Sestrinski doživljaj pacijenta u skrbi; između stigmatizacije i dostojanstvenog uvažavanja

Čukman, Ivkica

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:105295

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Ivkica Čukman

Sestrinski doživljaj pacijenta u skrbi; između stigmatizacije i dostojanstvenog uvažavanja

DIPLOMSKI RAD



ZAGREB, 2015.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Ivkica Čukman

Sestrinski doživljaj pacijenta u skrbi; između stigmatizacije i dostojanstvenog uvažavanja

DIPLOMSKI RAD

ZAGREB, 2015.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, pod mentorskim vodstvom doc. dr. sc. Ane Borovečki, dr. med., prof. i sumentorstvom doc.dr.sc. Suzane Vuletić, te je predan je na ocjenjivanje u akademskoj godini 2014./2015.

Zahvaljujem se doc. dr. sc. Ani Borovečki na uputama i pomoći pri izradi ovog rada.
Posebna zahvala doc. dr. sc. Suzani Vuletić na iznimno korisnim savjetima i preporukama prilikom nastanka diplomskog rada.
Zahvaljujem se svojoj obitelji na razumijevanju i velikoj podršci koju su mi pružili tijekom školovanja i za vrijeme nastanka ovog rada.
Zahvaljujem se Općoj bolnici Bjelovar za odobrene slobodne dane kako bih mogla prisustvovati ovom edukacijskom programu.

Sadržaj:

SAŽETAK……I

SUMMARY……II

UVOD

1. INERPERSONALNI ČIMBENICI ZDRAVSTVENE ASISTENCIJE

1.1. Definicijsko određenje i asistencijske potrebe bolesne osobe ……..1

1.2. Strukovni opis i zakonske odrednice profesionalnog djelovanja medicinske sestre u relaciji prema pacijentu…….4

1.3. Profesionalni status sestrinstva……...8

2. ANALIZA SESTRINSKOG DOŽIVLJAJA I SKRBI PACIJENTA

2.1. Normativno određenje dostojanstvenog sestrinskog pristupanja pacijentu……..11

2.2. Društveno poimanje medicinskih sestara……..13
2.2.1. Poželjne moralno-karakterne osobine medicinske sestre u odnošenju prema pacijentu..14
2.2.2. Stigmatizacija „loših“ medicinskih sestara i nepodobne profesionalne značajke……..17

2.3. Pristupi ophođenja s pacijentom……18
2.3.1. Kategorizacija „dobrih“ pacijenta…….18
2.3.2. Stigmatizacija „loših“ pacijenta……19

2.4. Diskriminacija pacijenata……20
2.5. Depersonalizacija pacijenata……...23

3. KRITERIJI ZA PROCJENU USPJEŠNOG PROFESIONALNOG I HUMANISTIČKOG ODNOSA NA RELACIJI: MEDICINSKA SESTRA-PACIJENT

3.1. Poštivanje normi dobre kliničke prakse i etičkih kodeksa struke…….26

3.2. Medicinske sestre i poštivanje prava pacijenta u sustavu zdravstva…….28

3.3. Empatijski pristup u personalističkom odnosu: medicinska sestra - bolesnik……...30

3.4. Uvažavanje pacijenta u komunikacijskom suodnosu: medicinska sestra-pacijent……31

3.5. Teorija kulture različitosti i univerzalnosti sestrinske skrbi……..34

3.6. Humanističko obrazovanje i bio-etička edukacija medicinskih sestara…….37

4. ZAKLJUČAK…….38

5. ŽIVOTOPIS……40

6. LITERATURA……41

SAŽETAK

Ivkica Čukman

Sestrinski doživljaj pacijenta u skrbi;
između stigmatizacije i dostojanstvenog uvažavanja

U ovom kratkom preglednom završnom radu nastojali smo prikazati sestrinsku profesiju kroz relacijski pristup prema pacijentu i njegovo nužno dostojanstveno uvažavanje u sestrinskoj skrbi, analizirajući ga kroz mogućnost potencijalnog strukovnog zastranjivanja.

U radu se ističe bit profesionalnog sestrinstva, promoviranog kao tradicionalna humana skrb za nemoćne i bolesne koja se ne smije ni u suvremenim strukovnim profiliranjima odvajati od svog temeljnog usmjerenja, integralne skrbi bolesnika, depersonalizacijom i stigmatizacijom. Osnovno usmjerenje i centralna usredotočenost sestrinske profesije oduvijek je bila zdravstvena njega pacijenta, te ni u daljnjoj profesionalnoj autonomnoj izgradnji ne smije izgubiti usmjerenost na bolesnika te njegovo holističko uvažavanje tjelesnih i duhovnih potreba, no nadasve poštivanje njegove osobnosti u zdravstvenom sustavu. Kako bi zdravstvena njega pacijenata bila kvalitetna i profesionalna, primarni pružatelj te skrbi, tj. medicinske sestre moraju biti školovane, razvijenih strukovnih vještina, moralno etički osviještene i profesionalne. Međutim, zbog sve većeg napretka u medicini i integraciji biomedicinske tehnologije, stvaraju se brojne humanističko vrijednosne dileme koje obilježavaju sestrinski odnos prema pacijentu. Medicinske sestre dobivaju sve više zadataka i obaveza te zbog toga imaju manje vremena provoditi uz pacijenta. Zapaža se da dolazi do otuđenja i dehumanizacije, diskriminacije i stigmatizacije pacijenta od strane samih sestara. Kako bi uspješno nadvladali potencijalnu depersonalizaciju, diskriminaciju i stigmatizaciju pacijenta, sestrinstvu je potrebna stručna znanstvena i humanističko bioetička edukacija kako bi se mogle uključiti u teorijske aspekte etičke analize. Jedino integracijom tih saznanja, medicinska će sestra u provođenju svoje djelatnosti biti osposobljena integrativno primjenjivati svoje najbolje stručno znanje, poštujući načela prava pacijenta, etička i stručna načela te će njen rad uspjeti biti prožet empatijskim pristupom, etičkim djelovanjem i dostojanstvenim uvažavanjem pacijenta.

Ključne riječi: bolesnik/pacijent, medicinska sestra, diskriminacija/stigmatizacija, dostojanstvo pacijenta, uvažavanje prava pacijenta, kriteriji kvalitetne sestrinske skrbi.

SUMMARY

Ivkica Čukman

Nurses experience in patient care;
between stigmatization and decent appreciation

In our final work we have tried to show the nursing profession through the relational approach to the patient and the respect to his essential dignity appreciated in nursing care, by analyzing the potential professional aberration.

The paper highlights the essence of professional nursing, promoted as the traditional humane care for sick and helpless people, which should be not separated from its basic orientation to the integrated care of patients, in the modern nurses vocational profiling, through depersonalization and stigmatization of dedicated persons to their care.

The main orientation and the central focus of nursing has always been health care of the patient, to their holistic appreciation of the physical and spiritual needs, but above all, respect for their personality in the health system, whose fundamentals shouldn't be lost in their further professional autonomous building. To achieve the promoted health care visions of the patients on a good professional treatment, the primary providers of care, i. e. nurses, must be educationally trained, by developing their vocational skills, but also their morally and ethically conscious.

However, because of the increasing progress in medicine and the integration of biomedical technologies, we are witnessing contemporary numerous humanistic value dilemmas that characterize the nursing relationship with patients. Nurses are receiving more tasks and responsibilities, and therefore they have less time to spend it with the patients by respecting all their needs. That for, we are noticing a certain alienation and dehumanization, discrimination and stigmatization of patients by nurses themselves.

In order to successfully overcome those potential professional anomalies, the modern conception of nursing require professional scientific and high humanistic bioethical education to be able to deal with theoretical aspects of all ethical analysis. Only by integration of these findings, the medical nurse would be able to carry out their activities by applying their best expertise, while respecting the principles of patient rights, ethical and professional norms and that way, their work will be able to be imbued with an empathetic approach, ethical action and respect of dignity of the patient.

Keywords: patient, nurse, discrimination / stigmatization, the dignity of the patient, respecting the rights of patients, the criteria for quality of nursing care.

1. INTERPERSONALNI ČIMBENICI ZDRAVSTVENE ASISTENE

Cjelokupni zdravstveni sustav u kojem se odvija terapeutski odnos, sastoji se od mnoštva čimbenika koji čine interpersonalne relacije zdravstvene asistencije (*zdravstveni sustav – zdravstveno osoblje – pacijent – zakonodavni izvori – moralna usmjerenja etičkog kodeksa medicinskih sestara*). Ovakav sustav predstavlja jedinstvenu strukturu, funkcija i odgovornosti, koje garantiraju odgovarajuće vođenje zdravstva s točno određenim djelokrugom rada (Štifanić, 2006).

Stoga ćemo nastojati prikazati u našoj prvoj cjelini okvirno definicijsko određenje i strukovni opis te zakonske odrednice prema kojima se odvija interpersonalni odnos između medicinske sestre pacijenta.

1.1. Definicijsko određenje i asistencijske potrebe bolesne osobe

Bolesnik je ona osoba koja ima narušenu ravnotežu fizičkog ili mentalnog zdravlja, uzrokovane bolešću.

Bolest (lat. *morbus*) je stanje poremećaja normalnih zbivanja u organizmu, odnosno nepravilno odvijanje životnih funkcija, kao reakcija na izvanjske ili unutrašnje nadražaje mehaničke, fizikalno-kemijske, biološke ili psihičke prirode (Žakić-Milas, 2014). Bolest je poremećaj sa specifičnim uzrokom i prepoznatljivim znakovima i simptomima. Pojednostavljeno gledajući, bolest je bilo koja tjelesna anomalija ili oštećenje neke funkcije organizma.

Bolest je teško definirati i dati zadovoljavajući odgovor. Neosporna poteškoća potječe od toga što zdravlje i bolest nisu strogo razgraničena stanja, već se nužno isprepliću. Bolest se obično definira po svojoj suprotnosti prema zdravlju. Bolesnim stanjem nazivamo ono u kojem nedostaje sklad tjelesnog i duševnog djelovanja zbog kojih se kod bolesnika javlja bol koja ugrožava život.

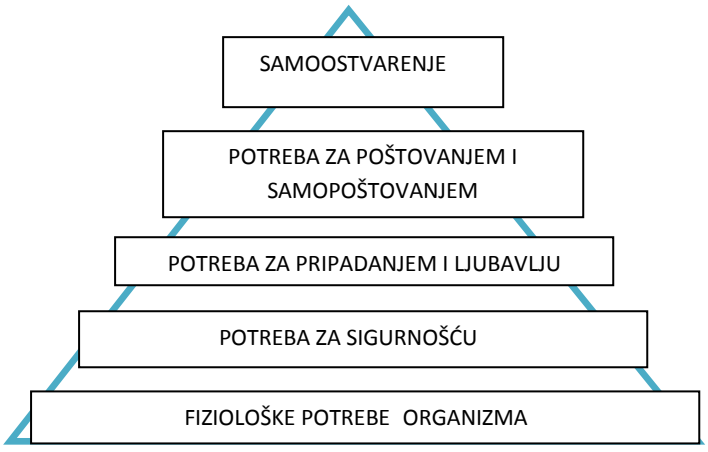
Sam pojam zdravlja podrazumijeva nešto više od same odsutnosti bolesti (Havelka, 1998). Svjetska zdravstvena organizacija je 1946. godine definirala zdravlje kao „stanje potpunog tjelesnog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili nesposobnosti. Ova definicija zdravlja priznaje složen međuodnos između tjelesnih, psiholoških i socijalnih iskustava.

Čovjek ne doživljava bolest kao nešto izvanjsko, već kao neku silu, moć koja iznutra ugrožava njegovo biće, dovodi u pitanje njegovu autonomiju, njegovu osobno dostojanstvo i samo postojanje (Pozaić, 1998). Bolest je time, realno stanje boli, neugodnosti, tjeskobe ili ugroženosti, ali je ono i stanje neizvjesnosti te često psihičke neprilagođenosti i ponekad neuravnoteženosti, što na čovjeka djeluje poput neke unutarnje neukroćene sile koja mu ponekad daje nadu u ozdravljenje a ponekad mu pruža osjećaj bespomoćnosti (Vuletić, 2013).

Svim ovim opisnim značajkama, pacijenta, odnosno bolesnika obično definiramo kao osobu koja pati, koja je nemoćna i kojoj je potrebna pomoć. Ovoj definiciji dodaju se i osjetljivost i ovisnost o drugima. S obzirom na nemoćnost koju bolest uzrokuje, dolazi do potrebe bolesničke asistencije u nadomještanju njegove nemogućnosti zadovoljenja osnovnih potreba. Čovjek je biće koje se razvija na temelju potreba koje mora zadovoljiti kako bi adekvatno ispunio svoju život. Njegova osobnost se sastoji od fiziološkog, psihološkog i socijalnog aspekta.

Uzimajući u obzir pojedinca kao cjelovito biće, teoretičarka sestrinstva Virginia Henderson procjenjuje njegov fizički, psihološki, društveni i duhovni aspekt u uklopljenih u 14 osnovnih komponenti pacijentovih potreba koje se baziraju na Maslowljevoj piramidi potreba (Tomey, Alligood, 2002).

Američki psiholog Abraham Maslow, čovjeka i njegove potrebe razvrstava prema razinama te na temelju tih potreba određuje primarne i sekundarne potrebe. Potrebe su razvrstane u pet kategorija prikazanih kroz piramidu, gdje se na dnu piramide nalaze fiziološke potrebe, a na samom vrhu psihološke potrebe (Marušić, 2006).



Slika1. *Piramida potreba A. Maslow*

Maslow smatra da nezadovoljavanje jedne od navedenih potreba narušava ravnotežu te dovodi do frustracije, a poslije i do oboljenja osobe (Marušić, 2006). Uvažavanje ovih nabrojenih potreba, ukazuje nam da se u pristupu bolesnom čovjeku treba voditi integralnom sestrinskom skrbi koja uvažava čovjekova u njegovom holističkom poimanju s konkretnim biološkim, psihološkim i duhovnim komponentama. To je i u skladu sa svjetskim definicijskim poimanjem zdravlja.

