

Znanja i stavovi studenata sestrinstva o sestrinskoj dokumentaciji

Kaser, Tonka

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:650464>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-30**

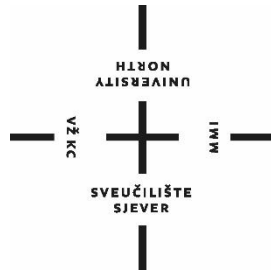


Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**



DIPLOMSKI RAD br. 301/SSD/2023

**ZNANJA I STAVOVI STUDENATA
SESTRINSTVA O SESTRINSKOJ
DOKUMENTACIJI**

Tonka Kaser

Varaždin, rujan 2023.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN
Studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 301/SSD/2023

**ZNANJA I STAVOVI STUDENATA
SESTRINSTVA O SESTRINSKOJ
DOKUMENTACIJI**

Student:
Tonka Kaser, 0700/336

Mentor:
doc. dr. sc. Ivana Živoder

Varaždin, rujan 2023.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODIEL	Sestrinstvo		
STUDIJ	Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo - menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Tonka Kaser	MATIČNI BROJ	0700/336
DATUM	17.07.2023.	KOLEGIJ	Prava i obaveze u zdravstvenoj struci
NASLOV RADA	Znanja i stavovi studenata sestrinstva o sestriinskoj dokumentaciji		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Nursing students knowledge and attitudes about nursing documentation		
MENTOR	dr. sc. Ivana Živoder	ZVANJE	docent
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberger, predsjednik 2. doc.dr.sc. Ivana Živoder, mentor 3. izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić, član 4. izv.prof.dr.sc. Tomislav Meštović, zamjenski član 5.		

Zadatak diplomskog rada

BROJ	301/SSD/2023		
OPIS	<p>Od vremena Florence Nightingale sestriinska dokumentacija smatrana je vitalnim dijelom profesionalne sestriinske skrbi. Priznata je u cijelom svijetu kao jedna od bitnijih stvari koje naglašavaju profesionalnu autonomiju. Primjena teorijskih znanja i interpretacija pacijentovih podataka omogućuje razvoj sestriinske prakse utemeljene na dokazima. Pružanje kvalitetne zdravstvene njege ujedno ovisi i o pristupu informacijama. Osim pružanja njege pacijentima, drugi prioritetni zadatak je razmjena informacija o pacijentima. Glavni izvori informacija su sestriinske bilješke ili planovi zdravstvene njege. Sestriinsku dokumentaciju možemo opisati kao odraz cjelokupnog procesa pružanja neposredne skrbi pacijentima. U sklopu diplomskog rada provoditi će se istraživanje na temu "Znanja i stavovi studenata sestrinstva o sestriinskoj dokumentaciji". Cilj istraživanja je saznati znanja i stavove studenata sestrinstva o sestriinskoj dokumentaciji.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- definirati što je to sestriinska dokumentacija- opisati dijelove sestriinske dokumentacije i ulogu sostrinske dokumentacije kao pravne zaštite- prikazati rezultate dobivene istraživanjem- citirati korištenu literaturu		
ZADATAK URUČEN	11.09.2023.	BOTRIS MENTORA	



Očisti obrazac

Predgovor

Najprije bih se željela zahvaliti svojoj mentorici, doc. dr. sc. Ivani Živoder na prihvaćanju mentorstva, usmjeravanju, razumijevanju i strpljenju te na svim stručnim savjetima koje mi je pružila tijekom pisanja ovog diplomskog rada.

Ujedno se ovim putem zahvaljujem profesorima koji su u ove dvije godine diplomskog studija dijelili i prenosili svoja znanja i iskustva. Svojim kolegama i kolegicama Odjela za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje s JIL-om Županijske bolnice Čakovec željela bih zahvaliti na razumijevanju i podršci. Kolegicama i kolegama koje sam stekla u ove dvije godine željela bih zahvaliti na prekrasnom druženju, uz njih je studiranje bilo lakše i ljepše.

Posebno se zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima koji su mi bili velika podrška tijekom studiranja.

Hvala Vam!

Sažetak

Od vremena Florence Nightingale sestrinska dokumentacija smatrana je vitalnim dijelom profesionalne sestrinske skrbi. Priznata je u cijelom svijetu kao jedna od bitnijih stvari koje naglašavaju profesionalnu autonomiju.

Sestrinska dokumentacija osmišljena je tako da pomaže i omogućava kontinuitet zdravstvene njege bolesnika. Korištenjem standardizirane terminologije i klasifikacijskih sustava pomoću sestrinske dokumentacije moguće je stvoriti sestrinsku praksu utemeljenu na dokazima. Medicinske sestre obavezne su evidentirati sve postupke provedene tijekom 24 sata. Razvijanjem sve veće autonomije u radu medicinskih sestara, prepoznata je potreba za dokumentiranjem zdravstvene njege. Opterećenje vezano uz dokumentiranje često je povezano s povećanjem medicinskih pogrešaka, zatim porastom pogrešaka prilikom dokumentiranja i sindromom izgaranja. Elektronički zdravstveni karton je izvor informacija o pacijentu u digitalnom obliku. Dobra sestrinska praksa zahtijeva detaljno vođenje dokumentacije koja je sveobuhvatna, pravovremena i točna.

U sklopu izrade diplomskog rada provodilo se istraživanje na temu „Znanja i stavovi studenata sestrinstva prema sestrinskoj dokumentaciji“. Cilj istraživanja bio je ispitati znanja i stavove studenata sestrinstva o sestrinskoj dokumentaciji, točnije svijest studenata sestrinstva o oblicima, ulozi, važnosti pravilnog vođenja sestrinske dokumentacije s ciljem unaprjeđenja provođenja zdravstvene njege, ali isto tako i o važnosti sestrinske dokumentacije kao pravne zaštite u slučaju sudskih sporova. U istraživanju je sudjelovalo 154 studenta studija sestrinstva. Iz dobivenih rezultata je vidljivo da studenti studija sestrinstva imaju pozitivne stavove prema sestrinskoj dokumentaciji. Od ukupnog broja sudionika, njih 113 (73%) slaže se da se sestrinskom dokumentacijom olakšava posao medicinskih sestara/tehničara, 141 sudionik (91%) se slaže da se pomoću sestrinske dokumentacije može poboljšati i unaprijediti kvaliteta provođenja zdravstvene skrbi, 138 sudionika (89%) njih se slaže kako se pomoću sestrinske dokumentacije Sestrinstvo može unaprijediti kao profesija i 153 sudionika (99%) se slaže da u slučaju sudske tužbe sestrinskom dokumentacijom dokazujemo rad medicinske sestre.

Ključne riječi: sestrinska dokumentacija, plan zdravstvene njege, studenti sestrinstva, elektronski zdravstveni karton, pravna zaštita

Abstract

Since the time of Florence Nightingale, nursing documentation has been considered a vital part of professional nursing care. It is recognized worldwide as one of the most important things that emphasize professional autonomy.

Nursing documentation is designed in such way that it helps and enables the continuity of patient care. Using standardized terminology and classification systems with nursing documentation, it is possible to create evidence-based nursing practice. Nurses are obliged to record all procedures they performed during 24 hours. With the development of increasing autonomy in the work of nurses, the need for documenting nursing care was recognized. Documentation burden is often associated with an increase in medical errors, followed by an increase in documentation errors and burnout. The electronic health record is a source of patient information in digital form. Good nursing practice requires detailed record keeping that is comprehensive, timely, and accurate.

As part of the diploma thesis, research was conducted on the topic "Knowledge and attitudes of nursing students towards nursing documentation". The aim of the research was to examine the knowledge and attitudes of nursing students about nursing documentation, more precisely the awareness of nursing students about the forms, role, and importance of proper management of nursing documentation with the aim of improving the implementation of health care, but also about the importance of nursing documentation as legal protection in case of court disputes. In the research 154 Nursing students participated. It is evident from the obtained results that Nursing students have positive attitudes towards nursing documentation. Of the total number of participants, 113 of them (73%) agree that nursing documentation make the work of nurses easier, 141 participants (91%) agree that nursing documentation can be used to improve and advance the quality of healthcare implementation, 138 participants (89%) agree that nursing can be improved as a profession with the help of nursing documentation and 153 participants (99%) agree that in the case of a lawsuit, nursing documentation proves the work of a nurse.

Keywords: nursing documentation, health care plan, Nursing students, electronic health record, legal protection

Popis korištenih kratica

ICN (International Council of Nurses) Međunarodno vijeće medicinskih sestara

HUMS Hrvatska udruga medicinskih sestara

HKMS Hrvatska komora medicinskih sestara

ANA (American Nurses Association) Američka udruga medicinskih sestara

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Sjevernoameričko udruženje za sestriinske dijagnoze

NIC (Nursing Interventions Classification) Klasifikacija sestriinskih intervencija

NOC (Nursing Outcomes Classification) Klasifikacija ishoda zdravstvene njege

ND (Nursing diagnosis) Sestriinska dijagnoza

EHR (Electronic Health Record) elektronički zdravstveni karton

CEZIH Centralni informacijski sustav Republike Hrvatske

IBIS Integrirani Bolnički Informacijski Sustav

BIS Bolnički Informacijski Sustav

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Sestrinska dokumentacija.....	4
2.1. Dijelovi sestrinske dokumentacije.....	5
2.2. Sestrinska procjena.....	7
2.3. Pogreške prilikom dokumentiranja.....	9
3. Planovi zdravstvene njege.....	11
3.1. Sestrinske dijagnoze.....	12
4. Sestrinska dokumentacija kao opterećenje.....	17
4.1. Sestrinska dokumentacija i sindrom izgaranja.....	18
5. Elektronski zdravstveni karton.....	20
5.1. Sestrinska dokumentacija kao dio elektronskog zdravstvenog kartona.....	25
6. Sestrinska dokumentacija kao pravna zaštita.....	28
7. Istraživanje.....	30
7.1. Cilj istraživanja.....	30
7.2. Hipoteze.....	30
7.3. Metodologija istraživanja.....	30
8. Rezultati.....	32
9. Rasprava.....	46
10. Zaključak.....	49
11. Literatura.....	51
12. Popis slika, tablica i grafikona.....	56
13. Prilog – anketni upitnik.....	58

1. Uvod

Dokumentacija dolazi iz novo latinske riječi *documentatio*, što znači primjer, uzorak, dokaz. Možemo reći da je to gradivo, materijal koji služi kao svjedočanstvo o nekom prošlom događaju, pojavi, osobi, o povijesnom zbivanju uopće; građa kojom se potkrjepljuje neka tvrdnja; skup dokumenata [1]. Drugim riječima, to je sve što je napisano ili tiskano, a ovlaštenim osobama služi kao dokaz. U Sestrinstvu, sestrinska dokumentacija služi za potrebni kontinuitet zdravstvene njege, uz to što je zakonski obavezna njome se dokazuje što je medicinska sestra provela ili možda nije provela tijekom provođenja zdravstvene njege [2].

Florence Nightingale najpoznatija je po svojoj ulozi tijekom Krimskog rata između Velike Britanije i Rusije [3]. Zajedno sa 38 medicinskih sestara poslana je bolnicu u Scutariju gdje se brinula za tisuće bolesnih i ranjenih britanskih vojnika [3]. Tijekom prve zime umrlo je 4077 vojnika, deset puta više vojnika umro je od bolesti nego od ratnih rana. U Scutarij 1855. godine poslana je sanitarna komisija [3]. Nakon ispiranja kanalizacije, čišćenja prepunih zahoda i septičkih jama, uklanjanja mrtvog konja koji je zagađivao vodu za piće u nekoliko mjeseci došlo je do pada stope smrtnosti s 42,7% na 2,2% [3]. Tijekom svojeg života Florence Nightingale nastavila je prikupljati podatke o različitim aspektima medicinske skrbi. Slala je ankete upravama bolnica, prikupljala je i analizirala zdravstvene podatke, napisala je brojna izvješća i osnovala razna povjerenstva [3]. Njezine analize dale su podatke o udjelu oporavka i smrti od raznih bolesti, prosječnoj putanji bolesti i vremenu oporavka prema dobi i spolu pacijenta [3]. Također je istraživala visoke stope zaraznih bolesti među zdravstvenim djelatnicima. Oporavljajući se od kimske groznice 1859. godine objavila je svoje *Notes on Hospitals* i *Notes on Nursing* [3]. Objavom bilješki pokrenula je promjene u vojnim bolnicama, ali isto tako pokrenula je osnivanje vlastite medicinske škole koja je započela s radom 1860. godine [3]. Zagovarala je šest okolišnih predmeta: korištenje dokaza, prozračivanje, osobnu čistoću i čistoću kućanstva, promatranje pacijenta, ispravno upravljanje okolišem i zastupanje [3]. Koristila se statističkim podacima o karakteristikama medicinskih sestara kako bi dokumentirala potrebu za medicinskim sestrama, zalagala se za prava pacijenata i javno zdravlje zajednice naglašavajući čistoću pojedinaca i njihovih stanova [3]. Podučavala je medicinske sestre vještinama i navici promatranja, uključujući što i kako promatrati i izvještavati o činjenicama, a ne o mišljenjima [3].

Iako je od njezine smrti prošlo više od 200 godina, ona je i dalje priznata kao osoba koja je revolucionirala sestrinstvo prikupljanjem i korištenjem podataka, uvođenjem higijenskih praksi smanjila je stope smrtnosti, davanjem izvješća vladinim čelnicima o promjenama potrebnima za

poboljšanje vojne zdravstvene skrbi među britanskim trupama, kao i civilnog javnog zdravstva [3].

Od vremena Florence Nightingale sestrinska dokumentacija smatrana je vitalnim dijelom profesionalne sestrinske skrbi. Priznata je u cijelom svijetu kao jedna od bitnijih stvari koje naglašavaju profesionalnu autonomiju [4]. Primjena teorijskih znanja i interpretacija pacijentovih podataka omogućuje razvoj sestrinske prakse utemeljene na dokazima [5].

Pružanje kvalitetne zdravstvene njege ujedno ovisi i o pristupu informacijama. Osim pružanja njege pacijentima, drugi prioritetni zadatak je razmjena informacija o pacijentima. Glavni izvori informacija su sestrinske bilješke ili planovi zdravstvene njege. Sestrinska dokumentacija osmišljena je tako da pomaže i omogućava kontinuitet njege pacijenata [6,7]. Pomoću nje mogu se pratiti ishodi i učinci pojedinih sestrinskih intervencija [7]. Jedna od prednosti dobre sestrinske dokumentacije je strukturirana komunikacija između medicinskih sestara/tehničara [6]. Možemo ju opisati kao odraz cjelokupnog procesa pružanja neposredne skrbi pacijentima [7].

Sestrinska dokumentacija ima višestruku namjenu, tako se npr. koristi za osiguranje kontinuiteta i kvalitetne skrbi, u slučaju sudskog spora služi kao dokazni materijal, zatim podupire evaluaciju učinkovitosti i djelotvornosti skrbi za pacijente, proširujući etička načela može se koristiti u istraživačke svrhe, nadalje služi za razvoj znanja o sestinstvu i uspostavljanje mjerila za daljnji razvoj sestrinskog obrazovanja i razvoja standardizirane sestrinske prakse [4].

U današnjoj eri zdravstvene skrbi utemeljene na dokazima, potrebno je dokazati da medicinske sestre/tehničari pružaju skrb s optimalnim rezultatima, visokim stupnjem kvalitete i sigurnosti za pacijente. Korištenjem standardizirane terminologije i klasifikacijskih sustava pomoću sestrinske dokumentacije moguće je stvoriti sestrinsku praksu utemeljenu na dokazima [8]. Upotrebom elektroničkog kartona bolesnika i sestrinske dokumentacije dolazi do kvalitetnijeg i sveobuhvatnijeg dokumentiranja u odnosu na korištenje papirne dokumentacije. Standardizirana elektronička sestrinska dokumentacija prati proces zdravstvene njege te koristi standardiziranu terminologiju prilikom opisivanja različitih faza procesa njege [9].

Keenan je 1999. godine primijetio da su medicinske sestre/tehničari kroz povijest dokumentirali provedenu zdravstvenu njegu koristeći individualnu i specifičnu terminologiju vezanu uz specifično područje [10]. Posljedično, postojao je širok raspon terminologije za opisivanje iste njege. Iako postoje složenija objašnjenja Keenan daje definiciju standardiziranog sestrinskog jezika kao „uobičajenog jezika koji medicinske sestre lako razumiju za opisivanje skrbi“ [10].

Tako bi medicinske sestre/tehničari iz različitih odjela, bolnica, zemljopisnih područja ili zemalja mogli koristiti opće razumljivu terminologiju kako bi identificirali specifični problem ili intervenciju koji se promatra [10].

Potrebno je definirati standardiziranu terminologiju kako bi medicinske sestre/tehničari mogli međusobno, ali i s drugim zdravstvenim djelatnicima točno komunicirati. Jednom standardizirani pojam, moguće je „mjeriti“ i „kodirati“ [10]. Mjerenjem standardizirane terminologije razviti će se velika baza podataka. Iz takve baze podataka mogu se razviti standardi sestrinske prakse utemeljene na dokazima koji mogu služiti za provjeru ishoda sestrinske skrbi [10].

2. Sestrinska dokumentacija

Sredinom 20. stoljeća osnivanjem Vijeća za zdravstvenu njegu i Odjela za sestrinstvo pri Međunarodnom vijeću medicinskih sestara (International Council of Nurses, ICN) razvija se potreba za dokumentiranjem u zdravstvenoj njezi [11]. Na inicijativu Hrvatske udruge medicinskih sestara (HUMS) i Ministarstva zdravstva, 2003. godine je osnovana Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS) kao samostalno tijelo zaduženo za zakonsku regulativnu u sestrinstvu [12]. Na prijedlog HKMS-a, temeljem članka 17. stavka 3. Zakona o sestrinstvu ministar zdravstva i socijalne skrbi donio je Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama. Pravilnikom su određeni sadržaj i obrasci sestrinske dokumentacije u bolničkim zdravstvenim ustanovama. Stupanjem Zakona o sestrinstvu na snagu, vođenje sestrinske dokumentacije postalo je obavezno. Medicinske sestre/tehničari obavezni su evidentirati sve postupke provedene tijekom 24 sata [13].

Dokumentacija može biti u papirnatom ili elektroničkom obliku, te mora uključivati sve informacije vezane o skrbi za pacijenta. Bez obzira na način dokumentiranja, dokumentiranje se mora vršiti prema najvišim standardima kako bi se moglo osigurati pružanje sigurne i kvalitetne zdravstvene usluge [14].

Postoji nekoliko načina dokumentiranja, a to su dokumentiranje orijentirano prema izvoru, zatim usmjereno prema problemu, dokumentiranje problema, intervencija i evaluacija, usmjereno na fokus, nadalje dokumentiranje iznimka, kompjuterizirano dokumentiranje i mnogo drugih [2]. Dokumentiranje orijentirano prema izvoru je tradicionalan način dokumentiranja, gdje svaka osoba ili odjel bilježi bilješke u zasebnom odjeljku ili odjeljcima pacijentovog kartona [2]. Dokumentiranje usmjereno problemu osnovano je od strane Lawrence Weeda, podaci su raspoređeni prema problemima koje pacijent ima, a ne prema izvoru informacija [2]. Sastoji se od četiri osnovne komponente, baze podataka, liste problema, plana skrbi i bilježaka o napretku [2]. Baza podataka sastoji se od svih podataka poznatih o pacijentu od trenutka hospitalizacije. Uključuje procjenu medicinske sestre/tehničara i liječnika, osobnu anamnezu, te socijalne i obiteljske podatke [2]. Popis problema obično se nalazi na prednjoj strani kartona. Problemi su navedeni redosljedom kojim su identificirani i popis se stalno ažurira kako se novi problemi identificiraju, a drugi rješavaju [2]. Plan skrbi izrađuje osoba koja navodi probleme. Liječnici pišu medicinske planove skrbi, a medicinske sestre/tehničari pišu planove zdravstvene njege [2]. Bilješke o napretku pišu svi zdravstveni radnici koji su bili uključeni u skrb za pacijenta.

Primjer takvog dokumentiranja je SOAP format ili SOAPIE i SOAPIER. Gdje S (subjective data) – predstavlja subjektivne podatke, O (objective data) – objektivne podatke, A (assessment) – procjenu, P (plan) – plan, I (intervention) – intervenciju, E (evaluation) – evaluaciju i R (revision) – reviziju [2]. Dokumentiranjem problema, intervencija i evaluacija grupiraju se informacije u tri kategorije, ovakav način dokumentiranja sastoji se od liste za procjenu brige o pacijentu i bilješki o napretku [2]. Dokumentiranje usmjereno na fokus namijenjeno je da pacijent, njegove brige i snage budu u središtu skrbi [2]. Dokumentiranje iznimka je sustav dokumentacije kojim se bilježe samo abnormalni ili značajni nalazi [2]. Kompjuterizirano dokumentiranje služi za upravljanje velikim količinama informacija potrebnih u suvremenoj zdravstvenoj skrbi [2].

Sestrinskom dokumentacijom opisan je kompletan proces zdravstvene njege, počevši od procjene, sestrinskih dijagnoza, intervencija i evaluacija zdravstvene njege [15].

2.1. Dijelovi sestrinske dokumentacije

Pravilnikom o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim ustanovama sestrinska anamneza, sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu, praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka, medicinsko – tehnički i dijagnostički postupci, trajno praćenje stanja pacijenta (decursus), plan zdravstvene njege, zatim lista provedenih sestrinskih postupaka i otpusno pismo zdravstvene njege definirani su kao obavezni dijelovi sestrinske dokumentacije [13].

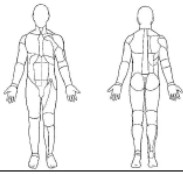
Također, Pravilnikom su definirani obrasci koji se koriste prema potrebi, a to su: praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka za pacijenta koji je duže vrijeme u bolnici, evidencija ordinirane i primijenjene terapije, unos i izlučivanje tekućine, procjena bola, lista za praćenje dekubitusa, nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi, izvješće o incidentu, obrazac primarna procjena pacijenta – opservacija u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu s Uputama za primjenu sestrinske dokumentacije u opservaciji Objedinjenog hitnog bolničkog prijama, dokumentacija medicinskih sestara u operacijskoj sali s uputama za primjenu u operacijskoj sali, sestrinska dokumentacija pedijatrijskog bolesnika i dokumentacija zdravstvene njege – dnevna bolnica [13].

