

5

MEĐUNARODNA NAUČNA KONFERENCIJA
RAZVOJ FOKUSA ZA SESTRINSTVO
KROZ BOLJE RAZUMEVANJE I IMPLEMENTACIJU
BEZBEDNOSTI, PRODUKTIVNOSTI
I UNAPREĐENJE KVALITETA

th INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE
DEVELOPING A FOCUS FOR NURSING
THROUGH BETTER UNDERSTANDING
AND IMPLEMENTATION OF SAFETY, PRODUCTIVITY
AND QUALITY IMPROVEMENT

Beograd, 25. do 27.5. 2011.
Belgrade May, 25 to 27th 2011.

ORGANIZATORI:

• UDRUŽENJE MEDICINSKIH
SESTARA I TEHNIČARA
KLINIČKOG CENTRA SRBIJE
„SESTRINSTVO“



• VISOKA ZDRAVSTVENA
ŠKOLA STRUKOVNIH
STUDIJA U BEOGRADU



• UDINE Careers Group

POKROVITELJI:

MINISTARSTVO
ZDRAVLJA



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

KOMORA MEDICINSKIH
SESTARA I ZDRAVSTVENIH
TEHNIČARA SRBIJE



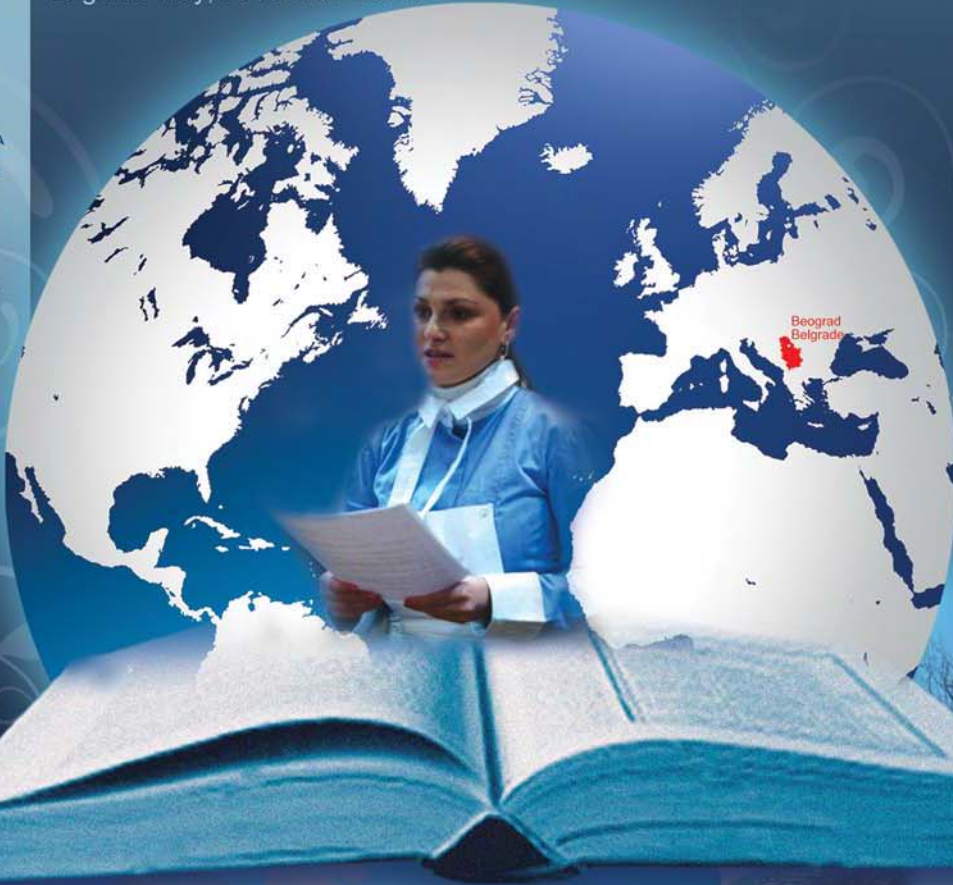
SKUPŠTINA
GRADA BEOGRADA
Sekretarijat za zdravlje



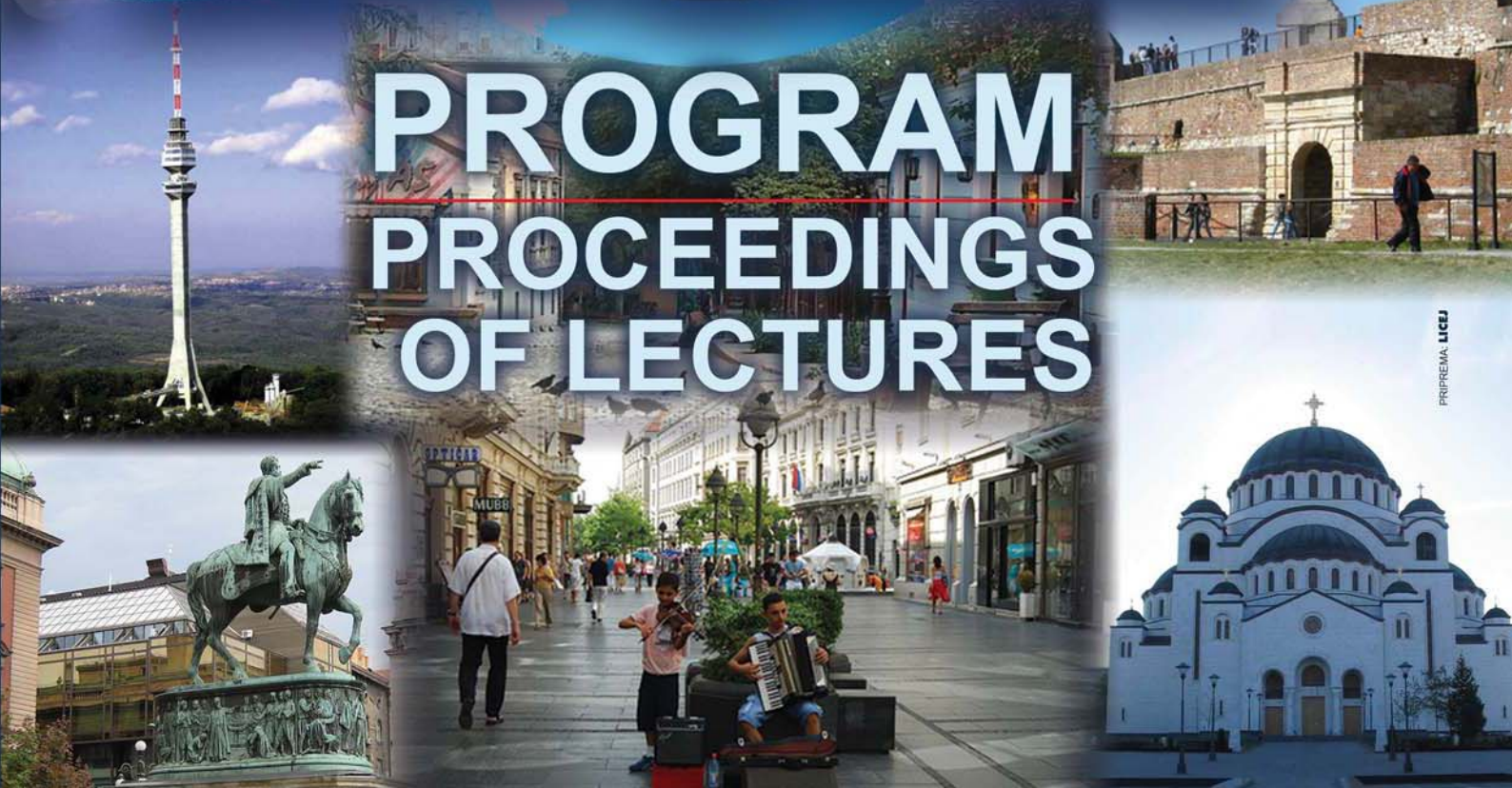
KLINIČKI CENTAR
SRBIJE



KLINIČKI CENTAR SRBIJE



PROGRAM PROCEEDINGS OF LECTURES



PRIPREMA: LICEJ



Uvoz farmaceutskih preparata
(lekovi, medicinska sredstva,
dijetetski preparati, veterina)



Distribucija i veleprodaja



Marketing i ostale usluge



Zastupanje stranih kompanija:
HEALTH WATCH SWISS
LABOR TEST

Acterrna

**NASELJE HEMOGRAD bb
VRŠAC
POSLOVNI CENTAR ZEMUN
LAZARA MAMUZIĆA 28
tel: (+381 11) 7750-215, 7750-214
fax: (+381 11) 7750-213
e-mail: acterrna@eunet.rs
www.acterrna.co.rs**

A

C

t

e

r

r

n

a

RAZVOJ FOKUSA ZA SESTRINSTVO
KROZ BOLJE RAZUMEVANJE I IMPLEMENTACIJU
BEZBEDNOSTI, PRODUKTIVNOSTI
I UNAPREĐENA KVALITETA

Zbornik predavanja

5. Međunarodna naučna konferencija o razvoju karijere
za nastavu, praksu i istraživanje u sestrinstvu

DEVELOPING A FOCUS FOR NURSING
THROUGH BETTER UNDERSTANDING
AND IMPLEMENTATION
OF SAFETY, PRODUCTIVITY
AND QUALITY IMPROVEMENT

Proceedings of lectures

5th International Scientific Conference on career
development for teaching, practice and research in nursing

Urednici / Editors

Milijana Matijević

Majda Majkihar

Dobriła Pejović

Beograd, maj 2011.

Belgrade, May, 2011

Izdavači/ Publishers:
**UDRUŽENJE MEDICINSKIH SESTARA – TEHNIČARA
KLINIČKOG CENTRA SRBIJE „SESTRINSTVO“
LICEJ, BEOGRAD**

Za izdavače/ For publishers:

Zorica Milošević
Stanoje Jovanović

Urednici/ Editors:

Milijana Matijević
Majda Pajnikihar
Dobriła Pejović

Prevod/ Translation:

Ivana Nešić
Aleksandra Bukumirović
Danijela Ivković

Priprema i štampa/ Preparation and printing:
LICEJ, INPRESS, Beograd

Tiraž/ Circulation:

350



NURSE-CARE-LOVE SESTRA-BRIGA-LJUBAV

Udruženje medicinskih sestara – tehničara
Kliničkog centra Srbije
„Sestrinstvo“

ORGANIZATORI:

• UDRUŽENJE MEDICINSKIH
SESTARA I TEHNIČARA
KLINIČKOG CENTRA SRBIJE
„SESTRINSTVO“



• VISOKA ZDRAVSTVENA
ŠKOLA STRUKOVNIH
STUDIJA U BEOGRADU



• UDINE Careers Group

POKROVITELJI:

MINISTARSTVO
ZDRAVLJA



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

KOMORA MEDICINSKIH
SESTARA I ZDRAVSTVENIH
TEHNIČARA SRBIJE



SKUPŠTINA
GRADA BEOGRADA
Sekreterijat za zdravstvo



KLINIČKI CENTAR
SRBIJE



KLINIČKI CENTAR SRBIJE

AKREDITACIJA:

KONFERENCIJA AKREDITOVANA ODLUKOM ZDRAVSTVENOG SAVETA
ACCREDITED CONFERENCE BY RESOLUTION OF HEALTH CARE COUNCIL

Broj/Number: 153-02-1685/2011-02, 17.05.2011.

(Д-1-1638/11)

- predavač / a lecturer 13 bodova / points
- slušalac / listener 7 bodova / points

Programski odbor/ Programme board

- Milijana Matijević,
- Majda Pajnkihar,
- Radmila Ranković – Vasiljević
- Zorica Milošević
 - Divna Kekuš
 - Ivana Nešić
- Dragana Milutinović
 - Ljiljana Milović
 - Dragan Šašić
- Arun K. Sigurdardottir,
 - Tony Butterworth,
- Christine Jackson,
- Metka Harih,
- Ksenija Pirš,
- Beata Dobrowolska,
- Laura Serrant- Green,
- Dianne Cooney Miner,
- Mary Collins,
- Gasser Catherine,
- Živana Vuković Kostić,
- Radivoje Radič,
- Nada Prlić.