Temeljne značajke bolesnikova stanja uzrokuju da im je potrebna zdravstvena asistencija medicinskih sestara. Na tom tragu, istaknuta teoretičarka sestrinstva, Henderson, smatra da medicinska sestra treba pružati bolesniku pomoć ovisno o potrebi spomenutih 14 komponenti (Alligood, Tomey 2010),:

1. Pomoć pri disanju
2. Pomoć pacijentu pri konzumiranju hrane i tekućine
3. Pomoć pacijentu pri eliminaciji
4. Pomoć pacijentu prilikom kretanja i promjeni položaja
5. Pomoć pri odmoru i spavanju
6. Pomoć prilikom izbora odgovarajuće odjeće i obuće
7. Pomoć pacijentu u održavanju normalne tjelesne temperature
8. Pomoć pacijentu prilikom održavanja osobne higijene
9. Pomoć pacijentu pri izbjegavanju opasnosti i osiguranje sigurnosti
10. Pomoć pri komunikaciji
11. Pomoć pacijentu da prakticira svoju religiju
12. Pomoć u radu
13. Pomoć pri rekreativnim aktivnostima
14. Pomoć pacijentu pri učenju

Medicinske sestre koriste tih 14 komponenti da procijene stanje pojedinca. Henderson procjenjuje njegov fizički, psihološki, društveni i duhovni aspekt u uklopljenih u 14 osnovnih potreba. Prvih devet komponenti odnosi se na fizički aspekt pojedinca, deseta i četrnaesta komponenta odnosi se na njegov psihološki aspekt, jedanaesta komponenta odnosi se na njegov duhovni aspekt, a dvanaesta i četrnaesta komponenta odnose se na njegov društveni aspekt. Ona smatra da sestre moraju imati temeljno znanje o zdravlju i bolesti kako bi mogle procijeniti stanje pojedinca. Smatra da sestra treba prepoznati problem i služiti pojedincu kao nadomjestak za ono što mu nedostaje, te nastojati nadoknaditi mu: „kompletno“, „cjelovito“,

ili „neovisno“, uzimajući u obzir njegovu nemogućnost fizičke snage, volje ili znanja da dostigne dobro zdravlje (Alligood, Tomey 2010).

Ovim smo kratkim prikazom nastojali uvidjeti da su bolest, patnja i nemoćnost pacijenta, te zadovoljavanje njihovih potreba, strukovno usmjerenje medicinskih sestara. Njihove ćemo profesionalne odrednice u relaciji prema pacijentu, nastojati prikazat u narednom naslovu.

1.2. Strukovni opis i zakonske odrednice profesionalnog djelovanja medicinske sestre u relaciji prema pacijentu

Sestre, u svom profesionalnom opusu djelokruga rada, kao nositelji zdravstvene njege, pomažu ljudima u čuvanju zdravlja. Vrše zdravstvenu njegu kod pojedinaca kojima je zdravlje narušeno, pomažu mu u osposobljavanju, prenose znanja o njezi bolesnika njegovoj obitelji, te olakšavaju patnje bolesnicima u trenutcima smrti. Kako bi medicinska sestra u svome radu mogla ostvariti zadane ciljeve kroz proces zdravstvene njege, potrebni su joj intelektualnost i obrazovanje, opća i specifična znanja i autonomnost u radu, zacrtane kroz sustav strukovnog opisa predviđenog zakonskim odrednicama profesionalnog djelovanja na osnovu kojih ostvaruje svoju strukovnu kompetenciju.

Profesionalna medicinska sestra je kompetentna medicinska sestra u području svoga rada. Kompetencije su kombinacija znanja, vještina, stavova, vrijednosti, sposobnosti i prosudbe, koje omogućavaju pravovaljano izvođenja zdravstvene njege medicinske sestre (Šepec, 2011). Kompetencija uključuje:

- Znanje, razumijevanje i prosudbu,
- Vještine: kognitivne, tehničke, psihomotorne i komunikacijske,
- Osobne karakteristike, stavove i razvijenost međuljudskih odnosa.

Kompetencije su rezultat razine obrazovanja u sestrinstvu, a imaju za cilj pružanje sigurne, učinkovite i na etičkim načelima zasnovane zdravstvene njege. Medicinska sestra ima one kompetencije koje je stekla tijekom formalnog obrazovanja i tijekom pripravničkog staža (Šepec, 2011). Kompetentnu medicinsku sestru obilježavaju karakteristike kao što je, *odgovornost* (prema pacijentu, poslodavcu, profesiji i samoj sebi), *znanje* u planiranju i provedbi zdravstvene njege i *pridržavanje etičkog kodeksa* u procesu skrbi o pacijentu.

Sestrinstvo kao profesija ima propisane zakone kojih se mora pridržavati. Medicinskom sestrom se smatra ona osoba koja zadovoljava propise zakona o sestrinstvu. Danas se medicinskom sestrom smatra osoba koja je završila temeljnu naobrazbu, završila pripravnički staž i položila stručni ispit, te se uključila u Hrvatsku komoru medicinskih sestara koja joj je dodijelila licenciju/dozvolu za samostalan rad. Takav ustroj priznavanja medicinskih sestara propisan je zakonom o sestrinstvu koji uređuje sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom medicinske sestre (Zakon o sestrinstvu, NN 1217/2003).

Temeljnu naobrazbu medicinska sestara stječu uspješnim završetkom srednjoškolskog obrazovanog programa. Viša razina obrazovanja smatra se studij sestrinstva a dodatno usavršavanje medicinskih sestara provodi se u slučaju kada opseg i složenost poslova zahtjeva dodatno znanje i edukaciju. Dodatno usavršavanje provodi se u svrhu poboljšanja kvalitete i učinkovitosti rada medicinskih sestara. U praksi se dodatno usavršavanje najčešće provodi kod medicinskih sestara koje rade na složenim dijagnostičkim i terapijskim postupcima gdje se koristi sofisticirana i napredna medicinska tehnologija. Osim dodatnog usavršavanja medicinske sestre dužne su po propisu zakona provoditi trajno stručno usavršavanje, koje se provodi sudjelovanjem na raznim tečajevima, stručnim seminarima i skupovima.

Dozvolu za samostalan rad medicinskim sestrama dodjeljuje Hrvatska komora medicinskih sestara koja izdaje licencije (odobrenje za samostalan rad) medicinskim sestrama u trajanju od šest godina. Ona propisuje i daljnje uvjete za davanje, obnavljanje i oduzimanje odobrenja za samostalan rad medicinskih sestara.

Prema propisu zakona o sestrinstvu, dužnosti medicinske sestre su (Zakon o sestrinstvu NN 121/2003):

- Primjena svih dostupnih znanja iz područja sestrinstva
- Primjena metoda rješavanja problema u provođenju zdravstvene njege koje zahtijevaju vještinu analitičkog kritičkog pristupa
- Postupanje po utvrđenim pravilima i protokolima za provođenje postupaka u zdravstvenoj njezi
- Provođenje zdravstvene njege po utvrđenom planu njege
- Primjenjivanje, provođenje i evidentiranje od liječnika ordinirane terapije

- Pravovremeno izvješćivanje liječnika u slučaju nastupa komplikacija primijenjene terapije
- Provedbe postupka iz područja zaštite zdravlja i prevencije bolesti
- Vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata
- Pravovremeno izvješćivanje liječnika o stanju bolesnika, posebice o promjeni zdravstvenog stanja
- Pristupanju postupku oživljavanja u slučaju odsustva liječnika
- Čuvanje profesionalne tajne
- Poštivanje prava pacijenta
- Poštivanje etičkog kodeksa medicinskih sestara
- Poštivanje vjerskih načela pacijenta
- Suradnja sa svim članovima tima
- Čuvanje ugleda ustanove
- Ekonomično i učinkovito korištenje pribora i opreme
- Djelovanje u interesu bolesnika

Iz ovog definiranog opusa rada, medicinska je sestra u provođenju svoje djelatnosti dužna primjenjivati svoje najbolje stručno znanje, dodatno poštujući načela prava pacijenta, etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravlja stanovništva i svakog pacijenta osobno.

Koristeći sva svoja znanja i iskustva medicinske sestre prilagođavaju se svakom pacijentu prema njegovim potrebama. Pacijent i njegova dobrobit predstavljaju glavni i osnovni cilj medicinskih sestara. Tijekom sestrinske skrbi medicinska sestra često mora preuzeti ulogu zaštitnika i odvjetnika pacijenta. Virginija Henderson naglašava da je sestra, privremeno svijest osobe bez svijesti, ljubav prema životu osobe sklone samoubojstvu, noga osobe kojoj je amputirana, oči slijepe osobe, sredstvo kretanja dojenčeta, znanje i samouvjerenost mlade majke, glasnogovornik onih koji su preslabi ili povučeni u sebe (Alligood, Tomey, 2010).

Teoretičarka sestrinstva, Patricia Benner, opisala je način stjecanja znanja u sestrinstvu te je opisala kako teorija i iskustvo utječu jedno na drugo. U svojoj teoriji opisuje pet razvojnih stadija u stjecanju znanja i vještina. Njena teorija zagovara da je važnije znati *kako* nešto napraviti, nego znati *sve o tome.* (Benner, 2010)

- Prvi stadij razvoja - **medicinska sestra početnik;** ima malo manualnih vještina, skromno iskustveno znanje, oslanja se na teoriju koju je naučila tijekom školovanja, slijedi protokole i smjernice prilikom izvršenja zadataka. Razumijevanje pacijentovih jedinstvenih reakcija u ovom stadiju je na nižoj razini s obzirom da, medicinske sestre početnici, promatraju sve pacijente jednako kroz protokol i bez pružanja mogućnosti da svi pacijenti ne reagiraju jednako. Početnici su više usmjereni na protokole nego na osjećaje i potrebe pacijenta. Za napredak medicinskih sestara, timski rad je vrlo važan i ako ih se pravilno usmjeri, uspješno prelaze u drugi stadij.

- Drugi stadij razvoja - **napredni početnik;** ima dostupno iskustveno znanje iz prijašnjih situacija, ima poteškoće kod odlučivanja kriterija važnosti situacije, u ovom stadiju je bitna uloga mentora koji će ga pravilno usmjeriti u odlučivanju prioriteta situacije. Sestre su u ovom stadiju i dalje usmjerene izvršenju zadatka i postizanju cilja bez velikih odstupanja u propisanim protokolima.

- Treći stadij razvoja - **kompetentan**; Benner smatra da je osoba kompetentna kada dvije do tri godine radi u istom okruženju. Kompetentna medicinska sestra s lakoćom određuje prioritete u zbrinjavanju pacijentovih potreba, istovremeno može rješavati više problema i zadataka, posjeduje organizacijske vještine ali i dalje joj nedostaje brzina odlučivanja, u ovom stadiju se razvijaju vlastita pravila i sustavi odlučivanja, bitno je da uče iz problema tj. problemu usmjereno učenje nego klasično predavanje.

- Četvrti stadij razvoja - **vješti ili iskusan**; medicinske sestre sagledavaju situaciju u širem kontekstu te lako prepoznaje odstupanja u pacijentovom stanju, prepoznaje probleme brzo i efikasno ih rješava, ima dovoljno iskustva da već predvidi situaciju i na vrijeme reagira, organizacijske vještine su razvijene, u skrb osim pacijenta uključuje i njegovu obitelj.

- Peti stadij razvoja - **stručan**; visoka razina samopouzdanja, odlike se donose brzo i efikasno, za svoje odluke više ne traži upute i protokole. Temeljne odrednice medicinske sestre stručnjaka se time razvijaju u: kliničko razumijevanje situacije i praksa bazirana na dostupnim resursima; prihvaćanje *znati kako;* generalizacija-*uočavanje cjelovite slike i* uočavanje i neočekivanog.

Navedene faze razvoja znanja i vještina prolazi svaka medicinska sestra, u svakodnevnom radu. U jednom području je stručnjak, dok u drugom području je početnik, a može se ustvrditi i da više puta tijekom radnog staža prolazi sve navedene stadije razvoja.

Kako medicinske sestre stječu više znanja i vještina kroz određene faze, također se istovremeno razvijaju i njihove moralne vrline i etički stavovi koje im pomažu u humanističkoj skrbi pacijenta i njihovom doživljaju pacijenta kao jedinstvene osobe. Sestrinska praksa, oduvijek je njegovala istančanu altruističnu svijest o brižnosti, pažnji, zauzetosti, suosjećanju, utjesi, poticaju i ohrabrenju, onih, koji su bili povjereni sestrinskoj skrbi (Matulić, 2007).

Osobno smatram da definicija sestrinstva koju je ponudila Virginia Henderson (Henderson, 1994) najbolje opisuje medicinsku sestru i njen način rada sa bolesnikom. Definicija je i danas najraširenija i međunarodno najkorištenija definicija sestrinstva.

„*Jedinstvena uloga medicinske sestre je pomoći pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će doprinijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti“.*

1.3.Profesionalni status sestrinstva

Sami počeci sestrinstva nastaju na tradiciji i praksi njegovanja bolesnika i ranjenika, te skrbi za nemoćne, napuštene i siromašne, što u sebi nije uključivalo neko posebno znanje i metode. Utemeljiteljicom modernog sestrinstva smatra se Florence Nightingale (1820 - 1910). Ona je među prvima prepoznala važnost učenja i razvijanja vještina kako bi se poboljšala skrb pacijenata. Oblikovala je načela školovanja (prvi kurikulum) i popis svih vještina koje se moraju svladati tijekom školovanja (početak opisa kompetencija). Bila je zagovornik cjelo-životnog obrazovanja (dodatno usavršavanje medicinskih sestara); u praksu je uvela sestrinsku dokumentaciju te je istakla da nadzor nad radom medicinske sestre treba imati sestra, a ne liječnik ili uprava bolnice (Kalauz, 2012). Daljnjem razvoju sestrinstva pridonijele su brojne teoretičarke sestrinstva (Martha Rogers, Virginia Henderson Jean Wotson, Madeleine Leininger, Lydie Hall…), koje su svojim razvijenim teorijama obogatile sestrinstvo i svaka na svoj način objasnila bit sestrinske skrbi.