USTANOVA		SESTRINSKA LISTA	
Matični broj MBG	Datum i sat prijama	Način prijama Hitni <input type="checkbox"/> Redovni <input type="checkbox"/> Premještaj <input type="checkbox"/>	Odjel
Ime i prezime	Datum rođenja	Adresa i br. telefona	Zanimanje
	Spot M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>		Radni status
Med. dijagnoza		Osoba za kontakt (ime, prezime, adresa, br. telefona)	
		Osiguranje	
Izabrani liječnik	Patronažna sestra - D. Z.	Planirani otpust.....Stivami..... kući <input type="checkbox"/> druga ustanova <input type="checkbox"/> sanitet <input type="checkbox"/> vlastiti prijevoz <input type="checkbox"/>	
Broj hospitalizacije		Obitelj udomitelja-skrbnika	
Alergije DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> LUEKOVI..... OSTALO.....			
Procjena samostalnosti	0 - nije ovisan <input type="checkbox"/> 1 - ovisan u manjem stupnju <input type="checkbox"/> 2 - ovisan u višem stupnju <input type="checkbox"/> 3 - ovisan u visokom stupnju <input type="checkbox"/> 4 - potpuno ovisan <input type="checkbox"/>		
Samozbrinjavanje	higijena - 0, 1, 2, 3, 4 hranjenje - 0, 1, 2, 3, 4	eliminacija - 0, 1, 2, 3, 4 oblačenje - 0, 1, 2, 3, 4	ostalo
Fizičke aktivnosti	hodanje - 0, 1, 2, 3, 4 premještanje - 0, 1, 2, 3, 4	sjedenje - 0, 1, 2, 3, 4 stajanje - 0, 1, 2, 3, 4	okretanje - 0, 1, 2, 3, 4 ostalo
Oprema i pomagala	štaka <input type="checkbox"/> štap <input type="checkbox"/> hodalice <input type="checkbox"/> kolica <input type="checkbox"/> proteza <input type="checkbox"/> trapez <input type="checkbox"/>	ostala pomagala i osobitosti	
Podnošenje napora	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti		
Prehrana	Dijeta	oralna prehrana <input type="checkbox"/> parenteralna prehrana <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> stoma <input type="checkbox"/> ostalo.....	
Apetit	normalan <input type="checkbox"/> povećan <input type="checkbox"/> smanjen <input type="checkbox"/> mučnina <input type="checkbox"/> povraćanje <input type="checkbox"/> uzrok.....	Žvakanje bez teškoća <input type="checkbox"/> teško <input type="checkbox"/> uzrok.....	
Gutanje	bez teškoća <input type="checkbox"/> otežano <input type="checkbox"/> teško <input type="checkbox"/> ostalo.....uzroci.....	Zubna proteza DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti.....	
Sluznica	normalna <input type="checkbox"/> suha <input type="checkbox"/> naslage <input type="checkbox"/> oštećena <input type="checkbox"/>	Osobitosti i opis	
Eliminacija Eliminacija stolice	Zadnja defekacija	inkontinencija <input type="checkbox"/> proljev <input type="checkbox"/> opstipacija <input type="checkbox"/> ileostoma <input type="checkbox"/> kolostoma <input type="checkbox"/> rektalno pražnjenje <input type="checkbox"/> ostalo.....	osobitosti
Eliminacija urina	normalna <input type="checkbox"/> inkontinencija <input type="checkbox"/> vrsta inkontinencije..... urin. kateter <input type="checkbox"/> zadnja promjena.....	urostoma <input type="checkbox"/> osobitosti	
Znojenje	normalno <input type="checkbox"/> smanjeno <input type="checkbox"/> povećano <input type="checkbox"/>	Drenaža	
Iskašljavanje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	bez teškoća <input type="checkbox"/> otežano <input type="checkbox"/> sluz <input type="checkbox"/> gnoj <input type="checkbox"/> krv <input type="checkbox"/>	osobitosti Kašalj DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti.....	
Perceptivne sposobnosti	Vid dobar <input type="checkbox"/> oštećen <input type="checkbox"/> slijep <input type="checkbox"/>	Naočale <input type="checkbox"/> leće <input type="checkbox"/> Očna proteza <input type="checkbox"/>	osobitosti
Sluh	dobar <input type="checkbox"/> oštećen <input type="checkbox"/> gluhi <input type="checkbox"/> ostalo.....	Slušni aparat DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Drugo	osobitosti
Boi	DA <input type="checkbox"/> opis bola (lokalizacija, jačina, vrsta.....) NE <input type="checkbox"/>		
Govor	bez teškoća <input type="checkbox"/> afazija <input type="checkbox"/> ostalo		
Spavanje	Nesanica DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti spavanja..... Hodanje u snu DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		

Slika 2.1.1 Prilog 1. – Sestrinska anamneza

[izvor: https://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena_metodologija/OZS/Sestrinska_lista.pdf]

2

Svijest	očuvane <input type="checkbox"/> somnolencija <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> koma <input type="checkbox"/>		Procjena na Glasgow koma skali.....
	ostalo <input type="checkbox"/> iluzije <input type="checkbox"/> halucinacije <input type="checkbox"/> konfuzija <input type="checkbox"/> ostali poremećaji svijesti.....		
Seksualnost	Prva menstruacija..... Zadnja menstruacija.....	Osobitosti vezane uz spolnost	
Aktivnosti koje utječu na zdravlje	Pušenje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> kom/dan...../god.....	Alkohol DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> količina/dan...../god.....	droge..... ostalo.....
Prihvatanje zdravstvenog stanja	neprihvatanje <input type="checkbox"/> prilagodavanje <input type="checkbox"/> prihvaćanje <input type="checkbox"/> ostali oblici ponašanja.....		
Vjerska uvjerenja	ograničenja..... potrebe.....	Samopercepcija sigurnost, strah...	
Doživljavanje hospitalizacije			
FIZIKALNI PREGLED pregledavanje	visina..... težina.....ITM.....	Promjena telesne težine	
Puls/min	Temperatura i način mjerenja	Krvni tlak: D.R..... L.R.....	
Disanje i osobitosti			
Koža - izgled i promjene		Glava i vrat	
Braden skala - bodovi			Legenda: D= Dekubitus E= Edemi H= Hematom R= Oštećenja tkiva
Toraks			Kateteri
Abdomen			
Gornji ekstremiteti			
Donji ekstremiteti			
Terapija koju uzima:	CVK-mjesto..... Dat. uvođenja..... Tko je uveo:		
Znanje o:	bolesti stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	Rizik za: pad <input type="checkbox"/> povrede <input type="checkbox"/> infekciju <input type="checkbox"/> ostalo.....	I.V. karika, mjesto..... izgled.....
	terapiji stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	Elektrostimulator: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Nazogastrična sonda: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
	načinu života stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>		Tabus
Sestrinske dijagnoze			
Osobitosti o pacijentu:			
Potpis med. sestre, broj registra			

Legenda: 0-nije ovisan/samostalan, 1-ovisan u manjem stupnju-treba pomagalo, 2-ovisan u višem stupnju-treba pomoć druge osobe, 3-ovisan u visokom stupnju-treba pomagalo i pomoć druge osobe, 4-potpuno ovisan

Slika 2.1.2 Prilog 2. - Nastavak s prethodne strane, sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu [izvor: https://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena_metodologija/OZS/Sestrinska_lista.pdf]

Na slikama Slika 2.1.1 i Slika 2.1.2 nalaze se prve dvije stranice sestrinske dokumentacije iz kojih je vidljivo da se osim pacijentovih osobnih podataka, prikupljaju podaci vezani uz alergije, prehranu, terapiju, podnošenje napora, pokretljivost, spavanje, vjerskim ograničenjima itd.

2.2. Sestrinska procjena

Sestrinska procjena je prvi od pet koraka sestrinskog procesa koji uključuje sustavno i kontinuirano prikupljanje podataka, sortiranje, analiziranje i organiziranje tih podataka te dokumentiranje prikupljenih podataka [16]. Ona uključuje prikupljanje podataka o pacijentovim individualnim, fiziološkim, psihološkim, sociološkim i duhovnim potrebama [16].

Prilikom hospitalizacije sestrinska procjena uključuje [16]:

- dokumentiranje općih podataka (ime i prezime, dob, broj zdravstvenog kartona, medicinsku dijagnozu i pacijentove kontakte)

- prikupljanje podataka o prethodnim hospitalizacijama, bolestima i operacijama
- procjenu bola, lokalizaciju i jačinu bola pomoću skala za procjenu bola
- prikupljanje podataka o alergijama: na lijekove, hranu, pelud, te na ostale tvari iz okoliša, u slučaju postojanja alergije potrebnu ju je dodatno označiti
- prikupljanje podataka o lijekovima, od pacijenta ili njegove pratnje potrebno je saznati točne nazive i doze lijekova koje koristi
- ako pacijent kod sebe ima vrijedne stvari, potrebno ih je popisati, označiti te u skladu s pravilima ustanove na siguran način pohraniti, isto tako vrijedne stvari mogu se poslati kući s obitelji
- upućivanje pacijenta o njegovim pravima
- prikupljanje podataka o pacijentovim dnevnim aktivnostima, ograničenjima i korištenju pomagala za kretanje
- pomoću Morseove skale procijeniti rizik za pad
- prikupljanje podataka o psihosocijalnom stanju, prisutnosti depresije, suicidalnih misli ili o zlouporabi supstanci
- prikupljanje podataka o prehranbenim navikama, promjenama tjelesne težine itd.
- mjerenje vitalnih znakova (tjelesne temperature, puls, frekvencija disanja, krvni tlak, saturaciju i bol) [16].

Prikupljanje podataka (subjektivnih i objektivnih) sastavni je dio sestrinske procjene [16]. Imamo dvije vrste subjektivnih podataka, primarni i sekundarni. Primarni podaci su oni koje daje pacijent. Takva vrsta podataka smatra se najboljima zato što sam pacijent najbolje može opisati kako se osjeća. Podaci koji su prikupljeni od članova obitelji ili drugih izvora, npr. zdravstveni karton, nazivamo sekundarni. Sekundarne izvore podataka koristimo kod dojenčadi, djece ili u slučajevima kada pacijent nije pri svijesti [17]. Svrha sekundarnih podataka je nadopunjavanje podataka o pacijentu [18].

Objektivni podaci su mjerljivi i ponovljivi, što znači da druga osoba može lako dobiti iste podatke, neki od primjera objektivnih podataka su vitalni znakovi, nalazi fizikalnog pregleda i laboratorijski nalazi [17]. Metode koje medicinska sestra/tehničar koristi u svrhu prikupljanja podataka o pacijentu su intervju, promatranje, fizikalni pregled i analiza dokumentacije [18].

Intervjuiranje uključuje postavljanje pitanja pacijentu, slušanje i promatranje verbalne i neverbalne komunikacije [17]. Pregledavanjem pacijentove dokumentacije prije intervjua može se eliminirati suvišnost u procesu intervjua što medicinskoj sestri/tehničaru omogućava da se usredotoči na bitne teme [17]. Također, ako su pacijentovi podaci nepotpuni tijekom intervjua medicinska sestra/tehničar lako može upotpuniti podatke kojoj nedostaju [17].

Potrebno je pažljivo slušati pacijenta i tražiti pojašnjenje kada nešto nije jasno. Sam pacijent možda neće dati bitne informacije jer ona za njega možda nije bitna [17]. Korištenjem kritičkog razmišljanja i aktivnog slušanja, mogu se otkriti podaci koji su važni za pružanje sigurne i kvalitetne zdravstvene skrbi [17].

Fizikalni pregled je sustavna metoda prikupljanja podataka o pacijentu koristeći tehnike inspekcije, auskultacije, palpacije i perkusije [17]. Inicijalnim fizikalnim pregledom i promatranjem gleda se pacijentov stas, opće zdravstveno stanje, držanje tijela, osobna higijena, dotjerivanje, stanje kože, dah i miris tijela, opće raspoloženje i psihičko stanje. Mjerenja uključuju mjerenje tjelesne temperature zabilježene u stupnjevima Celzijusa, frekvenciju disanja, saturacije, puls, krvni tlak, visinu, težinu [16]. Fizikalnim pregledom se također prikupljaju podaci o kardio – vaskularnom, plućnom, gastrointestinalnom, mišićno – koštanom, neurološkom te genitourinarnom sustavu, mentalnom statusu i ponašanju [16]. Prilikom fizikalnog pregleda potrebno je uzeti u obzir da duljina pregleda može varirati ovisno o složenosti, sam fizikalni pregled je i pasivan gdje se samo promatra i aktivan gdje se auskultacijom, palpacijom, mjerenjem dobivaju potrebne informacije [16]. Isto tako, tijekom fizikalnog pregleda bitno je biti sustavan i temeljit, potrebno je osigurati privatnost i udobnost za pacijenta, zatim izbjegavati duge nokte kako bi se spriječile ozljede pacijenta prilikom pregleda, palpirati područja koja su bolna i za kraj osigurati tople ruke kako bi pacijentu bilo što udobnije [16].

Procjenom se identificiraju trenutne i buduće potrebe kod pacijenta uz formiranje sestrinskih dijagnoza. Dobrom procjenom, medicinska sestra/tehničar određuje prioritetne intervencije u njezi za pacijenta [17].

2.3. Pogreške prilikom dokumentiranja

Jedan od zadataka koji medicinske sestre obavljaju je dokumentiranje pacijentove anamneze, ali i provedenih postupaka tijekom zdravstvene njege. Pogreške prilikom popunjavanja sestrinske dokumentacije ili nepotpuna dokumentacija mogu rezultirati ozljedom pacijenta ili čak u nekim slučajevima smrću [19].

Neke od najčešćih sestrinskih pogrešaka prilikom dokumentiranja su nebilježenje svih bitnih informacija o pacijentovom zdravlju, zatim upisivanje podataka u pogrešan karton, nedokumentiranje lijekova koji su dani, dokumentiranje nekog postupka prije nego li je on izvršen, nejasno definirani zadaci, neadekvatno korištenje medicinskih kratica te nečitljiv rukopis [20].

Pogreške prilikom liječenja mogu imati štetne učinke na sigurnost pacijenta.

Ometanja, vremenska ograničenja te zahtjevni pacijenti neki su od čimbenika koji doprinose učestalosti pogrešaka prilikom liječenja [21]. Iako postoje razne strategije sa svrhom smanjenja učestalosti pogrešaka prilikom liječenja, one se i dalje događaju [21].

Ovisno o osnovnom uzroku pogreške, strategije koje imaju za cilj smanjenje pogrešaka često se fokusiraju na usavršavanje sustava i procesa rada. Ljudski faktori, kao što su ljutnja, glad ili umor manje su prepoznati kao doprinoseći faktori za nastanak pogreške prilikom liječenja [21]. U znanstvenom radu na temu *Using the HALT model in an exploratory quality improvement initiative to reduce medication errors*, opisana je primjena HALT (*hunger*- glad, *angry* - ljutnja, *lonely* - usamljenost, *tired* - umor) modela kao inicijative za smanjenja pogrešaka prilikom liječenja povezanih s ljudskim faktorima za 25%. Za dva mjeseca nakon implementacije HALT modela došlo je do ukupnog smanjenja pogrešaka u liječenju za 31% [21]. Isto tako, došlo je do smanjenja pogrešaka povezanih s ljudskom greškom i to za 25% i do smanjenja pogrešaka u komunikaciji i dokumentiranju za 22% [21].

3. Planovi zdravstvene njege

Ida Jean Orlando 1958. godine započela je provoditi proces zdravstvene njege kakav se i danas provodi [22]. Definiran je kao sustavni pristup skrbi koji koristi temeljna načela kritičkog mišljenja, liječenja usmjerenog na pacijenta i sestrinske prakse utemeljene na dokazima i intuicije [22].

Razvojem procesa zdravstvene njege 60-tih kao pristup sustavnom rješavanju problema u sestrinstvu i evaluacija procesa pomaknuli su sestrinstvo prema većoj profesionalnosti [23]. U samom početku proces zdravstvene njege sastojao se od četiri faze: procjene, planiranja, implementacije i evaluacije. Kasnije je dodan sestrinski problem, odnosno sestrinska dijagnoza [23]. Posljednjih četiri desetljeća kontinuirano se radi na razvoju standardiziranog sestrinskog jezika za opisivanje procesa zdravstvene njege. Svrha razvoja sestrinske terminologije je uspostava strukturiranog i definiranog zajedničkog jezika za opisivanja procesa skrbi kako bi se olakšala komunikacija i donošenje odluka [23]. Također jedna od prednosti sestrinske terminologije je razvoj sestrinstva kao profesije i unaprjeđenje sestrinskog obrazovanja [23].

U 70 – tim godinama prošlog stoljeća proces zdravstvene njege uveden je u sestrinske obrazovne programe, ali u i bolničku sestrinsku praksu kao sustavna metoda planiranja, evaluacije i dokumentiranja sestrinske skrbi [24]. On olakšava rješavanje problema, prosuđivanje, te donošenje odluka. Središnji element procesa zdravstvene njege su sestrinske dijagnoze definirane na temelju sestrinske procjene, intervju a i promatranja [24]. U današnje vrijeme proces zdravstvene njege sastoji je od pet uzastopnih korak, a to su procjena, sestrinska dijagnoza, planiranje, implementacija i evaluacija [22].

Razvijanjem sve veće autonomije u radu medicinskih sestara/tehničara, prepoznata je potreba za dokumentiranjem zdravstvene njege, ne samo za bilježenjem provedenih intervencija, već za bilježenjem procesa odlučivanja objašnjavajući zašto je odabrana točno određena intervencija [25]. U današnje vrijeme plan zdravstvene njege neophodan je u pružanju zdravstvene njege [26]. Plan zdravstvene njege omogućuje medicinskoj sestri/tehničaru da identificira pacijentove probleme i odabir intervencija koje će pomoći riješiti ili smanjiti taj problem [26]. On se sastoji od tri osnovna dijela, a to su sestrinska dijagnoza, zatim cilja zdravstvene njege i intervencija koje je potrebno provesti kako bi postigli cilj [25].

Svrha plana zdravstvene njege je dokumentiranje pacijentovih potreba i želja, ali i provedenih te planiranih sestrinskih intervencija s ciljem zadovoljavanja pacijentovih potreba. Dio je obavezne sestrinske dokumentacije [27]. Planovi zdravstvene njege poboljšavaju komunikaciju i dokumentaciju, zatim praćenje kontinuiteta skrbi, ali i praćenje troškova [22].

Prvostupnik/ca sestrinstva određuje potrebe pacijenta za zdravstvenom njegom, zatim planira, organizira, provodi i procjenjuje kvalitetu zdravstvene odnosno sestrinske njege te nadzire rad svih sudionika koji na bilo koji način utječu na proces provođenja zdravstvene/sestrinske njege tijekom 24 sata [28].

USTANOVA		PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE		6
Ime i prezime:		Datum rođenja:	Odjel:	Matični broj:
Sestrinska dijagnoza po prioritetu:			Cilj po prioritetu:	
DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI		EVALUACIJA	
Potpis VMS, broj registra:				

Slika 3.1 Prilog 6. – Plan zdravstvene njege

[izvor:https://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena_metodologija/OZS/Sestrinska_lista.pdf]

3.1. Sestrinske dijagnoze

Ne tako davne 1953. godine V. Fry uvodi termin sestrinska dijagnoza kako bi se opisao korak neophodan u razvoju plana zdravstvene njege. Američka udruga medicinskih sestara (American Nurses Association, ANA), 1973. godine objavila je svoje Standarde prakse, zatim 1980. godine u svojoj Izjavi o socijalnoj politici definirali su sestrinstvo kao „dijagnosticiranje i liječenje ljudskog odgovora na stvarne ili potencijalne zdravstvene probleme“ [29].

Na Devetoj konferenciji Sjevernoameričkog udruženja za sestrinske dijagnoze (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA), u ožujku 1990. godine glavna skupština odobrila je službenu definiciju sestrinske dijagnoze koja glasi da je: „Sestrinska dijagnoza klinička prosudba o odgovorima pojedinca, obitelji ili zajednice na stvarne ili potencijalne zdravstvene probleme/životne procese. Sestrinska dijagnoza predstavlja osnovu za odabir sestrinskih intervencija za postizanje ishoda za koje je medicinska sestra odgovorna.“[29,30].

Iako medicinske sestre/tehničari rade unutar sestrinskih, medicinskih i psihosocijalnih domena, oni zbrinjavanju ljudski odgovor na bolest ili stanje, a ne tijekom bolesti. Sestrinske dijagnoze nisu paralelne s medicinskim dijagnozama, već uključuju samostalne sestrinske aktivnosti [31]. Možemo reći da se sestrinska dijagnoza definira na temelju prikupljenih podataka, a služi za opisivanje potrebnih intervencija prilikom provođenja zdravstvene njege. Sestrinska dijagnoza je onoliko točna koliko su prikupljeni podaci točni [31]. Za razliku od medicinskih dijagnoza, sestrinske dijagnoze mijenjaju se ovisno o pacijentovom poboljšanju ili pogoršanju tijekom bolesti [31].

Namjena sestrinskih dijagnoza je identifikacija sestrinskih prioriteta i usmjeravanje sestrinskih intervencija prema utvrđenim prioritetima, pomoć u oblikovanju očekivanih ishoda zdravstvene njege identificiranje kako pacijent ili grupa reagiraju na realne ili moguće zdravstvene i životne procese te poznavanje raspoloživih resursa koji se mogu koristiti za sprječavanje ili rješavanje problema, omogućavanje zajedničkog jezika, što predstavlja osnovu u komunikaciji između medicinskih sestara i ostatka zdravstvenog tima, pružanje osnove za procjenu uspješnosti i isplativosti zdravstvene njege, u nastavi studenti sestrinstva sestrinske dijagnoze koriste sa svrhom uvježbavanja vještina rješavanja problema i kritičkog razmišljanja [31, 32].