Organizacijski odbor/ Organisational board

- Zorica Milošević,
- Dobrila Pejović,
- Milijana Matijević,
 - Tanja Rakić,
- Anđelka Lazarević,
- Arun K. Sigurdardottir,
- Tony Butterworth,
- Christine Jackson,
- Majda Pajnkihar,
- Metka Harih.

Tehnički odbor/ Technical board

- Ljiljana Stamenković,
- Jovanka Vučković,
 - Nebojša Denić,
- Aleksandar Matović,
- Danijela Ivković,
- Aleksandra Veljković.

Recenzenti/ Professional Reviewers

- Vladimir Kostić
- Siniša Pavlović
- Anđelka Lazarević
- Ivana Nešić
- Ana Šijački

Poštovane kolege, kolegice i saradnici,

Sa posebnim zadovoljstvom pozivamo vas da učestvujete na **V međunarodnoj konferenciji o razvoju karijere za nastavu, praksu i istraživanje u sestrinstvu**. Konferencija će biti održana u Beogradu od 25. do 27. maja, u Centru „Sava“. S velikim naporima smo, 2010. godine, na IV međunarodnoj konferenciji (UDINE Careers Project – Understanding Development Issues for Nurse Educator Careers), održanoj u Mariboru, uspeli da dobijemo organizaciju V konferencije u Srbiji.

Tema Konferencije – Razvoj fokusa za sestrinstvo kroz bolje razumevanje i implementaciju bezbednosti, produktivnosti i unapređenje kvaliteta osnovna je oblast sestričkog delovanja i široko polje za istraživanje, a u skladu je sa Nacionalnim strategijama Vlade Republike Srbije i Milenijumskim razvojnim ciljevima. Konferencija će biti i naš skromni doprinos integrativnim procesima naše države za pristupanje Evropskoj uniji i boljim odnosima u regionu.

Cilj Konferencije je poboljšanje kvaliteta sestričke nege i smanjenje broja profesionalnih grešaka putem partnerstva s kolegama iz Evrope i istraživanja u procesu **usklađivanja obrazovanja sestara i prakse sestričke nege sa dokumentima Evropske unije i Bolonjske deklaracije**. Pored sestara i profesora iz Srbije, učestvovaće i više od 20 eminentnih kolega i kolegica iz regiona, Evrope i Amerike.

Sestrička profesija čini napore, preuzima odgovornost i teži ka izvrsnosti na polju sestričke nege, uz želju da krizu i izazove pretvori u šansu za razvoj, da integriše znanje i snagu misleći o celini sestričtva u Srbiji, njenom napretku i zdravlju ljudi. Činimo sve da zajedno izrastamo na putu učenja i razvoja **ka boljem kvalitetu i sestričke i zdravstvene prakse**, što bez vaše podrške nije moguće.

Za vodeće sestre naših ustanova koje žele da budu u toku savremenih kretanja i neophodnih promena V naučna konferencija je širom otvoren prozor u svet. Mi smo otvorili prozor, vaše je da iskoristite priliku i dobro osmotrite vidik.

Do skorog viđenja,

Srdačno,

Milijana Matijević, koordinator za saradnju sa SZO za oblast sestričtva
Zorica Milošević, predsednik UMSZT KCS „Sestrinstvo“

Dear colleagues and associates,

With great pleasure we invite you to take part at the Fifth International Conference on career development for teaching, practice and research in nursing. The conference will be held in Belgrade from 25 to 27 May, at the Sava Center.

The best efforts of the 2010th year, at the Fourth International Conference (UDINE Careers Project -Understanding Development Issues for Nurse Educator Careers), held in Maribor, we managed to get the Fifth Conference of the organization in Serbia.

Theme of the Conference, development focus for nursing through better understanding and implementation of security, productivity and quality improvement, the main area of activity of nursing and a wide field for research, and in line with national strategies of the Serbian Government and the Millennium Development Goals.

The conference will be our modest contribution to the process of integration of our country for accession to the European Union and better relations in the region.

The aim of the conference is to improve the quality of nursing care and reducing the number of professional errors, through partnerships with colleagues from Europe and research in the process of coordinating the education of nurses and nursing practice with the documents of the European Union and the Bologna Declaration.

Next to nurses and teachers from Serbia also will participate over 20 eminent colleagues from Slovenia, Europe, America and the region.

Nursing profession is making efforts to take responsibility and striving for excellence in the field of nursing, wishing to crises and challenges integrate into a chance to develop, to integrate the knowledge and strength in thinking of the whole nursing in Serbia, its progress and health of people. We are doing everything to grow up together in the way of learning and development and to improve quality of nursing and health practices, but without your support it is almost impossible.

For our leading nurses that want to stay in touch with current trends and the necessary changes, V Scientific Conference is the wide open window to the world.

We have opened a window, you need to grab your chance and take a good look at the outlook.

See you soon,
Sincerely,

Milijana Matijevic, coordinator for cooperation with WHO in the field of nursing
Zorica Milosevic, president of the Council of nurses CCS „SESTRINSTVO“

PRVO POGLAVLJE

CHAPTER ONE



1.

ELEMENTI STRATEŠKOG PRISTUPA U RAZVOJU KARIJERE ZA NASTAVU, PRAKSU I ISTRAŽIVANJE U SESTRINSTVU

Prof.dr sc.med. Divna Kekuš¹

¹Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu

ELEMENTS OF A STRATEGIC APPROACH IN THE DEVELOPMENT OF A CAREER AND TEACHING PRACTICAL WORK AND RESEARCH IN NURSING

Divna Kekus, PhD, RN¹

¹High Medical school for profesional studies in Belgrade



BIOGRAFIJA – Divna Kekuš

Divna Kekuš radi kao profesor u Visokoj zdravstvenoj školi strukovnih studija u Beogradu od 1997. godine na predmetima Zdravstveno vaspitanje, Zdravstvena nega u psihijatriji, Komunikacione veštine, Zdravstvena nega u zajednici i Zdravstveno vaspitne metode u PZZ.

Diplomirala na Višoj medicinskoj školi u Beogradu 1981.godine i na Defektološkom fakultetu 1991. gde je i magistrirala. Odbranila dva doktorata, 2001. godine na Medicinskom fakultetu u Beogradu i 2009. godine na Fakultetu organizacionih nauka iz oblasti Integrisanih komunikacija u zdravstvu.

Autor i koautor je u 85 stručnih i naučnih radova izlaganih i objavljenih u međunarodnim i domaćim zbornicima i časopisima. Autor 4 udžbenika i 1 monografije. Urednik i autor "Kataloga znanja i veština" za studente. Recenzent 6 udžbenika za studente zdravstvene struke i mnogobrojnih stručnih radova. Mentor u više od 300 diplomskih radova. Realizovala preko 100 edukativnih seminara iz oblasti Komunikacija u zdravstvu, Etičkih pitanja, Zdravstvenog vaspitanja

i nege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Saradnik je Fakulteta organizacionih nauka u oblasti odnosa s javnošću i komunikacija u zdravstvu. Autor je tri programa za usavršavanje nastavnika srednjih škola akreditovanih od strane Ministarstva prosvete i šest programa za edukaciju zdravstvenih radnika, akreditovanih od Zdravstvenog saveta Srbije.

Autor je kurikuluma specijalističkih strukovnih studija za medicinske sestre iz oblasti Javno zdravlje i Zdravstvena nega u psihijatriji i koautor specijalizacije iz Metodike nastave zdravstvene nege i Nege starih.

CURRICULUM VITAE – Divna Kekuš

Divna Kekus is working in The High Medical School for Profesional Studies in Belgrade since 1997. as a professor of Health education, Nursing care in psychiatry, Communication skills, Health care in community and Health education in primary health care. She graduated on The Medical College for nurses in 1981, MA received at the Faculty for Special education in Belgrade in 1991. Defended two doctoral theses , at the Medical Faculty in Belgrade in 2001., and at the Faculty of Organizational Sciences in the field of integrated communications in health care in 2009. Author and coauthor of the 85 professional and scientific works exhibited and published in international and domestic collections and journals. Author of four books and one monograph. She is editor and author of "Catalog of knowledge and skills" for students. She is a reviewer of 6 textbooks for students of health professions, and numerous professional papers. She was a mentor of more than 300 graduate theses. Completed over 100 educational seminars on communication in Health care, Ethical issues, health education and nursing care in primary health care. She is a fellow of the Faculty of Organizational Sciences in the field of public relations and communication in healthcare. She is the author of three programs for the training of teachers of secondary schools accredited by the Ministry of Education and six programs to educate health professionals, accredited by the Health Council of Serbia.

The author is of curriculum for nurses in the field of Public Health and Health Care in psychiatry and coauthor of curriculum of the teaching methods of nursing care and care for the elderly at the specialist studies.

Sazetak

Uvod: Elementi strateškog pristupa u razvoju karijere za nastavu, praksu i istraživanje u sestrinstvu treba ju predstavljati okvir za implementaciju u donošenju globalnih planova i ciljeva sa svim onima čija se delatnost ili aktivnost na određeni način povezuje sa zdravstvenom negom.

Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo obuhvataju profesiju ali i profesionalnu delatnost koja se pojavljuje kao aplikativna disciplina u primenjenoj praksi. Evropske integracije i povećana potreba stanovništva za zdravstvenim uslugama, reforme u srednjoškolskom i visokom obrazovanju, nameću potrebu za izradom posebnog strateškog pristupa u razvoju karijere medicinskih sestara čije je područje rada nesumnjivo prošireno.

Rasprava: Multisektorski i interdisciplinarni pristup određuju elemente strategije koja se treba temeljiti na izradi više područja, gde bi značajno mesto zauzimale: sestrińska praksa, obrazovanje i istraživanje. Istraživačka delatnost se koristi u svim disciplinama kao metoda za pronalaženje rešenja za određene probleme i obuhvata ispitivanje i analizu sistematično prikupljenih činjenica o određenom problemu. Osnovni cilj istraživačke delatnosti je otkrivanje saznanja, kao i dokazivanje njihove pouzdanosti. Sa naučne tačke gledišta, istraživanje je aktivan proces identifikovanja istraživačkog problema, sistematičnog prikupljanja, ispitivanja i analiziranja podataka, kako bi se došlo do najboljeg rešenja za taj problem. Praksa zasnovana na dokazima (eng. evidence-based practice) predstavlja korišćenje nalaza dobijenih istraživačkim radom kako bi se poboljšala praksa. Sestrińsko istraživanje predstavlja naučno ispitivanje pojava koje su značajne za područje sestrinstva i koje se ne odnose samo na ispitivanje pacijenta i njegovog doživljaja zdravlja, iako se često upravo taj segment postavlja kao najvažniji za sestrińsku praksu. Strateško planiranje za zdravlje, daje sve veći značaj i proširuje ulogu sestre u planiranju za zdravlje, ne samo oboljelih pojedinaca, već i na rad sa zdravima, njihovim porodicama, grupama u zajednici, odnosno tamo gde ljudi žive i rade.

Treba takođe ukazati i na terminološku razliku "sestrińskog istraživanja (eng. nursing research) i istraživanja u sestrinstvu (eng. research in nursing), gdje se fokus stavlja na sestrińsku profesiju, odnosno rad sestara koji obuhvata širok dijafazon u organizaciji i realizaciji sestrińskog rada na svim nivoima zdravstvene zaštite, rukovođenja, menadžmenta kliničke prakse ili javnog zdravlja, i mnogih drugih, gde se konačno prelazi sa sestrinstva koje se najčešće baziralo na iskustvu - na sestrinstvo čija se praksa i istraživanje zasniva na dokazima. Na našim prostorima vrlo je mali broj radova koji se bave istraživanjima u zdravstvenoj nezi. Najveći je broj radova iz oblasti pristva stresa, radnim uslovima i zaštitom sestara na radu.

Zaključak: Iz dostupnih podataka, sestrińske literature i analizom publikacija u sestrinstvu, može se zaključiti da su sestre nedovoljno prisutne u istraživačkim projektima, a da im nedostatak zakonske regulative onemogućava i zvaničnu kompetentnost za određene vrste poslova u zdravstvu. Tome treba dodati i neregulirani status nakon završenog visokog obrazovanja kao i neusklađenost aktivnosti Ministarstava zdravstva, prosvete i rada, što se reflektuje ka stihijskom delovanju u sestrinstvu. Kako i na evropskim prostorima postoji neusklađenost u klasifikaciji naučnog područja gde se svrstava sestrinstvo, neophodno je sistematizovano pristupiti elementima svih područja koje tretiraju razvoj karijere sestara za nastavu, praksu i istraživanje u sestrinstvu.

