestara u pogledu stupnja obrazovanja ispitanika. [27]

Provedeno je nekoliko studija iz osam europskih zemalja (Norveška, Švedska, Danska, Ujedinjeno Kraljevstvo, Nizozemska, Njemačka, Portugal i Irska) o pružanju medicinsko-tehničkih skrbi, odnos liječnik-pacijent, razmjene informacija, dostupnost informacija, pristupačnosti i organizacija usluge. Zdravstvena zaštita ocijenjena je najvišom, dok su se čekale konzultacije, pomoć pri emocionalnim problemima uzrokovane zdravstvenim problemima i zabrinutošću oko liječenja i troškova ocijenjeni su nižim. [28]

Studije provedene u Kanadi i na Novom Zelandu koristile su Thrasher i Purc-Stephenson instrument za mjerenje zadovoljstva i prihvaćanja zdravstvene zaštite koju pruža medicinska sestra. Pacijenti su bili općenito zadovoljan pruženom njegom i sudjelovanje u liječenju. [29]

Studija iz SAD -a iz 1995. o zadovoljstvu pacijenata skrb medicinskih sestara, koristeći pitanje Di Tomasso-Willarda Tonner, pokazao je da je 97% pacijenata bilo zadovoljna uslugama medicinskih sestara. [30]

Usporedbe između medicinskih sestara i druge zdravstvene zaštite davateljci usluga u Americi nisu pronašli značajnu razliku između osnovnih karakteristika pacijenata i zdravstvenog stanja. [31]

U Hrvatskoj je provedeno nekoliko studija koja su nastojala odrediti razinu zadovoljstva pacijenata radom pružatelja primarne zdravstvene zaštite. Provedena studija u 100 ureda opće/obiteljske medicine u područje Istre, Primorsko-goranskog, Međimurja, Osječko-baranjskoj i Vukovarsko-srijemskoj županiji potvrdila su da je većina pacijenata bila zadovoljna uslugama koje pružaju ordinacije obiteljskog liječnika. [32]

Medicinske sestre imaju veliku ulogu u komunikaciji s pacijentima, ne samo zato što su prvi koji se sastaju i registriraju pacijenta, već i zato što sami pacijenti imaju najbliži odnos sa medicinskom sestrom u usporedbi sa liječnicima. Uspješna komunikacija promovira bržu i

točniju dijagnozu, veće zadovoljstvo pacijenata i bolje pridržavanje zdravstvenih preporuka i uputa. [33]

4.2 Utjecaj radnog okruženja i iscrpljenosti medicinskih sestara na zadovoljstvo bolesnika pruženom zdravstvenom njegom

Istraživanje provedeno u klinici za Neurologiju kliničkog bolničkog centra Split pokazuje da na kvalitetu pružanja zdravstvene njege ovise mnogo parametara. Jedan od tih parametara je i utjecaj radnog okruženja kao i iscrpljenost medicinskih sestara/tehničara. Osim mnogih zanimljivih zaključaka, ovo istraživanje pokazalo je da je profesionalno sagorijevanje medicinske sestre na poslu povezano s povećanom osjetljivošću za potrebe bolesnika i intenzivnijom interakcijom s bolesnikom. Slično istraživanje provedeno u razdoblju od 1999.-2006. godine u SAD-u dokazalo je da su bolnice s prosječnim povećanjem opterećenosti za više od 0,5 pacijenata o kojima skrbe medicinske sestre opisane kao "pogoršane ", bolnice s prosječnim padom za više od 0,5 pacijenata o kojima skrbe medicinske sestre su opisane kao "poboljšane ", a bolnice između tih dviju vrijednosti su definirane kao "nepromjenjive " u pogledu zadovoljstva osoblja. [34]

Izvrješće o kvaliteti bolničke skrbi za starije osobe u Velikoj Britaniji ukazuje na to da su mnogi prijavljeni problemi bili žalbe na nedostatak ljudskosti bolničkog osoblja. [35] Neadekvatan brojčani odnos medicinskih sestara i pacijenata postaje problem na svjetskoj razini s istaknutim učincima na zadovoljstvo poslom medicinskih sestara i kvalitetu pružene zdravstvene njege. Uprave bolnica bi trebale osigurati dovoljan broj medicinskih sestara u odnosu na pacijente te na taj način povećati zadovoljstvo poslom i spriječiti pojavu burnout sindrom-a među medicinskim sestrama. [36]

Veći omjer pacijenata o kojima skrbe medicinske sestre je povezan s lošijim ishodom zdravstvene njege. Poboljšanja u odnosima na relaciji medicinska sestra - pacijent mogu se poboljšati smanjenjem broja pacijenata o kojima brine jedna medicinska sestra. Takve akcije dovode do pozitivnih rezultata što dokazuje činjenica da su bolnice koje su popravile svoje radno okruženje spustile stopu negativnih ishoda zdravstvene njege, smanjile postotak sagorijevanja medicinskih sestara i namjeru napuštanja trenutne pozicije i posla uzrokovanu nezadovoljstvom. Pacijenti su zadovoljniji u bolnicama u kojima medicinske sestre rade u boljem radnom okruženju. Bolnice s boljim radnim okruženjima i boljim profesionalnim osobljem imaju zadovoljnije i pacijente i medicinske sestre kao i dokaze o boljoj kvaliteti zdravstvene njege i sigurnosti pacijenata. [37]

4.3 Uključivanje pacijenata u istraživanja

Kako bi zdravstveni sustav napredovao bitno je provoditi istraživanja u kojima sudionici budu subjekti. Na taj način pacijent koji je subjekt u procesu skrbi dobiva mogućnost progovoriti o nedostacima zdravstvenog sustava. Kroz studije na taj način dolazimo do relevantnih podataka na koji način pristupiti pacijentu i poboljšati pristup u procesu zbrinjavanja.