Korištenje sestrinskih dijagnoza može dovesti do veće kvalitete i sigurnosti za pacijenta te povećava svijest medicinskih sestara o sestrinstvu i jača njihovu profesionalnu ulogu [33]. Prema broju sestrinskih dijagnoza po pacijentu možemo predvidjeti duljinu boravka u bolnici [34].

U svijetu, sestrinske dijagnoze se smatraju važnom komponentom u procesu sestrinske skrbi. One moraju biti sveobuhvatne i točno formulirane [35].

Formuliranje sestrinske dijagnoze korištenjem kliničke prosudbe pomaže u planiranju i provedbi skrbi za pacijenta [21]. NANDA pruža medicinskim sestrama/tehničarima ažuran popis sestrinskih dijagnoza. Sestrinskom dijagnozom obuhvaćena je Maslowljeva hijerarhija potreba koja pomaže u određivanju prioriteta i planiranju skrbi na temelju ishoda usmjerenih na pacijenta [21]. Abraham Maslow 1943. godine razvio je hijerarhiju temeljenu na osnovnim potrebama urođenim svim pojedincima [21]. Osnovne fiziološke potrebe moraju biti zadovoljene prije nego što se mogu zadovoljiti potrebe s viših razina [21]. Fiziološke potrebe i potrebe za sigurnosti predstavljaju osnovu za provedbu sestrinske skrbi i sestrinskih intervencija. Stoga su one na dnu Maslowljeve piramide, postavljajući temelje na fizičko i emocionalno zdravlje [21]. Maslowljeva hijerarhija potreba sastoji se od fizioloških potreba, potreba za sigurnošću, ljubavi i pripadanjem, poštovanjem i samoaktualizacijom, što je prikazano na Slici 3.1.1. Osnovnim fiziološkim potrebama obuhvaćene su potrebe za prehranom, eliminacijom, disanjem, cirkulacijom, spavanjem, tjelovježbom itd. [21].

Potrebama za sigurnošću obuhvaćena je potreba za prevencijom ozljeda (korištenje ogradica s ciljem prevencije pada, higijena ruku, korištenje sigurnosnih pojaseva itd.), zatim razvijanje odnosa povjerenja i sigurnosti (terapeutski odnos), edukacija pacijenata o promjenjivim čimbenicima rizika vezanima uz kardiovaskularne bolesti i slično [21]. Ljubavi i pripadanjem obuhvaćene su potrebe za održavanjem odnosa podrške, zatim izbjegavanje društvene izolacije korištenjem tehnika aktivnog slušanja, terapeutskog slušanja i spolnih odnosa [21]. Samopoštovanje obuhvaća potrebu prihvaćanja u zajednici, radnu sposobnost, osobno postignuće, zatim osjećaj kontrole ili osnaživanja te prihvaćanje fizičkog izgleda [21]. Samoaktualizacijom je obuhvaćena potreba za poticajnim okruženjem, duhovnim rastom, sposobnosti prepoznavanja stajališta drugih te postizanja vlastitog maksimalnog potencijala [21].



Slika 3.1.1 Maslowljeva hijerarhija potreba

[izvor: <https://putpremasabi.hr/maslowljeva-hijerarhija-potreba/>]

Postoji nekoliko vrsta sestrinskih dijagnoza, a to su aktualna dijagnoza, moguća ili potencijalna dijagnoza, dijagnoza rizika, dijagnoza promicanja zdravlja i dijagnoza sindroma [25]. Aktualna dijagnoza, odnosno stvarna dijagnoza je problem koji je kod pacijenta u vrijeme sestrinske procjene bio prisutan. Temelji se na prisutnosti povezanih znakova i simptoma [25]. Mogućom sestrinskom dijagnozom opisane su sumnje na problem za koji su potrebni dodatni podaci za potvrdu ili isključivanje problema na koji se sumnja [25]. Dodatno prikupljanje podataka ključno je za isključivanje ili potvrđivanje moguće sestrinske dijagnoze [25].

Zatim, kod rizičnih dijagnoza prilikom procjene problem ne postoji, ali prisutnost čimbenika rizika ukazuje da će se problem vjerojatno razviti ako medicinske sestre ne interveniraju [25]. Neki od primjera rizičnih sestrinskih dijagnoza su visok rizik za pad, visok rizik za ozljedu i visok rizik za infekciju [25]. Dijagnoza promicanja zdravlja, poznata kao i dijagnoza dobrobiti prosudba je o motivaciji i želji za povećanjem blagostanja [25]. Komponente dijagnoze promicanja zdravlja uključuju samo dijagnostičku oznaku ili jednodijelni iskaz [25]. Neki od primjera ovakve vrste sestrinskih dijagnoza su spremnost za poboljšanje duhovnog blagostanja, spremnost za bolje suočavanje s obitelji i spremnost za poboljšano roditeljstvo [25]. Dijagnoza sindroma je klinička prosudba koja se odnosi na skupinu problema ili rizika sestrinskih dijagnoza za koje se predviđa da će se pojaviti nakon određene situacije ili događaja [25]. Primjeri sestrinskih dijagnoza sindroma su sindrom kronične boli i posttraumatski sindrom [25].

Korištenjem Gordonovog modela sestrinske dijagnoze se formuliraju pomoću PES modela. U PES modelu P – predstavlja problem, E- predstavlja etiologiju, a S – predstavlja odgovarajuće znakove, simptome ili definirajuće karakteristike [35]. Mogu biti pisane u slobodnom ili u standardiziranom obliku [35].

Sestrinska dijagnoza je ključna za odabir sestrinskih intervencija s ciljem postizanja očekivanih ishoda [36]. Klasifikacija sestrinskih intervencija (Nursing Interventions Classification, NIC) je popis intervencija koje medicinske sestre/tehničari provode na temelju kliničke procjene i znanja s ciljem poboljšanja ishoda kod pacijenta [36]. NIC uključuje intervencije koje se provode izravno na pacijentu. Klasifikacija ishoda zdravstvene njege (Nursing Outcomes Classification, NOC) opisuje promjene u zdravstvenom stanju pacijenta prema učinjenim intervencijama [36]. Sestrinska dijagnoza (Nursing diagnosis, ND), NIC, NOC čine NNN sustav, ove komponente su tri faze koje se međusobno povezuju kao „*karike lanca*“. U prvoj fazi medicinska sestra/tehničar identificira pacijentove probleme, sa znakovima i vidljivim simptomima kod pacijenta, odnosno možemo reći da je to faza formiranja sestrinske dijagnoze. U sljedećoj fazi medicinska sestra/tehničar planira i odabire odgovarajuće sestrinske intervencija za pacijenta, a u završnoj fazi utvrđuje očekivane ishode, odnosno evaluira cijeli proces [36].

Svrha dokumentiranja sestrinskih dijagnoza je pomoći medicinskim sestrama da ispravno planiraju, provode intervencije te da evaluiraju provedenu zdravstvenu skrb s ciljem postignuća optimalnog kontinuiteta skrbi i sigurnosti pacijenta [24]. Prema nekim autorima zdravstveni kartoni pacijenata sadržavaju relativno malo formuliranih sestrinskih dijagnoza, povezanih čimbenika, znakova i simptoma [24]. Također, prema nekim autorima utvrđeno je da je točnost sestrinskih dijagnoza umjerena do loša [24]. Nekoliko studija je pokazalo da prevalencija i točnost sestrinskih dijagnoza imaju neizravan utjecaj na procese donošenja odluka i dokumentaciju medicinskih sestara [24].

Proces donošenja odluka medicinskih sestara/tehničara određen je radnim procesom, raspodjelom posla, radnim uvjetima i vremenskim pritiscima, zatim protokolima i pravilima odjela te osobnim vrijednostima [24]. Prilikom svakodnevnog dokumentiranja, na medicinske sestre/tehničare negativno utječe nekoliko čimbenika poput ometanja tijekom dokumentiranja, nedostatak kompetencija prilikom dokumentiranja, nedostatak motivacije te neadekvatni nadzor [24]. Pozitivan utjecaj na dokumentiranje ima korištenje elektroničkih sustava za dokumentiranje procesa zdravstvene njege [24]. Od sredine 90- tih godina prošlog stoljeća proučavali su se čimbenici poput obrazovnih programa i uređaja za elektronsku dokumentaciju s ciljem poboljšanja dokumentiranja sestrinskih dijagnoza [24]. Dokazano je da obrazovni programi usmjereni na poboljšanje zaključivanja značajno povećavaju prevalenciju i točnost dokumentiranih sestrinskih dijagnoza [24]. Razvoj i implementacija elektronske dokumentacije s unaprijed formuliranim predlošcima također pozitivno utječe na učestalost sestrinskih dijagnoza [24].

4. Sestrinska dokumentacija kao opterećenje

U zapadnom svijetu zadnjih nekoliko desetljeća došlo je do povećanja specifične dokumentacije koju medicinske sestre/tehničari moraju popunjavati [37]. Zdravstveni djelatnici obavezni su dokumentirati svaki kontakt s pacijentima, uključujući opće informacije, opažanja, sestrinske dijagnoze te trenutne ili potencijalne probleme [37]. Nadalje to uključuje prikupljanje osobnih podataka o pacijentu, procjenu stanja pacijenta, popunjavanje kontrolnih lista, fizikalni pregled i mjerenja kao i sve planirane i dovršene intervencije, evaluacije tih intervencija s evidentiranim datumom i vremenom završetka [37]. Sigurnost pacijenata često se navodi kao razlog za dokumentiranje. Istraživanjima je dokazano da je opterećenje vezano uz dokumentiranje često povezano s povećanjem medicinskih pogrešaka, zatim porastom pogrešaka prilikom dokumentiranja i sindromom sagorijevanjem zdravstvenih djelatnika [38].

U današnje vrijeme većina zdravstvenih sustava diljem svijeta suočena je s ograničenim resursima i nedostatkom osoblja [38]. Američko udruženje državnih koledža i sveučilišta 2005. godine procijenilo je da u Sjedinjenim Američkim Državama nedostaje 200 000 medicinskih sestara, a da će se do 2020. godine taj broj povećati na 800 000 [39]. Europska unija je do 2020. godine predvidjela manjak od 600 000 medicinskih sestara [38]. Zbog globalnog nedostatka medicinskih sestara/tehničara pacijentima je potrebno osigurati kvalitetnu zdravstvenu skrb. Svršishodno vrijeme provedeno licem u lice jedan je od prioriteta zdravstvenim djelatnicima i pacijentima. Obraćanje više pažnje na računala nego na pacijente zbog povećanih potreba za dokumentiranjem odvraća pažnju od izravne skrbi [39].

Prema procjenama medicinske sestre/tehničari rutinski troše 15 do 25% od svojeg ukupnog radnog dana na dokumentiranje, a u nekim slučajevima i više [40]. U studiji *“Quantifying and Visualizing Nursing Flowsheet Documentation Burden in Acute and Critical Care”*, objavljenoj 2018. godine navedeno je da medicinske sestre/tehničari tijekom svojeg 12 satnog radnog dana 19 do 35% vremena provedu dokumentirajući, zatim da u prosjeku svaku minutu dokumentiraju jedan podatak i da tijekom 12-satne smjene postoji više od 600 ručnih unosa podataka u elektroničke zdravstvene kartone [41].

Korst i suradnici 2003. godine proveli su studiju u razdoblju od 14 dana na 2160 promatranja medicinskih sestara/tehničara, prosječni postotak koje su medicinske sestre/tehničari proveli dokumentirajući je 15,8%, 10,6% za upis na papirnatu evidenciju, 5,2% za upis u računalo. Postotak vremena utrošenog na dokumentiranje tijekom dnevnih smjena iznosio je 19,2%, a tijekom noćnih smjena 12,4% [42].

Stvarno vrijeme koje medicinske sestre/tehničari potroše na dokumentiranje diljem svijeta varira, npr. u Kanadi medicinske sestre/tehničari troše oko 26% svog vremena na dokumentiranje, u Velikoj Britaniji 17%, a u SAD-u postotci variraju od 25% do 41%. Medicinske sestre/tehničari u Nizozemskoj u prosjeku tjedno troše 10,5 sati na dokumentiranje, što znači da troše oko 40% svog radnog vremena [7]. Zbog povećanih potreba za dokumentiranjem dolazi do smanjenja izravnog kontakta s pacijentom i dehumanizirane skrbi o pacijentu [37].

Iako je sestrinska dokumentacija napredovala, svejedno je ostala potreba za ručnim popunjavanjem listi. Takvim načinom rada dolazi do dokumentiranja onoga što je već negdje drugdje dokumentirano, što često rezultira suvišnim radom [43]. Stalno rastući zahtjevi za dokumentiranjem doprinose rastućem problemu opterećenja dokumentacijom [43].

Dokumentiranje također predstavlja i kognitivno opterećenje. Kognicija je mentalni proces opažanja, pamćenja, prosuđivanja i zaključivanja. Kognitivno opterećenje definira se kao napor koji se koristi pamćenjem [41]. Također kognitivno opterećenje možemo definirati kao količinu informacija koje osoba drži i obrađuje unutar radne memorije, radna memorija smatra se sposobnošću pamćenja i korištenja relevantnih informacija usred neke aktivnosti [44]. U svakodnevnom radu medicinske sestre/tehničari su suočeni sa kognitivnim preopterećenjem zbog izloženosti pozivima, porukama, upozorenjima, alarmima, plus složenim ili nepotpunim informacijama koje dobivaju iz različitih izvora, uključujući kolege, mobilne uređaje, monitore itd. [44]. Redding i Robinson 2009. godine proveli su istraživanje o vrsti i učestalosti ometanja u radu medicinskih sestara/tehničara na kirurškom odjelu s namjernom identifikacije mogućih metoda za smanjenje ometanja u radu medicinskih sestara i poboljšanjem učinkovitosti kognitivnog rada medicinskih sestara [43]. Autori su promatrali medicinske sestre/tehničare tijekom njihovog radnog dana i zabilježili su da se broj ometanja u radu kretao od 4 do 6 po satu [45]. Mnoga ometanja dešavala su se kada su medicinske sestre/tehničari bili u procesu obavljanja aktivnosti poput obilaska pacijenata, davanja lijekova i dokumentiranja. Takva ometanja u radu stvaraju rizik od nastanka pogreške u liječenju i potencijalni nenamjerni propust u skrbi [45]. Istraživanjima se dokazalo da distrakcija igra ulogu u gotovo 75% medicinskih pogrešaka [44]. Kada medicinske sestre/tehničari primaju previše zadataka oni postaju preopterećeni što otežava fokusiranje na prioritetne zadatke u skrbi za pacijente [43].

4.1. Sestrinska dokumentacija i sindrom izgaranja

Sindrom izgaranja, odnosno „burnout“ posljednjih nekoliko godina postao je sve rašireniji [46]. Svjetska zdravstvena organizacija identificirala je „burnout“ kao posljedicu dugotrajne izloženosti stresu na radnom mjestu kojim se neuspješno upravlja [47].

Učestalost „burnouta“ kod medicinskih sestara/tehničara u SAD-u iznosi između 10% i 70% [48]. Sindrom izgaranja je karakteriziran trima dimenzijama, emocionalnom iscrpljenosti, zatim depersonalizacijom odnosno udaljavanjem od radnih aktivnosti, povećanjem emocionalne distance, pojavom negativizma i cinizma prema svojem radu te osjećajem frustracije i smanjenjem radnog učinka koji je povezan s negativnim stavom i osjećajem nekompetentnosti i učinkovitosti [47]. Niz čimbenika uzrokuje „burnout“ kod zdravstvenih djelatnika uključujući radno opterećenje, vremenski pritisak, odgovornost i profesionalna izolacija [49].

Dobrobit zdravstvenih djelatnika i ispunjenje u radu ključni su za sigurnost pacijenta i funkcioniranje zdravstvenog sustava [49]. Ispunjenje u radu pripisuje se trima čimbenicima, prvi je stručnost i kompetencija u poslu koji se obavlja, zatim autonomija odnosno utjecaj na način obavljanja posla te svrha za ispunjavanjem društvene potrebe u okruženju u kojem se nečija profesija cijeni i poštuje [49]. Trenutni porast „burnouta“ kod zdravstvenih djelatnika povezan je s čimbenicima vezanim uz ispunjenje u radu [49]. Zdravstveni djelatnici su sve više opterećeni dokumentiranjem, za koje im se čini da ono ne dodaje vrijednost skrbi za pacijente i da nije povezano s razlozima zbog kojih su odabrali svoju profesiju [49]. Povećane potrebe za dokumentiranjem kod medicinskih sestara doprinose nastanku „burnouta“ [49].

5. Elektronski zdravstveni karton

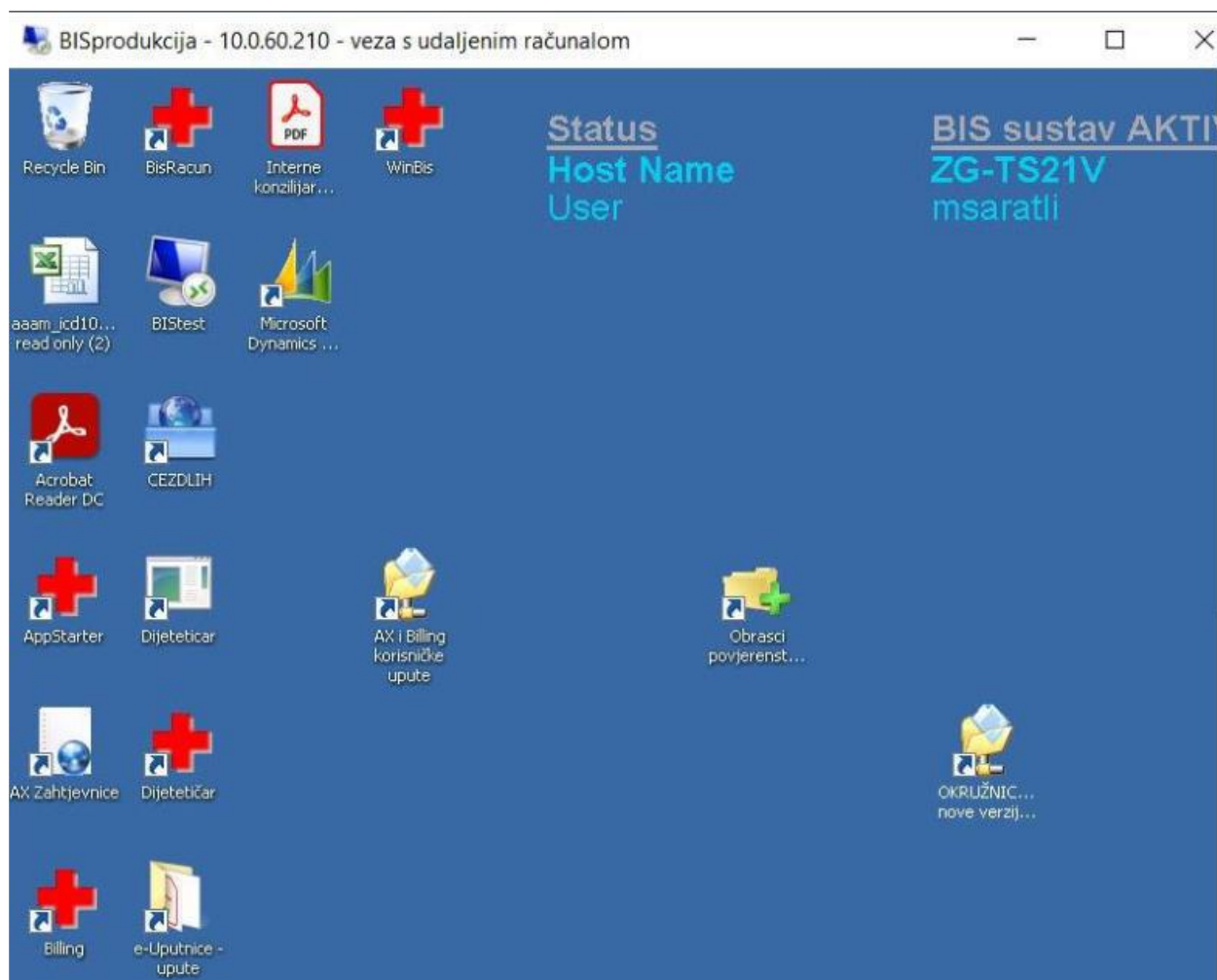
Prijevodi staroegipatskih hijeroglifskih zapisa i papirusa iz 1600 do 3000 godina prije Krista ukazuju na korištenje medicinskih zapisa [50]. Međutim, papirnati medicinski kartoni nisu se stalno koristili sve do početka 20. stoljeća [50]. Tradicionalno, zdravstveni kartoni su bili pisani na papiru, čuvani u mapama podijeljenim u odjeljke na temelju vrste bilješke, a bili su dostupni u samo jednom primjerku [50].

Razvijanjem računalne tehnologije između 1960-ih i 1970-ih postavljeni su temelji za razvoj elektroničkog zdravstvenog kartona (Electronic Health Record, EHR) [50]. U počecima EHR razvijen je i korišten u raznim bolničkim i izvanbolničkim ustanovama, ali ni jedan nije sadržavao sve informacije u papirnatom i digitalnom obliku. Klinika Mayo u Rochesteru, bila je jedna od prvih velikih zdravstvenih sustava koji je koristio EHR 1960-ih [51]. Šezdesetih godina prošlog stoljeća programi za EHR bili su toliko skupi da ih je američka vlada koristila samo u suradnji sa zdravstvenim organizacijama [52]. Tijekom 1970-ih EHR su koristile najveće bolnice za naplatu i zakazivanje pregleda [52]. U 80-tim godinama prošlog stoljeća programi za EHR postali su pristupačniji, postojala je mogućnost ispunjavanja polja s kliničkim informacijama te mogućnost pohrane kao elektroničkog zapisa [52]. Razvojem interneta došlo je i do promjena u vođenju EHR-a. U svojim počecima internet je bio bitan za snimanje i prijenos recepata, ali i drugih elektronskih medicinskih zapisa [52]. U 2000-ima EHR je postao „all-in-one“ sustav kakav danas koristimo [53]. Zadnjih desetak godina, većina medicinskih sustava u razvijenom svijetu mogla je međusobno komunicirati kada je to bilo potrebno. Softver za EHR više nije preskup, već je neophodan za rad [52]. Tijekom pet godina EHR-ovi su postali gotovo sveprisutni u medicini. U 2015. godini stopa usvajanja za bolničke klinike je iznosila 92%, dok za nezavisne klinike gotovo 80%. Manja stopa usvajanja EHR-a u nezavisnim klinikama može se pripisati financijskim ograničenjima [53].