Tijekom razvoja sestrinstva tj. profesije sestrinstva, sestre su se nastojale osamostaliti/odvojiti kao samostalna disciplina, koja zastupa zbrinjavanje potreba pacijenta

kroz jedinstven proces koji se naziva zdravstvena njega. Ona je bit (srž) sestrinstva koje svoju autonomiju zasniva upravo na njoj. Sestrinstvo, kakvo se danas prezentira, u pokušajima svojeg istančanijeg profesionalnog utemeljenja, veće znanstvene autonomije, u akademskom kontekstu išli su u pravcu između ideje sestrinstva kao grane prirodne znanosti do ideje sestrinstva kao primijenjene znanosti (Vuletić, 2013). Sestrinstvo se sve više počinje doživljavati kao zasebna disciplina, profesija, koja ima prepoznatljiv proces rada i koja je neovisna od drugih disciplina u sustavu zdravstvene zaštite.

Kako se sestrinstvo razvija i napreduje, mijenja se sistem obrazovanja i odgovornosti kao i sveukupne profesionalne nadležnosti medicinskih sestara. Kao profesija, sestrinstvo danas zahtijeva strogo obrazovanje, a što se ide prema višim gradusima to je sve kompleksnije i sofisticiranije. Profesionalizacija sestrinstva obilježje je moderne sestrinske prakse i pokušaj njezine realizacije. U suvremenim uvjetima zdravstvenog zbrinjavanja pacijenta ideja sestrinstva predstavlja posebnu aktivnost unutar tog procesa zbrinjavanja pacijenta. Sestre napuštaju ulogu „domaćice, tajnice“ i preuzimaju novu ulogu medicinske sestre, sestre koja ima ravnopravan status u procesu zbrinjavanja pacijenta i koja samostalno djeluje u okviru pružanja zdravstvene njege.

Pristupi li se profesijama s funkcionalnog stajališta, profesionalizam podrazumijeva 4 bitna atributa (Santrić, 1990). Oni se primijenjeni na sestrinstvo, ovako prikazuju:

1. **Altruizam**, kao način djelovanja koji uključuje brigu za interes zajednice, a ne vlastiti interes. Iako bi mnogi mogli osporavati ovaj atribut kod sestrinstva budući da su sestre dobivaju plaću za svoj rad, bitno je istaknuti medicinske sestre nedvojbeno stavljaju potrebe pacijenta iznad svojih bez obzira na uvjete rada i novac koji dobivaju za svoj rad. Svaka medicinska sestra koja ima razvijene moralne osobine, neće uskratiti skrb pacijentu bez obzira koliko će joj poslodavac otežati uvjete rada ili smanjiti novčani iznos za njen rad.

2. **Autoritet**, podrazumijeva znanje što ga profesionalci posjeduju. Autoritet profesije je veći sto je obrazovanje dulje a znanje specifičnije. Od trenutka kada se nametnula potreba posebnog odgojno-obrazovnog procesa za sestrinstvo nametnulo se i pitanje samostalnosti profesije.

3. **Autonomija**, znači mogućnost samostalne primjene toga znanja u praktičnom rješavanju problema. Budući da je sestrinsko znanje kao i njegova primjena pod nadzorom liječnika dovodi se u pitanje zadovoljavanje ovog atributa sestrinstva kao profesije. Društvo

općenito medicinske sestre vidi kao pomoćnice liječnika, izvršiteljice njihovih propisa i kao takve se smatraju nesamostalne i bez autonomije nad svojim djelokrugom rada. Tijekom razvoja profesije sestrinstva, medicinske sestre se nastoje odijeliti/osamostaliti kao samostalna disciplina. Temeljem sestrinske profesije smatra se njega/skrb pacijenta na koju medicinske sestre trebaju i imaju monopol.

4. **Atraktivnost**, za sestrinstvo u cjelini vrijedi da ima nizak status u društvu, plaće medicinskih sestara su razmjerno niske a poslovi nezahvalni. Bolji status (bolji uvjeti rada, veća novčana primanja) imaju sestre zaposlene u bolnicama dok medicinske sestre zaposlene u privatnim domovima za zbrinjavanje starijih i nemoćnih ljudi, najčešće osim zdravstvene njege pacijenata, često obavljaju poslove kuharice i spremačice.

Promatrajući sestrinstvo kroz ova 4 atributa profesionalizacije, možemo zaključiti da sestrinstvo ispunjava uvjete kao profesija kroz ta 4 elementa, neki atribute sestrinstva profesije je potrebno doraditi i uskladiti (stupanj školovanja i priznavanje statusa), također je potrebno proraditi i na atributu atraktivnosti, poboljšati uvjete rada medicinskih sestara u svim područjima njihovog djelovanja.

Medicinske sestre danas ulažu mnogo truda kako bi uistinu bile autonomna profesija koja se razvija kroz sve stupnjeve obrazovanja. To uključuje dobro teorijsko znanje i praktično utemeljenje svih aspekta profesije (Kalauz, 2012.). Pred sestrama je dug put znanstvenog dokazivanja i razvijanja sestrinske profesije koju obilježava moralno i humanističko uvažavanje pacijenta.

Razvojem tehnologije a zajedno s njom i medicinske zaštite sve se više potiskuje osjećajna komponenta pristupa prema pacijentu te se narušava humanistički pristup. Zbog toga dolazi do negativnog i pogrešnog (diskriminirajućeg/stigmatizirajućeg) ophođenja prema pacijentu. U narednoj cjelini pisati ćemo o načinima sestrinskog doživljaja pacijenta te koje su to najčešće pogreške u sestrinskom odnosu prema pacijentu.

2. ANALIZA SESTRINSKOG DOŽIVLJAJA I SKRBI PACIJENTA

Od medicinske se sestre, kao zdravstvenog djelatnika koji je usmjeren na pružanje sestrinske skrbi prema pojedincu, njegovoj obitelji i zajednici, očekuje razvijanje osobina koje će doći do izražaja, ne samo u cjelokupnosti njene osobe, nego i u pozitivnom i pravilnom odnosu prema bolesniku i radu.

Tijekom sestrinske skrbi medicinske sestre zbrinjavaju veliki broj pacijenata, koji se razlikuju po mnogim, što fizičkim tako i psihičkim značajkama. U svojoj procjeni pacijenata često podliježu stereotipima. O njima govorimo kada o pojedinom pacijentu donosimo određene zaključke na temelju njegove nacionalne ili rasne pripadnosti, razini obrazovanja, izgledu i drugim obilježjima (Rijavec, 2000).

Stoga nam je nakana, u ovoj cjelini rada, pokušati prikazati sestrinski doživljaj pacijenta u skrbi te moguće razloge zbog kojih pacijente doživljavaju na način kojim se poštuje i/li narušava njihovo dostojanstvo.

2.1. Normativno određenje dostojanstvenog sestrinskog pristupanja pacijentu

Kroz pružanje sestrinske skrbi pacijentu, medicinska sestra bi trebala razvijati suradnički/partnerski odnos, koji bi se trebao temeljiti na međusobnom poštovanju i uvažavanju.

Zdravstveni djelatnici još uvijek ne vide pacijenta kao partnera u procesu zdravstvene skrbi, već se odnose paternalistički prema njima. Tradicionalno paternalistički odnos prema pacijentu je dominantan odnos liječnika i zdravstvenih djelatnika, što dovodi u pitanje pacijentovu autonomiju (Babić-Bosanac, Borovečki, Fišter, 2008). Tako i u sestrinskoj skrbi, ponekad prevladava odnos prema pacijentu u kojem on nije partner u donošenju odluka, i vrlo rijetko ga se traži mišljenje iako se radi o njegovoj dobrobiti.

Medicinske sestre pacijentima daju upute i očekuju da ih oni slijede bez pogovora. Osobno sam doživjela da kolegica pacijentu kaže da on ne mora znati za što je taj lijek kojeg mu je donijela, već da ga samo popije jer je u „rukama“ stručnih osoba koje znaju što je najbolje za njega. Pacijent većinom ne zna za što su sve lijekovi koje dobiva u bolnici i vjerojatno ne bi razumio samu farmakodinamiku djelovanja lijeka, ali način kojim se ophodimo prema njemu: osjeća. Svaku našu neljubaznost, aroganciju i grubost osjeća osobno

i suradnja neće biti uspješna a niti sam ishod skrbi, zbog toga sestre moraju mijenjati način doživljaja pacijenta.

Odnos prema pacijentu treba se mijenjati iz tradicionalno paternalističkog odnosa u novi, pacijentu usmjeren odnos u kojem će se uvažavati njegovo mišljenje, te će se sestrinska skrb provoditi *s pacijentom,* a ne kao *skrb za pacijenta*. Sestrinski pristup pacijentu treba biti usmjeren prema pacijentu, pacijentocentričan. Pacijentocentričan sestrinski pristup odnosi se na uvažavanje, ne samo fizičkog nego i moralnog integriteta, dostojanstva i savjesti osobe te međusobnog poštivanja sudionika tog odnosa (Vuletić, 2013). Pacijenti u takvom odnosu nisu pasivni promatrači, već aktivni suradnici. Prednosti partnerskog odnosa su: *bolja komunikacija* (bolja radna atmosfera, pozitivan stav pacijenta prema sestrinskoj skrbi, njegova aktivna uloga, osviještena i podijeljena odgovornost) i *bolja suradnja* (na području unapređenja procesa rada, na području uobličavanja zajedničkih stavova i interesa u skrbi) (Štifanić, 2006).

Holistički sestrinski pristup pacijentu je nužan preduvjet prema uspješnoj i moralno zadovoljavajućoj sestrinskoj skrbi. Taj integralni pristup uzet će u obzir sve aspekte tjelesnog, psihološkog i socijalnog čovjekova funkcioniranja (Štifanić, 2006).

Svaki susret i međudjelovanje na relaciji sestra-pacijent mora voditi prema jednom cilju, a to je: dobrobit pacijenta. Kako se medicinske sestre odnose prema pacijentu i doživljava ga, takav će biti i ishod njihove skrbi. Time se usmjerava na uvažavanje humanističkog aspekta. Humanistički aspekt sestrinstva određuje da medicinske sestre pomažu onima koji trebaju pomoć kroz načela koja određuju etičke smjernice profesije. Etički kodeks medicinskih sestara (2005), propisuje taj odnos prema pacijentu kroz nekoliko smjernica:

- Medicinska sestra mora prepoznati i poštovati ulogu pacijenta kao partnera u zdravstvenoj njezi, te njegov doprinos toj njezi (čl. 3.1.)
- Medicinska sestra osobno je odgovorna u djelokrugu svoga rada za promicanje i zaštitu interesa i dostojanstva pacijenta, bez obzira na spol, dob, rasu, sposobnost, seksualnu orijentaciju, ekonomski status, životni stil, kulturna, religijska i politička uvjerenja (čl. 3.2.)
- Medicinska sestra uvijek i u svako doba mora održavati profesionalne granice u odnosu s pacijentom. Mora jamčiti da se svi aspekti odnosa isključivo tiču potreba pacijenta (čl. 3.3.)

- Medicinska sestra mora u što kraćem roku izvijestiti odgovornu osobu, ako ima prigovor savjesti bitan za obavljanje njezine profesionalne djelatnosti. U tom slučaju ne smije prestati pružati zdravstvenu njegu, ako bi time uzrokovala trajne posljedice za zdravlje ili ugrozila život pacijenta (čl. 3.4.)

Osobno smatram da etičnost postupanja više ovisi o savjesti svake medicinske sestre, a ne toliko o formalno propisanim etičkim pravilima. Nije dovoljno imati propisane etičke smjernice već osobni unutarnji moralni „kompas“, koji će nas zajedeno s propisanim smjernicama voditi u pravom smjeru.

2.2. Društveno poimanje medicinskih sestara

Medicinske sestre su ovisno o prilikama u kojima rade, o obrascima pojedinih kultura i ovisno o vlastitom načinu ponašanja, od društva tipizirana u određene profile sestara (Santrić, 1990):

- Sestre **„majke milosrdnice“,** nježne i emocionalne njegovateljice, pune samilosti, razumijevanja, brige i pažnje,
- Sestre **„foto-modeli“**, za kojima se okreće i oko kojih se vrti i liječnički i pacijentski svijet. Mišljenja su da i sama njihova pojava i prisutnost djeluje ozdravljujuće na pacijenta,
- Sestre **„administrativni birokrati“**, centar njihovih postupanja nisu ni bol ni bolesnici, kao uostalom ni liječnici nego rad, disciplina i protokol, perfekcionistička kontrola ulaza i izlaza kako materijala tako i ljudi,
- Sestre **„tehnološki mučitelj**i“, za njih je pacijent ustrojen kao stroj, pacijenti gube elementarna ljudska obilježja i postaju materijalom tehnološke obrade.

Pri takvoj podjeli profila, najnezgodnije je to što realizacija nekog od tipova izgleda sve manje stvar slobodnog sestrinskog izbora, a sve više postaje stvar uklapanja u obrasce što ih nameće svijet visoke znanosti i tehnologije (Santrić, 1990). U uvjetima visokorazvijene medicinske zaštite medicinska sestra sve je više rastrgana između dviju svojih uloga - sve dominantnije tehničke funkcije i potisnute uloge „brižnog anđela“ (Mastilica, 1990).