Uključivanje pacijenata u istraživanja sada je sve učestalije. U pojedinim istraživanjima pacijenti sami provode istraživanja, doprinose oblikovanju studija i planiraju plan istraživanja. U ovoj studiji istražuje se što se može naučiti od sudionika istraživanja kako bi se poboljšalo provođenje kliničkih postupaka. Sudionici su smatrali da svojim pristankom na istraživanje stječu učinkovitije liječenje, veći nadzor, dobivanje većeg broja informacija od stručnjaka i nadu u znanost. Istraživanje je objavljeno 1. kolovoza u stručnom članku *Journal of the royal society of medicine*. Provedena je kvalitativna analiza fokusiranih skupina, polustrukturiranih telefonskim razgovorom i upitnicima sa subjektima kliničkog istraživanja. Na sudjelovanje je pozvano 265 pacijenata uključenih u dvije terapijske i ne terapijske kliničke studije od kojih je dogovoreni sudionika 95; 32 je sudjelovalo u fokus grupama, 34 u telefonskim intervjuima a 29 je vratilo upitnik. Prema tome stopa odgovora bila je 36%. Većinu pacijenata oni zdravstveni djelatnici koji ih liječe usmjeravaju na istraživanja. Prednosti sudjelovanja u ovom istraživanju bile su: dodatna njega, veći nadzor, dobivanje stručnih informacije i osjećaj mogućnosti pomoći drugima. Sudionici su imali kritike o nedostatku informacija. Kako bismo osigurali da pacijenti nastave klinička istraživanja treba omogućiti vrijeme za pružanje informacija, veću pozornost tjelesnoj udobnosti, uključivanje pacijenta u dizajn istraživanja te davati povratne informacije a sam kontakt između pacijenata olakšati. Ulaganjem u ideju znanstvenog napretka kroz slična istraživanja, pojedini subjekti su spremni svoju patnju pretvoriti u nadu za budućnost. [38]

Razvoju pristupa medicini usmjerenog na pacijenta postupno sve većem broju pacijenata dopušta uključivanje u vlastite medicinske odluke i načina liječenja. Međutim, upitnici u kliničkim istraživanjima još uvijek se provode na pacijentima ali ne sa pacijentom kao subjektom samog istraživanja. Odnosno, predlažu se posebne mjere za poboljšanje uključivanja pacijenata. Kroz slično istraživanje vidljivo je da pacijenti dobivaju aktivnu ulogu u zdravstvenim sustavima. Prelazak na medicinu usmjerenu na pacijenta ima cilj pružiti onu najbolju zdravstvenu njegu svakom pacijentu individualno, uzimajući u obzir pacijentove ciljeve, navike, sklonosti i vrijednosti. Odnosi liječnika i pacijenta se mijenjaju, a zajedničko odlučivanje i osnaživanje pacijenata sve su učestaliji. Razvojem novih modela upravljanja zdravstvenom zaštitom i tehnološkim razvojem dodatni su čimbenici koji doprinose ubrzanju novih promjena. Medicina usmjerena na pacijenta ne može se primjenjivati bez sudjelovanja pacijenta u vlastitim

odlukama i u istraživanjima koja su usmjerena na pacijenta kao subjekta. Ovakav pomak počinje mijenjati način na koji shvaćamo zdravstvenu skrb. Istraživanja se najviše provode na pacijentima, a ne s pacijentom. S toga se pacijenti i dalje smatraju kao izvor podataka a ne isključivo kao subjekt kroz proces zdravstvene njege. Da bi opisane promjene postale stvarnost, odnos između medicinskih djelatnika i pacijenata trebale bi se temeljiti na načelima autonomije [39]

Odlazak u bolnicu, novo okruženje, strah od intervencija u tijeku liječenja, mogućih dijagnostičkih metoda kod bolesnika izazivaju reakcije povlačenja, depresije ili anksioznosti. Pojedinač najčešće nije dovoljno informiran o dijagnostičkim postupcima, nedovoljno educiran, nepoznati je ishod itd. To sve kod medicinske sestre treba biti poticaj za prepoznavanje subjektivnih strahova i smetnji pacijenata. Jedan od glavnih zadataka medicinske sestre je oslušivati, slušati, poticati, promatrati i mnogo toga što bi doprinijelo međusobnom odnosu povjerenja i razumijevanja. Pravo pacijenta je da ima mogućnost samostalnog donošenja odluka svog liječenja. Zato kažemo da je pacijent subjekt koji treba potpuno ravnopravno sudjelovati u svom liječenju sa ostalim zdravstvenim radnicima. Pacijent mora dobiti informaciju o svom zdravstvenom stanju i planiranim postupcima liječenja. Potrebno je odvojiti dovoljno vremena za razgovor s pacijentom. Ako je njegovo stanje takvo da ne može samostalno donijeti odluku, odluku donose članovi obitelji ili zakonom predodređeni skrbnik. Pristanak za sve medicinske postupke se daje u pisanom obliku. Proces zdravstvene skrbi mora biti kontinuiran i integriran.

5 Potreba uvažavanja holističkih dimenzija zdravlja, bolesti i patnje bolesnika

Njegovanje je u središtu onoga što rade medicinske sestre ali i drugi zdravstveni djelatnici. Njegovanje obuhvaća više od jednostavne brige za potrebe tjelesnog zdravlja ljudi. Oni koji trebaju bilo kakvu zdravstvenu uslugu imati će psihološke potrebe koje utječu na njihove osjećaje, misli i ponašanje te dobar holistički pristup može utjecati na poboljšanje ishoda tjelesnog stanja. [14]

Martha Rogers polazi od teze da je u središtu sestrinstva čovjek, shvaćen kao cjelovito biće, te da je on predmet sestrinstva, svrha i cilj. *Sestrinska praksa mora biti kreativna i fleksibilna, individualizirana i socijalno orijentirana, suosjećajna i vješta. Profesionalne medicinske sestre moraju znati primjenjivati svoja znanja u svrhu pomoći čovjeku.* [9]