Projektom e – Zdravstvo, Ministarstva zdravlja 2003. godine u Republici Hrvatskoj započeo je proces informatizacije cjelokupnog sustava zdravstvene zaštite uspostavom Centralnog informacijskog sustava Republike Hrvatske (CEZIH) [54]. Zakonom o podacima i informacijama u zdravstvu Republike Hrvatske, CEZIH je definiran kao centralni sustav pohrane zdravstvenih podataka i informacija za njihovu standardiziranu obradu na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite te je dio zdravstvene informacijske infrastrukture Republike Hrvatske [55]. U Republici Hrvatskoj glavna platforma namijenjena informatizaciji bolnica je Integrirani Bolnički Informacijski Sustav – IBIS [56].

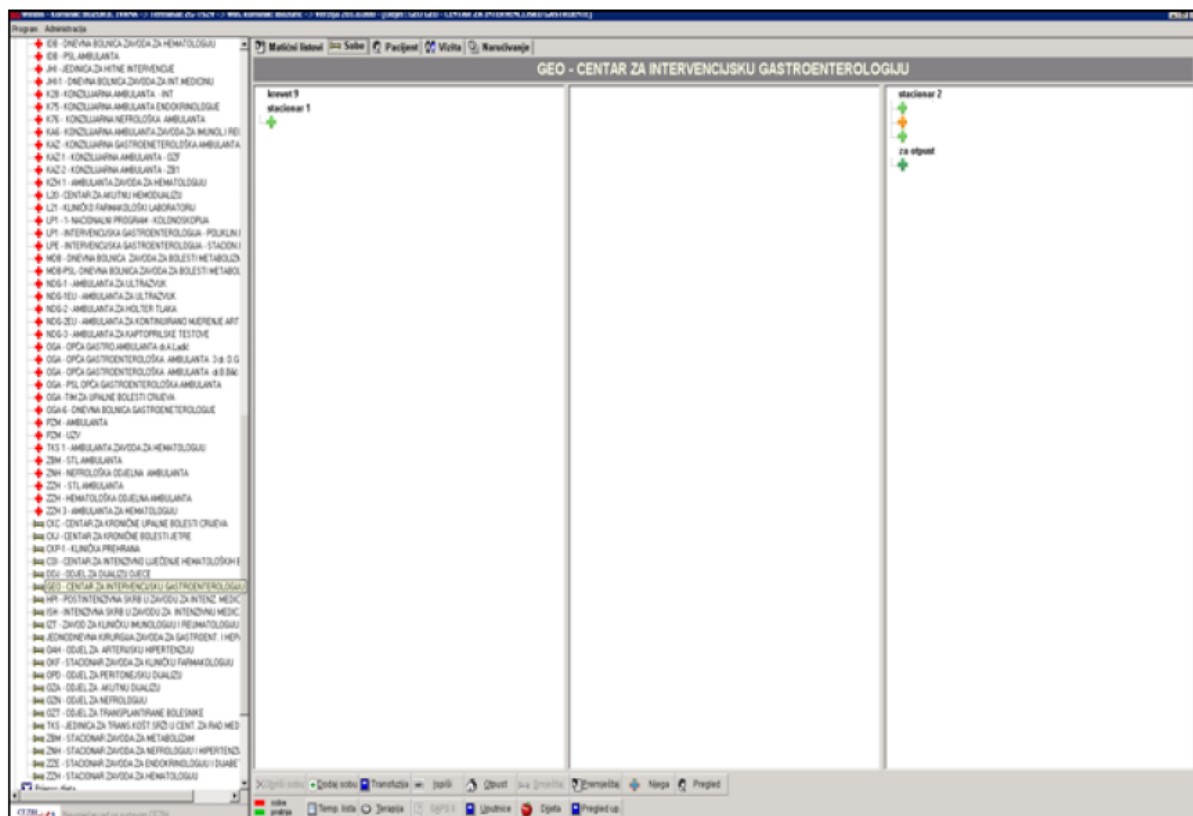
Osnovne cjeline IBIS sustava, koje su međusobno potpuno integrirane, ali mogu i samostalno funkcionirati su BIS (Bolnički Informacijski Sustav), PIS (Poslovni Informacijski Sustav), HR (Human Resources) i BI (Business Intelligence) [56].

BIS je dizajniran za upravljanjem medicinskim, administrativnim i financijskim aspektima bolnice. Putem cjelovitog računalnog sustava pruža najbolju moguću podršku u liječenju i zdravstvenoj njezi pacijenata, radu zdravstvenog osoblja, administracije i ostalih [57]. Na slikama 5.1, 5.2, 5.3 i 5.4 prikazan je izgled BIS-a, zatim izgled Sestrinske dokumentacije u sklopu BIS-a te dijelovi Sestrinske dokumentacije.



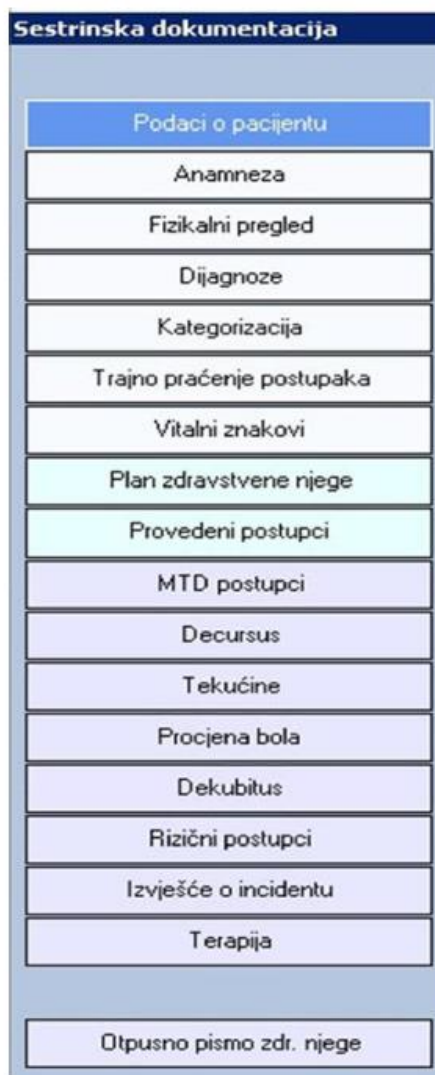
Slika 5.1 Izgled desktopa prilikom otvaranja Bolničkog Informacijskog sustava

[izvor: <https://hrcak.srce.hr/file/370872>]



Slika 5.2 Izgled Bolničkog Informacijskog Sustava

[izvor: <https://hrcak.srce.hr/file/324767>]



Slika 5.4 Prikaz dijelova Sestrinske dokumentacije u sklopu BIS-a

[izvor: <https://hrcak.srce.hr/file/370872>]

Tri glavne etičke dileme vezane uz EHR su privatnost i povjerljivost, sigurnost i integritet te dostupnost podataka. Suci Warren i Brandeis definiraju privatnost kao „*biti ostavljen na miru*“ [58]. Prema Richardu Rognehaughu, to je „*pravo pojedinca da informacije o sebi zadrži za sebe; zahtjev pojedinca da bude ostavljen na miru, od nadzora ili uplitanja drugih pojedinaca, organizacija ili vlade*“ [58]. Medicinski podaci smatraju se povjerljivima i moraju se zaštititi. Podaci o pacijentu mogu se dati drugima samo uz dopuštenje pacijenta ili kako je određeno zakonom [58]. Rješenje za očuvanje povjerljivosti je osiguranje da samo ovlaštene osobe imaju pristup informacijama. Pristup korisnika temelji se na unaprijed utvrđenim temeljnim ulogama i ovlastim, tako npr. u liječničkoj ordinaciji, medicinska sestra/tehničar i recepcionar imaju vrlo različite zadatke i odgovornosti, te nemaju pristup istim informacijama [58]. Određivanje korisničkih ovlasti bitan je aspekt u održavanju sigurnosti medicinskih zapisa [58].

Svi korisnici imaju pristup informacijama koje su im potrebne za ispunjavanje njihovih uloga i odgovornosti, ali isto tako moraju znati da su odgovorni za korištenje ili zlouporabu informacija koje su pregledavali i mijenjali [58].

5.1. Sestrinska dokumentacija kao dio elektronskog zdravstvenog kartona

Sestrinska dokumentacija je proces vođenja evidencije o sestrinskim intervencijama koje za svakog pacijenta planiraju i provode medicinske sestre/tehničari [59]. Njezina temeljna svrha je dokazati učinkovitost zdravstvene njege, omogućiti komunikaciju s ostalim suradnicima u zdravstvenom timu, održati kontinuitet skrbi, poboljšati sigurnost pacijenta i osigurati usklađenost s pravnim i profesionalnim zahtjevima [59]. Analizom sestrinske dokumentacije dokazano je da je ona nepotpuna, nema kontinuitet i ne uključuje psihosocijalne aspekte skrbi. Studija Asmirajantija i suradnika iz 2019. godine pokazala je da je 54,7% podataka iz sestrinske dokumentacije bilo loše kvalitete, a 71,6% podataka nije bilo potpuno [59].

Povećanjem sestrinske skrbi količina podataka koje je potrebno dokumentirati se povećala. Stoga je za upravljanje većim količinama podataka u različitim zemljama uporaba računala postala sve prisutnija u bilježenju zdravstvenih podataka [59].

Elektronički zdravstveni karton je izvor informacija o pacijentu u digitalnom obliku [60]. Sadrži retrospektivne, trenutne i prospektivne podatke, te je njihova primarna svrha održati kontinuiranu, učinkovitu, kvalitetnu i integriranu zdravstvenu skrb. Pružanje kvalitetne skrbi i sposobnost učinkovitog komuniciranja o skrbi za pacijenta ovisi o kvaliteti dostupnih informacija dostupnih zdravstvenih radnika [60]. Jedna od važnih informacija su sestrinski planovi zdravstvene njege. Plan zdravstvene njege dio je EHR, npr. kao podatkovna komponenta sustava ili kao zasebni kompjuterizirani sustav [60].

Brzim usvajanjem sustava elektroničkih zapisa pružila se prilika za proširenje znanja o sestrinskoj praksi korištenjem sestrinskih podataka iz EHR-a [61]. Sestrinski podaci uključuju podatke o provedenim intervencijama, podatke o pacijentu, bilješke o napretku, podatke o procjeni i planove zdravstvene njege [61].

U bolničkom okruženju medicinske sestre/tehničari obično su glavni pružatelji skrbi [62]. One kontinuirano identificiraju pacijentove probleme te planiraju i provode skrb za postizanje željenog ishoda [61]. U posljednja dva desetljeća većina zdravstvenih radnika, posebno medicinskih sestara/tehničara, troši više vremena na dokumentiranje, nego na primjenu terapijske komunikacije s pacijentom ili njegovom obitelji [62].

Dokumentacija zdravstvene njege smatra se značajnim pokazateljem koji može utjecati na pružanje zdravstvene njege, bilo da je u pisanom ili elektroničkom obliku [62].

Neki od nedostataka pisanog oblika sestrinske dokumentacije su nezajamčena sigurnost podataka i nemogućnost dugoročne baze podataka. Istraživanjem su se uspoređivala oba oblika dokumentiranja korištenjem tri kriterija: sadržaja, procesa dokumentiranja i strukture. Dobivenim rezultatima se dokazalo da je EHR bolji od papirnate dokumentacije o zdravstvenoj skrbi u vidu procesa i strukture [62].

Trenutno se sve veća količina sestrinskih i drugih kliničkih podataka prikuplja putem EHR-a [63]. Kako sve više bolnica koristi EHR koji podržavaju uključivanje sestrinskih podataka, stvaranjem velikih baza podataka može se pomoći u poboljšanju pružene skrbi proučavanjem dokumentirane sestrinske skrbi [63]. Sestrinske dijagnoze, intervencije i ishodi koriste se u EHR prilikom dokumentiranja zdravstvene njege. Dobivenim elektronskim podacima iz sestrinske dokumentacije može se poboljšati kvaliteta zdravstvene njege. Analiza velike količine sestrinskih podataka potrebna je za određivanje učinkovitosti sestrinskih intervencija [63]. Njome se može procijeniti kvaliteta zdravstvene zaštite koja je neophodna za uspostavljanje politike zdravstvene zaštite i poboljšanja ishoda pacijenta [63].

Uvođenjem elektronskog zdravstvenog kartona došlo je do unaprjeđenja sestrinske dokumentacije [64]. Sestrinska dokumentacija u EHR-u sa standardiziranim terminima omogućava korištenje dosljednih podataka o sestinstvu potrebnih za dijeljenje, usporedbu i spajanje s drugim podacima u svim sustavima [61]. Standardizirana terminologija podupire donošenje odluka temeljnih na dokazima, olakšava procjenu zdravstvene skrbi i ishoda [64]. Korištenjem unificiranih koncepata, moguće je analizirati dokumentiranu sestrinsku skrb, zatim kako je npr. identificirano, implementirano i evaluirano liječenje boli kod pacijenta [64]. Transparentna i unificirana dokumentacija podupire kvalitetu, kontinuitet i sigurnost za pacijenta, te štiti zdravstvene djelatnike od pravne odgovornost [64].

Nekoliko faktora doprinosi uspješnoj implementaciji i korištenju EHR-a, a to su troškovi, vrijeme koje je potrebno za obuku, prošlo iskustvo korisnika, interoperabilnost, sigurnost i privatnost, strah, korisničko sučelje, poticaj nadređenih itd [65]. U studiji na temu *Factors Affecting the Adoption of Electronic Health Records by Nurses* iz 2013. godine čak 28,42% medicinskih sestara izjavilo je da je potreba za obukom najveća prepreka za korištenjem EHR-a [65]. U zaključku studije stoji kako je potrebno provoditi obuku o korištenju EHR-a za medicinske sestre/tehničari kako bi im bilo što ugodnije dokumentirati [65]. Pravilna obuka dovodi do uspješne implementacije EHR-a [65].

Studijom *Electronic Health Records Documentation in Nursing: Nurses' Perceptions, Attitudes, and Preferences* provedeno je istraživanje na medicinskim sestrama/tehničarima kako bi se procijenila njihova percepcija i stav povezan s korištenjem EHR-a [66].

Dokazano je da čak 36% medicinskih sestara/tehničara smatra da je korištenje EHR-a smanjilo opterećenje povezano s radom, sveukupno, 75% medicinskih sestara/tehničara smatra da EHR poboljšava kvalitetu dokumentacije i 76% medicinskih sestara/tehničara smatra da će EHR dovesti do poboljšanje sigurnosti i skrbi za pacijente [66]. Medicinske sestre/tehničari koji su imali iskustva u korištenju računala, imali se pozitivniji stav prema EHR – u, u odnosu na medicinske sestre/tehničare koje nisu imali iskustva [66].

Elektronski zdravstveni karton jedna je od bitnijih komponenta moderne zdravstvene skrbi. Medicinske sestre/tehničari kao najveća skupina koja pruža skrb sve više u svojem radu koristi EHR [67]. Stoga, medicinske sestre/tehničari tijekom svojeg obrazovanja moraju dobiti teoretsko i praktično znanje o korištenju EHR-a [67]. To je osobito važno s obzirom na sve veću pojavu zabrinutosti povezanu s nedostatkom pripremljenosti za korištenje zdravstvenih informacijskih sustava među medicinskim sestrama/tehničarima kada se zaposle [67]. Simulirani EHR – ovi u akademske svrhe predloženi su inovativna pedagogija sa svrhom promicanja i stjecanja teorijskih znanja o informatici i vještina potrebnih za korištenje EHR-a u sigurnom okruženju prije susreta sa stvarnim pacijentom. Primjenom takve vrste učenja na preddiplomskim studijima sestrinstva, proširuje se područje učinkovite prakse poučavanja i učenja [67]. Osigurava se da budući prvostupnici sestrinstva imaju potrebne kompetencije iz područja zdravstvene informatike, kako bi nakon završetka obrazovanja bilo što bolje pripremljeni za današnje digitalno zdravstveno okruženje. Simuliranim EHR – ovi studentima sestrinstva poboljšava se kritičko razmišljanje i njihova sposobnost snalaženja u EHR – u, ali i razumijevanje informatičkih koncepata kao što je upravljanje podacima [67]. Također, korištenjem simuliranih EHR – ova studenti razvijaju pozitivne stavove o EHR – u, povećava se samopouzdanje i samoučinkovitost u korištenju EHR-a. Unatoč postojanju brojnih prednosti u korištenju simuliranih EHR – ova, čimbenici kao što su troškovi i stručnost fakulteta i dalje su glavne prepreke u integraciji simuliranih EHR – ova u obrazovanje [67].

6. Sestrinska dokumentacija kao pravna zaštita

Medicinske sestre/tehničari imaju profesionalnu i zakonsku obavezu voditi dokumentaciju [68]. To uključuje dokumentaciju procjene, primjene lijekova, liječničkih naloga, edukaciju pacijenta i drugo. Ispravnom dokumentacijom održava se proces zdravstvene njege i dokaz da je medicinska sestra/tehničar pravilno primijenio proces [68]. Potpuna i točna dokumentacija također pokazuje profesionalnu odgovornost medicinske sestre/tehničara [68].

Dobra sestrinska praksa zahtijeva detaljno vođenje dokumentacije koja je sveobuhvatna, pravovremena i točna [69]. Bez potpune evidencije nema dokaza da je pacijentu pružena njega, a u sestrinstvu postoji izreka „*što nije zabilježeno, nije se ni dogodilo*“ [69]. Nadalje, loše vođenje dokumentacije ne samo da umanjuje količinu provedene sestrinske skrbi, već medicinske sestre/tehničare čini ranjivijima u vidu pravne zaštite [69].

Ne samo da je sestrinska dokumentacija izvor podataka o pacijentu, ona također služi za dokazivanje donošenja odluka i bilježenje rezultata tih odluka [70]. Osim što je moćan komunikacijski alat, ona također daje argumente o radu medicinskih sestara/tehničara. Njome se dokazuje što je zapravo sve medicinska sestra/tehničar učinio/la za pacijentovu dobrobit [70].

Uvođenjem EHR-a, sestrinska dokumentacija je također postala dijelom elektronskog zdravstvenog zapisa. Smatra se da se sestrinskom dokumentacijom kao dijelom EHR-a promiče kvaliteta, potpunost i točnost dokumentiranja [71]. Uvođenjem EHR-a medicinskim sestrama/tehničarima je omogućeno da provode više vremena skrbeći za pacijente jer je manje vremena potrebno za popunjavanje dokumentacije [71]. S druge strane neki autori kritiziraju EHR jer često ne odražavaju individualne potrebe pacijenta jer zapisi sadrže ponavljajući standardizirani tekst, čime je ugrožena sigurnost pacijenta što se navodi kao negativna strana EHR-a [71]. Lee je u svojoj studiji iz 2019. godine izvijestio da je točnost sestrinske dokumentacije u EHR-u bila 61,9%. Kang je u svojoj studiji izvijestio da su u samo 65,3% zapisa sestrinske dokumentacije bile evidentirane sestrinske intervencije [71]. Neke od prepreka pisanja sestrinske dokumentacije su te da medicinska sestra/tehničar ponekad mora brinuti o više pacijenata i zbog preopterećenosti poslom. Medicinske sestre/tehničari uglavnom zanemaruju dokumentiranje zbog toga što im je prioritet pružanje izravne skrbi [71]. Također, neke od prepreka dokumentiranja su nedostatan znanje o sestrinskoj dokumentaciji, nedostatak svijesti o važnosti sestrinske dokumentacije i poteškoće u opisivanju stanja pacijenta [71].

Značajnost sestrinske dokumentacije kao pravnih dokumenata raste. Broj medicinskih sporova od 2015. do 2019. godine u prosjeku porastao je za 67% [71]. Sukladno tome, broj medicinskih sporova povezanih sa sestrinством također se povećao s povećanjem uloga i odgovornosti medicinskih sestara/tehničara [71].

Stoga je važno da medicinske sestre/tehničari prepoznaju i reagiraju na sestrinske pogreške, razumiju svoju zakonske obaveze i odgovornosti te vode potpunu i točnu evidenciju svojih aktivnosti [71].

Dobro popunjena sestrinska dokumentacija može pomoći medicinskim sestrama/tehničarima da se obrane od tužbe zbog nesavjesnog liječenja [72]. Neadekvatno popunjena sestrinska dokumentacija može se koristiti protiv medicinske sestre/tehničara u tužbi za nesavjesno liječenje [72]. Kako bi se to izbjeglo potrebno se držati sljedećih pravila prilikom dokumentiranja [72]:

- prije nego li se počne s dokumentiranjem, potrebno je provjeriti da li je otvoren ispravan karton
- dokumentacija mora odražavati proces zdravstvene njege
- potrebno je koristiti potpune opise
- prilikom primjene lijeka, potrebno je evidentirati vrijeme, način primjene i odgovor pacijenta da primljeni lijek
- dokumentirati provedene preventivne mjere
- ako pacijent odbije liječenje ili primjenu lijeka, obavezno je potrebno dokumentirati
- ako se nešto dodaje u dokumentaciju, potrebno je označiti da se radi o naknadnom unosu uz točno evidentirano vrijeme i datum
- dokumentirati često i s dovoljno detalja [72].