Medicinske sestre danas moraju udovoljiti svim sastavnicama zdravstvenog sustava (pacijentima, osoblju i administrativnom djelu skrbi o pacijentu). Ponekad se zbog sve više nametnutih zadataka i obaveza jednostavno ne stignu baviti s pacijentima u smislu cjelovitog i apsolutnog posvećenja svim njegovim potrebama. Zbog toga imamo sve više medicinskih

sestara „birokrata“ i „tehnoloških mučitelja“. U radnoj sredini neprestano nam dolaze nove propisane smjernice i protokoli, informatizacija je preuzela cjelokupni sestrinski pristup pacijentu. Dokumentacija je elektronska i niti jedan postupak kod pacijenta se ne može učiniti a da se prije toga na provjeri stanje u kompjuteru. Kod uzimanja anamneze pacijenta se ne gleda u oči, vrlo često su sestre okrenute leđima pacijentu dok mu postavljaju pitanja i unose ih u kompjuter. Takav način ophođenja prema pacijentu doprinosi razvoju nepovjerenja pacijenata prema sestrama. Pacijenti izjavljuju da se osjećaju kao u trgovini na traci jer je sestrama bitno ispuniti obrasce a ne saznati stvarno stanje i poteškoće koje imaju.

Na početku sestrinske prakse sve medicinske sestre žele biti „majke milosrdnice“, jer većina sestara je i izabrala sestrinsku profesiju zbog nesebične želje za pomaganjem nemoćnima i potrebitima. Nažalost s vremenom se zbog prethodno spomenutih razloga pomalo gubi element „majke milosrdnice“ te postaju sestre birokrati ili tehnološki mučitelji. Kako bi izbjegle padati pod utjecaj takvih oblika ponašanja potrebno je osvijestiti se o moralnim osobinama koje pomažu sestrama u gradnji humanističkog odnosa s pacijentima.

2.2.1. Poželjne moralno-karakterne osobine medicinske sestre u odnošenju prema pacijentu

Biti medicinska sestra znači posjedovati osobni osjećaj za ljudske vrijednosti i želju za ponašanjem i životom po društvenim pravilima i moralnim normama. U procesu svoga rada medicinske sestre moraju spojiti svoje znanje s znanošću s jedne strane, i moralnošću i brigom za ljude s druge strane.

Sestrinstvo se danas poistovjećuje s dobrim i činjenjem dobrog. Zahvaljujući moralnoj ideji dobra kao i osjećaju ljubavi spram bližnjih nastala je praksa njege bolesnih i ozlijeđenih (Šegota, 1997). Medicinske sestre u svome radu trebaju usvojiti i promicati načela, osnovna pravila i kulturu ponašanja, te istodobno promicati moralne norme i načela koja poštuju ljudsko dostojanstvo i prava pacijenata.

Kroz dugu povijest razvoja sestrinstva uvijek su se naglašavale karakterne vrline medicinskih sestara, posebice u vremenima kada sestrinstvo nije tendiralo autonomiji i profesionalizaciji (Kalauz, 2011). Florence Nightingale ističe da je za dobro funkcioniranje zdravstvene njege potrebno ispuniti dva uvjeta; dobro poznavanje njege kao i specifične medicinske vještine i visoka moralna zrelost medicinskih sestara. Osoba koja savjesno skrbi za druge razvija i stječe specifične vrline koje joj omogućavaju da tu skrb obavlja s lakoćom i postojanošću. Ljubav, pažljivost, požrtvovnost, poštenje, iskrenost, povjerljivost, predanost,

marljivost, strpljivost, samo su neke vrline koje ekspliciraju vrijednosno ustrojstvo skrbi za druge (Matulić, 2007).

Pri uvažavanju svih etičko-profesionalnih smjernica, važno je biti svjestan dobrih i ne dobrih (loših) karakterno moralnih osobina medicinskih sestara u uspostavljanju odnosa s pacijentom:

Dobre		***Loše***
• Blagost	→	arogancija
• Brižnost	→	imunost na tuđu patnju
• Dobronamjernost	→	ignoriranje bolesnikovih želja
• Empatija	→	neosjećajnost
• Iskrenost	→	negativno komentiranje
• Ljubaznost	→	ne human odnos
• Nježnost	→	neljubaznost
• Pažljivost	→	neodgovornost
• Povjerljivost	→	nepažljivost
• Poštivanje pacijenta	→	neprofesionalnost
• Samilost	→	nestrpljivost
• Susretljivost	→	omalovažavanje
• Tolerantnost	→	predrasude prema pacijentima
• Strpljivost	→	rutinizacija zadataka
• Predanost	→	grubost

Briga za bolesnog čovjeka smatra se nadasve moralnim činom i kroz povijest je povezivana sa idejom samilosti, suosjećanja i pomaganja u nevolji. To je specifičan interaktivan međuljudski odnos koji, osim moralnog djelovanja, zahtijeva stručan rad utemeljen na znanstvenim činjenicama (Kalauz, 2008). Samo medicinske sestre, koje posjeduju razvijene moralne osobine mogu pružiti kvalitetnu humanističku skrb pacijentima. To je skrb koja je prožeta osjećajem plemenitosti, ljubaznosti, nesebičnosti te sposobnosti empatije od strane medicinske sestre.

Samo medicinska sestra sa razvijenim moralnim i profesionalnim osobinama može pacijenta dostojanstveno uvažavati i ostvarivati humanistički aspekt etike skrbi.

Profesionalan odnos pacijenta i medicinske podrazumijeva percipiranje sestre kao osobe koja primjenjuje svoje znanje i vještine u cilju postizanja dobrobiti pacijenta, te percipiranje pacijenta kao osobe koja osim fizičkog aspekta bolesti ima i psihički aspekt na kojeg sestre trebaju obratiti pažnju.

Osobine dobre medicinske sestre**:** *Savjesnost* - da u pružanju zdravstvene njege biva vođena moralnim načelima dobre sestrinske prakse**,** *empatičnost* kako bi bolesnik osjetio da osoba suosjeća te na taj način dobio saznanje da je u društvenom kontekstu opće otuđenosti netko suosjećajan uz njega**,** *otvorenost za probleme pacijenta* - kako bi on bio sklon verbalizirati vlastite osjećaje strahove i nedoumice, iz čega bi se mogli detektirati nepoznati problemi koji bi se mogli riješiti, *povjerljivost* - bitno je da bolesnik ima povjerenje da određene tajne ili informacije koje bi ga u društvu mogle čak i stigmatizirati povjeri profesionalcu te da one ostaju unutar njihovog odnosa, *strpljiva* - ovo se posebno odnosi za skrb za starije bolesnike koji su i sami najčešće svjesni svojih ograničenih mogućnosti te uvijek očekuju strpljivost u suradnji, *uviđavnost te da poštuju svakog bolesnika kao osobu* - osobito u trpljenju u životu …(Vuletić, 2013).

Medicinsku sestru koju krase profesionalne vrline i humanističke vrjednote karakterizira:

- Obrazovanje i motivacija u radu,
- Odgovornost prema pacijentu, profesiji, drugom osoblju,
- Spremnost pomoći pacijentu ne samo riječima već i djelima,
- Hrabrost tj. spremnost da se napravi korak naprijed i stane iza humanih, profesionalnih, moralnih i etičkih sestrinskih načela koja tu profesiju čine jedinstvenom i nezamjenjivom,
- Ugled i motiviranost za unapređenje profesije,
- Poštivanje od strane pacijenata i drugih članova tima,
- Aktivan, kritički i znanstveno utemeljen odnos prema području svoga rada

Brojne su i dobre i loše osobine u svakoj profesiji pa tako i sestrinskoj. Često se u samoj osobi susreću i međusobno isprepliću. Potrebno je stoga upozoravati i detektirati na vlastitom primjeru i radnom okružju sve loše osobine i postupke te jačati u borbi protiv istih, uz istodobno jačanje nadogradnju i promicanje dobrih moralno etičkih osobina.

U Hrvatskoj danas, trebamo medicinske sestre s puno odlučnosti i zajedništva kako bi odradile dio teškog posla koji im se nameće i kako bi poboljšale komunikaciju i suradnju s

pacijentima, zaustavile devalvaciju vlastita ugleda i dostojanstva te čuvale ugled sestrinstva kao profesije (Vuletić, 2013).

2.2.2. Stigmatizacija „loših“ medicinskih sestara i nepodobne profesionalne značajke

Kako bi sestra kao osoba sa zdravstvenim zvanjem i pozitivnim stavom mogla uspješno obavljati svoj posao, trebala bi s pacijentom razviti odnos prožet povjerenjem i otvorenošću. Međutim, ponekad se naprosto to ne ostvaruje.

Pacijenti nerijetko imaju predodžbu o tome kako bi medicinske sestre trebale raditi tj. kako bi se trebale odnositi prema njima. Na temelju njihovim predrasuda i stavova ocjenjuju medicinsku sestru kao „dobru“ ili „lošu“.

Lista ispitivanja o medicinskim sestrama (Mastilica, 1990), izražava da su nepoželjne osobine medicinske sestre slijedeće: osorna, hladna, poslovna, hladnokrvna, imuna na patnju, neemocionalna, bezosjećajna…

Što se tiče loših karakterno-moralnih etičkih osobina medicinskih sestara teško je govoriti o njima. Loša medicinska sestra je ona koja nema razvijene vrline odnosno karakterno-moralno-etičke dobre osobine. Ona pacijentu ne pristupa holistički, već radi kao po dužnosti koja joj pripada. S obzirom na intenzivan razvoj medicine, medicinske sestre su „rastrgane“između svojih uloga tehničke funkcije terapeuta i potisnute uloge „brižnog anđela“. Dolazi do rutinizacije njihovih zadataka, automatizma i hladnog odnosa prema primateljima skrbi.

Primjer iz prakse1.

> U radnoj okolini surađujem sa nekoliko medicinskih sestara koje svoj posao rade odlično, pridržavaju se svih protokola i smjernica. Pouzdane su i povjerljive, kolegijalne, svaki zadatak naprave bez pogreške, nikada ne ostavljaju svoje zadatke drugim medicinskim sestrama. Posjeduju veliku razinu znanja i stručne su u svom području rada. Druge kolegice ih opisuju kao savršene medicinske sestre. Unatoč tome već u par navrata pacijenti su se žalili upravo na njih. Uvijek su navodili isti razlog u žalbama, opisali su ih kao neljubazne i nekomunikativne. Radeći s tim istim medicinskim sestrama uvidjela sam da su pacijenti u pravu što se tiče komunikacijskih vještina tih

medicinskih sestra. Iako su svoj posao odradile bez prigovora, one tijekom skrbi oko pacijenata minimalno komuniciraju s njima i ne pridaju pažnju uključivanja pacijenta u skrb. Pacijentima nije bilo bitno to što su odradile svoje obaveze prema njima po pravilu, pa možda čak i bolje nego druge medicinske sestre koje pacijenti više preferiraju. Pacijenti su dakle ocijenili te sestre kao neljubazne, jer nisu komunicirale s njima.

Iz ovog primjera zaključujemo da pacijenti trebaju uz stručnu sestru i medicinsku sestru koju karakteriziraju već prethodno spomenute vrline kao suosjećajnost, komunikativnost, empatičnost…

Rezultat ispitivanja stavova društvenih grupa o medicinskim sestrama (Mastilica, 1990), pokazuje da ispitanici većinom izražavaju pozitivne stavove o medicinskim sestrama. U prosjeku 61% ispitanika se slaže s tvrdnjom o pozitivnim osobinama medicinskih sestara. Najviše je onih koji se slažu s tvrdnjom da su medicinske sestre ljubazne i pristupačne (82,9%). U istom ispitivanju prikazano je da u prosjeku 70,4% ispitanika odbacuje negativne tvrdnje o medicinskim sestrama, odnosno 29,6% prihvaća i izražava negativan stav o sestrama.

Negativan stav kojeg obilježava stereotipno razmišljanje i diskriminirajuće djelovanje dovodi do nekvalitetnog i prvenstveno nehumanog odnosa prema čovjeku kao jedinstvenom ljudskom biću.

2.3. Pristupi ophođenju s pacijentom

Mnoge sestre u svom svakodnevnom radu i ophođenju s pacijentima, uspijevaju zadržati primjeren stav prema svakom bolesniku. Međutim, poneke to u pojedinim situacijama i ne uspijevaju. Unatoč svim propisanim pravima pacijenta i etičkim smjernicama u procesu rada medicinske sestre često se prema pacijentima odnose tako da narušavaju njihovo dostojanstvo. U narednom poglavljima obradit ćemo neke od ključnih problema negativnog sestrinskog doživljaja pacijenta, iako ćemo našu analizu započeti od poimanja „dobrih“ i poželjnih pacijenata.

2.2.3. Kategorizacija „dobrih“ pacijenta

Na osnovi ispitivanja studenata sestrinskih škola i diplomiranih medicinskih sestara ustanovilo se da medicinske sestre tzv. *dobrim bolesnicima* pridaju sljedeća obilježja:

- Surađuje
- Cijeni zdravstveno osoblje
- Prihvaća svoju bolest i propisano liječenje
- Slaže se s drugim pacijentima
- Ugodan
- Ljubazan
- Zahvalan
- Ima smisla za humor

Očito je da je osnovno obilježje svih spomenutih osobina moguće svesti na zajednički nazivnik pridržavanja bolničkih pravila i prihvaćanje uloge koju bolesniku namjenjuje zdravstveno osoblje. (Havelka, 1998).

Obilježja dobrog pacijenta su: odlučnost u iznošenju istine, provođenje vlastitog liječenja i pridržavanje savjeta s ciljem ozdravljenja, izbjegavanje manipulacije i iskorištavanje ostalih pacijenata i zdravstvenih radnika, otvorena komunikacija (Štifanić, 2003). Takve osobine olakšavaju sestrama suradnju i primjenu njihovih smjernica, usmjerene na dobrobit samog pacijenta.

Rad s pacijentima koje obilježavaju navedene osobine je jako ugodan, što osobno mogu potvrditi. Bez obzira što često u radnom danu imamo previše dodatnih obaveza, kada zbrinjavamo takve pacijente ništa nije teško učiniti, niti nemoguće napraviti za njih. Dok je s druge strane dovoljno imati jednog nezadovoljnog pacijenta koji nas može psihički i fizički iscrpiti te kao takav predstavlja veliki izazov za svaku medicinsku sestru.