Ključne reči: strateški pristup, predavanje, praktični rad, istraživanje, sestrinstvo.

"Bez promena načina mišljenja
ljudi nisu sposobni da reše probleme,
koje su sami kreirali"
Albert Einstein

Apstract

Introduction: Elements of a strategic approach in the development of a career and teaching practical work and research in nursing should represent a framework or implementation in making global plans and aims to all those whose position is in any way connected to health care. Healthcare and modern nursing concern a profession as well as a professional work frame which appears as an applicable discipline in practical work. European integration and the increase in the need of healthcare by the general population, reforms in high school and collegiate education, imply a need for the construction of a special strategic approach in developing careers of nurses whose field of work has undeniably widened.

Discussion: A multi sector and interdisciplinary approach decide strategic elements to be implemented on the construction of more fields, most importantly: nursing practicals, education and research. Research activity is used in all disciplines as a method for solving specific problems and it contains questioning and analysis of systematically obtained facts regarding a given issue. The main aim of research activity is discovering knowledge and proving its validity. From a scientific viewpoint research is an active process of identifying a problem, systematic data gathering, questioning and analyzing the data to reach the best possible solution for the problems. Evidence based practice present usage of findings gained from research work to improve practical work. Nursing rese-

arch present scientific questioning of appearances important to the area of nursing and which concern not only the questioning of patients and their view of help, even though this very segment is often portrayed as most important in nursing practice. Strategic planning for health amplifies and empowers the nursing planning not only with ill individuals, but also on the work with the healthy, their families, community, ie. Where they live and work.

Further notice should also be given to the terminological difference between "nursing research" and "research in nursing", where the focus is put on the nursing profession ie. The work of nurses which concerns a wide area in organization and realization of nursing work on all levels of health protection, management of clinical practice or public health amongst others where the passing over occurs from experience based nursing to nursing based on evidence from practical work. In our and our neighborhood countries the number of works regarding research in healthcare is little. The occurrence of stress, working conditions and nurse protection at work hold most of the works being done.

Conclusion: From the available data, nursing literature and the analysis of publications in nursing, one can come to the conclusion that nurses are not present enough in research projects and that the lack of legislative regulation denies them the official competence for such work in health. Unregulated status after graduation and the inapt ability of the ministry of health education and work should be added as it reflect hurrying effects on nurses. As in Europe, there is a certain disunity in classification of the scientific field where nursing would be included. A systematic approach regarding elements of all areas which treat the development of nurses careers for teaching practical work and research in nursing is needed.

Key words: strategic approach, teaching, practical work, research, nursing.

"Without changes in the way of thinking
people are not able to solve problems
that they created "
Albert Einstein

1. UVOD

Razvoj ljudskog društva neminovno vodi ka promenama, čija dinamika zavisi od mnogobrojnih faktora, kao što su politička i ekonomska situacija, sistemske reforme, kriza u svetu, tranzicioni tokovi i mnogi drugi. Prevazilazeći teškoće, tražeći najbolja rešenja i težeći mnogobrojnim usklađivanjima i modifikaciji uslova i zahteva, sestrinstvo u Srbiji kao profesija, zvanično neusklađena sa EU standardima, neprekidno luta između zahteva i mogućnosti, teorije i prakse, vere i nade - naspram surove realnosti ili uz neizbežan optimizam i entuzijazam, da će ipak biti bolje.

Razmatrajući elemente strateškog pristupa u razvoju karijere za nastavu, praksu i istraživanje u sestrinstvu, polazi se od pretpostavke da je neophodno, pre svega izvršiti sistemske promene ka rešenjima koja treba da predstavljaju okvir za implementaciju u donošenju globalnih planova i ciljeva, svima onima čija se delatnost ili aktivnost, na određeni način, povezuje sa zdravstvenom negom. Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo obuhvataju profesiju ali i profesionalnu delatnost koja se pojavljuje kao aplikativna disciplina u primenjenoj praksi. Obrazovanje ima ključnu ulogu, kao odgovor na potrebe prakse, kroz "proizvodnju" kadrova koji mogu da odgovore na zahteve društva, promene i razvoj tehničkih i tehnoloških dostignuća, uz jasan profesionalni status, autonomnost i autoritet koji ova profesija ima u Evropi i svetu.

Evropske integracije i povećana potreba stanovništva za zdravstvenim uslugama, reforme u srednjoškolskom i visokom obrazovanju, nameću potrebu za izradom posebnog strateškog pristupa u razvoju karijere medicinskih sestara čije je područje rada nesumnjivo prošireno.

2. STRATEŠKI PRISTUPI PROMENAMA U PROFESIONALNOM RAZVOJU

Multisektorski i interdisciplinarni pristup određuju elemente strategije koja treba da se zasniva na izradi više područja, gde bi značajno mesto zauzimala: sestrińska praksa, obrazovanje i istraživanje.

2.1. Istraživanje u sestrinstvu

Istraživačka delatnost se koristi u svim disciplinama kao metoda za pronalaženje rešenja za određene probleme i obuhvata ispitivanje i analizu sistematično prikupljenih činjenica o određenom problemu. Osnovni cilj istraživačke delatnosti je otkrivanje saznanja, kao i dokazivanje njihove pouzdanosti. Sa naučne tačke gledišta, istraživanje je aktivan proces identifikovanja istraživačkog problema, sistematičnog prikupljanja, ispitivanja i analiziranja podataka, kako bi se došlo do najboljeg rešenja za taj problem[1]. Iako se istraživanje u naslovu rada pojavljuje kao poslednja stavka u opisu i elementima strateškog pristupa u razvoju sestrinstva kao nauke i prakse, odmah na početku treba istaći da je u našoj sredini, veoma malo ili gotovo nikako zastupljeno.

Multidisciplinarna istraživanja obrazovanja i nauke na makro nivou kao i na nivou institucija, su veoma retka u Srbiji i regionu. Iako postoji duga tradicija pedagoških istraživanja, od kojih pojedina izlaze iz okvira pedagogije kao

posebne discipline ili dotiču sistemska pitanja, pitanja na makro i mezo nivou, očigledno je da su neki segmenti i neke pojave u obrazovanju sestara i zdravstvenoj nezi kao naučnoj disciplini, zanemarena u smislu naučnog istraživanja.

Ovo za posledicu ima, s jedne strane, manjak kvalitetnih informacija zasnovanih na dokazima, netransparentnost određenih procesa i pojava u vezi sa profesijom sestara, što otežava s druge strane, bilo kakvu kvalitativnu i kvantitativnu analizu stanja, potreba i novih zahteva koji bi samim tim formulisali odgovarajuće preporuke za poboljšanje. Osim toga, nedovoljno se analiziraju efekti koje obrazovanje sestara i zdravstvena nega imaju na društvo u celini, a posebno kao resurs kvaliteta rada u zdravstvu.

Praksa zasnovana na dokazima (eng. evidence-based practice) predstavlja korišćenje nalaza dobijenih istraživačkim radom kako bi se poboljšala praksa. Sestrinsko istraživanje predstavlja naučno ispitivanje pojava koje su značajne za oblast sestrinstva i koje se ne odnose samo na ispitivanje pacijenta i njegovog doživljaja zdravlja, iako se često upravo taj segment postavlja kao najvažniji za sestrinsku praksu. Strateško planiranje za zdravlje, daje sve veći značaj i proširuje ulogu sestre u planiranju za zdravlje, ne samo obolelih pojedinaca, već i na rad sa zdravima, njihovim porodicama, grupama u zajednici, odnosno tamo gde ljudi žive i rade. Centralno mesto uvek zauzima pacijent, uz primenu principa dobre prakse, standarde praćenja kvaliteta rada i brige o bezbednosti korisnika zdravstvene zaštite na svim nivoima.

U procesu razmatranja problema istraživanja u sestrinstvu treba ukazati i na terminološku razliku "sestrinskog istraživanja" (eng. nursing research) i istraživanja u sestrinstvu (eng. research in nursing), gde se fokus stavlja na sestrinsku profesiju, odnosno rad sestara koji obuhvata širok dijapazon u organizaciji i realizaciji sestrinskog rada na svim nivoima zdravstvene zaštite, rukovođenja, menadžmenta kliničke prakse ili javnog zdravlja i mnogih drugih, gde se konačno prelazi sa sestrinstva koje se najčešće baziralo na iskustvu - na sestrinstvo čija se praksa i istraživanje zasniva na dokazima.

Na našim prostorima veoma je mali broj radova koji se bave istraživanjima u zdravstvenoj nezi. Najveći je broj radova iz oblasti prisustva stresa, radnih uslova i zaštite sestara na radu. Značajan napredak u istraživanju sestrinske prakse među prvima dale su sestre zaposlene u okviru udruženja sestara u nefrologiji, neurologiji i kardiologiji. Razvoj akademskog i specijalističkog obrazovanja kao drugog stepena obrazovanja, trebalo bi da omogući teorijsko i kritičko mišljenje u istraživanjima na polju zdravstvene nege uz povezivanje sa drugim srodnim disciplinama.

2.2. Obrazovanje

Za sistem visokog obrazovanja najčešće se ističe da ima nizak kvantitet i kvalitet, s obzirom da ima nezadovoljavajući broj diplomiranih studenata u odnosu na broj stanovnika u poređenju sa drugim evropskim državama. Pored toga, kvalitet znanja i nivo upotrebljivosti u realnom životu diplomiranih studenata nije zadovoljavajući u mnogim strukama. Podaci koji govore o nedovoljnom kvalitetu sistema obrazovanja u Srbiji odnose se na strukturu i dužinu studiranja kao i na ukupan "profil populacije u oblasti obrazovanja[2]:

Prema Popisu iz 2002. godine obrazovni profil stanovništva je vrlo nizak jer samo 11% stanovništva je završilo neki oblik visokog obrazovanja (6.5% univerzitet), dok 41% stanovništva ima završenu srednju školu, skoro 24% ima završenu samo osnovnu školu. Veliki je udeo onih koji nisu završili ni osnovnu školu (20%).

Struktura diplomiranih studenata po oblastima ne odgovara potrebama Srbije. Sistem „proizvodi“ stručnjake koji se teško mogu zaposliti i u dužem periodu (npr. lekari), a s druge strane, nedovoljno stručnjaka u strukama koje se traže ili koje će se tražiti u bliskoj budućnosti (visoko obrazovane sestre, negovatelji i drugi pomoćni radnici).

Studiranje je predugo, neefikasno i neracionalno organizovano. Prosek studiranja je previsok, procenat studenata koji diplomiraju je prenizak uz teškoće u ljudskim, materijalnim i finansijskim resursima visokoškolskih ustanova (prosečna dužina studija, onih koji su ih završili, je duža od nominalnog trajanja za sve studijske programe. Na primer, za 2-godišnje studije na višim školama prosečna dužina studija je bila 4,2 godine, za 4-godišnje studije na fakultetima je prosečna dužina studija skoro 6,8 godina, a za 6-godišnje studije je bila 7,6 godina).

U sestrinstvu i dalje je bazični nivo obrazovanja na nivou srednje škole, u kojima se iako dosta toga pozitivnog promenilo, promene sporo odvijaju .

U procesu reforme visokog obrazovanja sestrama u Srbiji je omogućeno obrazovanje za osnovne strukovne (3 godine) ili akademske studije (4 godine), sa neprihvatljivim stručnim zvanjima: strukovna medicinska sestra i organizator zdravstvene nege. Mreža visokoškolskih ustanova u strukovnom obrazovanju obuhvata dve državne i dve privatne škole, dok je akademski nivo (kao i strukovni), omogućen na tri medicinska fakulteta.