Iako se dokumentiranje može činiti kao običan i ponavljajući zadatak, zahtjev za najvišom razinom kvalitetno popunjene sestrinske dokumentacije svakog pacijenta štiti sve medicinske sestre/tehničare od optužbi za nesavjesno liječenje i osigurava najbolju skrb za pacijente [72].

7. Istraživanje

7.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je istražiti znanja i stavove studenata sestrinstva o sestrinskoj dokumentaciji, točnije svijest studenata sestrinstva o oblicima, ulozi, važnosti pravilnog vođenja sestrinske dokumentacije s ciljem unaprjeđenja provođenja zdravstvene njege, ali isto tako i o važnosti sestrinske dokumentacije kao pravne zaštite u slučaju sudskih sporova.

7.2. Hipoteze

U skladu s ciljevima rada postavljene su sljedeće hipoteze:

Hipoteza 1: Studenti sestrinstva koji su se prije studija sestrinstva susreli sa sestrinskom dokumentacijom smatraju da se sestrinskom dokumentacijom sestrinstvo može unaprijediti kao profesija.

Hipoteza 2: Studenti diplomskog studija sestrinstva u odnosu na studente prijediplomskih studija sestrinstva svjesniji su da se u slučaju tužbe, pravilno vođenom sestrinskom dokumentacijom dokazuje rad medicinske sestre/tehničara.

Hipoteza 3: Studenti prijediplomskih studija sestrinstva u odnosu na studente diplomskih studija sestrinstva, manje su sigurni da se sestrinskom dokumentacijom olakšava posao medicinskih sestara/tehničara.

7.3. Metodologija istraživanja

Kao metoda prikupljanja podataka, osmišljena je anketa preko Google Forms, odnosno upitnik od 20 pitanja koji je putem društvenih mreža upućen ciljanim skupinama sudionika (studenti sestrinstva). Anketom su dobiveni odgovori na opća pitanja (spol, dob i godina obrazovanja). Osim općih pitanja, anketa je sadržavala i pitanja kojima su sudionici otkrili svoja znanja i stavove o sestrinskoj dokumentaciji.

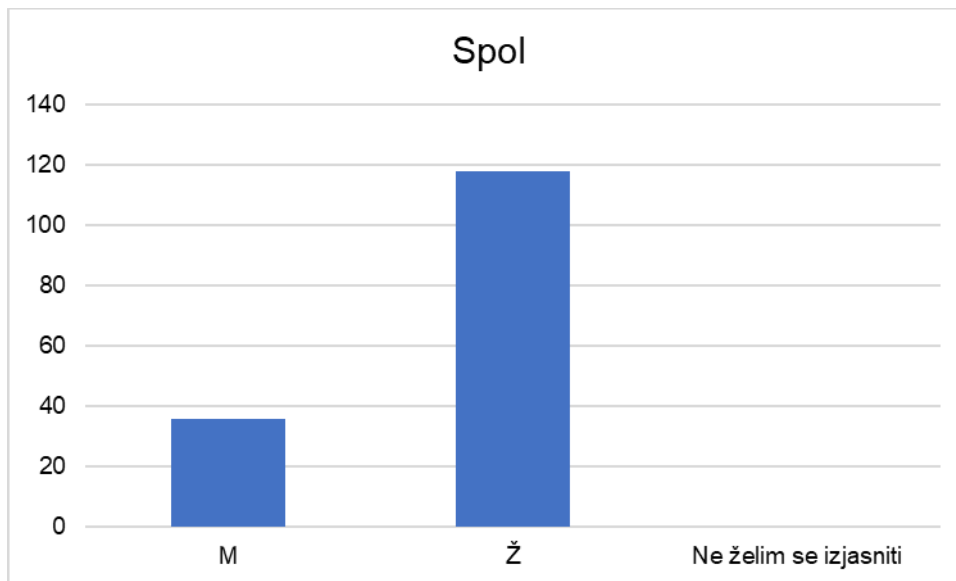
Istraživanje je izvršeno preko društvenih mreža u vremenskom razdoblju od 01. srpnja 2023. godine do 14. kolovoza 2023. godine.

Sudionici su zamoljeni da popune anketu putem Google Formsa, a anketu je ispunilo 154 sudionika. Prikupljanjem podataka poštivana je anonimnost i privatnost svih sudionika koji su participirali u istraživanju.

Sakupljeni podaci statistički su obrađeni u računalnom programu Microsoft Office Excel. Sve vrijednosti koje su prikazane putem grafova iskazane su numeričkim vrijednostima i u postocima (%). Ispod svakog grafičkog prikaza nalazi se tumačenje dobivenih rezultata.

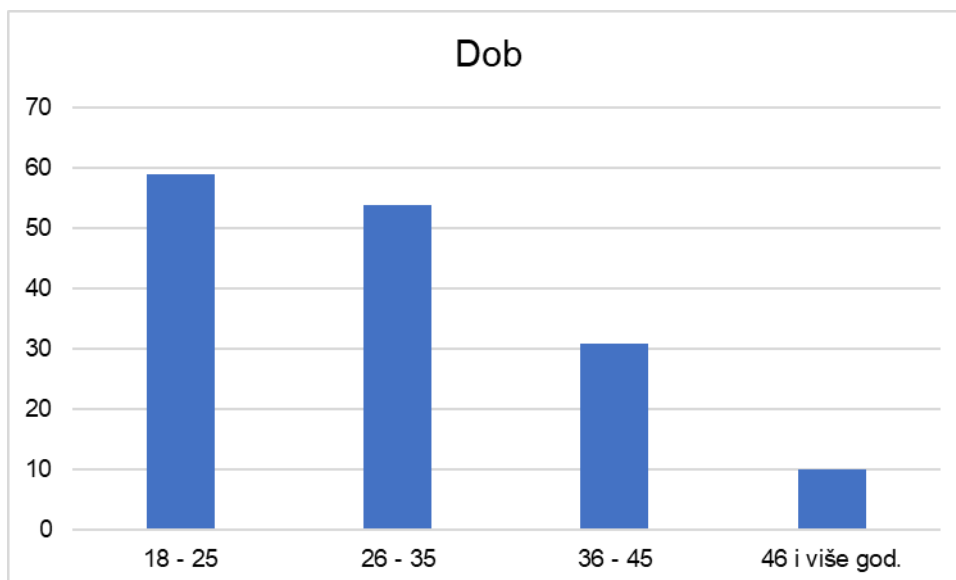
8. Rezultati

Osnovna obilježja uzoraka demonstrirana su u sljedećim grafovima:



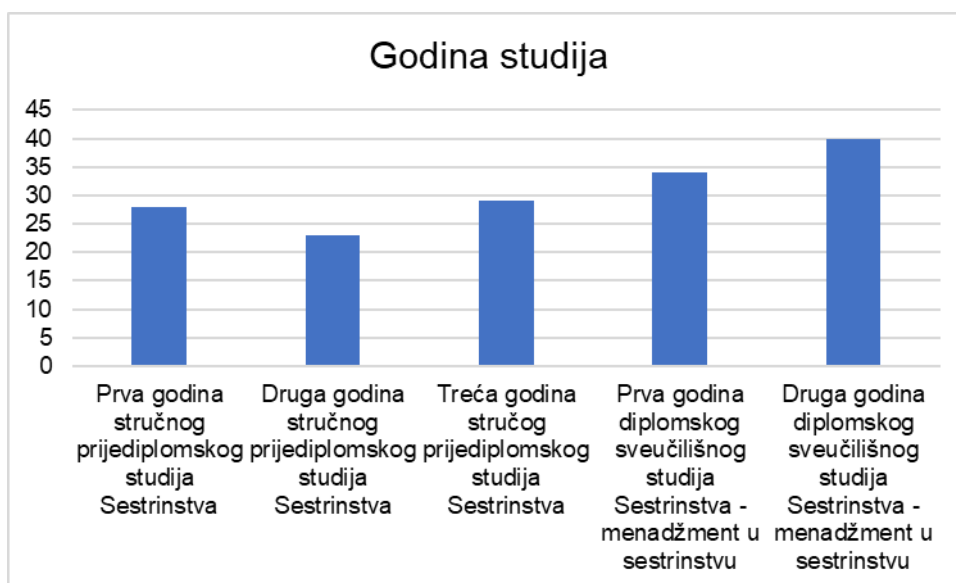
Grafikon 8.1 Prikaz spola sudionika [izvor: autor]

Od ukupnog 154 sudionika, 36 (23%) sudionika je muškog spola, dok je 118 (77%) sudionika ženskog spola, što je prikazano u Grafikonu 8.1.



Grafikon 8.2 Prikaz dobi sudionika, [izvor: autor]

Najveći broj sudionika imao je između 18 i 25 godina, njih 59 (38%), dok je najmanji broj sudionika imao 46 i više godina, njih 10 (6%), što je vidljivo iz Grafikona 8.2. Prosječna dob sudionika iznosila je 38,5 godina.



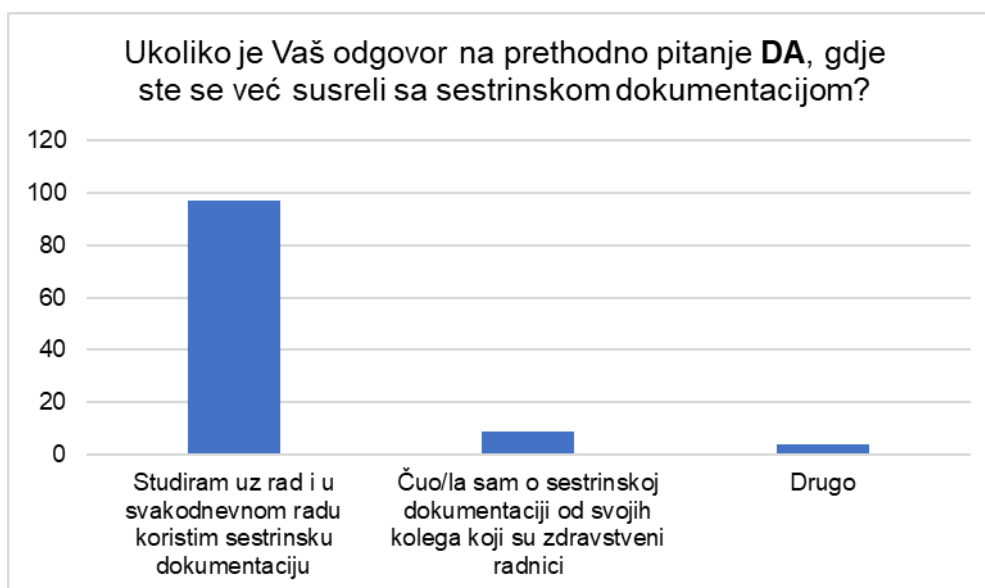
Grafikon 8.3 Prikaz godina studija sudionika, [izvor: autor]

Najveći broj sudionika pohađa drugu godinu diplomskog sveučilišnog studija Sestrinstva – menadžment u sestrinstvu, njih 40 (26%), a najmanji broj sudionika njih 23 (15%) pohađa drugu godinu stručnog prijediplomskog studija sestrinstva, što je vidljivo iz Grafikona 8.3.



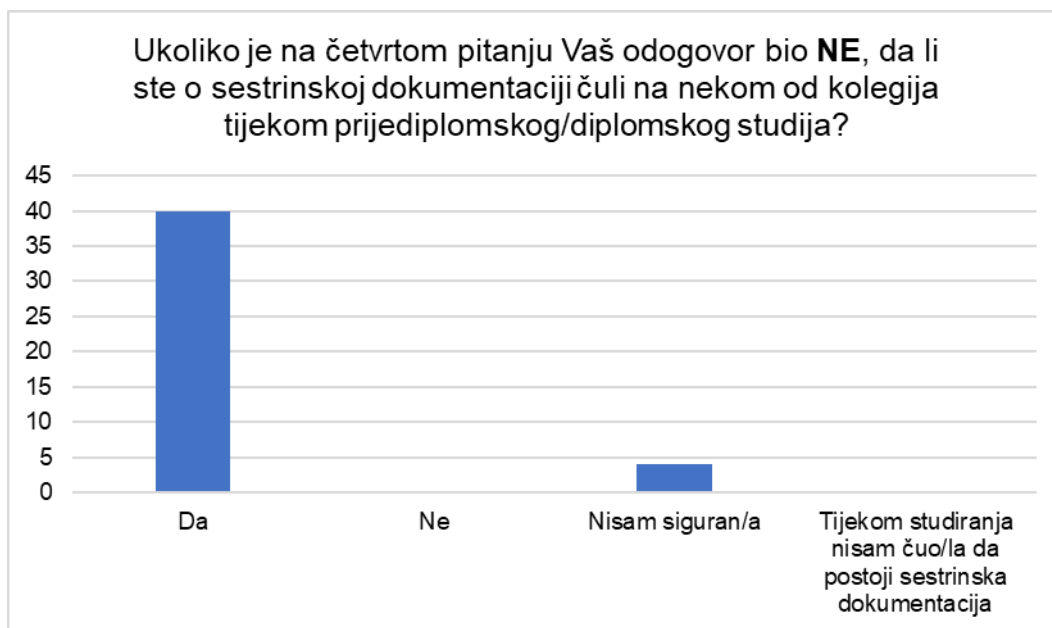
Grafikon 8.4 Prikaz odgovora sudionika o susretanju sa sestrinskom dokumentacijom prije pohađanja studija Sestrinstva, [izvor: autor]

Od ukupnog broja sudionika, njih 110 (71%) se prije studija sestrinstva susrelo sa sestrinskom dokumentacijom, dok se 44 (29%) sudionika prije studija sestrinstva nije susrelo sa sestrinskom dokumentacijom, što je prikazano u Grafikonu 8.4.



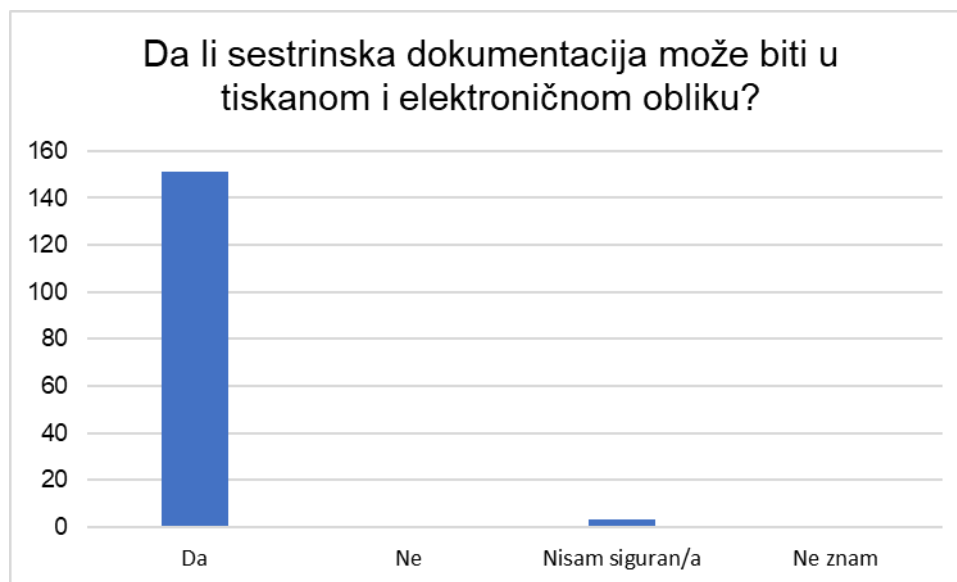
Grafikon 8.5 Prikaz odgovora sudionika o prethodnom susretanju sa sestrinskom dokumentacijom, [izvor: autor]

Od ukupnog broja sudionika, 110 je izjavilo da se prije studija sestrinstva već susrelo sa sestrinskom dokumentacijom. Od njih 110, 97 (87%) sudionika navelo je da studira uz rad te da u svakodnevnom radu koristi sestrinsku dokumentaciju, dok je 9 (8%) sudionika navelo da je čulo o sestrinskoj dokumentaciji od svojih kolega koji su zdravstveni radnici, što je vidljivo u Grafikonu 8.5.



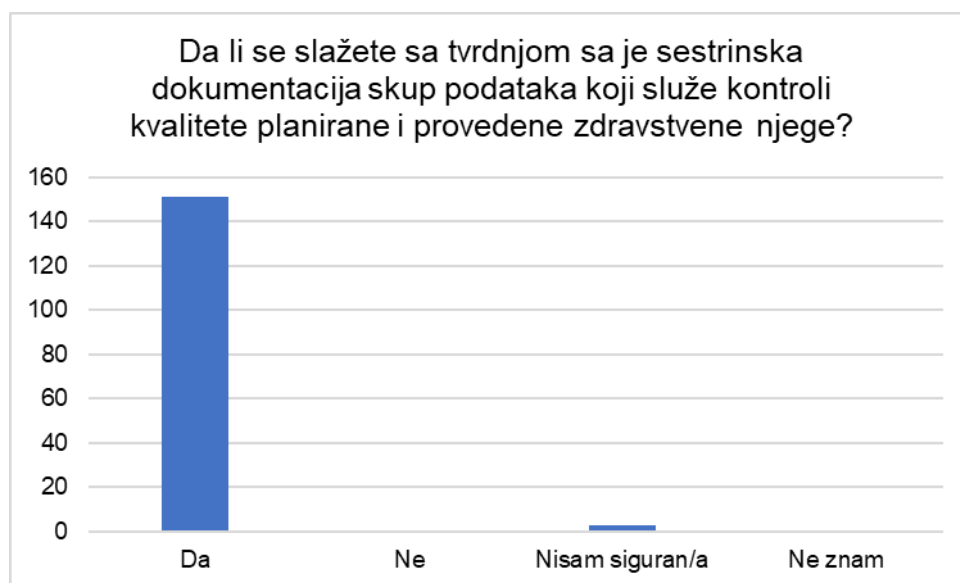
Grafikon 8.6 Prikaz odgovora sudionika da li su se tijekom prijediplomskog/diplomskog studija Sestrinstva susreli sa sestrinskom dokumentacijom, [izvor: autor]

Od ukupnog broja sudionika, njih 44 (28%) je odgovorilo da se prije studija sestrinstva nije susrelo sa sestrinskom dokumentacijom, 40 (90%) ispitanika odgovorilo je da su na nekom od kolegija na prijediplomskom/diplomskom studiju sestrinstva čuli o sestrinskoj dokumentaciji, dok 4 (10%) sudionika nije sigurno, što je vidljivo iz Grafikona 8.6.



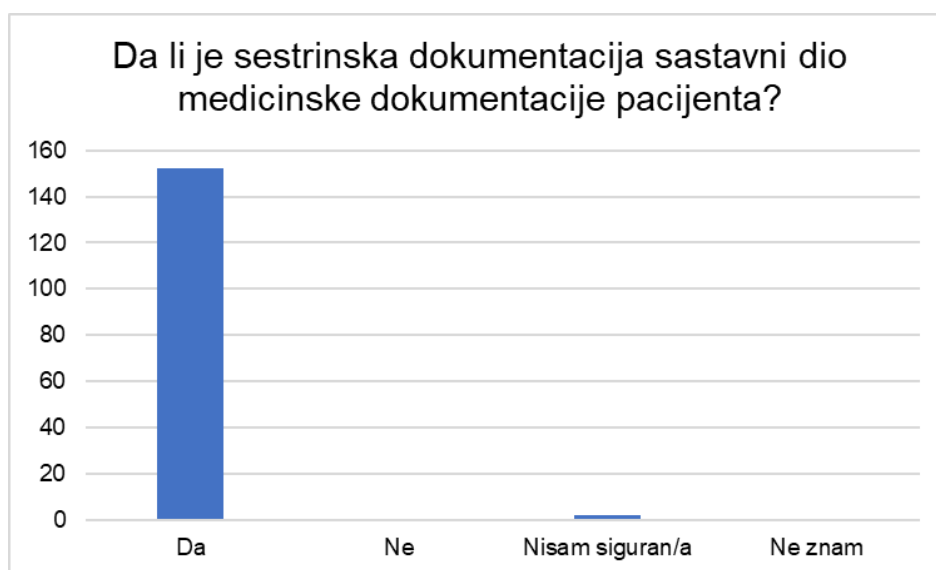
Grafikon 8.7 Prikaz odgovora sudionika da li sestrinska dokumentacija može biti u tiskanom i elektroničkom obliku, [izvor: autor]

Od ukupnog broja sudionika, njih 151 (98%) je odgovorilo da sestrinska dokumentacija može biti u tiskanom i elektronskom obliku, dok 3 (2%) sudionika nije sigurno da li sestrinska dokumentacija može biti u tiskanom i elektronskom obliku, što je vidljivo u Grafikonu 8.7.



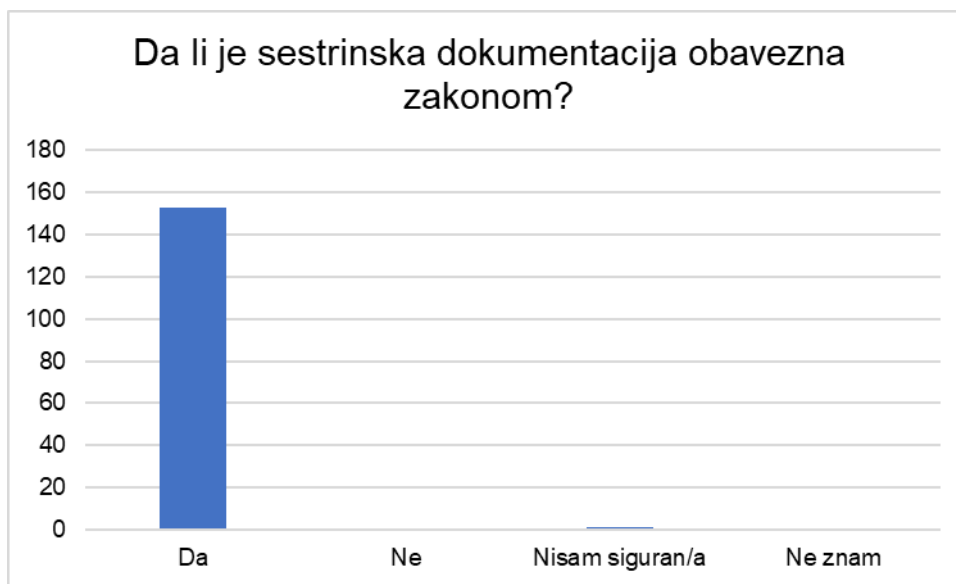
Grafikon 8.8 Prikaz odgovora sudionika o slaganju sa navodom da je sestrinska dokumentacija skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege, [izvor: autor]

Od ukupnog broja sudionika, njih 151 (98%) se složilo sa navodom da je sestrinska dokumentacija skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege, dok 3 (2%) sudionika nije sigurno, što je vidljivo iz Grafikona 8.8.