2.2.4. Stigmatizacija „loših“ pacijenta

Medicinske sestre u svojoj praksi skrbe o velikom broju pacijenta, i događa se da ih kategoriziraju na temelju nekih njihovih obilježja (dijagnoza, socijalni status i sl.). Tako da nasuprot kategoriji „dobrih“ pacijenata medicinske sestre imaju i kategoriju „zahtjevnih“ i „nepopularnih“ pacijenata.

To su pacijenti koji „gunđaju“, stalno prigovaraju, ne pridržavaju se bolničkih protokola-neposlušni, stalno zahtijevaju pozornost osoblja, alkoholičari, psihijatrijski pacijenti, socijalni slučajevi, bolesnici u takvom fizičkom stanju koji izazivaju gađenje osoblja (Štifanić, 2003). Takav način ophođenja prema pacijentima (svrstavanje u određene kategorije prema spolu,

dobi, dijagnozi, socijalnom statusu…) može dovesti do diskriminacije i stigmatizacije pacijenta što medicinske sestre ne bi trebale dopustiti.

Etiketiranje pacijenta omalovažavajućim pridjevima dovodi do uspostavljanja zapreka i onemogućavanja korektnog odnosa prema pacijentu, tako da izostaje poštovanje i suosjećanje te profesionalan i moralan odnos što treba imati prema svakom pacijentu kao ljudskom biću (Štifanić, 2003).

Medicinske sestre u svojem djelovanju moraju biti zaštitnice pacijentovih potreba i zagovornik njihovih prava.

2.4. Diskriminacija pacijenata

Diskriminacija (*lat. discriminare*) je nejednako postupanje prema osobi utemeljeno na nekoj njezinoj karakteristici ili više njih (Ten Have, Gordijan, 2014). Do diskriminacije vrlo često dovode pogrešna očekivanja i predrasude. Ljudi povezuju određene karakteristike pojedinim osobama ili očekivanim ponašanjem pojedine osobe.

Izdvajanje ljudi na temelju njihove nacionalnosti, rase, socijalnog položaja, religije, spola, seksualne orijentacije, fizičkih ili psihičkih mogućnosti, bolesti ili genetske karakteristike smatra se kao kršenje dostojanstva čovjeka, osnovnih ljudskih i zakonskih prava (Ten Have, Gordijn, 2014). Diskriminiranim osobama se ukida neko pravo bez obzira što na njega imaju jednako kao i svi drugi ljudi, a trebaju pristup utemeljen na pravednosti i jednakosti, kao osnovnim principima temeljnih ljudskih prava, napose očitih uvažavanja, u medicinskoj skrbi.

Na njihovo uvažavanje ukazuje i UNESCO u Univerzalnoj Deklaraciji o bioetici i ljudskim pravima (UDBHR), usvojene 2005. godine. U čl.11. navodi da niti jedan pojedinac ili grupa ne smije biti diskriminirana ili žigosana predrasudama iz bilo kojeg razloga u kršenju ljudskog dostojanstva, ljudskih prava i temeljnih sloboda.

Ovaj nas članak usmjerava na dva posljedična pojma: diskriminacije i stigmatizacije. Oba se strukovna potencijalna zastranjenja smatraju protivna principu pravednosti, jednakosti, te posljedično vode oskvrnjivanju ljudskog dostojanstva, ljudskih prava i fundamentalne slobode.

Stigmatizacija je pečat diskriminacije. Stigma (znak, biljeg) predstavlja negativno označavanje i izbjegavanje tih ljudi (Štrekalj-Ivezić 2010). Jasno je da stigmatizacija uzrokuje otuđenje i diskriminaciju te vodi do socijalne izolacije i radne nesposobnosti grupe koju se

negativno označava. Osobe koje su stigmatizirane navode da su neugodnosti (izrugivanje, podcjenjivanje, odbacivanje, izoliranje…) doživjeli od obitelji, radne okoline, liječnika i medicinskih sestara (Štrkalj-Ivezić, 2010). Do pojave stigmatizacije najčešće dolazi zbog predrasuda i manjka znanja o određenoj grupi koju se stigmatizira. Vezano za pacijente i zdravstvo, najčešće se stigmatiziraju psihijatrijski pacijenti, pacijenti s kožnim oboljenjem i infektivni pacijenti, samodestruktivni pacijenti, ovisnici… Vrlo često se ti pacijenti stigmatiziraju i od strane medicinskog osoblja. Istraživanja pokazuju da se najčešće stigmatiziraju osobe s mentalnom bolešću i intelektualnim poteškoćama (Tringo, 1970). Stigmatizacija osoba koje boluju od psihičke bolesti definira se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje osoba upravo zato što imaju psihičku bolest (Štrkalj-Ivezić, 2010). Psihijatrijski su bolesnici najprikraćenija kategorija bolesnika jer oni sami nisu kadri izboriti se za svoju bolju poziciju. Zato su marginalizirani i često prepušteni vlastitu propadanju (Zurak, 2007). Često medicinske sestre koje inače ne skrbe za psihijatrijske pacijente imaju osjećaj straha od rada s takvim pacijentima, osjećaju se nelagodno u blizini tih pacijenata, jer nisu sigurne kako postupati s njima. Iz osobnog iskustva mogu potvrditi da medicinske sestre takve pacijente smatraju agresivnim i zahtjevnijim u pogledu sestrinske skrbi.

U daljnjem ćemo tekstu nastojati potkrijepiti našu misao konkretnim primjerom iz prakse.

Primjer iz prakse 2.

> Medicinska sestra radi na kirurškom odjelu ortopedije. Tijekom radnog vremena iz ambulante joj javljaju da će na odjel primiti pacijenticu koja ima prijelom vrata bedrene kosti i da uz tu dijagnozu ima i dijagnozu shizofrenije, te da pripremi bolesničku sobu za pacijenticu. Nakon što je dobila tu obavijest medicinska sestra dolazi kod glavne sestre vidno uzbuđena i verbalizira da ona nije sigurna kako će se skrbiti za tu pacijenticu budući da je pacijentica s dijagnozom shizofrenije i da će ona sigurno „divljati" po cijelom odjelu te uznemiravati sve druge pacijente. Nadalje zahtjeva da se smjene „pojačaju" s još osoblja kako bi se obuzdala takva pacijentica.

Iz ovoga osobnog primjera vidno je da medicinsko osoblje ima određeni stav prema psihijatrijskim pacijentima i da ih najčešće smatraju agresivnim. Iako mogu navesti iz osobne desetogodišnje prakse, da su na odjelu kirurgije i ortopedije psihijatrijski pacijenti bili uvijek mirni, bez ikakvih agresivnih ispada uz pripadajuću psihijatrijsku terapiju.

Nadalje, druga kategorija stigmatiziranih pacijenata su oni pacijenti s kožnim bolestima koje su estetski neugodne i izazivaju odbojnost osoba u okolini takvog pacijenta.

Primjer iz prakse 3.

> Na odjelu kirurgije hospitaliziran je pacijent koji ima promjene na koži uslijed oboljenja od malignog tumora (zahvaćena koža u predjelu vrata i desnog obraza), nepokretan je i treba pomoć medicinske sestre prilikom osobne higijene, hranjenja i kretanja. Na odjelu rade i medicinske sestre pripravnici koji pomažu u skrbi svih pacijenata, jedna medicinska sestra pripravnik dobiva zadatak pomoći pacijentici prilikom hranjenja. Kada je donijela poslužavnik s hranom do pacijenta, odlaže ga i oblači rukavice na ruke kako bi nahranila pacijenta. Kada sam je pitala zašto treba rukavice kod postupka hranjenja pacijenta kada neće biti doticaja s izlučevinama pacijenta, ona odgovara da se ona tako ugodnije osjeća.

Iz toga se nameće pitanje, tko se treba ugodnije osjećati, medicinsko osoblje ili pacijent? Razvijaju li medicinske sestre svijest o tome kako se pacijenti osjećaju dok se mi skrbimo za njih, radimo li onako kako je nama ugodnije ili kako bi pacijentima ugodili? Kako se osjeća pacijent kojem medicinska sestra pruža pribor za hranu u rukavicama?

Prijem pacijenta u bolničko okruženje u većini slučajeva izaziva kod njih negativne emocije. Djelovanje negativnih emotivnih stanja na tijek bolesti te dužinu boravka u bolnici glavni su razlozi zbog kojih treba posvetiti dovoljno vremena i psihičkim tegobama pacijenta. Svi hospitalizirani pacijenti su zabrinuti, prvenstveno zbog svoga zdravstvenog stanja, a zatim i zbog obitelji, posla itd. Upravo zbog tog razloga bitno je da medicinsko osoblje pravilno pristupi pacijentu uvažavajući sve njegove potrebe, gledajući na pacijenta kao cjelovito biće, a ne procjenjivati ga na temelju njegove medicinske dijagnoze, socijalnog statusa i drugih obilježja po kojima se ističe od drugih pacijenata.

Etičke smjernice naglašavaju da svakog pacijenta treba tretirati s dostojanstvenim uvažavanjem, s poštivanjem, integritetom i autonomijom (Etički kodeks medicinskih sestara, 2005, čl. 2.2.). Dostojanstvo čovjeka proizlazi iz njegove biti, ono je temelj i pretpostavka ljudskih prava. Pravda i jednakost su dva temeljna prava osnovnih ljudskih prva. Svako kršenje tih prava dovodi do narušavanja čovjekovog dostojanstva.

Iz ovakve perspektive, stigmatizacija je kršenje čovjekovog dostojanstva, njegovih prava i njegove slobode, kako se navodi i u Univerzalnoj deklaraciji o ljudskim pravima (1948.). U čl. 1 se zastupa stav da se sva ljudska bića rađaju se slobodna i jednaka u dostojanstvu i pravima. Čl. 2. imperativno nalaže da svakome pripadaju sva prava i slobode utvrđene u ovoj Deklaraciji bez ikakve razlike glede rase, boje kože, spola, jezika, vjere, političkog ili drugog uvjerenja, nacionalnog ili socijalnog podrijetla, imovine, rođenja ili neke druge okolnosti. Dok se u čl. 7. posebno osvrće na ne diskriminaciju, članak određuje da su svi pred zakonom jednaki i svi imaju pravo na jednaku pravnu zaštitu, bez ikakve diskriminacije. Svi imaju pravo na jednaku zaštitu od bilo kojeg oblika diskriminacije kojim se krši ova Deklaracija, kao i od svakog poticanja na takvu diskriminaciju.

Stigmatizirajući stavovi osoblja koje se skrbi za pacijenta mogu grubo narušavati ova prava i dovesti do nesuradnje pacijenta, odbijanja pomoći i lošeg ishoda liječenja.

Veliki napredak u znanosti na području medicine otvara razne mogućnosti u liječenju pacijenata, ali istodobno u sebi krije i razne posljedice, kako što je doživljavanje pacijenata kao objekta u sestrinskoj skrbi. Razlog zbog kojeg se to događa detaljnije ćemo prikazati u slijedećem poglavlju.

2.5. Depersonalizacija pacijenta

Tijekom posljednjeg desetljeća bilježi se veliki napredak ljudskog djelovanja u različitim područjima života. Napredak je posebno prisutan u razvoju tehnologije koja nam omogućava bolju kvalitetu života. Medicinska znanost se oduvijek razvijala usporedno s ostalim znanostima. Njihovim razvojem i povećanjem tehnoloških dostignuća nastale su velike promjene i u dijagnostici bolesti i u njihovom liječenju. Međutim, kao posljedica takvog napretka, tehnika sve više zamjenjuje dosadašnje uobičajene aktivnosti čovjeka. Obavlja ih brže, bolje i preciznije od njega. Zbog toga postoji realna opasnost da takav snažan tehnički napredak sve više isključuje čovjeka, depersonalizira odnos medicinskog djelatnika s pacijentom i sve više dehumanizira njegov život (Vuletić 2013).

U procesu rada, oslanjajući se na tehnologiju i njene prednosti često zanemarujemo pacijenta kao osobu, već ga promatramo kroz objektiv aparata koji koristimo.

Kako je u proteklih desetljeća naglo ojačao znanstveno tehnički aspekt, dovedena je u pitanje ravnoteža tehnološkog i humanog djelovanja. Medicinske sestre razvojem tehnologije dobivaju sve više zadataka i obaveza, često uz ograničeno vrijeme obavljanje tih zadataka

tako da su usredotočene na to kako izvršiti zadani zadatak a ne kako se pacijent osjeća za to vrijeme. Iz osobne prakse opažam da medicinske sestre neke aktivnosti rade rutinski i samim time se gubi osobnost pacijenta. U brzini i automatskom izvođenju postupaka, bez promišljenog razmišljanja o pacijentu kao cjelini fizičkog, psihičkog i socijalnog aspekta pacijent postaje zadatak, a ne osoba.

Rutinizacija rada i ponavljanje istih radnji bez mogućnosti kreacije osnovni je uzrok udaljenosti od pacijenta - depersonalizacija rada. Već na tom nivou tehnologije rada, dakle pri posljedicama relativno razvijene podjele rada, očito je pretvaranje predmeta rada, pacijenta, u puki predmet, dakle objekt identičan bilo kojem drugom (Orešković, 1990).

Medicinske sestre u operacijskoj sali-instrumentarke, svoj posao najčešće rade planski i aktivnosti se izvode većinom rutinski. Zbog toga tijekom vremena pacijente ne doživljavaju kao osobe s imenom i prezimenom već kao određenu dijagnozu. Kada pacijent treba ići na neku predviđenu operaciju, medicinska sestra iz operacije zove na odjel da se pacijenta transportira u salu, nažalost to se najčešće odvija tako da instrumentarka kaže da im se doveze npr. „žuč“, „hernija“ i sl. iz sobe broj pet u operacijsku salu. O ovakvom ophođenju prema pacijentima razgovarala sam sa više medicinskih sestara iz različitih bolnica, nažalost to je nešto što se događa u svim bolnicama i većina medicinskog osoblja ne smatra to nekim velikim problemom. Podržavaju mišljenje da je pacijent došao u zdravstvenu ustanovu da riješi svoj medicinski problem i da ga nije niti briga kako će ga osoblje oslovljavati.