U sklopu obrazovanja ističemo važan razlog za izradu i primenu Nacionalnog okvira kvalifikacija (NOK, 2010) kojim se pristupilo osavremenjivanju odavno prevaziđenog sistema kvalifikacija u našoj zemlji i prilagođavanju potrebama tržišta rada i u zemlji, i u Evropskoj uniji. Od 2008. godine u EU se primenjuje Evropski okvir za celoživotno učenje, usvojen od strane Evropskog parlamenta i Evropskog saveta. Iako donet krajem 2010.g. NOK još nije primenljiv u zdravstvenim ustanovama, kao ni u prosvetnim gde sestre rade kao nastavnici zdravstvene nege. Nije izvršeno usklađivanje normativnih akata u pogledu uslova za pojedina radna mesta (sistemizacije radnih mesta).

U ovom trenutku, i pored reformi koje su izvršene i koje su u toku u celokupnom obrazovnom sistemu, i dalje postoje obrazovni programi koji se odnose na zastarela, prevaziđena i nepotrebna zanimanja. U sestinstvu, pak, postoji nedostatak ili bolje rečeno neusklađenost potreba u odnosu na nedovoljno zastupljena zanimanja, uz neodgovarajuće obrazovanje (primer: stručnjaci sestre u transfuziji, anesteziji, operacionim salama, perfuzionisti i dr. čije je obrazovanje na tzv. petom stepenu, ili formalno ne postoji), a kvalifikacije se zasnivaju na nacionalnoj Nomenklaturi zanimanja koja se nije menjala gotovo 20 godina, iako je u međuvremenu došlo do značajnih tehnoloških i društvenih promena i stvaranja novih, a nestanka pojedinih zanimanja.

Kontinuirano učenje je još uvek koncept koji nije u potpunosti zaživeo. Aktivnosti kontinuirane edukacije povereni su Zdravstvenom savetu Srbije uz administrativnu podršku Komore koja pored sestara obuhvata i sve druge profile zdravstvenih radnika. Postoje očigledni naponi da se sam postupak, ocenjivanje programa i realizacija edukativnih aktivnosti administrativno uredi, uz konstataciju da je još uvek nedovoljna saradnja sa visoko obrazovnim institucijama, jer se programi stihijski sprovode, a uslovi često menjaju. Komora zdravstvenih radnika preko svojih organa nije programski usaglašena sa ciljevima formalnog obrazovanja. U strukturi programa kontinuirane edukacije, mali je broj onih koji za ciljnu grupu imaju isključivo sestre. Nezadovoljavajući su uslovi-zahtevi za predavače u okviru kontinuirane edukacije, pa se do skoro dešavalo da sestre sa nedovoljno iskustva ili čak srednjom stručnom spremom učestvuju kao nosioci edukativnih programa.

Razvoj akademskog i specijalističkog obrazovanja kao drugog stepena obrazovanja i ovde bi trebalo da omogućiti praćenje progresivnog razvoja medicinskih nauka i zdravstvene nege, primenu dostignuća, kroz sintezu praktičnog i teorijskog znanja u dijagnostici, lečenju, nezi i rehabilitaciji obolelog. Trenutno, specijalističke strukovne studije realizuju se u Visokoj zdravstvenoj školi u Beogradu u oblasti Javno zdravlje i Metodika nastave zdravstvene nege, a u postupku akreditacije su programi: zdravstvena nega starih, klinička nega i zdravstvena nega u psihijatriji. Ograničenje u školovanju od samo jedne godine (60 ESPB) uz ostvarenje 180 ESPB na osnovnim strukovnim studijama, ne omogućava sestrama (kao i drugim stručnjacima u zdravstvu) prohodnost ka master studijama, kao ni akademskoj nadgradnji, što nije u skladu sa evropskim sistemom obrazovanja, gde je sestrama omogućen profesionalni i obrazovni razvoj do doktorskih studija.

Može se slobodno zaključiti da je obrazovanje sestara u Srbiji podređeno zakonskim propisima, na koje sestre nemaju uticaja, a ne prema potrebama zdravstvene nege kao naučne discipline i profesionalnog područja rada sestara.

2.3. Profesionalni razvoj, karijera i praksa

Profesionalnost u radu moguće je ostvariti ukoliko postoji:

- Završeno odgovarajuće obrazovanje;
- Vladanje znanjima i veštinama koje to obrazovanje pruža;
- Odgovornost;
- Tačnost i savesnost;
- Doslednost;

Zaštita interesa svih članova profesije;

Stalno obrazovanje praćenjem nauke i novih dostignuća.

Karijera i profesionalni razvoj je individualno određen redosled stavova i ponašanja povezanih sa iskustvom, i aktivnosti vezanih uz rad u toku radnog života osobe (najčešće korišćena definicija karijere. Karijera i razvoj karijere upravo treba da zadovoljavaju lični motiv pojedinaca i odnosi se na dobijanje posla, kretanje u poslu, sticanje položaja, raznih odgovornosti i izazova u toku radnog veka pojedinca[4].

U razvoju profesionalne karijere potrebno je da karijera bude rezultat aktivnosti pojedinca, odnosno stanja, kao rezultat njegovih aktivnosti u profesionalnom radu, porodičnom i društvenom životu. Bitna je ravnoteža (usklađenost) koja se odnosi na: profesiju, ekonomsko finansijski deo, zdravlje i bezbednost na radu, zdravlje, emocionalni i intelektualni život, porodicu i društveni život u okruženju. Ako je i jedno područje života nekvalitetno, sistemski i kontinuirano opterećeno problemima, karijera sestara ne može se razvijati uspešno, dolazi do pojave niza problema: nezadovoljstva, stresa, loših međuljudskih odnosa, narušenog zdravlja, duševnog nemira i drugo. U savremenim uslovima "usmeravanja" karijere dolazi do jačanja motivacije za veće zalaganje, učenje novih veština i razvoj sposobnosti, što se označava kao "profesionalni lični razvoj".

2.3.1. Razvoj karijere za nastavu

Od svršenih studenata visoke škole može se očekivati uključenje u nastavu uz stručno profesionalno iskustvo od najmanje dve godine. Iskustvo je pokazalo da nije objektivno očekivati (bez pripravnčkog staža ili rada uz mentora) njihovu potpunu samostalnost u radu, ali se očekuje da dobro znaju zašto, kada i kako treba da obavljaju planirane postupke negovanja, dijagnostike i lečenja. Naučene profesionalne principe i doktrine kao vodilje dobre profesionalne prakse (u okviru predmeta Metodika nastave zdravstvene nege na osnovnim i u okviru specijalističkih studija) studenti primenjuju od samog početku sticanja profesionalnih znanja kroz praktičnu nastavu.

Da bi se nastavnik profesionalno razvijao i usavršavao neophodno je da ima mogućnost:

- pristupa informacijama, novim znanjima, veštinama i metodama rada;
- pristupa novim tehnologijama i znanjima o njihovoj upotrebi;
- upoređivanja i građenja veza sa drugim oblastima i znanjima;
- razmene profesionalnih znanja i iskustava sa drugim nastavnicima i stručnim saradnicima;
- napredovanja i sticanja zvanja pri čemu je krajnji cilj unapređivanje obrazovne prakse i osiguranje kvaliteta obrazovanja i vaspitanja.

Tabela 1. Primeri različitih nivoa znanja, veština i sposobnosti potrebnih za samostalno obavljanje obrazovno-vaspitnog rada (primeri iz Programa Ministarstva prosvete) [5]

OBLASTI	NIVO ZNANJA	NIVO RAZUMEVANJA	NIVO PRIMENE
1. Planiranje, programiranje, ostvarivanje i vrednovanje obrazovno-vaspitnog rada	- poznaje strukturu plana i programa obrazovno-vaspitnog rada	- razume povezanost između ciljeva, zadataka, sadržaja, metoda i oblika rada	- primenjuje individualni pristup deci u procesu obrazovno-vaspitnog rada
2. Praćenje razvoja i postignuća učenika	- poznaje različite načine praćenja, vrednovanja i ocenjivanja postignuća učenika	- razume kako se učenici razvijaju i kako uče	- prati individualni razvoj i napredovanje učenika i razvoj grupe u celini
3. Saradnja sa kolegama, porodicom i lokalnom zajednicom	- poznaje različite oblike saradnje sa porodicom radi obezbeđivanja podrške razvoju učenika	- razume važnost timskog rada u ustanovi	- poštuje princip privatnosti u saradnji sa porodicom i kolegama
4. Rad sa učenicima sa smetnjama u razvoju	- poznaje načine uključivanja učenika sa smetnjama u razvoju u obrazovno vaspitni rad	- razume značaj obezbeđivanja odgovarajuće fizičke sredine za adekvatno uključivanje učenika	- organizuje aktivnosti za uključivanje učenika sa smetnjama u razvoju u obrazovno-vaspitni rad
5. Profesionalni razvoj	- poznaje značaj kontinuiranog profesionalnog razvoja	- razume načine i tehnike planiranja stručnog usavršavanja	- učestvuje u raznim oblicima stručnog usavršavanja

Uz primenu pedagoških i stručnih principa, na nastavnim bazama studenti, budući nastavnici, uče razne postupke u prevenciji, nezi, dijagnostici i lečenju.

”Ti prvi, veoma značajni, koraci profesionalnog rada su često stresni i teški za većinu studenata. Zato je uloga nastavnika i saradnika iz nastavnih baza izuzetno složena i zahteva poznavanje ne samo zdravstvene nege, već i posredovanje osnovnih znanja iz pedagogije, psihologije, komunikacionih veština i drugih nauka u čijem centru interesovanja je čovek. Nastavnik je odgovoran za studente i za bolesnike, a iznad svega za kvalitet nastave (Rudić, Munčan, Stojiljković, 2007)”. Nastavnici zdravstvene nege svojim primerom utiču na formiranje budućih sestara i sestara za nastavu. Veliki uticaj na profesionalni razvoj imaju i sestre iz nastavnih baza, koje takođe kroz instituciju ”saradnika u nastavi” učestvuju u nastavnom procesu i osposobljavanju budućih sestara, pa i sestara nastavnika [6].

Za saradnike, koji se uključuju u nastavu, dobrom selekcijom treba angažovati medicinske sestre:

- sa završenom visokom školom, ili fakultetom,
- koje su afirmisane u svojoj ustanovi i šire,
- sa radnim iskustvom od najmanje 5 godina,
- koje pokazuju interesovanje za ustarživačko sestrinstvo,
- koje pokazuju interesovanje za uvođenje novina u sestriusku praksu,
- koje mogu da se vremenski posvete studentima.

2.3.2. Praksa sestrinske nege

Sestrinska nega je kod nas još nevidljiva, nedefinisana, zavisna i teško merljiva. Proces sestrinske nege, kao osnovni metod rada, primenjuje se u malom broju ustanova, te nema dokaza o praksi (Za kreiranje moderne sestrinske nege neophodan je aktivni pristup kako bi praksa bila slobodna i autonomna da definisanim nadležnostima stvori novi okvir delovanja i da upravlja procesima, unapređuje i primenjuje ishode u brizi za čoveka, porodicu i zajednicu.[7]

Dobra sestrinska praksa obuhvata:

Tabela br. 2 Dobra sestrinska praksa [8]

Praksa zasnovana na dokazima – proces ZN Dokumentacija ZN Terminologija Standardi Bezbednost bolesnika	Resursi za negu Edukacija Istraživanje Organizacija Planiranje i praćenje ZN
--	--

Glavni razlog za stihijski razvoj karijere sestara u zdravstvenim institucijama (ako uopšte postoji?) je nedostatak zakonske regulative, u tom smislu, da na državnom nivou ne postoji Zakon o sestrinstvu odnosno Zakon o zdravstvenoj nezi. Kompetencije nisu određene prema stepenu stručnosti i formalnom obrazovanju (i dalje se u uslovima za pojedina radna mesta može naići na formulacije- visoka/visa stručna sprema ili viša/srednja). Delegiranje odgovornosti i rukovođenja u sestrinstvu pod direktnim je uticajem lekara rukovodioca "koji sam bira saradnike". Zvanični kriterijumi ne postoje.

Nedovoljno se radilo na podizanju obrazovnog nivoa zaposlenih sestara i sticanja dodatnih kompetencija preko formalnog i neformalnog obrazovanja (orijentisanost ka zaposlenim sestrama – kroz iskustvo u praksi i adekvatno stipendiranje za obrazovanje uz rad).