Holizam je pristup u kojem se čovjeka doživljava kao cjelina, uvažavajući ga kroz sve njegove komponente: fizičke, psihičke, duhovne, društvene i njegovo cjelokupno okruženje. Holizam prema sestrinskom pristupu odražava se uvažavanjem cjelovitosti pacijenta, njegovih cjelokupnih potreba i drugih neodjeljivih čimbenika koji ističu osobnost pojedinca. Osim na osobu, holizam se proteže i na obitelj, okruženje, socioekonomski status, vjersko opredjeljenje, posao, zajednicu i na sve čimbenike koji imaju važnost za pojedinca. Iste metode liječenje ne moraju nužno davati iste rezultate. Svaka osoba je drugačija na svoj način i sve svoje potrebe zadovoljava drugačije od drugih. Virginia Henderson opisuje 14 osnovnih ljudskih potreba baziranih na Maslowljevoj piramidi potreba. Ona smatra da medicinske sestre treba pomagati bolesniku ovisno o 14 osnovnih ljudskih potreba. [40] One su:

1. pomoć pri disanju
2. pomoć pacijentu pri konzumiranju hrane i tekućine
3. pomoć pacijentu pri eliminaciji
4. pomoć pacijentu prilikom kretanja i promjeni položaja
5. pomoć pri odmoru i spavanju
6. pomoć prilikom izbora odgovarajuće odjeće i obuće
7. pomoć pacijentu u održavanju normalne tjelesne temperature
8. pomoć pacijentu prilikom održavanja osobne higijene

9. pomoć pacijentu pri izbjegavanju opasnosti i osiguranje sigurnosti

10. pomoć pri komunikaciji

11. pomoć pacijentu da prakticira svoju religiju

12. pomoć u radu

13. pomoć pri rekreativnim aktivnostima

14. pomoć pacijentu pri učenju. [40]

Teoretičarka sestринства, Henderson smatra da bi medicinska sestra treba biti sposobna zadovoljiti ove potrebe sve dok pojedinac ne postane neovisan. Ako grupiramo prethodno navedene potrebe, prvih deset i trinaesta odnose se na fizički segment pojedinca, dvanaesta i trinaesta odnose se na psihički, a jedanaesta na duhovni segment pojedinca. Naravno, u holističkom pristupu smatra se da se promjene u jednom djelu pojedinca odnose na cijeli organizam s obzirom da svi dijelovi čovjeka su u međusobnoj interakciji.

Kroz kontinuiranu edukaciju zdravstvenog osoblja, adekvatnom komunikacijom, zadovoljavanjem bioloških, psiholoških i socijalnih potreba bolesnika, uključivanjem obitelji i zdravstvenih djelatnika u zbrinjavanje možemo omogućiti cjelovitost ljudskog funkcioniranja i bolju kvalitetu skrb često multidisciplinarnom suradnjom. Medicinske sestre provedu 80% vremena pacijentovog zbrinjavanja u bolnici. Samim time medicinska sestra svojim znanjem i kontinuiranom edukacijom treba znati prepoznati potrebe pojedinca. Holističkim pristupom možemo doprinijeti povećanju kvalitete skrbi za bolesnika, boljom zdravstvenom njegom, boljem ishodu liječenja te kvaliteti života bolesnika i života njegove obitelji. [41]

5.1 Učinkoviti čimbenici u pružanju holističke skrbi

Holistička skrb opisana je kao ponašanje koje prepoznaje osobu u cjelini i priznaje međuovisnost između svojih bioloških, društvenih, psiholoških i duhovnih aspekata, uključuje širok raspon pristupa, uključujući lijekove, obrazovanje, komunikaciju, samopomoć i komplementarno liječenje. U holističkom pristupu uzimaju se u obzir svi aspekti pacijenata i njihovi učinci na proces liječenja, a misli, emocije, kulture, mišljenja i stavovi pacijenata doprinose oporavku, sreći i zadovoljstvu poštujući ljudsko dostojanstvo. Odnos između pružatelja zdravstvene zaštite i pacijenata temelji se na poštovanju, relativnoj otvorenosti, jednakosti i uzajamnosti te pacijenti sudjeluju u donošenju odluka u ovakvoj vrsti skrbi. Poticanje brige o sebi još je jedan aspekt cjelovite skrbi koji vodi do terapijske konzultacije, nade, dostojanstva, samodiscipline, društvenog rasta te osjećaja autonomije. Holistička skrb

povećava dubinu razumijevanja davatelja zdravstvene skrbi o pacijentima i potrebama. Educirati pacijente o skrbi o sebi i pomoći im da samostalno obavljaju svoje dnevne aktivnosti dio je holističke skrbi što je često primjer kod palijativne skrbi kao dio je holističke skrbi koja poboljšava kvalitetu života pacijenata i njihovu emocionalnu i fizičku dobrobit. Holistička skrb povećava svijest o samoj sebi i potiče na razvoj samopoštovanja kod pacijenata te uzrokuje da medicinske sestre bolje razumiju učinke bolesti na cijeli život osobe i njezine prave potrebe. Poboljšava sklad između uma, tijela, emocija i duha u okruženju koje se stalno mijenja. [42]

Nažalost, postoje dokazi da je većina medicinskih sestara obrazovana sa biomedicinskim fokusom i ne razumije dobro značenje holističke skrbi ili nisu upoznate s holističkom skrbi, zanemaruju ovaj model skrbi, ne koriste ovu metodu i uzimaju u obzir samo tjelesne potrebe pacijenata. [43,44]

U tom smislu se ne rješavaju ostale potrebe pacijenata, a ponekad i ozbiljniji problemi kao što su to mentalne, duhovne i društvene potrebe pacijenata. Korištenje samo običnog medicinskog pristupa za liječenje izlaže pacijente ozbiljnim prijetnjama, komplikacijama liječenja, produljenje hospitalizacije i povećava troškove liječenja. U mnogim zemljama, poput Velike Britanije, Australije i Irana, cjelovitih aspekata potrebe pojedinca često se zanemaruju. Slične studije provedene u SAD -u otkrile su da 67% američkih pacijenata u bolnicama ne prima holističku skrb, a studija provedena u Engleskoj pokazala je da samo 5% hospitalizirani pacijenti bili su podvrgnuti cjelovitoj skrbi. [42]