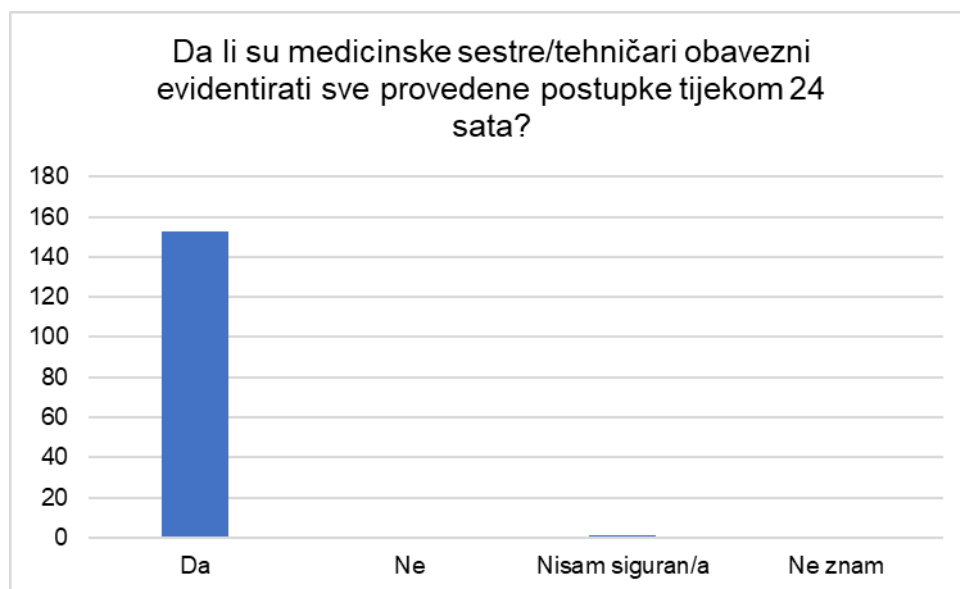
Grafikon 8.9 Prikaz odgovora sudionika da li je sestrinska dokumentacija sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta, [izvor: autor]

Od ukupnog broja sudionika, njih 152 (99%) je odgovorilo je da je sestrinska dokumentacija sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta, dok 2 (1%) nije sigurno, što je prikazano u Grafikonu 8.9.



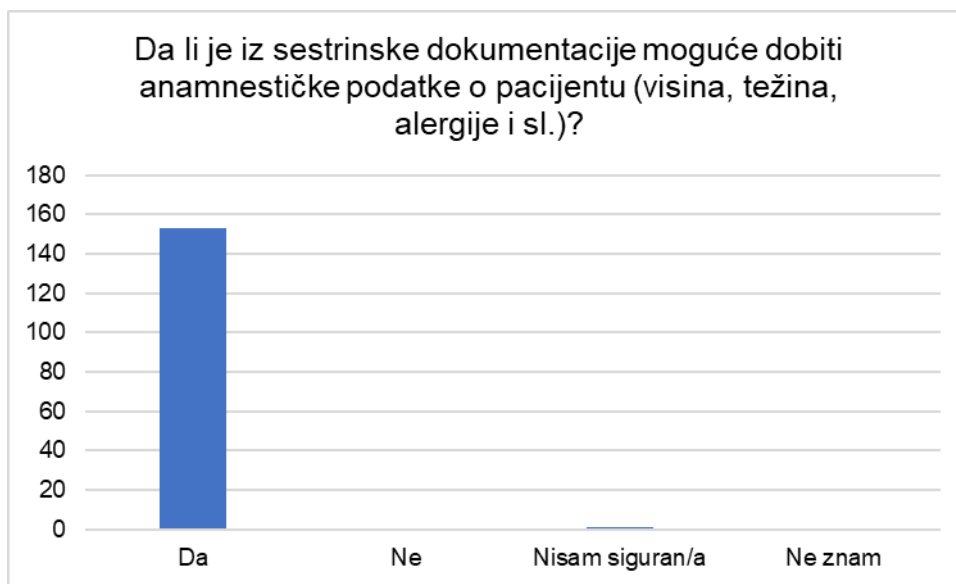
Grafikon 8.10 Prikaz odgovora sudionika da li je sestrinska dokumentacija obavezna zakonom, [izvor: autor]

Od ukupnog broj sudionika, njih 153 (99,4%) je odgovorilo da je sestrinska obavezna zakonom, dok 1 (0,6%) sudionik nije siguran da li je sestrinska dokumentacija obavezna zakonom, što je prikazano u Grafikonu 8.10.



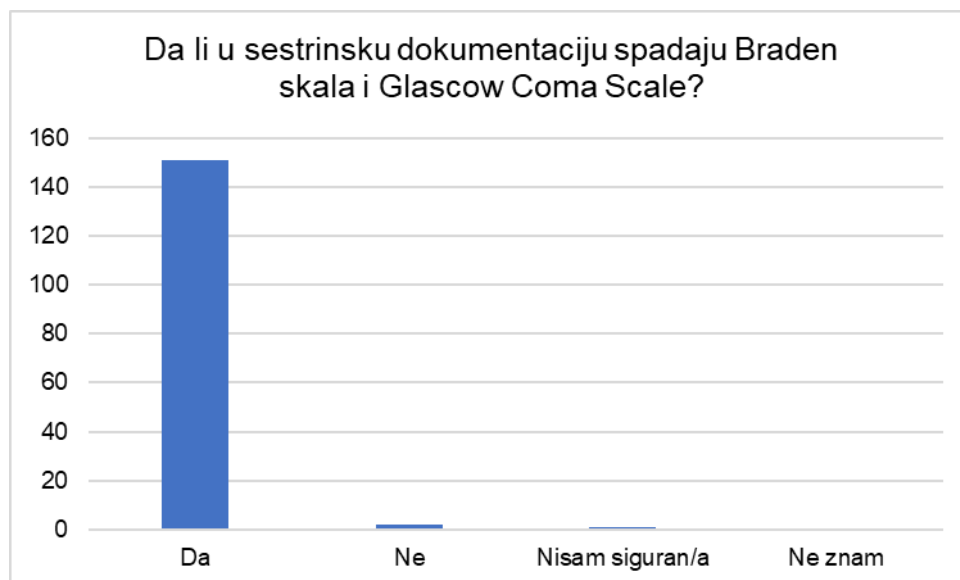
Grafikon 8.11 Prikaz odgovora sudionika na pitanje o obavezni evidentiranja svih postupaka medicinskih sestara/tehničara tijekom 24 sata, [izvor: autor]

Od ukupnog broja sudionika, njih 153 (99,4%) odgovorilo je da su medicinske sestre/tehničari obavezni evidentirati sve provedene postupke tijekom 24 sata, dok 1 (0,6%) sudionik nije siguran, što je prikazano u Grafikonu 8.11.



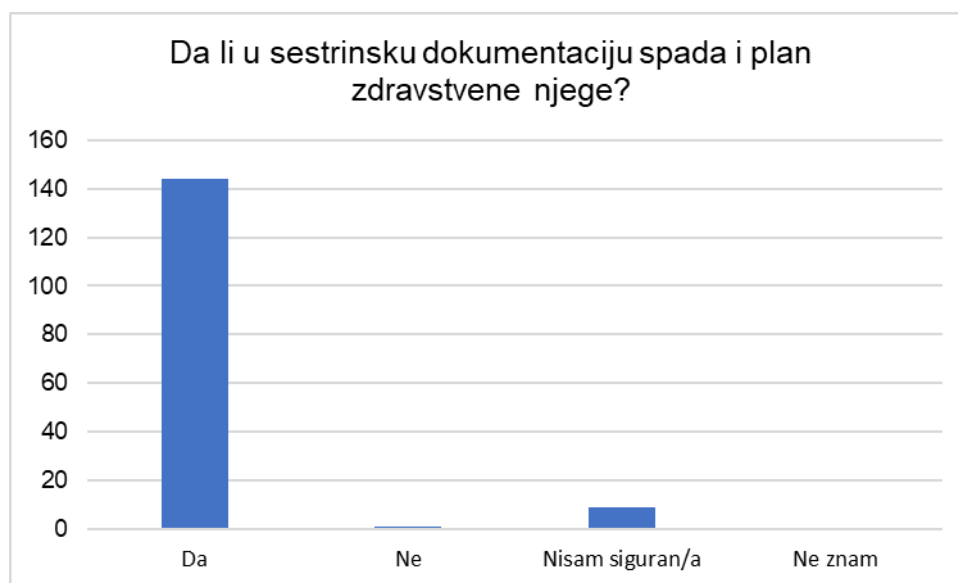
Grafikon 8.12 Prikaz odgovora sudionika da li se iz sestrinske dokumentacije mogu dobiti anamnestički podaci o pacijentu, [izvor: autor]

Od ukupnog broja sudionika, njih 153 (99,4%) odgovorilo je da se iz sestrinske dokumentacije mogu dobiti anamnestički podaci, dok 1 (0,6%) sudionik nije siguran da li se sestrinskom dokumentacijom mogu dobiti anamnestički podaci, što je prikazano u Grafikonu 8.12.



Grafikon 8.13 Prikaz odgovora sudionika da li u sestrinsku dokumentaciju spadaju Braden skala i Glasgow Coma Scale, [izvor: autor]

Od ukupnog broja sudionika, njih 151 (98%) je odgovorio da Braden skala i Glasgow Coma Scale spadaju u sestrinsku dokumentaciju, što je vidljivo u Grafikonu 8.13.



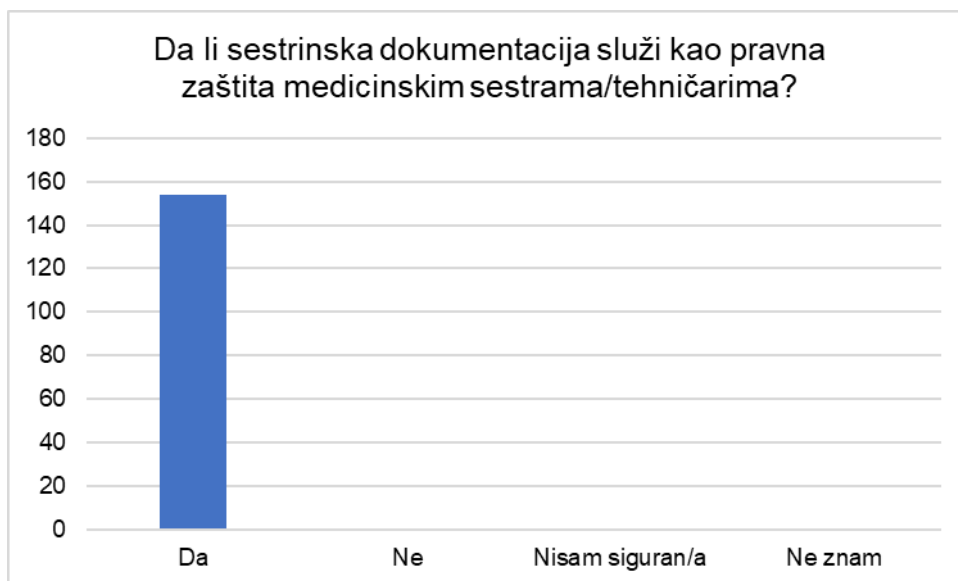
Grafikon 8.14 Prikaz odgovora sudionika na pitanje da li je plan zdravstvene njege dio sestrinske dokumentacije, [izvor: autor]

Od ukupnog broja sudionika, njih 144 (93%) odgovorilo je da u sestrinsku dokumentaciju spada i plan zdravstvene njege, dok 9 (6%) sudionika nisu sigurni da li plan zdravstvene njege spada u sestrinsku dokumentaciju, što je vidljivo iz Grafikona 8.14.



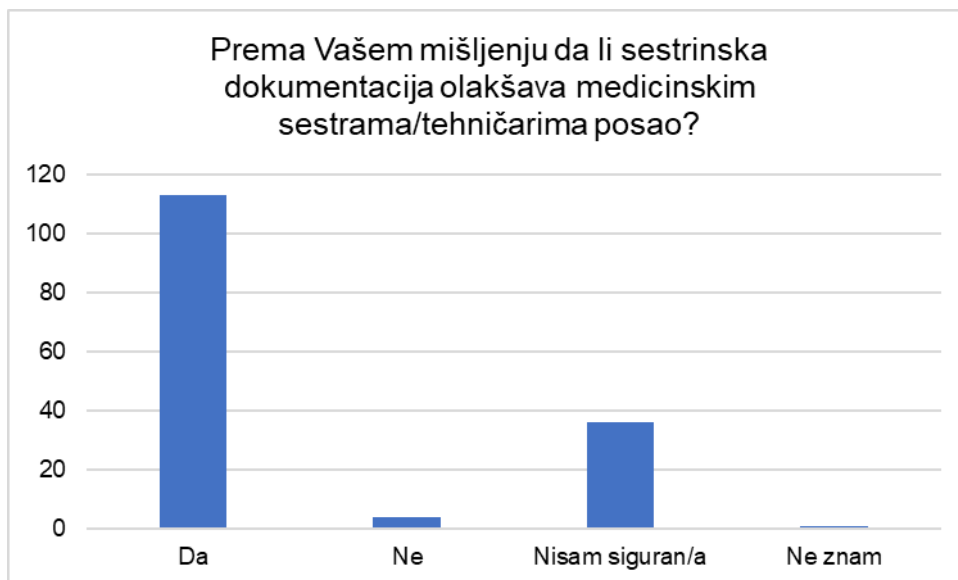
Grafikon 8.15 Prikaz odgovora sudionika da li plan zdravstvene njege izrađuje prvostupnik/ca sestrinstva, [izvor: autor]

Od ukupnog broja sudionika, njih 154 (100%) odgovorilo je da prvostupnik/ca sestrinstva izrađuje plan zdravstvene njege, što je vidljivo u grafikonu 8.15.



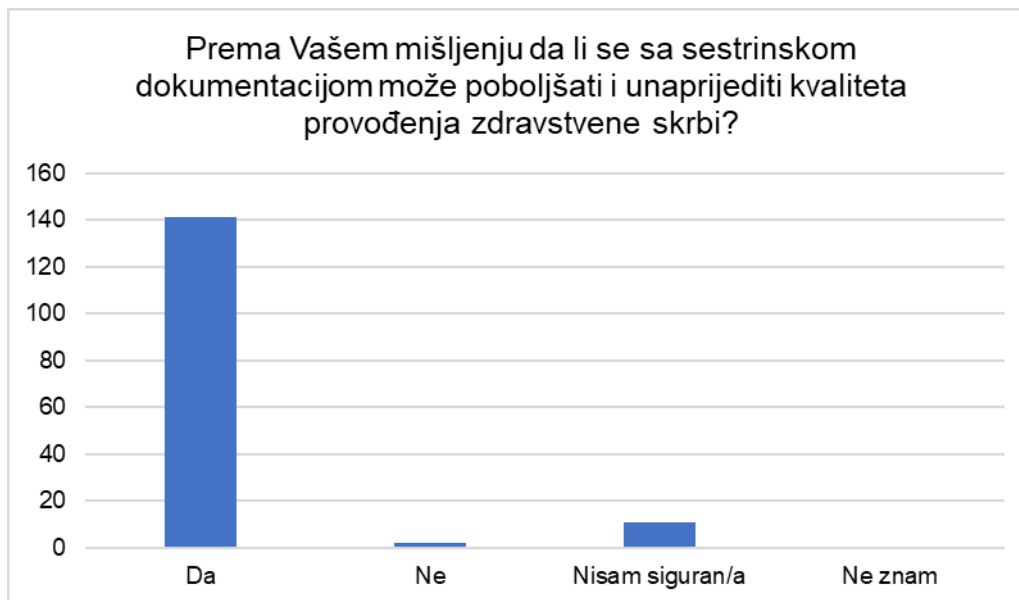
Grafikon 8.16 Prikaz odgovora sudionika da li sestrinska dokumentacija služi kao pravna zaštita, [izvor: autor]

Od ukupnog broja sudionika, njih 154 (100%) odgovorilo je da sestrinska dokumentacija služi kao pravna zaštita medicinskim sestrama/tehničarima, što je vidljivo u Grafikonu 8.16.



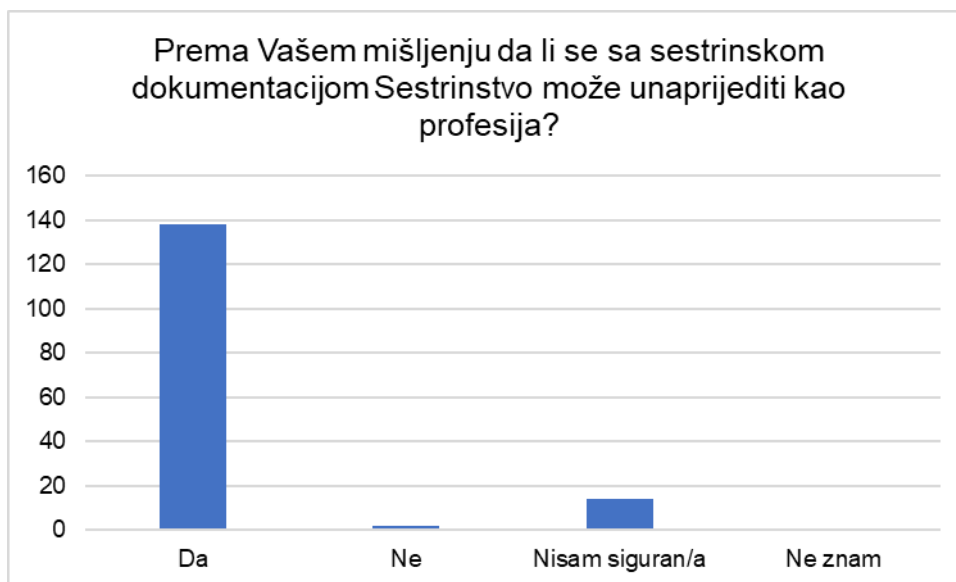
Grafikon 8.17 Prikaz odgovora sudionika da li se prema njihovom mišljenju medicinskim sestrama/tehničarima sestrinskom dokumentacijom olakšava posao, [izvor: autor]

Od ukupnog broja sudionika, njih 113 (73%) odgovorilo je da prema njihovom mišljenju korištenje sestrinske dokumentacije medicinskim sestrama/tehničarima olakšava posao, dok 36 (23%) sudionika nije sigurno da li sestrinska dokumentacija olakšava posao medicinskim sestrama/tehničarima, što je vidljivo iz Grafikona 8.17.



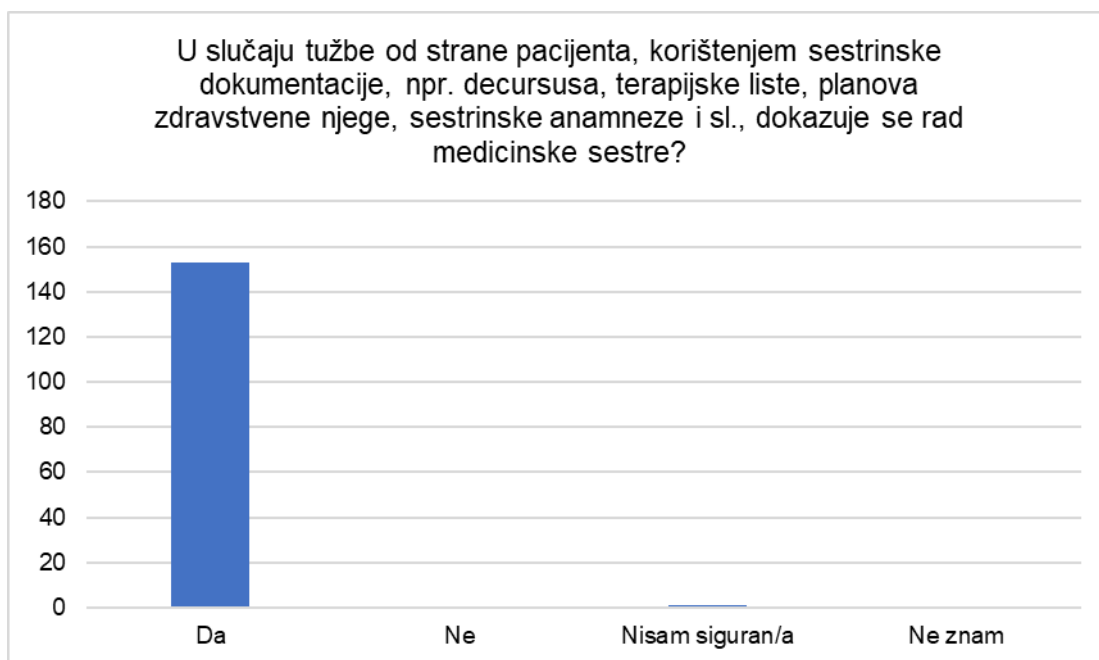
Grafikon 8.18 Prikaz odgovora sudionika da li se prema njihovom mišljenju sestrinskom dokumentacijom može poboljšati i unaprijediti kvaliteta provođenja zdravstvene skrbi, [izvor: autor]

Od ukupnog broja sudionika, njih 141 (92%) odgovorilo je da smatra da se korištenjem sestrinske dokumentacije može unaprijediti i poboljšati kvaliteta provođenja zdravstvene skrbi, dok 11 (7%) sudionika nisu sigurni da li se korištenjem sestrinske dokumentacije može unaprijediti i poboljšati kvaliteta provođenja zdravstvene skrbi, što je vidljivo iz Grafikona 8.18.