Medicinske sestre nisu organizovane i kroz "svoju" profesionalnu Komoru, iako čine skoro 70% ukupnog članstva. U samom nazivu "Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara" pojavljuje se izraz "zdravstveni tehničar" iako kao takav nije upisan u nomenklaturu zanimanja u visokom obrazovanju. Broj sestara sa završenim visokim obrazovanjem nije iskazan u dokumentima Komore. Na dan 28.3.2011.godine, prema evidenciji iste, nalazi se broj od 4.548 viših medicinskih sestara, dok je broj sestara sa srednjim obrazovanjem 52.178. Podatak da imamo 5,95% sestara sa višom spremom očigledno se odnosi na ukupan broj zdravstvenih radnika.

Kod nas postoji više sestrinskih udruženja bez zajedničkog delovanja, te su snaga, znanja i moć najbrojnijeg profila zdravstvenih radnika neusklađeni i nevidljivi u procesu donošenja odluka na svim nivoima kreiranja politike [7].

Na čelu Komisije za zdravstvenu negu, od strane ministra zdravlja, 2009. godine, imenovan je lekar umesto – sestra za zdravstvenu negu. Rezultati rada ovog tima većini članstva nisu poznati.

3. ZAKLJUČAK

Republika Srbija je zemlja u tranziciji, opterećena mnogim problemima karakterističnim za period tranzicije, koji su vidljivi u svim segmentima društva pa i u obrazovanju. Potreba za promenama vodi ka usklađivanju sa evropskim integracionim tokovima u kojima vladaju određena pravila i standardi koje i naša zemlja mora da dostigne i poštuje kako bi i sama postala deo evropskog obrazovnog prostora.

Iz dostupnih podataka, sestrinske literature i analizom publikacija u sestrinstvu, može se zaključiti da su sestre nedovoljno prisutne u istraživačkim projektima, a da im nedostatak zakonske regulative onemogućava i zvaničnu kompetentnost za određene istraživačke vrste poslova u zdravstvu. Kako i na evropskim prostorima postoji neusklađenost u klasifikaciji naučnog područja gde se svrstava sestrinstvo, tome treba dodati i neregulisani status sestara u nas, nakon završenog visokog obrazovanja, kao i neusklađenost aktivnosti Ministarstava zdravlja, prosvete i rada, neusaglašenost normativnih akata zdravstvenih ustanova sa usvojenim Nacionalnim kvalifikacionim okvirom, što reflektuje stihijskim promenama u sestrinstvu. Iako je već jedna decenija iza nas u 21 veku, većina elemenata za dobru sestrinsku praksu ne postoji. Izdvajamo najznačajnije[4]:

- Menadžment i organizacija zdravstvene nege često je pod uticajem drugih kadrovskih struktura;
- Stručno metodološka uputstva i procedure nisu usvojeni, samim tim, nisu obaveza za sve ustanove da ih primenjuju;
- Vodiči dobre prakse za sestrinske aktivnosti su veoma retki;
- Sestrinska istraživanja ne utiču na unapređenje kvaliteta prakse;
- Sestrinska praksa nije podržana informacionim sistemom;
- O sestrinskoj terminologiji se veoma malo zna.

Neophodno je sistematizovano utvrditi elemente strateškog pristupa u svim područjima koje tretiraju razvoj karijere sestara za praksu, nastavu i istraživanje u sestrinstvu. Neophodno je pre svega:

- Objektivno sagledati postojeće stanje u zdravstvenim i obrazovnim institucijama;
- Utvrditi dugoročne i srednjoročne ciljeve koji se odnose na profesionalni razvoj i usklađivanje sistema obrazovanja sa potrebama zdravstva uz usaglašavanje naziva obrazovnih ustanova, i usaglašavanje programa obrazovanja,
- Neophodno je utvrditi potreban broj sestara u zdravstvenim ustanovama, ne prema "krevetima" i ne prema "broju lekara", već na određeni broj stanovnika, odnosno prema stepenu zavisnosti bolesnika za negom;
- Sestrinskoj praksi - treba kao prioritet rešiti problematiku nedostatka medicinskih sestara i nesrazmeran odnos u obrazovnim nivoima zaposlenih sestara, sa postojećim zvanjima "sestre",
- Koristiti primere zemalja u okruženju (preporuke EU/36; Bridging programm (BP)/bridging courses, kao vezu između sadašnjih srednjoškolskih programa koji su usklađeni sa novim programima - preporuke direktive 2005/36/EC);
- Omogućiti obrazovnu prohodnost i kontinuirano obrazovanje i stručno usavršavanje;
- Razviti mehanizme delovanja u postizanju ciljeva u donošenju zakonskih propisa koji uređuju profesiju, u smislu Zakona o sestrinstvu i Zakona o zdravstvenoj nezi;
- Obezbeđenje finansijskih resursa za promene u sestrinstvu;
- Regulisanje pitanja, pre svega - "Ko zastupa sestre na državnom nivou?"

LITERATURA

- [1] Brockopp DY, Tolma-Hastings M. : Fundamentals of nursing research. London , Jones and Bartlett, 2003.
- [2] Vukasović, M. Obrazovne politike - izveštaj NVO, 2006.
- [3] Dossey B, Selanders L, Beck D, Attewell A. Florence Nightingale today: Healing, leadership, global action. Silver Spring (USA): American Nursing Association, 2004.
- [4] Filipović V., Kekuš D.: Menadžment funkcije u sestrinstvu, Materijal - Seminar kontinuirane edukacije, KC Srbije, 2010.
- [5] Zavod za unapređenje vaspitanja i obrazovanja - Primeri različitih nivoa znanja, veština i sposobnosti potrebnih za samostalno obavljanje obrazovno- vaspitnog rada, Program Ministarstva prosvete, 2007.
- [6] Tijanić M, Đuranović D, Rudić R, Milović Lj. Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo, Naučna KMD, Beograd, 2004.
- [7] Matijević M. Obrazovanje, praksa i istraživanje – put ka promenama, IV kongres "Sestrinstvo", 2010.
- [8] stojanović D. Kvalitet u zdravstvenoj nezi, Beograd, IV kongres "Sestrinstvo"2010.

2.

KLINIČKI NADZOR – METOD PODRŠKE BEZBEDNOJ I ODGOVORNOJ SESTRINSKOJ PRAKSI

Prof. Toni Butervort – Velika Britanija

CLINICAL SUPERVISION; A METHOD OF SUPPORTING SAFE AND ACCOUNTABLE NURSING PRACTICE

Professor Emeritus Charles Anthony (Tony) Butterworth CBE.
FMed.Sci, FRCPsych, FRCN, FRSA. FQNI, DSc (hon)

BIOGRAFIJA – Počasni profesor Čarls Antoni (Toni) Batervort



Toni ima veliko kliničko iskustvo iz oblasti mentalnog zdravlja i opšte nege koje je stekao radom u bolnici, zajednici, nastavi i istraživanju. Sledeći vođeća iskustva u razvoju službi za psihijatrijsku negu u zajednici u Velikoj Britaniji postao je upravnik sestričkog Instituta pri Univerzitetu u Mančesteru 1987. godine i profesor PZZ gde je preduzeo originalno istraživanje iz kliničke supervizije i psihosocijalnu edukaciju sa obolelima od shizofrenije. Vodio je vladin pregled Nege pri mentalnom zdravlju i postao generalni sekretar Globalne mreže Svet-ske zdravstvene organizacije saradujućih sestričkih centara 1997. godine.

Unapređen u dekana Škole, istaknutim uspesima postao šef odseka , Baro-nica McFarlane of Llandaff , kasnije je postao vicekancelar za spoljne poslove na Univerzitetu u Mančesteru 1998. Za to vreme bio je izabran od strane svojih ko-lega da se bude prvi predsedavajući Saveta dekana zdravlja u Velikoj Britaniji u 1997.

Toni se vratio u Britanski Nacionalni zdravstveni servis za razvoj kadrova kao izvršni direktor 2001, kasnije postaje direktor Istraživačkog centra za razvoj kliničkih i akademskih kadrova na Uni-verzitetu u Linkolnu 2005. On i njegove kolege su radili posebno na planiranju kadrova u oblasti mentalnog zdrav-lja i vodili Britanski istraživački pregled kliničke akademske karijere u sestrinstvu. Ovaj posao je završen krajem 2007, a doveo je do značajnih sredstava za razvoj kliničke akademske karijere za zdravstvene profesije. Izabran je da bude prvi predsednik Akademije za medicinske sestre i babice 2008.

Njegov rad je prepoznat kroz stipendije Akademije medicinskih nauka, Kraljevskog koledža psihijatarata, Kra-ljevskog koledža za negu i Kvins Instituta za negu. Nedavno je postao počasni član NHS-Instituta-Fakulteta za ino-vacije u zdravstvenoj nezi.

Bio je supervizor za 23 studenata na njihovim doktorskim tezama, autor ili koautor 6 knjiga, članaka u naučnim i stručnim časopisima . Razvio je i vodio postdiplomski modul za modernizaciju, bezbednost pacijenta i poboljša-nje usluga.

CURRICULUM VITAE – (Tony) Butterworth

Tony has an extensive clinical background in mental health and general nursing with experience in hospital and community settings as well as in teaching and research. Following experiences leading the develop-ment of community psychiatric nursing services in the UK he became inaugural Chair and Queens Nursing Insti-tute Professor of Community Nursing at the University of Manchester in 1987 where he undertook original research into clinical supervision and psychosocial education for people with schizophrenia. He led a Government review of mental health nursing in 1994 and became General Secretary for the Global network of WHO Collaborating Centres for Nursing in 1997.

Promoted to Dean of School to succeed the distinguished then Head of Department, Baroness McFarlane of Llandaff, he later became Pro-Vice Chancellor for external affairs for the University of Manchester in 1998. During this time he was elected by his peers to be the first Chair of the Council of Deans of Health for the UK in 1997.

Tony moved back to the UK National Health Service as Workforce Development Confederation Chief Executi-ve for Trent in 2001 eventually becoming Director of a Research Centre for Clinical and Academic Workforce In-novation at the University of Lincoln in 2005. He and his colleagues worked in particular on mental health workforce planning and led the United Kingdom Clinical Research Collaborative review of Clinical Academic Careers for Nur-sing. This work was completed in late 2007 and has led to significant funding to develop clinical academic care-ers for the non-medical health professions. He was elected to be first Chair of the Academy of Nursing, Midwifery and Health Visiting Research (UK) in 2008

His work has been recognised through Fellowships of the Academy of Medical Sciences, the Royal College of Psychiatrists, the Royal College of Nursing and the Queens Nursing Institute.

He was recently awarded honorary Fellowship of the NHS Institute Faculty of Health Care Innovators.

He has supervised 23 students to the successful completion of their PhDs, authored or co-authored 6 text books and written extensively in peer reviewed journals and the professional press. He developed and led a post-graduate module on modernisation, patient safety and service improvement.

Clinical supervision – a method of supporting safe and accountable nursing practice.

CLINICAL SUPERVISION; A METHOD OF SUPPORTING SAFE AND ACCOUNTABLE NURSING PRACTICE

In my career as a clinician, educator and researcher which spans forty plus years I have witnessed significant changes and new approaches in the delivery of care. Nonetheless, several constants have held, and continue to hold true in the delivery of first class health care services. These can be described as; - the appropriate delivery of thoughtful and well considered care to patients and people who use services; - care that sustains their dignity and safety;- interventions that are evidenced based and demonstrably useful and finally helping health care organisations to recognise their responsibilities to their employees through supportive employee strategies.

All of these admirable principles require sustained attention and nurturing. Clinical supervision stands tall amongst the most important of supportive strategies. I firmly believe that clinical supervision offers focus and support in the best health care organisations and it has been my one of my great privileges to have worked on the development of clinical supervision as an educator and researcher throughout most of my career. As my energies begin to be directed elsewhere it is so heartening to see others carry forward this important work in other countries and this important conference in Belgrade provides a further opportunity for discussion.

How did it begin?

In 1992 my colleagues and I at the University of Manchester in the UK offered the very first published textbook to describe the principles and practice of clinical supervision and mentorship in nursing . Although my colleagues and I were experienced clinical nurses, several of us had had the additional benefit of expert supervision from expert peers or from more senior and experienced colleagues during the 1970's and 1980's. My first formal supervision experiences began in a systemic family therapy clinic, one colleague had received supervision as a psychodynamic psychotherapist and another as a behavioural nurse therapist.