Pregled literature u ovom području pokazuje da je većina studija ograničena na određena područja, poput operacijskih dvorana ili starijih pacijenata koji su bili neizlječivo bolesni. Prema rezultatima dobivenim iz nekoliko studija, na holističku skrb negativno utječu faktori kao što su neodgovarajuće vrijeme, neodgovarajući profesionalni odnosi, nepotpuni izvještaji medicinskih sestara, neadekvatna klinička kontrola, nedostupnost resursa, loša profesionalna i administrativna percepcija, ograničeno znanje te motivacijske i organizacijske čimbenike. S obzirom da postoji veliki utjecaj holističke skrbi na liječenje i učinkovitiju zdravstvenu njegu, zdravstveni sustavi u mnogim zemljama posljednjih su desetljeća pokušali promicati holističku skrb u obrazovnom i administrativnim sustavima, ali studije pokazuju da su njihovi napori bili bezuspješni. [42]

Provedeno istraživanje 14 medicinskih sestara iz sveučilišnih bolnica u Iranu došlo je do rezultata koji potvrđuju da obrazovna struktura, profesionalno okruženje i motivacijski čimbenici najviše utječu na pružanje cjelovite skrbi. [45]

5.2 Pozitivni ishodi holističke skrbi

Analiza koncepata holističke skrbi prema hibridnom modelu može se razjasniti njezino značenje koje će potaknuti medicinske sestre na uključivanje holističke skrbi u nastavne planove i olakšati njezinu pružanje u praksi. Ovo istraživanje podržalo je Medicinsko sestrinstvo i primalje Sveučilišta medicinskih znanosti Tabriz, Iran. U istraživanju je proveden intervju iz kojeg možemo izvući zanimljive izjave o pozitivnim posljedicama holističke skrbi. [46]

“Poboljšanje procesa liječenja”
“Osjećaj osobnog razvoja medicinskih sestara”
"Poboljšanje procesa liječenja pacijenata proizašlo je "prevencije depresije pacijenata", poboljšanih tjelesnih uvjeta" i "smanjenja trajanja hospitalizacije".
„Rješavanje različitih potreba pacijenata poboljšava njihove uvjete ozdravljenja i smanjuje duljinu hospitalizacije“
„Stres dovodi do gastritisa i drugih tjelesnih problema u pacijenata te produžuje proces oporavka“
„Emocionalna podrška pacijentu pomaže pacijentu da bolje podnese bolest, više surađuje s pružateljima zdravstvenih usluga i brže se oporavi“
“Kad zadovoljim različite potrebe svojih pacijenata, osjećam se korisnim i od pomoći, a to povećava moju motivaciju.”
„Zadovoljavanje potreba mojih pacijenata daje mi moć i čini me većim zanimanjem za moju profesiju te me motivira da pružim bolju njegu i razmotrim različite potrebe svojih pacijenata“

Table 5.2.1: Izjave o pozitivnim posljedicama holističke skrbi Izvor:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5294442/>

S obzirom na povećanje osjećaja osobnog razvoja kod medicinskih sestara, sudionici su spomenuli da se rješavanjem različitih potreba pacijenata osjećaju zadovoljni, sposobni, korisni i profesionalno ispunjeni. [46]

Iz navedenog istraživanja zaključeno je da holistička skrb iskazuje poštovanje prema vrijednostima pacijenata, komunikacija s pacijentom je naglašenija, udobnost pacijenta je glavni cilj. Holistička skrb uključuje emocionalne, obrazovne i tjelesne potrebe svakog pojedinca. Prema sudionicima i literaturi, cjelovita skrb vodi do prevencije depresije pacijenata, poboljšanja tjelesnih uvjeta, smanjenja trajanja hospitalizacije i bržeg oporavka Holistička skrb povećava

osjećaj osobnog razvoja kod medicinskih sestara: čini da se medicinske sestre osjećaju zadovoljno, sposobno i korisno, a samim time i medicinske sestre tjera da ostanu u svojoj profesiji. Za potkrjepljenje zaključka prethodno spomenutog istraživanja izdvojiti ćemo izjave medicinskih sestara koje su sudjelovale u ovom istraživanju. [46]

“Bliskim i dobrim odnosom sa svojim pacijentima mogu prepoznati njihove potrebe i zadovoljiti ih”
"Dobra komunikacija s pacijentom odlika je medicinskih sestara koje pružaju sveobuhvatnu skrb, a tu sam kvalitetu često vidio."
“Profesionalna predanost glavni je faktor koji me tjera da odgovorim na različite potrebe svojih pacijenata i pružim bolju njegu”
"Zanemarivanje potreba pacijenata izaziva osjećaj krivnje."
“Moja vjerska uvjerenja pomažu mi u prevladavanju problema koje izazivaju vlasti i moje kolege: Ponekad me optužuju za licemjerje ili jednostavno odbijaju suradnju sa mnom. Ipak, svu svoju pozornost usmjeravam na svoje pacijente jer vjerujem da je Bog odabrao mene da se brinem o njima i osjećam se odgovornom za njih. Zbog svojih uvjerenja nikada ne zanemarujem potrebe svojih pacijenata; Često ih posjećujem, brinem se o njihovim potrebama i poštujem ih. Zbog svoje religioznosti bolje razumijem svoje pacijente i njihove potrebe ”
“Jedan od razloga zašto uvijek brinem o potrebama svojih pacijenata je moje uvjerenje o etičkom ponašanju. Vjerujem da je ignoriranje potreba pacijenata neetično; čini mi se krivim što sam ravnodušan prema potrebama pacijenta. Moralna osoba ne može zanemariti potrebe pacijenata ”

Table 5.2.2: izjave medicinskih sestara koje su sudjelovale u istraživanju Izvor:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5294442/>

Profesionalna predanost bila je još jedna kvaliteta na koju su se sudionici usredotočili. Vjera i etika može uvelike povećati nečiju pažnju prema različitim potrebama pacijenata.