Grafikon 8.19 Prikaz odgovora sudionika da li se sa sestrijskom dokumentacijom Sestrinstvo može unaprijediti kao profesija, [izvor: autor]

Od ukupnog broj sudionika, njih 138 (90%) smatra da se sestrijskom dokumentacijom Sestrinstvo može unaprijediti kao profesija, dok 14 (9%) sudionika nisu sigurni da li se korištenjem sestrijske dokumentacije Sestrinstvo može unaprijediti kao profesija, što je prikazano u Grafikonu 8.19.



Grafikon 8.20 Prikaz odgovora sudionika da li se u slučaju tužbe od strane pacijenta, sestrijskom dokumentacijom dokazuje rad medicinske sestre, [izvor: autor]

Od ukupnog broja sudionika, njih 153 (99%) odgovorilo je da se ukoliko dođe do sudske tužbe od strane pacijenta, sestrijskom dokumentacijom dokazuje rad medicinske sestre, dok 1 sudionik nije

siguran da li se ukoliko dođe do sudske tužbe od strane pacijenta, sestrinskom dokumentacijom dokazuje rad medicinske sestre, što je vidljivo iz Grafikona 8.20.

Testiranje hipoteza

Razlike studenata sestrinstva u stavu o mogućnosti unaprjeđenja sestrinstva kao profesije pomoću sestrinske dokumentacije

	studenti Sestrinstva koji su se prije studija susreli sa sestrinskom dokumentacijom - DA	studenti Sestrinstva koji se prije studija susreli sa sestrinskom dokumentacijom - NE, NISAM SIGURAN/A, NE ZNAM	studenti Sestrinstva koji su se prije studija nisu susreli sa sestrinskom dokumentacijom - DA	studenti Sestrinstva koji se prije studija nisu susreli sa sestrinskom dokumentacijom – NE, NISAM SIGURAN/A, NE ZNAM
Empirijski rezultati	101	10	37	6
Teorijski rezultati	99,468	11,532	38,532	4,468
Devijacija	1,532	-1,532	-1,532	1,532
Kvadrirana devijacija	2,348	2,348	2,348	2,348
Hi kvadrat	0,024	0,204	0,061	0,526
Vrijednost α	0,05	-	-	-
Stupanj slobode	3	-	-	-
Hi kvadrat	0,814	-	-	-

Tablica 8.1 Prikaz razlika studenata sestrinstva u stavu o mogućnosti unaprjeđenja sestrinstva kao profesije pomoću sestrinske dokumentacije, [izvor: autor]

Ispitivanjem hipoteze i statističkom analizom podataka dokazano je da nema statističkih značajnih razlika ($p=0,814$) u stavovima studenta sestrinstva koji su se prije studija susreli sa sestrinskom dokumentacijom i studentima koji se prije studija sestrinstva nisu susreli sa sestrinskom dokumentacijom u stavu da se pomoću sestrinske dokumentacije može unaprijediti profesija. Od ukupnog broja sudionika koji su se prije studija sestrinstva susreli sa sestrinskom dokumentacijom, 65% ispitanika smatra da se pomoću sestrinske dokumentacije sestrinstvo može unaprijediti kao profesija. Od ukupnog broja ispitanika koji se prije studija sestrinstva nisu susreli sa sestrinskom dokumentacijom, 35% njih smatra da se pomoću sestrinske dokumentacije sestrinstvo može unaprijediti kao profesija.

Razlike u stavu studenata prijediplomskog i diplomskog studija Sestrinstva da se u slučaju sudske tužbe pomoću sestrinske dokumentacije dokazuje rad medicinske sestre

	studenti prijediplomskog studija Sestrinstva koji - DA	studenti prijediplomskog studija Sestrinstva - NE, NISAM SIGURAN/A, NE ZNAM	studenti diplomskog studija Sestrinstva - DA	studenti diplomskog studija Sestrinstva- NE, NISAM SIGURAN/A, NE ZNAM
Empirijski rezultati	79	1	74	0
Teorijski rezultati	79,481	0,519	73,519	0,481
Devijacija	-0,481	0,481	0,481	-0,481
Kvadrirana devijacija	0,231	0,231	0,231	0,231
Hi kvadrat	0,003	0,444	0,003	0,481
Vrijednost α	0,05	-	-	-
Stupanj slobode	3	-	-	-
Hi kvadrat	0,931	-	-	-

Tablica 8.2 Prikaz razlika u stavu studenata prijediplomskog i diplomskog studija Sestrinstva da se u slučaju sudske tužbe pomoću sestrinske dokumentacije dokazuje rad medicinske sestre,

[izvor:autor]

Prilikom testiranja hipoteza i statističkom analizom podataka dokazano je da nema statističkih značajnih razlika ($p=0,931$) u stavovima studenata prijediplomskog i diplomskog studija sestrinstva da se pomoću sestrinske dokumentacije u slučaju sudske tužbe dokazuje rad medicinskih sestara. Obje skupine studenata sestrinstva u visokom postotku su odgovorile da se u slučaju sudske tužbe pomoću sestrinske dokumentacije dokazuje rad medicinske sestre (51% studenti prijediplomskog studija sestrinstva, 48% studenti diplomskog studija sestrinstva).

Razlike u stavu studenata prijediplomskog i diplomskog studija sestrinstva da se pomoću sestrinske dokumentacije olakšava posao medicinskih sestara

	studenti prijediplomskog studija Sestrinstva koji - DA	studenti prijediplomskog studija Sestrinstva - NE, NISAM SIGURAN/A, NE ZNAM	studenti diplomskog studija Sestrinstva - DA	studenti diplomskog studija Sestrinstva- NE, NISAM SIGURAN/A, NE ZNAM
Empirijski rezultati	55	25	58	16
Teorijski rezultati	58,701	21,299	54,299	19,701
Devijacija	-3,701	3,701	3,701	-3,701
Kvadrirana devijacija	13,700	13,700	13,700	13,700
Hi kvadrat	0,233	0,643	0,252	0,695
Vrijednost α	0,05	-	-	-
Stupanj slobode	3	-	-	-
Hi kvadrat	1,824	-	-	-

Tablica 8.3 Prikaz razlika u stavu studenata prijediplomskih i diplomskih studija Sestrinstva da se pomoću sestrinske dokumentacije olakšava posao medicinskih sestara, [izvor: autor]

Ispitivanjem hipoteza i statističkom analizom podataka dokazano je da nema signifikantnih statističkih razlika ($p=1,824$) u stavovima studenata prijediplomskog i diplomskog studija sestrinstva da se pomoću sestrinske dokumentacije olakšava posao medicinskih sestara. Od cjelokupnog broja ispitanika 35% studenata prijediplomskog i 37% studenata diplomskog studija sestrinstva smatra da se sestrinskom dokumentacijom olakšava posao medicinskih sestara.

9. Rasprava

U istraživanju je sudjelovalo 154 sudionika, odnosno studenta prijediplomskog i diplomskog studija sestrinstva. Cilj istraživanja bio je ispitati znanja i stavove studenata sestrinstva o sestrinskoj dokumentaciji, točnije svijest studenata sestrinstva o oblicima, ulozi, važnosti pravilnog vođenja sestrinske dokumentacije s ciljem unaprjeđenja provođenja zdravstvene njege, ali isto tako i o važnosti sestrinske dokumentacije kao pravne zaštite u slučaju sudskih sporova.

Većina sudionika bila je ženskog spola čak 77%, dok muškog spola 23%. Možemo reći da je gotovo $\frac{1}{4}$ sudionika muškog spola, odnosno da polako dolazi po povećanja broja muškog spola u sestrinstvu kao profesiji. Od samih početaka sestrinstvo je smatrano ženskom profesijom te su u 19. stoljeću žene u odnosu na muškarce imale prednost prilikom upisa na obuku [73]. Diljem svijeta muškarci se rijetko odlučuju za profesiju medicinskog tehničara. U zapadnim zemljama broj medicinskih tehničara iznosi oko 10%, u Kini taj broj varira između 1% i 2%, u Španjolskoj 16,7% [74]. U Sloveniji se omjer između prvostupnika i prvostupnica sestrinstva promijenio u korist prvostupnika sestrinstva [74]. Porast broja prvostupnika u Sloveniji tijekom zadnjeg desetljeća može se pripisati osnivanju novih programa, promjenama slike sestrinstva u javnosti, većim mogućnostima zapošljavanja, a samim time i sigurnosti [74]. To su neki od razloga koji se često identificiraju zašto muškarci, osim želje za brigom i želje za pomaganjem drugima upisuju Sestrinstvo [74].

Najveći broj sudionika bio je između 18 – 25 godina starosti, njih 38%, dok je najmanji broj sudionika njih 10% bio star 46 i više godina, također zastupljenost ostalih dobnih skupina (26 – 35 =35%, 36 – 45 =20%) možemo pripisati potrebi medicinskih sestara/tehničara za stjecanjem dodatnih znanja. Za većinu ljudi učenje ne prestaje sa školom. Stalno učenje važno je za uspjeh u gotovo svakoj profesiji. Za medicinske sestre/tehničare, cjeloživotno učenje nužni je dio profesije [75]. Zdravstvo se stalno razvija, stoga stalna edukacija bilo formalna ili neformalna medicinskim sestrama/tehničarima pomaže da poboljšaju svoje vještine ili znanja kako bi mogli poboljšati ishode zdravstvene njege [75].

Najveći broj sudionika pohađao je drugu godinu diplomskog studija sestrinstva, njih 26%, a najmanji broj sudionika njih 15% pohađao je drugu godinu prijediplomskog studija sestrinstva. Od ukupnog broja sudionika, njih 71% se prije studija sestrinstva susreo sa sestrinskom dokumentacijom, dio sudionika koji se prije studija nije susreo sa sestrinskom dokumentacijom naveo je da se tijekom studija na nekom od kolegija susreo sa sestrinskom dokumentacijom. U visokom postotku studenti su se složili da dokumentacija može biti u tiskanom i elektroničkom obliku (98%), također da je dokumentacija skup podataka koji služe kontroli kvalitete i provedene zdravstvene njege (98%), te da su medicinske sestre/tehničari obavezni dokumentirati sve

provedene postupke tijekom 24 sata (99%). Svi sudionici istraživanja složili su se da plan zdravstvene njege izrađuje prvostupnik/ca sestrinstva i da sestrinska dokumentacija služi kao pravna zaštita medicinskim sestrama/tehničarima. Da se sestrinskom dokumentacijom olakšava posao medicinskih sestara/tehničara smatra 73% studenata, da se pomoću sestrinske dokumentacije može poboljšati i unaprijediti kvaliteta provođenja zdravstvene skrbi smatra 92% studenta, te čak 90% studenata smatra da se sestrinskom dokumentacijom sestrinstvo može unaprijediti kao profesija. U slučaju sudske tužbe da se pomoću sestrinske dokumentacije može dokazati rad medicinske sestre/tehničara smatra 99% sudionika istraživanja. Od ukupnog broja sudionika, njih 99% smatra da je sestrinska dokumentacija sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta, zatim 99% sudionika odgovorilo je da se iz sestrinske dokumentacije mogu dobiti anamnestički podaci, dok je 98% sudionika istraživanja odgovorilo da Braden skala i Glasgow Coma Scale spadaju u sestrinsku dokumentaciju. Na pitanje da li u sestrinsku dokumentaciju spada i plan zdravstvene njege, od ukupnog broja sudionika njih 93% je odgovorilo da je dio sestrinske dokumentacije.

U studiji *Survey of Knowledge, Attitude and Performance of Nursing Students towards Nursing Documentation* kojom se ispitalo znanje o sestrinskoj dokumentaciji i samo popunjavanje dokumentacije, autori su došli do sljedećih zaključaka da je popunjavanje bilo umjereno i da su stavovi većine studenata bili dobri [76]. Također, kao pozitivne stavove studenata sestrinstva prema sestrinskoj dokumentaciji autori su naveli da je 81% sudionika navelo da sestrinska dokumentacija ima pozitivan učinak u skrbi za pacijenta, 78% sudionika je navelo da je sestrinska dokumentacija pravno valjani dokument, te je 61% sudionika navelo da se pravilno ispunjenom dokumentacijom povećava kredibilitet profesije [76].

U studiji na temu *Attitude of nursing students following the implementation of comprehensive computer-based nursing process in medical surgical internship: a quasi-experimental study* kojoj je cilj bio utvrditi stavove studenata sestrinstva o softveru za proces zdravstvene njege [77]. Prosječna ocjena stavova studenata prema softveru za proces zdravstvene njege bila je visoka. Stavovi studenata sestrinstva s najvišim bodovima odnosili su se na „učinkovitost softvera u davanju prioriteta skrbi i problemima pacijenta“, „potpunost elektroničkih podataka u usporedbi s ručno pisanom dokumentacijom“ i „učinkovitost softvera u uštedi vremena“ [77]. Stavovi s najnižom ocjenom odnosili su se na „osjećaj pravednosti u podjeli posla“, „učinkovitosti softvera u određivanju radnog opterećenja“ i „osjećajem zadovoljstva u radu“. Istraživanjem je utvrđena statistički značajna povezanost između spola i dobi te stavova studenata sestrinstva prema softveru za proces zdravstvene njege [77]. Iz dobivenih rezultata je vidljivo da studenti imaju pozitivne stavove prema softveru i da bi ga rado koristili [77]. Studenti koji će se tijekom svojeg obrazovanja susresti sa softverom, kasnije tijekom svojeg profesionalnog života imati će pozitivnije stavove

prema korištenju softvera. Pozitivniji stavovi dovode do veće zastupljenosti dokumentiranja zdravstvenog procesa i kvalitetnijeg pružanja zdravstvene skrbi.

Također u studiji na temu *Determination of nursing students' attitudes towards the use of Technology* s obzirom na to da je korištenje tehnologije sve važnije u obrazovanju medicinskih sestara, ali i u samom radu medicinskih sestara/tehničara cilj je bio utvrditi stavove studenata Sestrinstva prema tehnologiji [78]. Istraživanje je provedeno na 508 studenata Sestrinstva, a kao alat za prikupljanje podataka korištena je Ljestvica stavova prema tehnologiji [78]. Istraživanjem je dokazano da oni koji su koristili tehnologiju kako bi došli do zdravstvenih informacija imaju pozitivniji stav prema tehnologiji [78].

U studiji *Examination of Nursing Diagnoses Used by Nursing Students and Their Opinions About Nursing Diagnoses* kojoj je cilj bio utvrditi koje sestrinske dijagnoze koriste studenti Sestrinstva i koje je njihovo mišljenje o sestrinskim dijagnozama [79]. Od ukupnog broja 493 upisanih studenata Sestrinstva na sveučilištu u Turskoj, njih 346 (70%) sudjelovalo je u istraživanju [79]. Od ukupnog broja sudionika, njih 76,9% je znalo što je to sestrinska dijagnoza, dok je 31,5% sudionika imalo poteškoća u odabiru najprikladnije dijagnoze prilikom planiranja zdravstvene skrbi [79]. Autori su istraživanjem zaključili kako se većina studenata složila da su sestrinske dijagnoze prioritetni predmet u sestrinskoj profesiji, te da je potrebno dokumentirati sestrinske dijagnoze u medicinskoj dokumentaciji [79]. S ciljem poboljšanja sestrinske prakse, autori predlažu veću zastupljenost sestrinskih dijagnoza u nastavnom planu i programu, te organiziranje dodatnih tečajeva o sestrinskim dijagnozama u svrhu pružanja detaljnih informacija studentima [79].

Zatim u studiji na temu *The analysis of nursing diagnoses determined by students for patients in rehabilitation units* cilj je bio analizirati sestrinske dijagnoze koje su postavili studenti Sestrinstva na rehabilitacijskom odjelu [80]. Podaci su prikupljeni iz 190 slučajeva na kojima su radili studenti Sestrinstva i analizirani su na temelju sestrinskih dijagnoza prema NANDI [80]. Dokumentirano je 30 različitih dijagnoza. Najčešća dijagnoza bila je smanjena tjelesna pokretljivost. Dijagnoze su grupirane u 10 domena i 20 klasa obrazaca ljudskog odgovora [80]. Prosječna kvaliteta odgovora studenata iznosi 8,63 što ukazuje na relativno dobru kvalitetu odgovora. Autori ove studije navode da će rezultati pomoći u poboljšanju kvalitete o edukaciji o procesu zdravstvene njege [80].

10. Zaključak

Povijest medicinskih zapisa stara je više od tisuću godina. U svojim počecima medicinska dokumentacija je služila u obrazovne svrhe, a kasnije je dobila ulogu i pravne zaštite. Iako se ne može točno odrediti kada su se medicinski zapisi pojavili u antičko vrijeme, vidljivo je da je postojala potreba za bilježenjem sa svrhom formiranja i oblikovanja medicinskog znanja tijekom vremena. U najstarijim medicinskim zapisima opisane su metode pregleda i utvrđivanja dijagnoze, a na samom kraju se nalazio plan liječenja. Dokumentiranjem i opisivanjem raznih zdravstvenih stanja razvijala se medicina. Također, imajući zapise iz prošlih vremena, usporedbenom i analizom podataka iz sadašnjosti možemo unaprijediti i poboljšati zdravstveni sustav.

Sestrinskom dokumentacijom dobivamo uvid u provedene postupke prilikom skrbi za pacijenta, uključujući primijenjene lijekove, rezultate dijagnostičkih testova i interakciju između pacijenta i zdravstvenih radnika. Ujedno, dokumentacijom se mogu spriječiti pogreške, pomaže nam u točnoj procjeni i služi u poboljšavanju ishoda za pacijente. Osim što sestrinska dokumentacija služi za održavanje kontinuiteta skrbi za pacijente, služi za komunikaciju između medicinskih sestra/tehničara i ostalih članova zdravstvenog tima, pomoću nje imamo uvid u probleme u području zdravstvene skrbi i možemo poboljšati radna mjesta. Analiza i evaluacija sestrinske dokumentacije bitni su za postizanja sestrinske prakse utemeljene na dokazima.

Pogreške kod dokumentiranja poput pravopisnih pogrešaka, netočnih datuma, izostavljenih informacija i slično dovode do pogrešne dijagnoze, liječenja, što je u konačnici opasno po život. S obzirom na to da je dokumentiranje zdravstvene njege obavezno, potrebno je dokumentirati točne, objektivne i potpune informacije u točan zdravstveni karton, isto tako potrebno je čuvati zdravstvenu dokumentaciju pacijenta. Jedna od uloga sestrinske dokumentacije je pravna zaštita. Kako je u današnje vrijeme došlo do povećanja sudskih tužbi, sestrinskom dokumentacijom medicinske sestre/tehničari dokazuju svoj rad.

Tijekom izrade diplomskog rada pretraživanjem stručnih članaka povezanih sa sestrinskom dokumentacijom, vidljivo je da je prepoznata važnost sestrinske dokumentacije kao neizostavne komponente prilikom provođenja zdravstvene njege. Uz sestrinsku dokumentaciju, prepoznata je važnost korištenja elektronskih zdravstvenih zapisa s ciljem standardiziranja sestrinske terminologije što u konačnici dovodi do unaprjeđenja Sestrinstva kao profesije. Na studijima sestrinstva korištenjem planova zdravstvene njege koji su ujedno i obavezni dio sestrinske dokumentacije, kod studenata se potiče kritičko razmišljanje.

Prema mnogim autorima medicinske sestre/tehničari kao najbrojnija skupina zdravstvenih djelatnika čine temelj zdravstvenog sustava. Bez njih se ne može zamisliti funkcioniranje zdravstvenog sustava. Studenti prijediplomskih i diplomskih studija sestrinstva, završetkom

studija i zapošljavanjem u zdravstvenom sustavu postaju dijelom toga sustava. Stoga je bitno da studenti znaju koja je svrha i uloga sestrinske dokumentacije kako bi jednog dana mogli pružati kvalitetnu i kontinuiranu sestrinsku skrb.

U istraživanju koje se provelo u svrhu izrade diplomskog rada na studentima sestrinstva vidljivo je da studenti sestrinstva imaju pozitivne stavove prema sestrinskoj dokumentaciji. Od cjelokupnog broja sudionika, njih 73% slaže se da se sestrinskom dokumentacijom olakšava posao medicinskih sestara/tehničara, 91% njih se slaže da se pomoću sestrinske dokumentacije može poboljšati i unaprijediti kvaliteta provođenja zdravstvene skrbi, 89% njih se slaže kako se pomoću sestrinske dokumentacije Sestrinstvo može unaprijediti kao profesija i 99% njih se slaže da u slučaju sudske tužbe sestrinskom dokumentacijom dokazujemo rad medicinske sestre.

11. Literatura

- [1] <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=15753>, dostupno 03.09.2023.
- [2] M. Vera: Documentation & Reporting in Nursing, Nurseslab, 2013.
- [3] L. Yoder, L. Walker, L. Rew: What Florence Nightingale Can Teach Us About Nursing Today, The University of Texas at Austin School of Nursing, 2021.
- [4] A. Cheevakasemsook et al.: The study of nursing documentation complexities, International Journal of Nursing Practice, vol. 12, 2006, str. 366 - 374
- [5] M. R. Alligood: Nursing Theory – Utilization & Application, ed 5, Elsevier, St. Louis, 2014.
- [6] K. Saranto, U. – M. Kinneuen: Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review, Journal of advanced nursing, vol. 65, March 2009, str. 464 – 476
- [7] K. De Groot et al.: Nursing documentation and its relationship with perceived nursing workload: a mixed methods study among community nurses, BMC Nursing, vol 21, January 2022
- [8] G. Strudwick, N. R. Hardiker: Understanding the use of standardized nursing terminology and classification systems in published research : a case study using the International Classification for Nursing Practice, vol. 94, August 2016, str. 215 – 221
- [9] M. Mykkänen et al.: Standardized Nursing Documentation Supports Evidence-Based Nursing Management, Nursing Informatics, 2016, str. 466 – 470
- [10] M. A. Rutherford: Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice?, The Online Journal of Issues in Nursing, January 2008
- [11] B. Ilić, S. Čukljek: Iskustva medicinskih sestara pri vođenju sestrinske dokumentacije, Medicinska informatika, Dubrovnik, 2013.
- [12] S. Kalauz, M. Orlić-Šumić, D. Šimunec: Nurses in Croatia: Past, Present, and Future, Croat Med J., June 2008, str. 298 – 306
- [13] <https://www.zakon.hr/cms.htm?id=29297>, dostupno 27.07.2023.
- [14] L. Akhu-Zaheya et al.: Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records, Journal of Clinical Nursing, vol. 27, October 2017, str. 578 – 589
- [15] R. Purwandari et al.: Nursing Documentation in Accredited Hospital, Jurnal Keperawatan Indonesia, 2022, str. 42 – 51
- [16] T. J. Toney-Butler, W. J. Unison-Pace: Nursing Admission Assessment and Examination, StatPearls, Florida, 2022.
- [17] K. Ernstmeyer et al.: Nursing Fundamentals, WI Technical Colleges Open Press, Wisconsin, 2020.
- [18] G. Fučkar: Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1992.