Several themes arose from our discussions and debate together. They might be captured as follows.

- The work of nurses is difficult and emotionally demanding. We see and experience such difficult things as death and illness, pain and suffering. This should not be kept inside ones head, it should be discussed and described with others.
- All nurses in practice no matter their seniority or experience still have a great deal to learn. Our career in nursing constantly exposes us to new and difficult experiences. Those who do not believe this should no longer be in practice
- Nurses will make mistakes from time to time and must learn from them not be punished as a consequence. Nurses who constantly perform badly and unprofessionally must be identified and either supported to do their work better or removed from practice
- Employers have an obligation to their staff to be sure that they are properly supervised and supported and that they get the necessary time for supervision sessions.
- Clinical supervision is a matter for those in active practice and is not a control mechanism for senior managers.

From these initial discussions we have gone on to write extensively about clinical supervision and undertake research into its effects on staff, organisations and patient outcomes.

Since then, the term 'clinical supervision' has entered the language of our profession in a way that was inconceivable those several years ago. Clinical supervision implementation and research can be found in the UK, Ireland, Scandinavia, Australia and New Zealand. There remains much to be done.

What is clinical supervision?

Our early work suggested that there should be some 'ground rules' for clinical supervision. These were seen as follows.

- Skills should be constantly re-defined and improved throughout professional life
- Critical debate about practice activity is a means to professional development
- Clinical supervision offers protection to independent and accountable practice
- Introduction to a process of clinical supervision should begin in professional training and education and continue thereafter as an integral part of professional development
- Clinical supervision requires time and energy and is not a casual or incidental event

Methods and content of clinical supervision

Content

Clinical supervision focuses upon actual day to day clinical work. The most useful and quoted definition is that from Procter who describes clinical supervision as focussing upon

- Normative – that which relates to the responsibilities that the nurse has to her employing organisation – “Am I working to the required standards?”
- Formative – that which requires the development of existing skills or new skills that need to be acquired – “What else do I need to learn?”
- Restorative – that which relates to the personal well being or the distress being experienced by the nurse – “How can I share this difficult situation in which I find myself, why has it caused me distress?”

Methods of delivery

Methods of delivering clinical supervision and the contents of the supervision sessions are now becoming better understood. Clinical supervision focuses on case work, difficult decision making and requires an ability to be reflective in an honest and constructive way. Clinical supervisors should be prepared for their role by appropriate training. It requires sensitivity and an ability to encourage reflection. Examples make the case -

- A good supervisor – “I hear what you say, that must have been a difficult situation, that must have been very stressful for you, how can we learn from that experience and what has it taught us? Can the situation have been handled differently if it happens again?”
- A bad supervisor – “What you did was wrong, you are stupid and incompetent, let me tell you how I would have done it, I will be watching you in future, I think you cannot be trusted”.

Methods of undertaking clinical supervision can be described in a number of different ways

- Regular one to one sessions with a supervisor from your own profession.
 - In this situation an experienced clinical nurses can discuss with and comment upon a nurses activity and will have considerable experience and advanced skills
- Regular one to one sessions with a supervisor from another profession
 - This may be necessary as the only available person might be from another profession
- One to one sessions with a professional peer or equal
 - In this type of supervision nurses will counsel each other, reflect on practice and take it in turns to be a supervisor
- Group supervision

Nurses gather together collectively and discuss their case work. This can give a focus to teaching sessions and collective support.

- Peer group supervision

These are often case conference sessions

What has clinical supervision evaluation research told us?

For some practitioners clinical supervision remains words alone. Some organisations have not chosen to provide the necessary expertise and organisational time to develop the necessary platform for clinical supervision, and it is to their great discredit that this is so.

A little later in my career my research team and I at the University of Lincoln reviewed the clinical supervision literature in order to determine what progress if any could be seen in an identifiable time period, and through that progress identify the major themes that were emerging from research and practice. Several themes presented themselves. Although as we suggested there were some rather tired often repetitious discussions in the literature it was clear that some of the most interesting work to emerge was that that describing the impact of clinical supervision on patient outcomes. This is a worthy next step for research.

- Research into clinical supervision has generated some interesting information. It can be listed into several categories.
- Research into impacts on patient outcomes
 - Some emerging evidence but we need more extensive studies
- The case for learning and development
 - The evidence from research is well made
- The case for improvements in staff well being
 - There is some research evidence
- The case for sustaining organisational integrity
 - Research is ongoing into this area

At the time of writing this paper there are emerging constraints on health care funding as the world economies struggle to recover their equilibrium, Health professionals will be asked work harder, to better effect and show demonstrable outcomes. This agenda can only be properly achieved if health professions are properly sustained and supported. Clinical supervision offers a vital platform for this necessary support.

KLINIČKI NADZOR-METOD PODRŠKE BEZBEDNOJ I ODGOVORNOJ SESTRINSKOJ PRAKSI

U mojoj karijeri kliničara, edukatora i istraživača, tokom četrdeset i više godina bio sam svedok značajnih promena i novih pristupa u pružanju nege. Ipak se nekoliko konstanti održalo, i dalje su osnovne u pružanju prvoklasne usluge zdravstvene nege. To se može opisati kao: odgovarajuće pružanje promišljene i dobro razmotrene nege pacijentima i ljudima koji koriste usluge; nege koja podržava njihovo dostojanstvo i bezbednost; intervencije koje su zasnovane na dokazima i dokazano korisne, i na kraju su od pomoći zdravstvenim organizacijama da prepoznaju obaveze prema svojim zaposlenima kroz strategije za podršku zaposlenih.

Svi ovi sjajni principi zahtevaju stalnu pažnju i praćenje. Klinički nadzor spada među najvažnije strategije podrške napretku. Čvrsto verujem da klinički nadzor nudi fokus i podršku u najboljim zdravstvenim organizacijama i jedna od mojih velikih privilegija je ta što sam radio na razvoju kliničkog nadzora kao edukator i istraživač u najvećem delu moje karijere. Kako sam počeo da usmeravam svoju energiju na drugu stranu, vrlo je ohrabrujuće videti da su drugi preuzeli i nastavili ovaj važan posao u raznim zemljama, te i ova značajna konferencija u Beogradu pruža priliku za dalju diskusiju.

Kako je sve počelo?

Godine 1992. moje kolege i ja sa Univerzitetu u Mančesteru u Velikoj Britaniji objavili smo prvi udžbenik sa opsim principa i prakse kliničkog nadzora i mentorstva u nezi. Iako smo bili iskusni medicinski tehničari, više nas je imalo priliku da se upozna sa stručnim nadzorom od stručnjaka istog ili većeg obrazovanja i iskustva tokom sedamdesetih i osamdesetih godina prošlog veka. Moj prvi zvanični nadzor počeo je na klinici za sistemsku porodičnu terapiju. Jedan kolega je vršio nadzor kao psihodinamski psihoterapeut, a drugi kao medicinski bihejvioralni terapeut tehničar. Nekoliko tema je nastalo iz naših tadašnjih diskusija i debata. Moguće je sakupiti ih na sledeći način:

- Rad medicinskih sestara je težak i emotivno zahtevan. Mi vidimo i doživljavamo teške stvari kao što su smrt i bolest, bol i patnja. Ovo ne bi trebalo držati u sebi, potrebno je da se razgovara i podeli sa drugima.
- Sve medicinske sestre u praksi bez obzira na starost ili iskustvo još imaju mnogo da uče. Naša profesija nas stalno izlaže novim i teškim iskustvima. Oni koji u ovo ne veruju, ne treba da budu više u praksi.
- Medicinske sestre će praviti greške s vremena na vreme, ali moraju uče iz njih a ne da budu kažnjene. Medicinske sestre koji stalno loše i neprofesionalno obavljaju posao moraju biti identifikovane i moraju biti stumulisane da bolje rade svoj posao ili da budu uklonjene sa radnog mesta.
- Poslodavci imaju obavezu prema svojim zaposlenima da obezbede pravilan nadzor i podršku i da pruže dovoljno vremena za nadgledane sesije.
- Klinički nadzor je predviđen za one koji su u aktivnoj praksi i nije mehanizam kontrole za više rukovodioce.

Iz ovih početnih razgovora krenuli smo naširoko da pišemo o kliničkom nadzoru i preduzeli smo istraživanja o njegovom uticaju na osoblje, organizaciju i ishode lečenja.

Od tada, je termin „klinički nadzor“ ušao u jezik naše profesije na način na koji je bio nezamisliv pre nekoliko godina. Primena kliničkog nadzora i istraživanja se mogu naći u Velikoj Britaniji, Irskoj, Skandinaviji, Australiji i Novom Zelandu. Ostaje još mnogo toga da se uradi.

Šta je klinički nadzor?

Na samom početku rada ustanovljena su „osnovna pravila“ za klinički nadzor. To izgleda ovako:

- Veštine treba neprekidno redefinisati i poboljšavati tokom radnog veka.
- Kritička debata o aktivnosti u praksi je sredstvo za profesionalni razvoj.
- Klinički nadzor pruža zaštitu za nezavisnu i odgovornu praksu.
- Uvod u proces kliničkog nadzora trebalo bi da počne u toku profesionalne obuke i obrazovanja i da se nastavi i kasnije kao sastavni deo profesionalnog razvoja.
- Klinički nadzor zahteva vreme i energiju i nije neformalan ni slučajan.

Sadržaj i metode kliničkog nadzora

Sadržaj:

Klinički nadzor se fokusira na svakodnevni klinički rad. Najkorisnija i najviše citirana definicija je Prokterova. Ona opisuje klinički nadzor kao fokusiranje na:

- Normativ – odnosi se na odgovornosti koje ima medicinska sestra prema organizaciji koja je zaposlila.
„Da li odgovaram zahtevanim standardima?“
- Formativ – zahtevi za razvoj postojećih veština ili sticanje novih veština.
„Šta još treba da naučim?“
- Obnavljanje - se odnosi na ličnu dobrobit ili bol su doživeli u radu.
„Kako mogu da podelim ovu tešku situaciju u kojoj sam se našla, zašto mi je izazvala bol?“

Metode prenošenja:

Metode prenošenja kliničkog nadzora i sadržaja nadgledanih sesija postaju jasnije. Klinički nadzor se fokusira na predmet rada, teško donošenje odluka i zahteva sposobnost da se razmišlja na pošten i konstruktivan način. Klinički supervizori treba da se pripreme za svoju ulogu kroz odgovarajuću obuku. Ona zahteva osetljivost i sposobnost da podstakne na razmišljanje. Na primer:

- Dobar nadzornik: „Vidim šta želite da mi kažete, to mora da je veoma teška i stresna situacija za vas, šta možemo da naučimo iz tog iskustva? Može li drugačije da se razreši ova situacija, ako se opet desi?“
- Loš supervizor: „To što ste uradili bilo je pogrešno, vi ste glupi i nesposobni, dozvolite mi da vam kažem kako bih ja to uradio, od sad ću vas nadgledati, mislim da vam se ne može verovati.“ Metode primene kliničkog nadzora mogu se opisati na više različitih načina:
- Redovne sesije jedan na jedan sa nadzornikom iz svoje struke

U ovoj situaciji iskusne kliničke, medicinske sestre mogu da razgovaraju i komentarišu aktivnosti i nadgledane medicinske sestre će profitirati.

- Redovne sesije jedan na jedan sa supervizorom iz druge profesije
– Mogu biti realizovane ako je to jedina mogućnost.
- Jedan na jedan sesija sa kolegom na istom ili sličnom profesionalnom nivou
– U ovom tipu nadzora, medicinske sestre će podržavati i savetovati jedne druge, to se odražava na praksu i pretvara nadgledanog u supervizora.
- Grupni nadzor

Sestre se okupljaju i zajedno razgovaraju o određenim slučajevima na koje su naišle u toku rada. Ovo može dati fokus nastavnim sesijama i kolektivnoj podršci.

- Grupni nadzor ravnopravnih učesnika
– Ovo je često slučaj na konferencijama.

Šta smo saznali kroz istraživanje evaluacije kliničkog nadzora?