5.3 Dobra komunikacija kao preduvjet za stvaranje kvalitetnog profesionalnog i empatijskog odnosa

Dobrobit svakog pojedinca jedno je od osnovnih etičkih načela. Poštujući ovo načelo medicinska sestra i pacijent održavaju partnerski odnos tijekom cijelog pružanja sestrinske skrbi. Načinom na koje provodi pojedine postupke, zdravstvenu njegu, sestrinske intervencije, verbalnom i neverbalnom komunikacijom, medicinska sestra čuva dostojanstvo pojedinca, njegove obitelji i zajednice. Pokazujući zainteresiranost, empatiju, razumijevanje, medicinska

sestra potiče pacijenta na izražavanje vlastitih misli, želja i potreba. Načelo jednakosti i pravednosti jamči jednak pristup i kvalitetu "usluga" svima bez obzira na vrstu bolesti ili nedostatke, bez obzira na spol, dob, vjersko opredjeljenje i slično. [11]

Prva istraživanja komunikacije između zdravstvenih djelatnika i bolesnika pokazala su da je komunikacija često nedovoljna i nerazumljiva za veliki dio bolesnika. Zbog tih nedostataka ne ostvaruje se uzajamno zadovoljstvo, odnos povjerenja, stvaranje osjećaja međusobnog razumijevanja, suosjećanja i podrške. Komunikacija između medicinske sestre i bolesnika je važna jer doprinosi bržem oporavku bolesnika kroz pridržavanje zdravstvenih preporuka te smanjuje osjećaj straha i tjeskobe. [19] Također, istraživanja su pokazala znatna poboljšanja koja se mogu postići dobrim komunikacijskim vještinama: osjećaj većeg zadovoljstva i manji stres kod zdravstvenog osoblja, kao i veće zadovoljstvo pacijenata, točnost dijagnoze je veća, pridržavanje uputa o liječenju, veće razumijevanje problema, manja psihosocijalna patnja te općenito bolji ishod liječenja. [19]

Komunikacija je složena pojava kojom razmjenjujemo misli, osjećaje, potrebe i informacije te nastaje iz potrebe odnosa sa drugima. Komunikacija zdravstvenih djelatnika i pacijenta može biti verbalna i neverbalna, svjesna i nesvjesna, namjerna i nenamjerna i služi kao prijenos informacija. Komunikacija se uči ali s druge strane, to znanje i vještine komunikacije mogu olakšati stresne situacije kao priopćavanje loših vijesti, emocionalno proživljavanje pojedinca, donošenje odluka i slično. Sigurnost komunikacije ovisi o tome na koji način je dana informacija. S obzirom na prisutnost emocionalnih reakcija ona može biti ugodna, pažljiva, u dobrom atmosferu ili visokom tolerancijom. S druge strane, može biti ispunjena strahom, netrpeljivošću, otvorenom agresijom a mogu ju ometati halucinacije i delirij kod bolesnika s manifestnim patološkim simptomima. Način komunikacije može biti presudan na način i ishod liječenja. Postoji značajna povezanost načina komunikacije s anksioznosti, psihičkog stresa i očitovanja simptoma bolesti, zbog čega najčešće dolazi do nesuradnje, nezadovoljstva ili čak odbijanja liječenja. Komunikacija je osnovni čimbenik za razvijanje primjerenih međuljudskih odnosa te da bi bila učinkovita sudionici moraju osjetiti korist od nje, osjetiti važnost poštovanja svake osobe i pružiti joj dužnu pažnju. Da bi mogli uspješno komunicirati, ljudi moraju naučiti poštovati razlike u osobnosti. [47] Pojedina istraživanja pokazala su da najmanje pažnje je posvećeno komunikaciji medicinska sestra-pacijent i zadovoljstvu pacijenata.[48]

Provedeno istraživanje u Klinici za kirurgiju u vremenskom periodu tijekom rujna i listopada 2016.godine u Kliničkom bolničkom centru Osijek dotaklo se teme zadovoljstva pacijenata komunikacijom medicinskih sestara na prethodno navedenom odjelu. Istraživanje je provedeno na 141 ispitanika. U istraživanju se ne slaže s tvrdnjom da im se medicinska sestra uvijek

predstavi 43 (30,5 %) ispitanika; 90 (63,8 %) da često razgovaraju o ispitaniku i njegovoj bolesti kao da nije prisutan; njih 37 (26,2 %) se ne slaže s tvrdnjom da je nezadovoljavajuća komunikacija jedan od glavnih problema između medicinskih sestara i pacijenata. Niti se slaže niti se ne slaže s tvrdnjom da medicinska sestra može prepoznati kako se ispitanik osjeća 49 (34,8 %) ispitanika. U potpunosti se slaže s tvrdnjom, 112 (79,4 %) ispitanika, da je dobra komunikacija tijekom boravka u bolnici važna za njihovo ozdravljenje, te njih 97 (68,8 %) da ih medicinska sestra uvijek pozdravi prilikom ulaska u sobu. [49]

Komunikacija medicinska sestra-pacijent je kompleksan fenomen jer se naglašava povratak medicini koja je usmjerena prije svega na čovjeka a ne medicini orijentiranoj na bolest. Zdravstvena njega orijentirana na osobu zalaže se za jednake mogućnosti za sve, osobito u dostupnosti skrbi. Osobito se zalaže za autonomiju i prava pojedinca za zdravstvenom skrbi uz stalno poštivanje ljudskog života i dostojanstva. Samo osobno iskustvo, intuicija, empatija ili talent nisu dovoljni za dobru profesionalnu komunikaciju medicinskih sestara. Važna je edukacija iz komunikacijskih vještina jer se jedino učenje može postati bolji komunikator. Sve je u ljudskom odnosu, odnosu čovjeka prema čovjeku. Važno je naglašavati tu komponentu liječenja u kojoj čovjek čovjeku treba biti lijek! (Homo homini medicamentum est!) [50]