- [19] <https://www.jjblawoffice.com/idfpr-defense-lawyer/common-charting-errors-and-how-they-could-jeopardize-your-illinois-nursing-license>, dostupno 07.08.2023.
- [20] M. Millis: 7 Common Nurse Charting Mistakes to Avoid, Nurse Choise, 2018.
- [21] S. Ragau et al.: Using the HALT model in an exploratory quality improvement initiative to reduce medication errors, British Journal of Nursing, vol. 27, December 2018.
- [22] T. J. Toney-Butler, J. M. Thayer: Nursing Process, StatPearls, Florida, 2023.
- [23] N. Wang, P. Yu, D. Hailey: The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: A documentation audit study, International journal of medical informatics, vol. 84, 2015, str. 561 – 569
- [24] W. Paans, Roos et al: What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review, Journal of Clinical Nursing, vol. 20, 2011
- [25] C. Björvell, I. Thorell-Ekstrand, R. Wredling: Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record, Quality in Health Care, vol. 9, 2000, str. 6 – 13
- [26] H. Ballantyne: Developing nursing care plans, Nursing Standard, vol. 30, August 2015, str. 51 – 57
- [27] <https://www.usa.edu/blog/how-to-write-a-care-plan/>, dostupno 09.08.2023.
- [28] https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/full/2011_05_57_1255.html, dostupno 09.08.2023.
- [29] L. J. Carpenito -Moyet: Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2006.
- [30] M. Vera: Nursing Diagnosis Guide: All You Need to Know to Master Diagnosing, Nurseslab, 2023.
- [31] M. E. Doenges, M. F. Moorhouse: Application of Nursing Process and Nursing Diagnosis An Interactive Text for Diagnostic Reasoning, F. A. Davis Company, Philadelphia, 2003.
- [32] N. Boukthir: What is a Nursing Diagnosis?, Institut supérieur des sciences infirmières Gabes, 2019.
- [33] V. Busck Håkans: Nurses' perception of nursing diagnosis, 11th International Congress on Nursing Informatics, June 23-27, 2012, Montreal, Canada, 2012.
- [34] E. H Othman et al.: Nursing diagnoses among oncology patients in medical units: a retrospective study of patients' records, Ecancermedicalsecience, vol. 15, 2021
- [35] M. Muller-Staub et. al.: Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO, Journal of Clinical Nursing, vol. 18, 2009, str. 1027 – 1037

- [36] T. Taghavi Larijani, B. Saatchi: Training of NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), in Psychiatric Wards: A randomized controlled trial, *NursingOpen*, vol. 6, March 2019, str. 612 – 619
- [37] B. Olivares Bøgeskov, S. L. S. Grimshaw-Aagaard: Essential task or meaningless burden? Nurses' perceptions of the value of documentation, *Nordic Journal of Nursing Research*, vol. 39 March 2019, str. 9 – 19
- [38] V. Rischel: Alleviating the Burden of Documentation to Focus on What Matters, Institute for Healthcare Improvement, 2022.
- [39] B. Gugerty et al.: Challenges and Opportunities in Documentation of the Nursing Care of Patients, Maryland Nursing Workforce Commission, Maryland. 2007.
- [40] <https://healthcare-in-europe.com/en/news/by-2020-europe-may-be-short-of-two-million-healthcare-workers.html>, dostupno 16.08.2023.
- [41] B. Hansen: The Overwhelming Burden of Nursing Documentation - Part 1, LogicStream Health, 2019.
- [42] G.M. Keenan, E. Yakel, D. Tschannen, et al.: Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses, Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville, 2008.
- [43] J. Padden: Documentation Burden and Cognitive Burden How Much is Too Much Information?, *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, vol. 37 February 2019, str. 60 – 61
- [44] R. Collins: Clinician Cognitive Overload and Its Implications for Nurse Leaders, *Nurse Leader*, vol. 18 February 2020, str. 44 – 47
- [45] D. A. Redding, S. Robinson: Interruptions and Geographic Challenges to Nurses' Cognitive Workload, *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 24, July–September 2009, str. 194 – 200
- [46] E. J. Gesner: Nurses' Documentation Burden and Its Role in Clinician Burnout Syndrome, Dissertation, University of Massachusetts, Boston, 2021.
- [47] N. Alzailai, L. Barriball, A. Xyrichis: Burnout and job satisfaction among critical care nurses in Saudi Arabia and their contributing factors: A scoping review, *Nursing Open*, vol. 8, 2021, str. 2331 – 2344
- [48] E. Gesner, P. Gazarian, P. Dykes: The Burden and Burnout in Documenting Patient Care: An Integrative Literature Review, *Studies in Health Technology and Informatics*, vol. 264, 2019. str. 1194 – 1198
- [49] A. K. Ommaya et al.: Care-Centered Clinical Documentation in the Digital Environment: Solutions to Alleviate Burnout, National Academy of Medicine, 2018.
- [50] R. S. Evans: Electronic Health Records: Then, Now, and in the Future, *Yearbook of Medical Informatics*, May 2016, str. 48 – 61
- [51] L. Rajae: The history of electronic health records (EHRs), *Elation*, 2022.

- [52] <https://www.nethealth.com/blog/the-history-of-electronic-health-records-ehrs/>, dostupno 21.08.2023.
- [53] O. Boyles: The History of Electronic Health Records, ICANotes Behavioral Health EHR, 2019.
- [54] A. Balenović, V. Lazić, J. Mesarić: Elektronički zdravstveni zapis – prednosti i prepreke u uspostavljanju i korištenju, Zbornik sveučilišta Libertas, Zagreb, 2022.
- [55] <https://www.zakon.hr/z/1883/Zakon-o-podacima-i-informacijama-u-zdravstvu>, dostupno 22.08.2023.
- [56] <https://www.in2.hr/bolnice/>, dostupno 22.08.2023.
- [57] https://www.in2.hr/wp-content/uploads/2022/12/BIS_hrv.pdf, dostupno 22.08.2023.
- [58] L. B. Harman, C. A. Flite, K. Bond: Electronic Health Records: Privacy, Confidentiality, and Security, American Medical Association Journal of Ethics, vol. 14 September 2012, str. 712 – 719
- [59] K. Ranjbar et. al.: Using Electronic Software for Nursing Documentation in Nursing Students, Florence Nightingale Journal of Nursing, vol. 29 January 2019, str. 128 – 136
- [60] K. Häyrinen, J. Lammintakanen, K. Saranto: Evaluation of electronic nursing documentation—Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing, International Journal of Medical Informatics, vol. 79 May 2010, str. 554 – 564
- [61] T. G. R. Macieira et al.: Secondary use of standardized nursing care data for advancing nursing science and practice: a systematic review, Journal of the American Medical Informatics Association, vol. 26 June 2019, str. 1401 – 1411
- [62] I. W. Gede Saraswasta et al.: The Implementation of Electronic-Based Nursing Care Documentation on Quality of Nursing Care: A Literature Review, International Journal of Nursing and Health Services, vol. 1 December 2018, str. 19 – 31
- [63] S. Chae, H. Oh, S. Moorhead: Effectiveness of Nursing Interventions using Standardized Nursing Terminologies: An Integrative Review, Western Journal of Nursing Research, vol. 42, 2020, str. 963 – 973
- [64] M. Mykkänen, U.-M. Kinnunen et al.: Using standardized nursing data for knowledge generation – Ward level analysis of point of care nursing documentation, International Journal of Medical Informatics, vol. 167 November 2022
- [65] B. Singh, P. Muthuswamy: Factors Affecting the Adoption of Electronic Health Records by Nurses, World Applied Sciences Journal, vol. 28, 2013, str. 1531-1535
- [66] L. E. Moody, E. Slocumb: Electronic Health Records Documentation in Nursing: Nurses' Perceptions, Attitudes, and Preferences, CIN: Computers, Informatics, Nursing, vol. 22 November/December 2004, str. 337 – 344

- [67] M. Kleib, D. Jackman: Academic Electronic Health Records in Undergraduate Nursing Education: Mixed Methods Pilot Study, JMIR Nursing, vol. 4 April 2021
- [68] <https://nursingrevalidation.co.uk/nursing-documentation-record-keeping/>, dostupno 25.08.2023.
- [69] T. E. Mutshatshi et al.: Record-keeping: Challenges experienced by nurses in selected public hospitals, Curationis, vol. 41, July 2018
- [70] D. Jefferies et al.: A meta-study of the essentials of quality nursing documentation, International Journal of Nursing Practice, vol. 16, 2010, str. 112 – 124
- [71] T. Do, H. Kim: Effects of nursing record education focused on legal aspects at small and medium sized hospitals, The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education, vol. 27 May 2021, str. 152 – 162
- [72] <https://www.nso.com/Learning/Artifacts/Articles/Do-s-and-Don-ts-of-Documentation>, dostupno 25.08.2023.
- [73] A. Mao et al.: “I am called girl, but that doesn’t matter” -perspectives of male nurses regarding gender-related advantages and disadvantages in professional development, BMC Nursing, vol. 20 January 2021
- [74] M. Prosen: Nursing students’ perception of gender-defined roles in nursing: a qualitative descriptive study, BMC Nursing, vol. 21 May 2022
- [75] <https://online.tamtu.edu/articles/msn/nursing-lifelong-learning-profession.aspx>, dostupno 28.08.2023.
- [76] A. Mohajjel Aghdam et al.: Survey of Knowledge, Attitude and Performance of Nursing , Students towards Nursing Documentation, European Journal of Scientific Research, vol. 80, 2012, str. 191 – 198
- [77] K. Parvan et al.: Attitude of nursing students following the implementation of comprehensive computer-based nursing process in medical surgical internship: a quasi-experimental study, BMC Medical Informatics and Decision Making, vol. 21, January 2021
- [78] N. Terkes et al.: Determination of nursing students’ attitudes towards the use of technology, Japan Journal of Nursing Science, vol. 16, 2019, str. 17 – 24
- [79] G. Hakverdioğlu Yönt et al.: Examination of Nursing Diagnoses Used by Nursing Students and Their Opinions About Nursing Diagnoses, International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, vol. 20, October 2009, str. 162 – 168
- [80] J. Park, S. Jeong: The analysis of nursing diagnoses determined by students for patients in rehabilitation units, Journal of Exercise Rehabilitation, vol. 18, October 2022, str. 299 – 307

12. Popis slika, tablica i grafikona

<i>Slika 2.1.1 Prilog 1. – Sestrinska anamneza</i>	6
<i>Slika 2.1.2 Prilog 2. - Nastavak s prethodne strane, sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu</i>	7
<i>Slika 3.1 Prilog 6. – Plan zdravstvene njege</i>	12
<i>Slika 3.1.1 Maslowljeva hijerarhija potreba</i>	14
<i>Slika 5.1 Izgled desktopa prilikom otvaranja Bolničkog Informacijskog sustava</i>	21
<i>Slika 5.2 Izgled Bolničkog Informacijskog Sustava</i>	22
<i>Slika 5.3 Prikaz Sestrinske dokumentacije u sklopu BIS-a</i>	23
<i>Slika 5.4 Prikaz dijelova Sestrinske dokumentacije u sklopu BIS-a</i>	24
<i>Tablica 8.1 Prikaz razlika studenata Sestrinstva u stavu o mogućnosti unaprjeđenja Sestrinstva kao profesije pomoću sestrinske dokumentacije, [izvor: autor]</i>	43
<i>Tablica 8.2 Prikaz razlika u stavu studenata prijediplomskog i diplomskog studija Sestrinstva da se u slučaju sudske tužbe pomoću sestrinske dokumentacije dokazuje rad medicinske sestre, [izvor: autor]</i>	44
<i>Tablica 8.3 Prikaz razlika u stavu studenata prijediplomskih i diplomskih studija Sestrinstva da se pomoću sestrinske dokumentacije olakšava posao medicinskih sestara, [izvor: autor]</i>	45
<i>Grafikon 8.1 Prikaz spola sudionika, [izvor: autor]</i>	32
<i>Grafikon 8.2 Prikaz dobi sudionika, [izvor: autor]</i>	32
<i>Grafikon 8.3 Prikaz godina studija sudionika, [izvor: autor]</i>	33
<i>Grafikon 8.4 Prikaz odgovora sudionika o susretanju sa sestrinskom dokumentacijom prije pohađanja studija Sestrinstva, [izvor: autor]</i>	33
<i>Grafikon 8.5 Prikaz odgovora sudionika o prethodnom susretanju sa sestrinskom dokumentacijom, [izvor: autor]</i>	34
<i>Grafikon 8.6 Prikaz odgovora sudionika da li su se tijekom prijediplomskog/diplomskog studija Sestrinstva susreli sa sestrinskom dokumentacijom, [izvor: autor]</i>	35
<i>Grafikon 8.7 Prikaz odgovora sudionika da li sestrinska dokumentacija može biti u tiskanom i elektroničkom obliku, [izvor: autor]</i>	35

<i>Grafikon 8.8 Prikaz odgovora sudionika o slaganju sa tvrdnjom da je sestrinska dokumentacija skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege, [izvor: autor].....</i>	<i>36</i>
<i>Grafikon 8.9 Prikaz odgovora sudionika da li je sestrinska dokumentacija sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta, [izvor: autor].....</i>	<i>36</i>
<i>Grafikon 8.10 Prikaz odgovora sudionika da li je sestrinska dokumentacija obavezna zakonom, [izvor: autor].....</i>	<i>37</i>
<i>Grafikon 8.11 Prikaz odgovora sudionika na pitanje o obavezni evidentiranja svih postupaka medicinskih sestara/tehničara tijekom 24 sata, [izvor: autor].....</i>	<i>37</i>
<i>Grafikon 8.12 Prikaz odgovora sudionika da li se iz sestrinske dokumentacije mogu dobiti anamnestički podaci o pacijentu, [izvor: autor].....</i>	<i>38</i>
<i>Grafikon 8.13 Prikaz odgovora sudionika da li u sestrinsku dokumentaciju spadaju Braden skala i Glasgow Coma Scale, [izvor: autor].....</i>	<i>39</i>
<i>Grafikon 8.14 Prikaz odgovora sudionika na pitanje da li je plan zdravstvene njege dio sestrinske dokumentacije, [izvor: autor].....</i>	<i>39</i>
<i>Grafikon 8.15 Prikaz odgovora sudionika da li plan zdravstvene njege izrađuje prvostupnik/ca sestrinstva, [izvor: autor].....</i>	<i>40</i>
<i>Grafikon 8.16 Prikaz odgovora sudionika da li sestrinska dokumentacija služi kao pravna zaštita, [izvor: autor].....</i>	<i>40</i>
<i>Grafikon 8.17 Prikaz odgovora sudionika da li se prema njihovom mišljenju medicinskim sestrama/tehničarima sestrinskom dokumentacijom olakšava posao, [izvor: autor].....</i>	<i>41</i>
<i>Grafikon 8.18 Prikaz odgovora sudionika da li se prema njihovom mišljenju sestrinskom dokumentacijom može poboljšati i unaprijediti kvaliteta provođenja zdravstvene skrbi, [izvor: autor].....</i>	<i>41</i>
<i>Grafikon 8.19 Prikaz odgovora sudionika da li se sa sestrinskom dokumentacijom Sestrinstvo može unaprijediti kao profesija, [izvor: autor].....</i>	<i>42</i>
<i>Grafikon 8.20 Prikaz odgovora sudionika da li se u slučaju tužbe od strane pacijenta, sestrinskom dokumentacijom dokazuje rad medicinske sestre, [izvor: autor].....</i>	<i>42</i>

13. Prilog – anketni upitnik

Znanja i stavovi studenata sestrinstva o sestrinskoj dokumentaciji

Poštovane/i

ovaj anketni upitnik izrađen je za potrebe istraživanja za izradu diplomskog rada pod naslovom „Znanja i stavovi studenata sestrinstva o sestrinskoj dokumentaciji“, na Diplomskom studiju sestrinstva – menadžment u sestrinstvu na Sveučilištu Sjever pod mentorstvom doc. dr. sc. Ivane Živoder. Upitnik je namijenjen studentima preddiplomskog i diplomskog studija sestrinstva. Dobiveni odgovori/rezultati će se statistički obraditi isključivo na grupnoj razini i bit će korišteni za izradu diplomskog rada.

Predviđeno vrijeme ispunjavanja upitnika je 5-8 minuta. Sudjelovanje u istraživanju dobrovoljno je i anonimno te u svakom trenutku možete odustati od ispunjavanja obrasca.

Ukoliko imate kakvih pitanja, slobodno me možete kontaktirati na e-mail adresu: tokaser@unin.hr

Zahvaljujem se na vremenu i strpljenju kod popunjavanja upitnika!

Tonka Kaser, bacc.med.techn.

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo - menadžment u sestrinstvu

Odjel za sestrinstvo, 104. brigade 3, 42 000 Varaždin

1. Spol:

- M
- Ž

2. Dob:

- 18 – 25
- 26 – 35
- 36 – 45
- 46 i više godina

3. Godina studija:

- Prva godina stručnog prijediplomskog studija Sestrinstva
- Druga godina stručnog prijediplomskog studija Sestrinstva
- Treća godina stručnog prijediplomskog studija Sestrinstva
- Prva godina diplomskog sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstva – menadžment u sestrinstvu
- Druga godina diplomskog sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstva – menadžment u sestrinstvu

4. Da li ste se prije studija Sestrinstva već susreli sa sestrinskom dokumentacijom?

- Da
- Ne

5. Ukoliko je Vaš odgovor na prethodno pitanje DA, gdje ste se već susreli sa sestrinskom dokumentacijom?
- Studiram uz rad i u svakodnevnom radu koristim sestrinsku dokumentaciju
 - Čuo/la sam o sestrinskoj dokumentaciji od svojih kolega koji su zdravstveni radnici
 - Drugo
6. Ukoliko je na četvrtom pitanju Vaš odgovor bio NE, da li ste o sestrinskoj dokumentaciji čuli na nekom od kolegija tijekom prijediplomskog/diplomskog studiranja?
- Da
 - Ne
 - Nisam siguran/a
 - Tijekom studiranja nisam čuo/la da postoji sestrinska dokumentacija
7. Da li sestrinska dokumentacija može biti u tiskanom i elektroničkom obliku?
- Da
 - Ne
 - Nisam siguran/a
 - Ne znam
8. Da li se slažete sa tvrdnjom da je sestrinska dokumentacija skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege?
- Da
 - Ne
 - Nisam siguran/a
 - Ne znam
9. Da li je sestrinska dokumentacija sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta?
- Da
 - Ne
 - Nisam siguran/a
 - Ne znam
10. Da li je sestrinska dokumentacija obavezna zakonom?
- Da
 - Ne
 - Nisam siguran/a
 - Ne znam
11. Da li su medicinske sestre/tehničari obavezni evidentirati sve provedene postupke tijekom 24 sata?
- Da
 - Ne
 - Nisam siguran/a
 - Ne znam
12. Da li je iz sestrinske dokumentacije moguće dobiti anamnestičke podatke o pacijentu (visina, težina, alergije i sl.)?
- Da
 - Ne
 - Nisam siguran/a

- Ne znam
13. Da li u sestrinsku dokumentaciju spadaju Braden skala i Glasgow Coma Scale?
- Da
 - Ne
 - Nisam siguran/a
 - Ne znam
14. Da li u sestrinsku dokumentaciju spada i plan zdravstvene njege?
- Da
 - Ne
 - Nisam siguran/a
 - Ne znam
15. Da li plan zdravstvene njege izrađuje prvostupnik/ca sestriinstva?
- Da
 - Ne
 - Nisam siguran/a
 - Ne znam
16. Da li sestrinska dokumentacija služi kao pravna zaštita medicinskim sestrama/tehničarima?
- Da
 - Ne
 - Nisam siguran/a
 - Ne znam
17. Prema Vašem mišljenju da li sestrinska dokumentacija olakšava medicinskim sestrama/tehničarima posao?
- Da
 - Ne
 - Nisam siguran/a
 - Ne znam
18. Prema Vašem mišljenju da li se sa sestrinskom dokumentacijom može poboljšati i unaprijediti kvaliteta provođenja zdravstvene skrbi?
- Da
 - Ne
 - Nisam siguran/a
 - Ne znam
19. Prema Vašem mišljenju da li se sa sestrinskom dokumentacijom Sestrinstvo može unaprijediti kao profesija?
- Da
 - Ne
 - Nisam siguran/a
 - Ne znam
20. U slučaju tužbe od strane pacijenta, korištenjem sestrinske dokumentacije npr. decursusa, terapijske liste, planova zdravstvene njege, sestrinske anamneze i sl., dokazuje se rad medicinske sestre?
- Da

- Ne
- Nisam siguran/a
- Ne znam



IZJAVA O AUTORSTVU

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, TONKA KASER (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica ~~završnog/diplomskog~~ (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZNAMA I STAVOVI STUDENATA SESTRINSIVA O (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Tonka Kaser
(vlastoručni potpis)

Sukladno čl. 83. 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.

Sukladno čl. 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje znanstvena i umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.