Oslovljavajući pacijenta kao dijagnozi i broj bolesničke sobe, dehumaniziramo ih. Postaju predmet, a ne stvarne osobe. Pacijent zna da se govori o njemu, ali način na koji ga se spominje može biti zbunjujući pa čak i uvredljiv. Zbog takvog načina rada, pacijent ne uspijeva ostvariti kontakt s medicinskom sestrom, opterećen je ishodom svoje bolesti, sve se više osjeća usamljenim i deindividualiziranim objektom.

Medicinske sestre trebaju njegovati osobni i humani kontakt s pacijentom kako bi mogle upoznati, uočiti i razumjeti cjelokupnu osobnost i poteškoće pacijenta. Sestrinstvo kao moralno relevantna praksa ne može biti definirano samo u terminima kognitivnih ili tehničkih kompetencija i vještina, niti kroz koncepte efikasnosti ili produktivnosti, već kao poseban i specifičan odnos između bolesnika i medicinske sestre. Zdravstvenu njegu treba gledati u svjetlu interaktivnog odnosa između jedne (jedinstvene) medicinske sestre i jednog (jedinstvenog) bolesnika (Kalauz, 2008). U takvom jedinstvenom odnosu između pacijenta i medicinske sestre bitna je i komponenta komunikacije.

Medicinske sestre osim tehničkih vještina moraju posjedovati i dobre komunikacijske vještine, jer u svom radu neprestano uspostavljaju različite odnose s pacijentom, njegovom obitelji i s drugim članovima zdravstvenog tima. Često su pacijenti isključeni u komunikacijskom procesu i zbog toga ih se ne osjećaju kao aktivni sudionici u sestrinskoj skrbi. Kroz vlastiti profesionalni razvoj medicinska sestra treba razvijati komunikacijske vještine kako bi mogla zadobiti povjerenje pacijenta, te u centar odnosa s pacijentom staviti nesebičnost, plemenitost i srdačnost kao prioritet.

Sestrinska skrb koja je karakterizirana kao rad s pacijentom a ne rad za pacijenta, smatra se uspješnom i kvalitetnom skrbi. To zahtijeva vještinu prilagodbe pacijentu i svim drugim sudionicima koji su uključeni u skrb pacijenta. Takav odnos pospješuje kvalitetu sestrinske skrbi.

3. KRITERIJI ZA PROCJENU USPJEŠNOG PROFESIONALNOG I HUMANISTIČKOG ODNOSA NA REALCIJI MEDICINSKA SESTRA-PACIJENT

Zdravstveno osoblje suočeno je s dva aspekta djelovanja, tehnološkom aspektu koji im pomaže u skrbi pacijenta i humano etičkom aspektu kojeg se pridržavaju u skrbi pacijenta. Ta dva aspekta moraju biti u ravnoteži djelovanja u skrbi pacijenta. Te ćemo smjernice promatrati u našoj trećoj cjelini rada.

U svakodnevno procesu rada medicinske sestre su dužne odgovorno se ponašati i surađivati sa svim članovima zdravstvenog tima uključujući i pacijente. Kako bi sestrinska skrb bila uspješna, kvalitetna i potpuna, potrebno je zadovoljiti sve kriterije odgovornog i humanističkog ponašanja prema pacijentu i suradnicima.

U procesu rada medicinska sestra mora poštivati prava pacijenta, etički kodeks medicinskih sestara, zakon o sestrinstvu, zakon o radu te njen rad treba biti prožet empatijskim pristupom i moralnim djelovanjem.

Kvalitetna zdravstvena skrb treba uključivati sljedeće elemente (Štifanić, 2011);

- Prikladnost- usluga prilagođena onome što pojedinac stvarno treba,
- Pravednost- usluga dostupna svakome tko ih treba,
- Pristupačnost- usluge dostupne svima,
- Djelotvornost- usluge postižu željenu korist za pacijenta,
- Prihvatljivost- usluga zadovoljava prihvatljiva očekivanja pacijenta.

Kvalitetna zdravstvena skrb je ona koja se drži temeljnih etičkih načela i koja zagovara holistički pristup pacijentu te da osobe koje pružaju tu skrb, posjeduju dobre moralne osobine.

Pacijent zahtijeva suptilni pristup medicinskih sestara, koji je prožet etičkim i moralnim načelima. Tim se ostvaruje pristup koji uključuje primjerenu razinu stručnosti, odgovornosti, razumijevanja i suosjećanja. Njih ćemo nastojati razmatrati u strukturalnim naslovima naše treće cjeline.

3.1. Poštivanje normi dobre kliničke prakse i etičkih kodeksa struke

Jedan od prvotnih kriterija za provedbu uspješnog profesionalnog i humanističkog odnosa na relaciji medicinska sestra-pacijent je poštivanje normi dobre kliničke prakse putem uvažavanja etičkog kodeksa struke.

Etički kodeks regulira samokontrolu normi profesionalne etike, budući da je stručna autonomija jedne profesije u društvu, nemoguća bez moralne samokontrole i savjesne samodiscipline stručnjaka (Vuletić, 2013).

Etičkim kodeksom medicinskih sestara utvrđuje se: osnovna načela profesionalnog ponašanja medicinske sestre, odnos prema pacijentu, suradnja s timom zdravstvene njege, poštivanje prava profesionalne tajne, trajno usavršavanje, poštivanje ugleda staleža, zaštita pacijenta od rizika, osiguranje od odgovornosti, način rješavanja etičkih pitanja i odnos prema drugim medicinskim sestrama.

Elementi etičkog kodeksa medicinskih sestara (HKMS, 2005), odnose se na: vrijednost – što podrazumijeva široke ideale sestrinske profesije kojih bi se sestre morale pridržavati, dužnosti su moralne norme koje izražavaju svoje osnovne vrijednosti pod određenim okolnostima. Značaj dužnosti i vrijednosti presudan je i kada postoje ograničenja koja sa sobom nose moralnu težinu.

Praksa medicinskih sestara svakodnevno je isprepletena brojnim etičkim dvojbama koje treba pokušavati razriješiti u najboljem interesu kako pacijenata tako i njih samih. Izraz, treba/mora vrlo se često sukobljavaju u procesu rada medicinskih sestara. Izraz *treba* izražava moralnu poželjnost, a izraz *mora* izražava dužnost. Prava i dužnost sestara temelje se na pravnim i moralnim pravima čovjeka. Sestre osim pravnih i moralnih prava imaju i svoja profesionalna prava kojih se moraju pridržavati.

Kada su sestre pod pritiskom da učine nešto što se protivi njihovim osobnim načelima i vrijednostima, dolazi do emocionalne i moralne patnje. Sestrinska uvjerenja, osnovana na dobrom moralnom rasuđivanju moraju biti smjernica djelovanja i onda kada ih drugi dovode u iskušenje. U situacijama moralnih dilema sestre su često prisiljene zanemariti svoj osobni moralni „kompas“ jer moraju zadovoljiti zahtjeve poslodavca. Upravo zbog toga medicinske sestre u procesu odlučivanja (moralnih dilema) kao prvi korak koriste procjenu situacije. Procjena situacije uključuje: identifikaciju problema, određivanje metoda rješenja problema, uključujući etička načela, nakon toga treba definirati svoje vrijednosti, prava i dužnosti te ih

uskladiti s pravima pacijenta. Nakon spoznaje da postoji etička dilema potrebno je konzultirati se sa smjernicama iz sestrinskog etičkog kodeksa te na osnovi spoznaja iz smjernica sestra mora prepoznati sve moguće opcije za djelovanje te postaviti prioritete djelovanja.

Da bi neko djelo bilo moralno, zahtjeva da se čini zato što je dobro, odnosno zato što je u skladu s osnovom čovjekove moralnosti. Savjest je svijest o moralnosti, moralnost je usklađena s moralnim pravilima ili moralnom normom (Zurak, 2007).

U sestrinskoj praksi dolazi često do zastranjivanja i kršenja etičkog kodeksa i prava pacijenata, što može ugroziti pacijentovu autonomiju i poremetiti odnos povjerenja pacijenta s medicinskom sestrom. Vrlo često dolazi do razilaženje mišljenja oko načina pristupu pacijentu, (jedna sestra u timu želi pacijenta aktivno uključiti u sestrinsku skrb dok druga sestra u timu smatra da pacijent treba poštivati (slušati) što mu se kaže bez izražavanja svog mišljenja). Podrobniji uvid ostvario ćemo u našem sljedećem naslovu.

3.2. Medicinske sestre i poštivanje prava pacijenta u sustavu zdravstva

Zakon o zaštiti prava pacijenata propisuje da se: svakom pacijentu jamči opće i jednako pravo na kvalitativnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu primjerenu njegovom zdravstvenom stanju, sukladno općeprihvaćenim stručnim standardom i etičkim načelima, u najboljem interesu pacijenta uz poštivanje njegovih osobnih stavova, kako bi se izbjegla diskriminacija i stigmatizacija pacijenta.

Zaštita prava pacijenata provodi se na načelima humanosti i dostupnosti. Načelo humanosti uključuje: osiguranje poštivanja pacijenta kao ljudskog bića, osiguranjem prava na fizički i mentalni integritet pacijenta i zaštita osobnosti pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora te moralnih i vjerskih uvjerenja. Načelo dostupnosti podrazumijeva jednaku mogućnost zaštite prava svih pacijenata na području Republike Hrvatske (*Zakon o zaštiti prava pacijenata* NN 169/04, 37/08).

Medicinska sestra ima značajnu ulogu u ostvarivanju prava pacijenata, odnosno u razvoju kulture poštivanja sljedećih prava pacijenata:

- Pravo na kvalitetnu i profesionalno pruženu zaštitu,
- Pravo na privatnost i individualno pruženu zdravstvenu zaštitu,
- Pravo da bude informiran
- Pravo na sigurnost,

- Pravo na izbor, drugo mišljenje,
- Pravo da se izjasni i uključi u odlučivanje o njegovoj skrbi
- Pravo da odbije pregled, pretrage
- Pravo da odbije prisutnost studenta i pomoćnog osoblja pri pregledu i dijagnostičkim postupcima,
- Pravo da odbije liječenje i lijekove,
- Pravo da odbije sudjelovanje u istraživanjima,
- Pravo da zna stručne kvalifikacije osoblja kao i njihova imena i prezimena

Osim propisanih smjernica potrebno je i educirati medicinske sestre o važnosti pacijentove privatnosti i autonomije kako bi im potakli svijet i razmišljanja koja su usmjerena više pacijentu tj. kako pacijent osjeća i vidi određeni dio sestrinske skrbi. Isto tako potrebno je proširiti edukaciju sestara o propisanim pravima pacijenta, kako bi se ta prava uistinu poštivala, a ne da su samo napisana na papiru.

Na temelju osobnog iskustva primijetila sam da medicinske sestre vrlo često krše pravo na privatnost pacijenta. Pravo na privatnost prilikom obavljanja zdravstvene njege/higijene pacijenta se ponekad ne poštiva u potpunosti. Tijekom procesa obavljanja osobne higijene pacijenta (kupanja) sestre pacijentovo tijelo doživljavaju kao svoj zadatak koji rade svaki dan, i ne razmišljaju da je to pacijentu nešto jako intimno, također ne upotrebljavaju paravane prilikom obavljanja tog procesa tako da je pacijent izložen pogledima dugih pacijenata u sobi. U bolesničke sobe tijekom jutarnje higijene ulazi sve osoblje, slobodno, bez kucanja i premišljanja kako se pacijent osjeća kad je tako izložen pred svima.

Drugi segment u kojem sestre često krivo postupaju je da krše pacijentovo pravo na informaciju. Medicinske sestre se rijetko kada predstavljaju pacijentu u prvom kontaktu s njima, većina njih niti ne razmišlja o tome da pacijentu kaže svoje ime i prezime. Najčešća scena u bolesničkoj sobi je ta, da medicinska sestra uđe u sobu noseći pribor za npr. vađenje krvi, pristupi pacijentu i traži mjesto na njegovim rukama gdje će izvršiti taj postupak. Gotovo niti jedna medicinska sestra ne govori pacijentu zašto mu je pristupila, a vrlo rijetko će medicinska sestra pacijenta pitati slaže li se s tim da ona izvrši određen postupak.

Nažalost u svijesti osoblja je još uvijek slika pacijenta kao osobe koja treba šutiti i slijediti ono što mu se govori, jer se smatra da on ne zna ništa o liječenju pa se stoga treba prepustiti

rukama stručnjaka. Sestra treba poštovati pacijentovu jedinstvenost i individualnost, te njegova prava da sudjeluje u procesu njege.

Sestrinstvo kao važan segment zdravstvenog sustava mora biti itekako upućen u prava pacijenta kako bi se stvorila okolina u kojoj se bolesnik osjeća sigurnim, čime se ubrzava proces ozdravljenja (Vuletić 2013).

Pružanje skrbi pacijentu mora biti dogovoreno djelovanje između sestre i pacijenta, a u najboljem interesu za pacijenta. Pravda i jednakost su dva temeljna prava čovjeka, svaki pokušaj narušavanja tih načela smatra se kao narušavanje čovjekovog dostojanstva (Ten Have, Gordijan, 2014).

Sljedeći element u ostvarenju uspješnog profesionalnog i humanističkog odnosa na relaciji sestra-pacijent je empatijski pristup.

3.3. Empatijski pristup u personalističkom odnosu: medicinska sestra-bolesnik

Pacijent prilazi medicinskom djelatniku sa stavom očekivanja (da će medicinsko osoblje, a napose, medicinska sestra, upotrijebiti sve svoje znanje da dijagnosticiraju i olakšaju mu njegovu bolest; očekuje da će ga se razumjeti kao osobu s određenim svojstvima i potrebama).