6 Važnost kontinuiranog obrazovanja medicinskih sestara

I obrazovanje medicinskih sestara prolazilo je kroz mnoge promjene. Početkom prošlog stoljeća medicinske sestre iz Hrvatske su završavale sveučilišne studije sestrinstva na sveučilištima u zemlji ili inozemstvu. Krajem pedesetih godina ukinuto je sveučilišno a uvedeno srednjoškolsko obrazovanje do 1969.godine. Najveći broj udžbenika za medicinske sestre u Hrvatskoj napisali su liječnici te su liječnici predavali u srednjoškolskom obrazovanju za medicinske sestre. Tek početkom 90.tih godina medicinske sestre sa sveučilišnim stupnjem obrazovanja počele su predavati kao profesorice u srednjoj školi. Danas se u profesionalnom sestrinstvu inzistira da obrazovanje bude usmjereno i na vještinama kritičkog razmišljanja, socijalnoj i političkoj snalažljivosti. U obrazovanju je uvedene etika i etički koncepti, standardi ponašanja, a tek je 1997.godine uvedena etika kao predmet u sestrinstvu. [9]

Medicinske sestre danas ulaži mnogo truda kako bi se uistinu razvile u autonomnu profesiju koja se razvija kroz sve stupnjeve visokog obrazovanja. To uključuje dobro teorijsko i praktično korištenje znanja i spoznaja iz vlastita područja, ali i iz područja drugih znanosti, što bi stvorilo promjene u percepciji i stajalište javnosti o sestrinstvu. [12] Kontinuirana edukacija medicinskih sestara usmjerena je na unaprjeđenju kvalitete zdravstvene njege. [51]

Reformatorima sestrinstva bilo je jasno da brz razvoj zdravstvenog sustava prati razvoj i sestriinske profesije te visoki standardi koji su utemeljeni jedino kvalitetnim visoko educiranim medicinskim sestrama. Ann Bradshaw, kao moderna teoretičarka sestrinstva dijelila je mišljenje da se školovanje medicinskih sestara treba temeljiti na učenju Florence Nightingale jer takav model primjene teorije i prakse budućim medicinskim sestrama daje širok obujam znanja za individualnu primjenu prema potrebama pojedinog pacijenta. Praktična nastava bi se trebala obavljati pod vodstvom mentora te uz stalni nadzor glavne sestre i ostalih sestara. Ann Bradshaw ističe da kompetentne medicinske sestre moraju biti sposobne objektivno obrazložiti svoje aktivnosti i da moraju biti sposobne koristiti se širokim znanjima koje su stekle školovanjem. Isticala je da su i antički filozofi smatrali da su vrline karaktera rezultat učenja, pa u skladu s tim osim primjenom znanja, medicinska sestra bi trebala posjedovati osobine kao što su ljubaznost, suosjećajnost, postojanost i pristojnost. Također je smatrala da model Florence Nightingale je osnova za provođenje kvalitetne zdravstvene njege, te da njezin humani karakter treba biti inspiracija za moralno promišljanje. [12]

Istraživanja su potrebna za osiguranje novih podataka potrebnih za obrazovanje medicinskih sestara. Sestriinska istraživanja nastoje doprinijeti sestrinstvu, unaprijediti zdravstvenu njegu

širenjem znanja i prakse. Bez daljnjih istraživanja nema mogućnosti za razvoj sestrinstva kao samostalne profesije. [1] Zdravstvena istraživanja važna su za poboljšanje zdravlja, kvalitete i zadovoljstva pacijenata. Iako se zdravstvena istraživanja danas provode u sve većem broju, medicinske sestre još uvijek ne provode znanstveno-istraživački rad u tolikoj mjeri u kolikoj ih provode liječnici. Kako bi se sestrinstvo poboljšalo kao disciplina, važno je da medicinske sestre provode istraživanja koja se temelje na dokazima sa glavnim ciljem dobrobiti pacijenata. [52] Sestrinska istraživanja u 21.stoljeću trebala bi osigurati znanstvenu bazu podataka koju bi mogle koristiti medicinske sestre u cijelom svijetu. [53] Razna istraživanja iz područja sestrinstva podrazumijevala bi utjecaj intervencija u zdravstvenoj njezi na ishode, praksu utemeljenu na dokazima, primarnu zdravstvenu zaštitu, zdravstvenu njegu u kući, zadovoljstvo medicinskih sestara poslom, kvalitetu života medicinskih sestara, dostupnost zdravstvene njege, financiranje zdravstvene skrbi i kvalitetno educiranih medicinskih sestara. [54]

7 Zaključak

Razvojem procesa zdravstvene njege znatno se razvio i zdravstveni sustav a sestrinski rad je postao mnogo kvalitetniji. U ovom radu nastoji se naglasak dati na pacijentu kao subjektu u procesa zdravstvene njege. Proces zdravstvene njege kroz sve svoje faze može osvijestiti na važnosti provođenjem sve većeg broja istraživanja, edukacije i primjenu novih znanja kroz rad medicinskih sestara. Danas kroz holistički pristup pacijent je centar zbivanja, on je subjekt kroz proces zdravstvene njege. Primjenom teorije motivacije A. Maslowa uviđa se važnost opširnijeg pristupa pacijentu. Teorije A. Maslowa primjenjuju se i na medicinsku sestru. Neprekidnim davanjem drugoj osobi, pogledom holistički, nastojeći što više zadovoljiti potrebe drugog. Svaki dan kroz proces zdravstvene njege medicinska sestra napreduje kao pojedinac. Osvješćivanjem studenata zdravstvenih usmjerenja na ljepotu brige za drugog i koliko je ona kompleksna dajemo im motivaciju za kontinuiranim razvojem. Provedbom mnogih istraživanja uviđamo stvarno stanje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj i u svijetu. Profesionalnim statusom sestrinstva razvile su se strukovne i zakonske odrednice profesionalnog djelovanja medicinskih sestara. Poštivanjem etičkog kodeksa i primjenom procesa zdravstvene njege uvažavaju se holističke potrebe zdravlju, bolesti i patnje pacijenata. Profesionalna odgovornost etičkog djelovanja dio je holističkog pristupa. Pružanjem holističke skrbi uviđaju se čimbenici i očekivanja profesionalnog djelovanja. Razvojem zdravstvenog sustava razvija se potreba za kontinuiranim obrazovanjem medicinskih sestara i nužnosti provođenja zdravstvenih istraživanja.