Za neke praktikante klinički nadzor ostaje samo na rečima. Neke organizacije nisu izabrale da obezbede neophodnu ekspertizu i odvoje vreme da se organizuje i razvije neophodna podloga za klinički nadzor i na taj način sebe diskredituju. Kasnije tokom karijere moj istraživački tim i ja smo, na Univerzitetu Linkoln, pregledali literaturu o kliničkom nadzoru kako bi utvrdili ima li i koliko napretka u određenom vremenskom periodu, a taj napredak identifikuje glavne teme koje su proizašle iz istraživanja i prakse. Nekoliko tema su isplivale. Mada kao što smo predložili bilo je prilično umorni često ponavljane diskusije u literaturi bilo je jasno da neke od najinteresantnijih posla da se pojavi je da opisuje uticaj na klinički nadzor pacijenta ishoda. Ovo je bilo od koristi za sledeći korak istraživanje.

Istraživanje kliničkog nadzora je generisao neke zanimljive informacije, koje se mogu svrstati u nekoliko kategorija:

- Istraživanje uticaja na ishod lečenja
– Izrodili su se neki novi dokazi, ali da bi ih dokazali su nam neophodne opsežnije studije.
- Slučaj za učenje i razvoj
– Evidencija istraživanja je dobro urađena.
- Slučaj za poboljšanje blagostanja zaposlenih
– Postoje neki dokazi u istraživanja.

- Slučaj za održavanje organizacionog integriteta
 - Istraživanje je u toku u ovoj oblasti.

U vreme pisanja ovog rada pojavljuju ograničenja za finansiranje zdravstvene zaštite, kako se svetska ekonomija bori da povrati ravnotežu, zdravstveni radnici će se tražiti rade više, da se bolji efekat može dokazati i pokazati rezultate. Ovaj program može se postići ukoliko pravilno zdravstvene profesije su pravilno održava i podržava. Klinički nadzorom nudi platformu od vitalnog značaja za ovu neophodnu podršku.

3.

UNAPREĐENJE KVALITETA RADA KROZ KRITIČKO MIŠLJENJE

Milijana Matijević¹, Nada Rapajić², Ivana Nešić³
^{1,2,3} Klinika za neurologiju KCS

IMPROVING THE QUALITY OF WORK THROUGH CRITICAL THINKING

Milijana Matijevic¹, Nada Rapajic², Ivana Nestic³
^{1,2,3} Clinic of Neurology, Clinical Center of Serbia



BIOGRAFIJA – Milijana Matijević

*R*ođena je 18. septembra 1951. godine u Žitnom Potoku u Srbiji. Srednju, Višu medicinsku školu i Fakultet organizacionih nauka završila u Beogradu. Radni odnos zasnovala na Neuropsihijatrijskoj klinici u Beogradu, gde je i danas na funkciji glavne sestre Klinike za neurologiju Kliničkog centra Srbije.

Prvi je predsednik Sekcije sestara u neurologiji, na funkciji predsednika Društva medicinskih sestara Srbije u periodu od 1996. -2000.g. Član Radne grupe za zdravstvenu negu pri Ministarstvu zdravlja od osnivanja 2002., savetnik za zdravstvenu negu na nivou Ministarstva zdravlja Republike Srbije od 2005. do 2009.godine, sada koordinator za saradnju sa SZO u oblasti sestrinske nege.

Inicijator je i organizator „Nedelje sestrinstva“ u okviru proslave međunarodnog dana sestara. Saradnik je Visoke zdravstvene škole strukovnih studija u Beogradu.

Bila je urednik jednog od sestrinskih časopisa, priredjivač knjige "OSNOVNI PRINCIPI SESTRINSKE NEGE-VIRDŽINIJE HENDERSON", jedan od autora knjige „ZDRAVSTVENA NEGA U NEUROLOGIJI“.

Autor je i kooautor više edukativnih seminara i preko 50 stručnih radova prezentovanih u zemlji i inostranstvu.

CURRICULUM VITAE – Milijana Matijevic

*B*orn on 18. September of 1951. in Zitni Potok, Serbia. She had finished secondary and higher medical school in Belgrade. She had finished Faculty of Organizational Science in Belgrade.

Started her professional work in Neuropsychiatry clinic, Belgrade, where she still works as head nurse of the Clinic of Neurology Clinical Center of Serbia. She is the first Chair of the Section nurses in neurology. She was the president of Nurse Association of Serbia from 1996 to 2000.

The member of The Working Group on health care in the Ministry of Health established 2002. She was health care consultant at Ministry of Health of Serbia from 2005 to 2009, Coordinator for cooperation with WHO in the area of nursing care. She is an associate of High School of Professional Health Studies in Belgrade.

She was an editor of one of the nurse magazine "Mirror of the nurse", editor of a book "BASIC PRINCIPLES OF CARE-Virginia Nurses HENDERSON", co-author of the book "Medical care in neurology".

She is the author and co-author of many educational seminars and more than 50 scientific work presented both home and abroad.

IMPROVING THE QUALITY OF WORK THROUGH CRITICAL THINKING

Milijana Matijević¹, Nada Rapajić², Ivana Nesic³
1,2,3 Clinic of Neurology, Clinical Center of Serbia

Abstract

Introduction: Nurses make decisions in the process of caring for people every day. Modern turbulent environment, the need for transformation of the entire health system conditioned by rapid development of technologies and theories, professions in the process of harmonization with EU standards, requires new solutions from nurses. One of the main goals in education is or should be developing a critical approach towards theory and practice. The adoption of critical thinking, especially in education of nurses at a high level is a must.

Methods: descriptive methods, systematic observation and survey data collection.

Discussion: The changes faced by nurses today are the expansion of technology, improving the quality of work, reduction of costs, insufficient number of nurses (especially with a higher education), shorter stay in hospital facilities, aging population, increasing chronic and other complex diseases and acute conditions. Evidence based practice is an important element of quality in all domains of nursing practice and essential to foster the best possible outcomes, quality improvement, achievement in effective and sustainable care, ensuring safety for patients and nurses, personal responsibility and transparency in decision making.

The ability to think is given to all as well as the ability to breathe. But everyone can improve their thinking. The ability to think critically is a key element to become operational in nursing complex social and political circles.

One of the ways to develop these skills is to enter into a debate, because the steps in the debate process encompasses all the essential skills of argumentation in critical thinking such as analyzing problems, looking for evidence, building cases, the organization of information in order to make the presentation, planning how to oppose a different opinion, the refutation of other views and discussion. Good critical thinking is skillful and responsible thinking in which you study the problem from all angles and then exercise your best judgments in order to sketch out conclusions. Dimension of critical thinking depends on cognitive abilities and affective affinity. In America, the implementation of critical thinking is one of the criteria required for accreditation of nursing programs. Learning to think critically includes the expansion of thought processes and also creates mentality of the scientific workers.

Conclusion: Critical thinking in nursing and science is process through which we are trying to understand better the world around us. What we need is a new beginning and the link between the things we already know and the ones we need to learn in the future. To become an expert nurse, it takes years of practice, experience and reflection - so let's start now.

Key words: Critical thinking, nursing, nursing process, quality improvement.

UNAPREĐENJE KVALITETA RADA KROZ KRITIČKO MIŠLJENJE

Milijana Matijević¹, Nada Rapajić², Ivana Nešić³
1,2,3 Klinika za neurologiju KCS

1. UVOD

Ljudska istorija, stara preko 2500 godina, obiluje dokazima da je čovek, pored potrebe da preživi, oduvek imao sposobnost da misli, da traži objašnjenja, da predviđa i da otkriva. Zahvaljujući sposobnosti da misli čovek je postao gospodar planete, ali još uvek je mnogo pitanja pred njim, a suštinski svet je i dalje velika zagonetka za sve nas. "Mislím, dakle postojim" (Cogito ergo sum), rekao je Rene Dekart (1597-1651), francuski matematičar i filozof.

No, da li je dovoljno samo misliti? Kako rešavati neki problem? Kako shvatiti povezanost između nekih elemenata? Kako razlikovati bitno od nebitnog? Kako naći prave reči koje će na pravi način iskazati naše misli? Kako odabrati najbolje rešenje? Gde sam pogrešio? Kojim putem ići dalje?

Kako od pomisli, preko misli, uz osećanja, doći do dela?

Kako da delanjem u oblasti sestrinstva utičemo na zdravlje naroda? Kako unaprediti mišljenje u sestrinstvu? Kako donositi prave odluke u sestrinstvu?

Sestre svakodnevno donose odluke u procesu brige za ljude. Savremeno turbulentno okruženje, neophodnost transformacija celokupnog zdravstvenog sistema uslovljenog brzim razvojem tehnologija i teorija, profesija u procesu usklađivanja sa EU standardima, od sestara traži nove odgovore. Usvajanje kritičkog mišljenja, pre svega u procesu obrazovanja sestara na visokom nivou je nužnost. Jedan od važnih ciljeva obrazovanja je ili bi trebalo da bude razvijanje kritičkog odnosa prema teoriji i praksi. Promene sa kojima se suočavaju sestre danas su ekspanzija tehnologije, poboljšanje kvaliteta rada, smanjenje troškova, nedovoljan broj sestara (posebno visokoobrazovanih), skraćivanje boravka u hospitalnim ustanovama, starenje populacije, porast hroničnih nezaraznih i drugih kompleksnih bolesti i akutnih stanja. Ove promene su udružene sa brojnim etičkim i moralnim dilemama koje do-

vode do sindroma izgaranja svakodnevnj praksi. Ako sestre žele da se efektivno nose sa porastom zahteva neophodno je da steknu veštine višeg nivoa mišljenja i sposobnosti rezonskog zaključivanja. Stoga, sestre treba da se pripremaju za bezbednu, kompetentnu, intuitivnu i inovativnu praksu u okruženju gde su nove informacije i kliničke situacije u stalnim promenama. Širina spektra delovanja i kompleksnost rada u sestrinstvu zahteva od sestre praktičara, sestre edukatora i sestre istraživača kritičko mišljenje radi odgovornog donošenja odluka. Alfaró-LeFevre naglašava da je za sestre imperativ da postanu „kritički mislioci radi dosledne prakse u donošenju kliničkih odluka“ [1]. Praksa zasnovana na dokazima je važan element kvaliteta u svim domenima sestriinske prakse i od suštinskog značaja za najbolje moguće ishode negovanja, poboljšanje kvaliteta, ostvarivanje isplative i održive nege, uz osiguranje bezbednosti pacijenata i sestara, lične odgovornosti i transparentnosti u donošenju odluka.

Sestre moraju da koriste veštine kritičkog mišljenja da bi istražile i reflektovale to na sve aspekte kliničke procene ili problema kako bi odabrale pravu aktivnost, u pravo vreme i na pravi način. Kritičko mišljenje je dobilo na značaju u oblasti unapređenja kvaliteta i definisanja pokazatelja. Poboljšanje nege je zaštitni znak - brend sestriinske profesije kaže Zajednička komisija za akreditaciju zdravstvenih organizacionih standarda (JCAHO) u SAD [7]. Oni su 1993. godine izjavili da je potrebno da sestre budu proaktivne u identifikovanju mogućnosti za poboljšanje nege. Njihovi istraživači preporučuju da se sestre ne bave samo pasivnom dokumentovanjem, već da u menadžmentu negovanja uključe sve aspekte sa odgovarajućim argumentima poduprtim konstruktivnim mišljenjem koje će dovesti do povoljnih ishoda. Kvalitetna dokumentacija je važna sa aspekta kvaliteta brige, stvaranja dokaza o praksi, naučnom radu i potencijalno vredan dokaz u sudskim procesima.

U klimi nedostatka osoblja, smanjivanja troškova i visokim očekivanjima za kvalitetnu sestriinsku negu, postoji hitna potreba da sestre prepoznaju i deluju na organizacione i sistemske probleme. Nerešavanje ovih problema može da dovede do nepravednog negovanja, lošeg kvaliteta ili čak nege koja ugrožava bezbednost. Krajnje je vreme da sestre u Srbiji rade po metodi sestriinskog procesa (proces zdravstvene nege) sa pacijentom u središtu brige. Većina zaposlenih u sistemu zdravstvene zaštite svih zemalja sveta su sestre (čine oko 60-70 % zaposlenih), a njihovo učešće u zbrinjavanju potreba ljudi skoro 70%, te je jasna uzročna posledična veza ukupnog zadovoljstva sestriinskom negom i zadovoljstava pacijenata [9]. Kritičko mišljenje kao i kontinuirano unapređenje kvaliteta su trajan proces.