Empatija je, najjednostavnije rečeno, mogućnost da se emocionalno razumiju osjećaji druge osobe. Ona uključuje sposobnost razumijevanja i emocionalnog usklađivanja s okolinom i sposobnost reguliranja vlastitih emocija, a empatijsko razmišljanje uključuje kognitivnu fleksibilnost i emocionalnu regulaciju s okolinom i sposobnost stavljanja vlastitih potreba na stranu te zamišljanja osjećaja drugih. Empatija je najvažnija ljudska karakteristika koja ne omogućava samo socijalne relacije i komunikaciju, već je i osnova za stvaranje morala (Gregurek, 2011).

Empatijski pristup pacijentu uključuje i afektivnu i kognitivnu komponentu, ona je složen psihološki proces u kojem medicinska sestra kroz identifikaciju osjeća s pacijentom, a kroz kognitivnu komponentu misli o pacijentu. Takav pristup i doživljaj pacijenta je bit kvalitetne humanističke sestrinske skrbi pacijenta.

Suosjećanje i samilost su osnova i srž sestrinske skrbi. Medicinske sestre u svome radu suosjećaju s patnjom pacijenta i njihova prisutnost u takvim trenutcima sprječava osjećaj bespomoćnosti i izoliranosti kod njih. Empatija predstavlja „uvlačenje pod kožu“ drugoj osobi kako bi gledali i osjećali stvari njenim očima. Kroz takav način komuniciranja sestra postaje

osjetljiva za misli, osjećaje, probleme i potrebe koje bolesnik može ili ne može otvoreno izraziti (Ljubičić, 2005).

Kod takvog načina pristupa pacijentu bitno je da medicinska sestra zna do koje granice može „uči pod kožu“ pacijenta, jer ako na vrijeme ne odjeli svoje osjećaje i identificira se s pacijentom potpuno, postoji mogućnost preopterećenja i nemogućnosti pružanja pomoći pacijentu.

Svaki bolesnik u nama budi reakcije i široka je skala emocija koja se u nama mogu pokrenuti. To mogu biti pozitivne reakcije (simpatija, razumijevanje i nježnost) ili negativne reakcije (grubost, nestrpljenje, odbojnost).

Medicinska sestra koja uvažava bolesnika kroz njegovu kompletnu psihodinamiku, nastojat će da upozna bolesnika o kojem se skrbi, jer će na taj način pobuditi pozitivne emocionalne reakcije, što će omogućiti najbolju moguću suradnju i pacijentocentričan odnos (Vuletić, 2013). Danas je od velike važnosti neposredan i osoban kontakt s pacijentom, koji je prožet razumijevanjem, ohrabrenjem i određenom toplinom, koja ublažava osjećaj otuđenosti i nehumanosti. Pacijenti će osjetiti je li medicinskim sestrama stalo do njih ili su neiskrene u svom pristupu.

Posjedovanje, i razvijanje empatije, medicinskim sestrama će pomoći u poštivanju normi etičkog kodeksa koje im profesija propisuje, napose onih, usmjerenih na uvažavanje pacijentovih vrijednosti i stavova.

3.4. Uvažavanje pacijenta u komunikacijskom suodnosu: medicinska sestra-pacijent

Malo je profesija u kojima su ljudi toliko upućeni na druge, tj. na interakciju s drugim osobama, kao što je to posao medicinske sestre. Kako bi razumjela pacijenta, medicinska sestra mora posjedovati osim stručnih kompetencija i komunikacijske vještine. Komunikacija je upućivanje verbalnih (glasova, riječi) i neverbalnih znakova (izraz lica, pokreti tijela i sl.) radi izmjene informacija/emocija između dvije ili više osoba. Kad god su ljudska bića u nekoj interakciji među njima se odvija neka vrsta komunikacije.

Prvi kontakt pacijenta sa zdravstvenim osobljem obilježava daljnju suradnju. Medicinska sestra je ta koja kreira, započinje, vodi i završava prvu komunikaciju (Paravlić, 2006). Ta prva komunikacija može biti dobra ili sa propustima ovisno o stručnosti medicinske sestre i njenoj vještini provođenja komunikacije. Kako bi suradnja s pacijentom bila kvalitetna prvi susret i

komunikacija s pacijentom treba biti topla, susretljiva, profesionalna. Razgovor bi trebao započeti spontano, neusiljeno, strpljivo bez nervoze i ograničavanje vremena komunikacije. Svaki pacijent treba stručnu pomoć liječnika i medicinske sestre, tu pripada i razgovor kojim ćemo pacijentu pomoći da shvati svoje zdravstvene poteškoće i potrebe.

S pacijentom treba razgovarati:

- smireno (bez žurbe, iste boje glasa),
- precizno (bez viška riječi i podataka, bez terminoloških nejasnoća i nesigurnosti),
- argumentirano (koristiti isključivo provjerene podatke, nikako nagađanja ili polovične informacije).

U komunikacijskom trokutu (liječnik-medicinska sestra-pacijent) medicinska sestra je posrednik i često prevoditelj liječničkih uputa za pacijenta. Bolestan čovjek osjetljiviji je nego inače, misaono opterećen zbog novog fizičkog stanja, a i zbog posljedica koje će bolest imati ne samo za njega osobno, nego i za obitelj i radnu organizaciju (Štifanić, 2012). Dolaskom u bolnicu pacijenti se osjećaju zabrinuto i uplašeno zbog svoga zdravstvenog stanja i zbog toga ponekad liječničke upute ne shvaćaju. Tek nakon određenog vremena dok se prilagode novonastaloj situaciji, spremni su postavljati pitanja koja ih zanimaju o njihovoj bolesti. Zato je medicinska sestra tu da odgovori na dodatna pitanja, pojasni i objasni upute koje im nisu jasne.

Međutim, često se događa da medicinske sestre zbog sve više nametnutih zadataka i obaveza, ali i intelektualne diskriminacije pacijenata, nemaju mnogo vremena i dogodi se da nisu strpljive u razgovoru s pacijentima, posebno s pacijentima kojima su prethodno objasnile sve o njihovom zdravstvenom stanju, ali ih oni zbog raznih razloga nisu razumjeli.

Najčešći razlozi zbog kojih pacijent ne razumije upute zdravstvenih djelatnika;

- zdravstveno osoblje pacijentu prenosi informacije stručnom terminologijom koju oni ne razumiju,
- upute su kratke i dvosmislene,
- pacijent zbog svog zdravstvenog stanja (boli) nije u mogućnosti slijediti govorne upute osoblja,

Na temelju iz osobnog iskustva stečenog u sestrinskoj praksi, pokazuje se da je koncept komunikacije od bitnog značenja u cjelokupnoj sestrinskoj skrbi. Za medicinske

sestre je važno da nauče i analiziraju svoje interakcije sa pacijentima, kako bi mogle usavršavati svoje vještine radi unapređenja sestrinske skrbi. Kako bi se uspostavila dobra komunikacija sa pacijentom bitno je znati slušati, postavljati prava pitanja i znati ohrabriti pacijenta na razgovor. Dobru komunikaciju čini više sastavnica: prisutnost, slušanje, percepcija, brižnost, otvorenost, empatija, iskrenost i poštivanje pacijenta kao osobe.

Komunikacija je dvosmjerna, što znači da mi u razgovoru osim što slušamo pacijenta, promatramo i njegove neverbalne znakove komunikacije, ali isti tako pacijent sluša nas i procjenjuje naše neverbalne znakove. Pacijenti vrlo često na temelju neverbalnih znakova procjenjuju svoje zdravstveno stanje. Ako procjene da je sestra zabrinuta, tiha i izbjegava kontakt očima s njima često donose zaključak da njihovi nalazi nisu dobri. Ako po pacijentovoj procjeni, kod sestre prevladavaju pozitivne osobine, on će joj pokloniti povjerenje i otvoriti se. U suprotnom, ako stekne negativan dojam o medicinskoj sestri, onda će se povući i sestrinska skrb takvog pacijenta neće biti cjelovita. Zbog toga je bitno da medicinske sestre nauče kako komunicirati sa pacijentima i kontrolirati svoje neverbalne znakove komunikacije te na temelju pacijentovih neverbalnih znakova prepoznati moguće poteškoće.

Istraživanje o „Čimbenicima koji utječu na kvalitetu komunikacije između sestre i bolesnika“ pokazuje da medicinske sestre nemaju razvijeno znanje o biti neverbalne komunikacije čiji znakovi govore više od riječi. Takvi zaključci pretpostavljaju potrebu trajnog stručnog usavršavanja na području komunikacije (Ljubičić, 2005).

Jedna od dužnosti medicinske sestre je da pacijentu pruži riječ kao savjet, informaciju ili podršku, da ga ohrabri i potakne da verbalizira sve svoje potrebe. Da bi razgovor bio jasan za sve pacijente, medicinske sestre trebaju paziti da ne koriste medicinsku terminologiju koju pacijenti ne razumiju. Svaki razgovor koji dovodi do situacije nerazumljivog, vremenski produženog i nepostignutog cilja, govor je koji nema smisla.

Najčešće kritike koje bolesnici upućuju zdravstvenim djelatnicima odnose se na nedovoljno iscrpnu komunikaciju sa zdravstvenim djelatnicima. Iskustva iz prakse pokazuju da nedovoljan broj osoblja za zdravstvenu njegu rezultira nezadovoljstvom bolesnika zbog nezadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba (verbalizacija svojih potreba i osjećaja) u zatraženom trenutku. Na to upućuje podatak da sve sestre smatraju kako veći dio radnog vremena provode u zadacima vezanim za bolesnike, nego u razgovoru s njima i iste se izjašnjavaju kako bi voljele da imaju više vremena za razgovor sa bolesnicima.

Istraživanje o čimbenicima koji utječu na kvalitetu komunikacije između bolesnika i medicinske sestre potvrđuje da je potreba za povećanjem broja sestara s ciljem poboljšanja kvalitete komunikacije nužna (Ljubičić, 2005).

Jedan od problema u komunikaciji s pacijentom je i taj što liječnici i medicinske sestre pred pacijentom razgovaraju o njemu i njegovom zdravstvenom stanju a da uopće pacijenta ne doživljavaju, ignoriraju ga i postaju dominantni u odnosu na njega.

Primjer iz prakse 4:

> Za vrijeme jutarnje vizite, liječnik dolaskom kod bolesničkog kreveta okreće se prema medicinskoj sestri i pita kako se pacijent osjeća, a ona odgovara kako je pacijent proveo noć.

Nameće se pitanje, zašto liječnik pita medicinsku sestru kako se pacijent osjeća, zašto ne pita direktno pacijenta to pitanje?

Pacijenta treba shvatiti kao ravnopravnog člana u komunikacijskom trokutu, uvažavati njegovo mišljenje i uključiti ga u plan zdravstvene skrbi, kako se i ovakvim postupcima ne bi osjećao diskriminirano.

3.5. Teorija kulturne različitosti i univerzalnosti sestrinske skrbi

Povod diskriminiranju i stigmatiziranju pacijenata može proistječi iz kulturološke raznolikosti pacijenata o kojima skrbimo.

Ljudi se ne razlikuju samo po anatomskim i fizičkim osobinama, nego se razlikuju i u pogledu kulturnih navika. Utjecajem raznih socijalnih i drugih promjena (promjena boravišta zbog boljih radnih uvjeta, ratovi, itd.) dolazi do migracije stanovništva koje sa svojim fizičkim preseljenjem donose i svoje navike i kulturu. Nakon zadnjih ratnih zbivanja i loših socioekonomskih uvjeta dolazi do migracije ljudi a samim time dolazi do miješanja kultura i jezika.

Zbog navedenih razloga (migracije stanovništva) medicinske sestre se u procesu svoga rada skrbe za pacijente koji pripadaju različitim kulturama. Na odjel dolaze pacijenti koji ne govore tečno hrvatski jezik niti razumiju osoblje na odjelu u potpunosti. Osoblje često nema previše vremena niti strpljenja kako bi posvetili više vremena u sporazumijevanje s takvim

pacijentima. Potrebno je osvijestiti osoblje da pomognu takvim pacijentima i da ih ne osuđuju i kategoriziraju kao neuke, bezobrazne i naporne.

Primjer iz prakse 5.

> Pacijentica romske pripadnosti dobiva obavijest od liječnika da će biti otpuštena kući sa kirurškog odjela te da će joj sestra objasniti sve što treba znati. Medicinska sestra joj prenosi informaciju da treba doći za dva dana na previjanje u ambulantu te da se javi liječniku opće prakse sa otpusnim pismom zbog daljnjeg zbrinjavanja terapije. Pacijentica traži da joj se ponovno objasni jer ne razumije što joj sestra govori. Nakon ponovnog objašnjavanja što treba učiniti sestra gubi strpljenje i izjavljuje da ona nije plaćena kao prevoditelj i da njen posao nije da nekoga uči hrvatski jezik.

Bilo bi poželjno da svaka medicinska sestra prouči i provodi teoriju kulture različitosti i univerzalnosti sestrinske skrbi. Nju je predstavila 1976. godine, američka teoretičarka sestrinstva, Madeleine Leininger. Pod utjecajem antropologije razmišljala je koliko je kultura bitna za zdravstvenu njegu bolesnika. Promatrajući i surađujući s ljudima različitih kultura postala je svjesna da prevencija zdravlja i oporavak od bolesti s aspekta kulturoloških specifičnosti naveliko utječe na njih. Potreba za skrbi je jedinstvena ljudska potreba koju ima svaki pojedinac i mora biti povezana s njegovim kulturološkim potrebama (Alligood, Tomey, 2010). Osnovne značajke Teorije kulture različitosti i univerzalnosti skrbi su:

- Načini, pristupi i postupci tijekom procesa skrbi trebaju biti prilagođeni kulturama (religioznim, društvenim, političkim, ekonomskim, povijenim, jezičnim i kulturi okoline),
- Kulturološke razlike pri pružanju ili primanju skrbi trebaju se zasnivati na razumijevanju i poštovanju različitosti,
- Sestrinstvo treba biti transkulturalna profesija s transkulturalnim pristupom u pružanju zdravstvene njege.