8 Literatura

[1]Čukljek S.: Osnove zdravstvene njege, priručnik za studij sestrinstva, Zdravstveno veleučilište Zagreb 2005.

[2]Tecnical report, Improving patient safety in the EU prepared for the European commision, 2008.

[3]J. Starc Učinkovita komunikacija i rješavanje sukoba između medicinske sestre i pacijenta, JAHS 2016., str. 133-147

[4]Sitzia How valid and reliable are patient satisfaction dana? And analysis of 195 studies. Int Journal gor Quality in Helath Care, 1999.

[5]B. Špes Dejavniki ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov ter organizacijo dela na primarnema nivoju, Maribor 2017

[6]D. Baddley Enhancing Effective Communicating Among Non- Verbal Patients, Pediatric Nursing, 2018, str. 144-146

[7]https://books.google.hr/books/about/Communication_and_Interpersonal_Skills_f.html?id=HocrAQAAMAAJ&redir_esc=y

[8][file:///home/maja/Preuzimanja/informiranost_i_zadovoljstvo_pacijenata_sestrinskom_skrb_i_florijanic%20\(1\).pdf](file:///home/maja/Preuzimanja/informiranost_i_zadovoljstvo_pacijenata_sestrinskom_skrb_i_florijanic%20(1).pdf)

[9]Kalauz S.: Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma, Pergamena Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb 2011.

[10]Mojsović Z. i sur.: Sestrinstvo u zajednici. Zagreb: Visoka zdravstvenaškola; 2005.

[11]Gavranić D., Iveta V., Sindik J., Konceptualni modeli sestrinstva i načela sestrinske prakse, Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa "hrčak"[Sestrinski glasnik, Vol. 21 No. 2, 2016. https://hrcak.srce.hr/161085](https://hrcak.srce.hr/161085)

[12]Kalauz S.: Etika u sestrinstvu, Medicinska naklada Zagreb, 2012.

[13]Usp.Terence J.Johnson: Professions and power, Macmillian, London, 1981.,str. 21.-23.

[14]Priest H.: Uvod u psihološku njegu u sestrinstvu i drugim zdravstvenim strukama, Naklada slap, srpanj 2014.

[15]Smoljić M.: Zakonodavstvo u zdravstvu , Veleučilište "Lavoslav Ružička" u Vukovaru, 2014.

[16]Kozić S.: Odgovoran sestrinski pristup prema pacijentu, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2015 <https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A680/datastream/PDF/view> dostupno: 10.09.2021.

[17]Hrvatska komora medicinskih sestara, Etički kodeks medicinskih sestara http://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_Eticki%20kodeks.pdf dostupno: 10.09.2021.

[18]Fučkar G.: Proces zdravstvene njege, Medicinska naklada Zagreb, 2012.

[19]Havelka Meštorvić A., Havelka M.: Zdravstvena psihologija Psihosocijalne osnove zdravlja, 3.,dopunjeno i prošireno izdanje, Naklada Slap, 2020.

[20]Havelka M., Havelka Meštrović A.: Zdravstvena psihologija, Biopsihosocijalne odrednice zdravlja, Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2013.

[21]World Health Organization Outbreak Communication Planning Guide. dostupno na <http://www.who.int/ihr/elibrary/WHOOutbreakCommsPlanngGuide.pdf>

[22]Puljić Z., Samoostvarene osobe u psihologiji A.H.Maslowa https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi6-6LUjc7yAhXig_0HHcP5CUkQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fhrcak.srce.hr%2Ffile%2F133546&usg=AOvVaw1Hl6X_awN5OBYN6SxTj-Ol dostupno: 26.08.2021.

[23] Metodički pristup nastavi procesa zdravstvene njege -Planiranje zdravstvene njege Alavanja, Antonela, Završni radUniversity of Pula, Sveučilište Jurja Dobrile u Puli [file://home/maja/Preuzimanja/završni_rad_konacna_verzija_antonela.pdf](file://home/maja/Preuzimanja/zavrсни_rad_konacna_verzija_antonela.pdf) preuzeto: 26.09.2021.

[24] Golubić T., Diplomski rad: iskustvo i zadovoljstvo pacijenata perioperativnom zdravstvenom njegom u Županijskoj bolnici Čakovec

Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek, 2018.

<https://zir.nsk.hr/islandora/object/mefos:926>

[25]Gusar I. :Zadovoljstvo bolesnika kvalitetom pruženih usluga u Općoj bolnici Zadar, Diplomski rad, Split 2015. Sveučilište u Splitu <https://zir.nsk.hr/islandora/object/ozs%3A61/datastream/PDF/view> dostupno: 26.09.2021.

[26] Agency for Healthcare Research and Quality, What is patient experience? <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html> dostupno: 10.09.2021.

[27] Author for correspondence: Jasminka F.: Health Centre of the Ministry of the Interior of the Republic of Croatia, Patient Satisfaction with the Work of Nurses in Primary Health Care https://hrcak.srce.hr/index.phpshow=clanak&id_clanak_jezik=347213 dostupno: 26.09.2021.

[28]Grol R, Wensing M. Patients Evaluate General/Family Practice: The EUROPEP Instrument. Nijmegen: Center for Quality of Care Research; 2000 dostupno: 10.09.2021.

[29]Gagan MJ, Maybee P. Patient satisfaction with Nurse Practitioner care in primary care settings. Aust J Adv Nurs. 2011;28:12-9.dostupno: 10.09.2021.

[30]Larrabee JH, Ferri JA, Hartig MT. Patient Satisfaction with Nurse Practitioner Care in Primary Care. J Nurs Care Qual.1997;11(5):9-14.dostupno: 10.09.2021.

[31]Hooker RS, Ciper DJ, Sekscenski E. Patient Satisfaction with Physician Assistant, Nurse Practitioner, and Physician Care: a national Survey of Medicare Beneficiaries. JCOM. 2005;12:2 dostupno: 10.09.2021.

[32]Novaković J. Zadovoljstvo pacijenata radom medicinskih sestara/tehničara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti [diplomski rad]. Osijek: Medicinski fakultet Osijek; 2017. Croatian.