Glavni cilj ove teorije je otkriti, analizirati, interpretirati i dokumentirati kulturološke čimbenike koji utječu na zdravlje, pobol i smrt pojedinca uz primjenu postupka koji bi mogli poboljšati kvalitetu pružanja zdravstvene skrbi (Kalauz, 2012). Teorija kulture različitosti i univerzalnosti skrbi provodi se kroz tri sestrinske odluke i radnje:

- Očuvanje ili održavanje kulturalne skrbi

- Prilagodba kulturalne skrbi
- Restrukturiranje kulturalne skrbi

Kako bi se teorija bolje razumjela koristi se tzv. model *Sunrise* koji uključuje sve elemente koji se trebaju uzeti u obzir prilikom donošenja odluka o vrsti i načinu pružanja individualne zdravstvene njege. Elementi navedenog modela su:

- Tehnološki
- Religijski
- Obiteljsko- socijalni
- Kulturološke vrijednosti, običaji, jezik, povijest
- Politika i zakonodavstvo
- Ekonomija
- Sustav obrazovanja, edukacija

Skrb u sestrinskoj praksi zahtjeva od medicinske sestre da zna prepoznati i zadovoljiti kulturalne potrebe različitih skupina. Osobine medicinske sestre u transkulturalnoj njezi bolesnika:

- Motivacija i interes za kulturalne razlike
- Nepristranost, odricanje od negativnih stavova
- Sposobnost prihvaćanja kulturne razlike
- Strpljenje i tolerancija
- Opće znanje i svijest o kulturnim razlikama
- Poznavanje osobitosti stranih kultura
- Komunikacijske vještine
- Empatija

Budućnost spomenute teorije tek dolazi. Potrebno je stimulirati i educirati medicinske sestre za provođenje teorije kulture različitosti i univerzalnosti skrbi. Jedino se skrb pacijenta u kojoj se uvažavaju svi aspekti njegove osobnosti može smatrati kao kvalitetna, humanistički orijentirana sestrinska skrb. Ona se može dodatno intenzivirati bioetičkom edukacijom.

3.6. Humanističko obrazovanje i bio-etička edukacija medicinskih sestara

Kako bi sestrinska etika uistinu mogla odgovoriti na današnje i buduće biomedicinske izazove, od iznimne je važnosti u sestrinsku edukaciju i praksu uvesti humanističku edukaciju o temeljima opće i profesionalne etike.

Sestrinstvo u svojoj praksi nema dostatno razvijenu edukaciju na području biomedicine i humanistički usmjerene sestrinske skrbi. Sestrinstvu je potrebna primjerena stručna i znanstvena edukacija i tek se tada može ravnopravno uključiti u teorijske aspekte etičke analize, rasprave i vrednovanja (Kalauz, 2008). Sestrinstvo, kao profesija koja se još dokazuje i razvija, treba u obrazovni plan i program medicinskih sestara uključiti više tema i predmeta koji se tiču humanog odnosa prema pacijentu i utjecaja tehnologije na život čovjeka. Dosadašnja edukacija medicinskih sestara na tom području je vrlo mala i površna.

Studijski program medicinskih sestara mora osposobiti ih za odgovorno obavljanje svoje profesije, ne samo profesionalnim poznavanjem stručnih pojmova, već i stručno-etičko-humano-odgovornim stavom prema vlastitoj struci, prema suradnicima, prema bolesnicima i naposljetku prema samome sebi (Vuletić, 2013). Zahvaljujući humanističkoj i etičkoj edukaciji medicinske sestre će biti vješte pri donošenju etičkih odluka, a to će pridonijeti autonomiji i zaštiti dostojanstva pacijenta.

Samo moralno osviještene i etički educirane medicinske sestre će uočiti važnost pacijenta kao jedinstvene osobe, i kako samo sestrinska skrb koja je prožeta humanističkim vrijednostima i usmjerena pacijentu može biti kvalitetna i zadovoljavajuća skrb pacijenata.

Značajke ispravnog i kvalitetnog uvažavanja pacijenta obilježava; senzibilitet za osjećaje pacijenata, emotivnost i zrelost, briga i nježnost, odgovornost i pažnja, samostalnost i timski rad. O njima, kao o poželjnim značajkama, na koji ih se potiče etičkim kodeksom struke, već je bilo govora u prethodnim naslovima, ali ih i ovdje navodimo kao zaključni apel za ostvarenje humanog i profesionalno, korektnog, odnosa.

4. ZAKLJUČAK

Svaka bolest, pa čak i ona najbanalnija, u nekoj mjeri mijenja pacijentovo psiho-fizičko stanje. On postaje preosjetljiv, željan pažnje, razumijevanja i utjehe. Pacijent zapravo očekuje od medicinske sestre ne samo profesionalan i stručan odnos, već odnos prožet humanim djelovanjem. Medicinske sestre u svom djelovanju moraju pacijente uvažavati, poštujući njihovo dostojanstvo, trebaju stvoriti pacijentocentričan odnos u kojem je on njihov saveznik, a nikako objekt djelovanja, a još manje, diskriminiranja i stigmatiziranja.

Međutim, pritiskom raznih profesionalnih preopterećenosti ili loših karakternih predispozicija sestara, može se dogoditi da sestra ne pokazuje uvijek primjeren stav uvažavanja pacijentovog dostojanstva, koje bi trebala. Svako etiketiranje, diskriminiranje i stigmatiziranje pacijenta od strane medicinske sestre dovodi do rušenja odnosa između sestre i pacijenta a samim time i do lošeg ishoda sestrinske skrbi.

Kvalitetan i profesionalan odnos medicinske sestre i pacijenta postiže se onda, kada je on prožet empatijskim pristupom medicinske sestre, i kada ona poštuje prava pacijenta, etički kodeks sestrinske profesije i zakonske propise o radu.

Smatram da je etičnost u našem poslu povezana s našim osobnim sustavom vrijednosti i našim moralnim vrlinama. Zbog sve većih zahtjeva i obima posla, a s druge strane manjeg broja osoblja u radnoj organizaciji, može se dogoditi da se odnos prema bolesniku usmjeri na strogo profesionalni odnos, bez emocionalne i empatične komponente koja je neophodna u odnosu prema čovjeku/pacijentu. Ponekad se sustav zdravstva ponaša više ekonomski nego humanistički, pa se narušava ravnoteža humanističke sestrinske skrbi koja je usmjerena na pacijenta, te s druge strane pritiska ekonomske komponente zdravstva. Sestre se nalaze u nezgodnoj situaciji između humanističkog odnosa prema pacijentu i ekonomskog dijela prema poslodavcu. Danas se od medicinske sestre traži i očekuje da prvo zadovolji administrativni dio, a tek potom humano-etički dio odnosa prema pacijentu.

Edukaciju medicinskih sestra o humano-etičkom pristupu treba podići na veću razinu i proširiti ga na sestre koje su generacija koje uopće nisu u programu obrazovanja imale uključenu etiku i humani pristup pacijentu. Edukacijom bi probudili svijest medicinskih sestara o pacijentu koji nije samo fizička komponenta osobe već, jedinstvena osoba sa psiho-fizičkom i duhovnom sastavnicom.

Medicinske sestre, kako bi odgovorile na sve profesionalne izazove, moraju svoj rad temeljiti na profesionalnom odnosu prema pacijentu, ali i na temeljnim moralnim vrijednostima koje će im pomoći u rješavanju moralnih dilema.

> *Kada odlučimo živjeti korisno i u skladu sa životnim zakonima, sve što činimo može biti značajno i smisleno služenje drugima. Kada volite svoj posao i držite se stava da ga je moguće obavljati iz perspektive pomaganja drugima, ispunjavate tu službu. Onome tko je okrenut svjetlu, put je osvijetljen!*
>
> (*Sir John Marks Templeton, Knjiga zlatnih citata*)

5. ŽIVOTOPIS

Ivkica Čukman, rođena u Travniku, Bosna i Hercegovina (1981 god.). Srednju školu za medicinske sestre završava 2000 god. u Bjelovaru. Odmah poslije srednje škole upisuje trogodišnji studij sestrinstva na Zdravstvenom Veleučilištu Zagreb. Nakon položenog stručnog ispita dobiva posao u Općoj Bolnici Bjelovar na mjesto sestre za kontrolu bolničkih infekcija. Na tom radnom mjestu vrši službu pet godina i u to vrijeme polaže *Tečaj trajne edukacije za kontrolu bolničkih infekcija*. Slijedeće radno mjesto bilo je na odjelu ortopedija, kao glavna sestra tog odjela. Od 2014. godine, imenovana za glavnu sestru - koordinatora službe kirurških djelatnosti koja uključuje sve kirurške odjele Opće bolnice Bjelovar.

U svom radnom stažu održala je nekoliko predavanja za medicinske sestre i napisala nekoliko radova. U svojoj sestrinskoj praksi ističe kako se voli posvetiti edukaciji studenata i učenika srednje medicinske škole, čiji je mentor.

6. LITERATURA:

1. Alligood, M. R., Tomey, A.M. (2010.) Nursing Theorist and their work, 7. Ed.,Missouri, Mosby.
2. Babić-Bosanac, S., Borovečki, A., Fišter, K.,(2008.) Patients rights in the Republic of Croatia-between the low and reality, Medicinski Glasnik, Vol.5, No. 1, 2008.
3. Benner, P., Suthphen, M., Leonard, V., Day, L. (2010.) Education nurses-a coll for radical transformation, San Francisco, Jossey-Bay.
4. Gregurek, R. (2011.) Psihološka medicina, Zagreb, Medicinska naklada.
5. Havelka, M. (1998.) Zdravstvena psihologija, Naklada Slap, Jastrebarsko.
6. Henderson, V.(1996.) Osnovna načela zdravstvene njege, Nacionalna i sveučilišna biblioteka, Zagreb
7. Hrvatska komora medicinskih sestara (2005.),Etički kodeks medicinskih sestara.
8. Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata, (2009.) Prava pacijenta- vaš brzi vodič, Split.
9. International convention on the eliminition of all forms of racial discrimination, UN General Assembly Resolution 2106 (XX), 20.12.1965. http://unesdoc.unsco.org/images/0018/001895/189591e.pdf (preuzeto: 17.04.2015.)
10. Kalauz, S. (2008.) Bioetika u sestrinstvu, Medicina, Vol.44, No. 2.
11. Kalauz, S. (2012.) Etika u sestrinstvu, Zagreb, Medicinska naklada.
12. Ljubičić, M. (2005.) Čimbenici koji utječu na kvalitetu komunikacije između bolesnika i sestre, Sestrinski glasnik, godina XI, broj 3, Zagreb.
13. Marušić, S. (2006.) Upravljanje ljudskim potencijalima,4. izd., Zagreb, ADECO
14. Mastilica, M. (1990) „Angels of Mercy“, Revija za sociologiju XXI, No 2:341-351.
15. Matulić, T. (2007.) Identitet, profesija i etika sestrinstva, Bogoslovska smotra 77.
16. Orešković, S. (1990.) Depersonalizacija medicinskih sestara u kontekstu biotehnologijski zasnovane medicine, Revija za sociologiju XXI, No 2:391-399.
17. Paravlić, F. (2006.) Riječ kao lijek, Sarajevo.
18. Pozaić, V. (1998.) Čuvari života, radosti i tjeskobe djelatnika u zdravstvu, Zagreb, Centar za bioetiku.
19. Rijavec, M. (2000) Čuda se ipak događaju, Psihologija pozitivnog mišljenja, IEP, Zagreb.
20. Rivard, G. (2009.) Article 11: Non discrimination and non-stigmatization. U. H. A. M. J. ten Have, Background, principles and application (str. 187-198). Paris: UNESCO.

http://publishing.unesco.org/details.aspx?&Code_Livre=4657&change=E (preuzeto:17.04.2015.)

21. Santrić, V. (1990.) Osnovni tokovi i problemi profesionalizacije zanimanja: slučaj sestrinstva, Revija za sociologiju, Zagreb, Vol. XXI, No 2: 311-339.
22. Šegota, I. (1997.) Etika Sestrinstva, Pergamena-Zagreb, Medicinski fakultet-Rijeka.
23. Šepec, S. (2011.) Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb.
24. Štifanić,M. (2006.) Dobar liječnik, Kako se uzdignuti na razinu pacijenta?, Adamić d.o.o., Rijeka.
25. Štifanić, M. (2003.) Ima li nade za kute i pidžame, Rijeka, Udruga Pacijent danas.
26. Štifanić, M. (2011.) Što sestre rade na fakultetu? Kakve sestre i sestrinstvo trebamo?, Rijeka, Hrvatski pokret za prava pacijenata.
27. Štifanić, M. (2012.) Komunikacija liječnik-pacijent, Rijeka, Hrvatski pokret za prava pacijenta.
28. Štrkalj-Ivezić, S. (2010.) Rehabilitacija u psihijatriji, Psihosocijalni pristup, Zagreb, Hrvatski liječnički zbor.
29. Ten Have, H. A. M. J., Gordijn, B. (2014.) Handbook of Global Bioethics, Springer Reference.
30. Tomey, A.M., Alligood, M. R. (2002.) Nursing theorist and their work, 5. ed. Philadelphia, Mosby.
31. Tringo, J. (1970) The hierarchy of preference toward disability groups, Journal of special Edukacion, 4.
32. Universal Declaration of Human Rights, UN General Assembly Resolution 217 A (III), 10.12.1948. http://www.un.org/Overview/rights.html. (preuzeto:17.04.2015.)
33. Uredba o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama (NN 09/14).
34. Vuletić, S. (2013.) Skripta za studente; Profesionalna autonomija sestrinstva utemeljena na znanstveno humanističkoj odgovornosti.
35. Zakon o sestrinstvu, Narodne novine 121/2003.
36. Zakon o zaštiti prava pacijenata RH, narodne novine 169/04.
37. Zurak, N. (2007.) Medicinska etika, Zagreb, Sveučilište u Zagrebu - Medicinski fakultet.
38. Žakić Milas, D. (2014.) Skripta za studente; Zdravstvena psihologija, Medicinski fakultet, Zagreb.