[33]Havelka M. Zdravstvena psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1998.

[34]Kutney LA, Wu ES, Sloane DM, Aiken LH. Changes in Hospital Nurse Work Environments and Nurse Job Outcomes: An Analysis of Panel Data. Int J Nurs Stud. 2013;50:195–201. dostupno: 10.09.2021.

[35](Department of Health 2010, Care kvalitete komisija 2011, Komisija je na dostojanstvo briga za starije osobe 2012.) Bridges J, Nicholson C, Maben J, Pope C, Flatley M, Wilkinson C, Meyer J, Tziggili M.Capacity for care: meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship. J Adv Nurs. 2013;69:760-72 dostupno: 10.09.2021.

[36]Lu M, Ruan H, Xing W, Hu Y. Nurse burnout in China: a questionnaire survey on staffing, job satisfaction, and quality of care. J Nurs Manag. 2013; doi: 10.1111/jonm.12150 dostupno: 10.09.2021.

[37]Kutney LA, Wu ES, Sloane DM, Aiken LH. Changes in Hospital Nurse Work Environments and Nurse Job Outcomes: An Analysis of Panel Data. Int J Nurs Stud. 2013;50:195–201.dostupno: 10.09.2021.

[38] The patient's experience of being a human subject <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2500238/> dostupno: 26.09.2021.

[39] Patient involvement in clinical research: why, when, and how
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4854260/> dostupno:10.09.2021.

[40]Marriner-Tomey A, Raile Alligood M. Nursing Theorists and Their Work. (5 ed.). USA: Mosby; 2002. dostupno:10.09.2021.

[41]Smrekar, Martina; Konjevoda, Vesna; Rašić, Irena

HOLISTIČKI PRISTUP U ZBRINJAVANJU KIRURŠKOG BOLESNIKA, 2017. Hrvatska znanstvena biografija <https://www.bib.irb.hr/945612> dostupno:10.09.2021.

[42]Effective Factors in Providing Holistic Care: A Qualitative Study
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441185/> dostupno: 10.09.2021.

[43]Selimen D, Andsoy II. Važnost holističkog pristupa tijekom perioperacijskog razdoblja. GRAD J. 2011; 93 : 482–90.

[44]Olive P. Cjelovita sestrinska njega pacijenata s lakšim ozljedama koji pohađaju odjel A i E. *Accid Emerg Nurs.* 2003; 11 : 27–32.

[45]Hrvatsko sestrištvo u susret Europskoj uniji, Grand Hotel Adriatic, Opatija, 24.-26.3.2011. <https://www.zvu.hr/arhiva/opatija/arhiva/2011/zbornik/zbornik.pdf> dostupno: 10.09.2021.

[46]A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5294442/> dostupno: 26.09.2021.

[47]Gregurek R.: Psihološka medicina, Medicinska naklada Zagreb, 2011.

[48]Assessment of nurse–patient communication and patient satisfaction from nursing care, Wiley online library <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.316> dostupno: 28.08.2021.

[49]Jalšovec, A.: Zadovoljstvo pacijenata komunikacijom medicinskih sestara na Klinici za kirurgiju Kliničkog bolničkog centra Osijek
<https://repositorij.mefos.hr/en/islandora/object/mefos:457> dostupno: 10.09.2021.

[50]Braš M., Đorđević V., Miličić D.: Komunikacija liječnika i bolesnika
<http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2011/03/038.pdf> dostupno: 25.08.2021.

[51]Barbara Montgomery Dossey, Dossey, Lynn Keegan Holistic Nursing: A Handbook for Practice
<https://books.google.ws/books?>

[id=E_tnelejwUC&printsec=frontcover&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false](#) dostupno:
22.08.2021.

[52]Spevan M.: Znanstveno istraživački rad u sestrinstvu u Republici Hrvatskoj Nursing scientific-research work in Croatia,Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa "hrčak",[Sestrinski glasnik, Vol. 24 No. 2, 2019. https://hrcak.srce.hr/225717](#) dostupno:
29.08.2021.

[53]Raković I.: Sestrinstvo utemeljeno na dokazima – prepreke za primjenu u praksi, Diplomski rad, Svaučilište u Zagrebu Medicinski fakultet, Zagreb, 2018.
<https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A2015/datastream/PDF/view> dostupno:
22.08.2021.

[54]Lučanin D., Sedić B., Čukljek S.: Sestrinska istraživanja – pokretači profesionalnog razvoja, CROSB I Hrvatska znanstvena bibliografija, Opatija, Hrvatska, 15-17.05.2008
<https://www.bib.irb.hr/697803> dostupno: 28.09.2021.

Popis slika

Slika 3.1.1: Sestrinski problemi na pripadajućim razinama Maslowljeve ljestvice.....	16
Slika 3.1.2: Sestrinske probleme rasporedite u pripadajuću razinu Maslowljeve piramid.....	17
Slika 4.1.1: Prosječni rezultat na tri čestice koje tvore zadovoljstvo medicinskim sestrama/tehničarima Općoj bolnici Zadar.....	21

Popis tablica

Tablica 4.1.1: Procjene ponašanja medicinskih sestara/tehničara na odjelu ili u Sali te postupci provedene osobne higijene od strane medicinskih sestara/tehničara u Županijskoj bolnici Čakovec na odjelima službe za kirurške djelatnosti.....	20
Tablica 5.2.1: Izjave o pozitivnim posljedicama holističke skrbi.....	29
Tablica 5.2.2: Izjava medicinskih sestara koje su sudjelovale u istraživanju.....	30

UNIVERSITY
NORTH

Sveučilište
Sjever



SVEUČILIŠTE
SJEVER

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, MAJA MARTINA ČUKIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PACIJENT KAO SUBJEKT U PROCESU ZDRAVSTVENE NEKE (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Maja Martina Čukić
(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, MAJA MARTINA ČUKIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PACIJENT KAO SUBJEKT U PROCESU ZDRAVSTVENE NEKE (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Maja Martina Čukić