Sestre treba da se spremne za doživotno učenje. Budućnost će prepoznati obrazovanu osobu u sestriinskoj profesiji koja će moći da misli kritički i identifikuje komplekse kliničke fenomene. U tom cilju sestre treba da budu dobro organizovane na svim nivoima, u svim oblastima rada i udruživanja. To mogu da budu inovativne aktivnosti koje će osnažiti sestrinstvo.

2. PREGLED LITERATURE

Koristeći ključne reči: kritičko mišljenje, sestrinstvo, sestriinski proces, unapređenje kvaliteta u sestrinstvu, pretražili smo bazu podataka „MEDLINE“. Uočili smo da postoji malo istraživanja o ishodima kritičkog mišljenja i vidljiv je nedostatak instrumenata za kritičko mišljenje specifičnih za sestrinstvo.

Postoji velika konfuzija oko definicije kritičkog mišljenja uz nekoliko zajedničkih termina sa značenjima koja se ne podudaraju. Osnovna tumačenja kažu da kritičko mišljenje nije metod koji se uči, već proces razvoja uma u cilju boljeg rasuđivanja. Značajan broj teoretičara vidi kritičko mišljenje kao nešto više nego samo specifičan set kognitivnih veština – kritičko mišljenje čine veštine, znanje i ponašanje, što definiše i naše kompetencije. Stav je takođe važan, jer utiče na sposobnost osobe da uspešno rešava kompleksne životne situacije ili pretpostavke o situaciji u određenim okolnostima.

U cilju razjašnjenja termina, Američko uduženje filozofa, angažovalo je 1987. Petra Facione, uglednog filozofa i pisca na polju kritičkog mišljenja. On je sazvao panel teoretičara koji su zastupali nekoliko akademskih disciplina širom SAD i Kanade i formirao je Delphi projekat [7] kako bi obezbedio uvid, pravac i razjasnio šta jeste, a šta nije kritičko mišljenje. Cilj je bio i postizanje važnih konsenzusa u odnosu na koncept kritičkog mišljenja namenjenog za razvoj nastavnog plana i programa, nastave i procene. Finalna definicija koju su oni dali 1990. glasi:

„Kritičko mišljenje je smislena procena koja rezultira interpretacijom, analizom i evaluacijom odnosno dolaznje do zaključaka razmišljanjem baziranom na činjenicama, i konceptualnim i metodološkim objasnjenjima ili razmatranja samih kriterijuma na kojima je procena i bazirana. Kritičko mišljenje je značajan alat u analizama, kao fenomen koji poseduje prodornost i mogućnost samokorekcije. Tako ce onaj ko se time služi morati da poseduje analitičnost, da bude dobro informisan, da bude korektan uprevazilazenju sopstvenih nazora, mudar u procenama, zeljan razmatranja, sajasnim temama kojima bi se bavio, uredan u svojoj kompleksnosti, stamen i energetican u potrazi za relevantnim informacijama, razuman u odabiru kriterijuma, fokusiran i dosledan u potrazi za rezultatima koji su onolikoprecizni i tačni koliko tematika i okolnosti dozvoljavaju... „[7]

3. KRITIČKO MIŠLJENJE I SESTRINSTVO

Sposobnost kritičkog mišljenja je ključni element kako bi sestrinstvo postalo funkcionalano u kompleksnim društvenim i političkom krugovima.

Jedan od načina za razvijanje ovih veština je uključivanje u debate, zato što koraci u debatnom procesu objedinjuju sve veštine argumentacije esencijalne za kritičko mišljenje kao što su: analiziranje problema, traženje dokaza, građenje slučaja, organizacija informacija u cilju pravilnog prezentovanja, planiranje suprotstavljanja drugačijem mišljenju, pobijanje drugog mišljenja i diskusiju. Pravilno vrednovanje informacija i argumentovanje stavova su bitne tačke u kritičkom mišljenju. Izgrađivanje kritičkog odnosa prema vrednovanju informacija bilo koje vrste postiže se:

- Kritičkim odnosom prema izvoru informacija,
- Prepoznavanjem značaja i smisla,
- Uočavanjem i vrednovanjem različitih pozicija,
- Otkrivanjem protivrečnosti, nekonzistentnosti, nedoslednosti,
- Analiziranjem argumenata i kontraargumenata u izvoru,
- Uočavanjem tehnika manipulacije i propagande,
- Prepoznavanjem i uvažavanjem uloge konteksta u opažanju i
- Izgrađivanjem ličnog odnosa prema izvoru informacija.

Kritičko mišljenje u nauci i u sestrinstvu je proces ispitivanja u kome se trudimo da bolje razumemo svet oko sebe.

Sposobnost da mislimo je svima data kao i sposobnost da dišemo. Međutim svako može da unapredi svoje mišljenje. Reflektivno mišljenje-mišljenje o sopstvenom mišljenju može da nam pomogne. Refleksija nam omogućava da razumemo sopstvene predrasude ili naš način gledanja na neki fenomen tako da shvatimo kako su naši raniji pogledi bili smetnja razumevanju tog fenomena. Ono što nam je potrebno je novi početak i veza između naučenog i novih saznanja. Da bi postao ekspert u sestrinstvu potrebne su godine vežbe, iskustva i refleksije – zato krenimo već sada.

3.1. KRITIČKO MIŠLJENJE I REŠAVANJE PROBLEMA

Kroz istoriju u edukaciji sestara dominirali su termini kao što su rešavanje problema, donošenje odluka, sestriški proces, kreativno mišljenje, a svi oni su povezani sa kritičkim mišljenjem. Međutim postoji krucijalna razlika između kritičkog mišljenja i rešavanja problema.

Rešavanje problema se fokusira na identifikovanju problema i traženju rešenja. Da bismo definisali problem treba da se fokusiramo na uzroke, a ne na njegove efekte. Ovo slikovito prikazuje kineska poslovice: „Daj čoveku ribu i on će taj dan jesti. Nauči čoveka da peca i on će jesti čitavog života“. Možemo da identifikujemo problem kao „čovek je gladan“ i davanje ribe zvuči kao dobro rešenje problema. Nažalost, problem se vraća zato što je glad efekat. Fokusiranjem na verovatan uzrok, donosimo novu identifikaciju problema „čovek ne zna kako da nadje hranu“. Njegov negostatak znanja je tačan uzrok problema te učenjem čoveka da peca istinski rešavamo problem.

Kritičko mišljenje se ne fokusira na traženje rešenja za određeni problem već se trudi da postavi pitanja na sve aspekte situacije i kritikuje rešenja. Važan korak u rešavanju problema i donošenju odluka je potreba da se koriste sposobnost kritičkog mišljenja da bi se rekonstruisao problem ili situacija. Često se rešavanje problema obavlja prema procedurama ili vodičima dobre prakse kao u receptu, prati korake i problem će nestati. Ponekad, to iskustveno znamo, odstupamo od recepta, kritički mislimo i tražimo novo rešenje.

3.2. KRITIČKO MIŠLJENJE I DONOŠENJE ODLUKA

Donošenje odluka je sistematski proces procene, aktivnosti, evaluacije i donošenje suda koji će dovesti do određenog cilja.

Neke odluke su jednostavne i brzo ih donosimo, a za neke je potrebno više vremena. Preporučena lista koraka za kritičko mišljenje pri donošenju kompleksnih odluka je:

- Identifikuj cilj;
- ustanovi potrebu;
- imenuj, istraži, oceni dostupne opcije;
- odluči se za planiranu aktivnost, izvrši je i
- oceni rezultat-ishod.

Da bi donošenje odluka bilo sistematsko i kontekstualno preporučuje se korišćenje alata kao što su: Swot analiza, Riblja kost, Drvo odluke, Bura ideja, Bonove lopte... Kritičko mišljenje je u osnovi i samostalnog i međuzavisnog donošenja odluka. Kritičko mišljenje uključuje preispitivanje, analizu, povezivanje, tumačenje, induktivno i deduktivno zaključivanje, intuiciju, strpljivost, upornost, primenu, proveru rešenja i konačno kreativnost. Sestre često traže brza rešenja i lake izlaze oslanjajući se na intuiciju. Mnogo je napisano na temu moći intuicije u procesu postavljanja sestriške dijagnoze, ali malo o tome kako da koristimo intuiciju. Poenta je da sestre koje znaju „odmah“ obično znaju to zato što su sposobne da povežu sadašnju situaciju sa predhodnim znanjem i iskustvom ili su odvojile više ili bolje umeju da procenjuju stanje pacijenta.

Ne odbacujte nove ideje iako vam se čini da nisu smislene, ne kritikujte ih, fokusirajte se na kvantitet o kvalitetu brinite kasnije, dozvolite sebi da se igrate sa idejama, koristite analogiju i najvažnije ne plašite se neuspeha.

Michael Jordan bio izbačen iz svog srednjoškolskog košarkaškog tima.

Ako insistirate na tome da ste uvek besprekorni u svemu, propustićete kreativni put koji je često popločan neuspesima. Greške su stepenice do novih ideja i rešenja.

3.3. KRITIČKO MIŠLJENJE I KREATIVNO MIŠLJENJE

Kreativno mišljenje je kombinacija znanja i mašte. Kreativni mislilac obično ima interesovanja za sve, stalno istražuje nove ideje, opcije, alternative i prilaze. Kreativno mišljenje je stimulirano kroz postavljanje Sokratovih pitanja: Šta drugo? Zašto i Šta ako? U cilju da se izbegne svakodnevna rutina u prilaženju rešavanju problema potrebna je maštovitost u pojedinim situacijama. Ovo često zahteva kreativni iskorak, veru i želju da se igraš sa budućim mogućnostima. Kreativnost kroz vreme i procese je bitan motivator, jer čini rad mnogo zanimljivijim.

Kreativna mišljenja su od najveće vrednosti kada su poznata rešenja „omanula“ i kada se planirani ishod nije dogodio. Kritičko mišljenje je širok kišobran ispod koga se dešava nekoliko formi mišljenja.

3.4. KRITIČKO MIŠLJENJE U SESTRINSKOJ EDUKACIJI

Veštine mišljenja i rasuđivanja su od velike važnosti za sestre. Cilj je da sestre budu osposobljene da konstruktivno kritikuju vrednosti i primenu novih znanja. Nigde nije ovaj proces kritikovanja primene novog znanja potrebniiji nego u dizajnu kurikulumu sestriinske edukacije. Kurikulume edukacije sestara treba prilagoditi, pre svega strukturu, tako da se naglasak stavi na aktivne načine učenja, evaluaciju dubine informacija, da se razviju veštine analize i sinteze, komunikacije i primenu informacija na nov i jedinstven način. To treba da bude proces strategije efektivnog podučavanja. Ričard Paul kaže da je za edukatore sestara važno da napuste metode koje od studenta prave pasivne primače informacija i da prihvate one koji ih transformišu kao aktivne učesnike u njihovom intelektualnom razvoju[2]. Radi postizanja ovog cilja potrebno je da studenti shvate zašto je potrebno da čitaju, pišu, slušaju i govore kritički. Važno je da studenti nauče da mišljenje nema svrhu ukoliko ne vodi nigde, a pitanja koja postavljaju određuju kuda vodi njihovo mišljenje. Znanje je više nego pukog nabranjanje činjenica i pravila. U Americi je implementacija kritičkog mišljenja jedan od kriterijuma potrebnih za akreditaciju sestriinskih programa.

3.5. DIMENZIJE KRITIČKOG MIŠLJENJA

Dimenzije kritičkog mišljenja zavise od kognitivnih sposobnosti i afektivnih sklonosti. Kognitivno kritičko mišljenje čine:

- jasno tumačenje problema preko tačnih subjektivnih i objektivnih izvora informacija;
- analiza argumenata i ideja o problemu i moguće pravce akcija u brizi za pacijenta;
- izvođenje filtriranih tvrdnji u cilju procene i prepoznavanja netačnih tvrdnji i donošenje zaključka koji su prikladni;
- jasno tumačenje i odbrana stavova vezanih za svakog pojedinca u svim kontekstima zdravstvene zaštite;
- procena pouzdanosti informacija i njihov značaj u svakoj situaciji za svakog pacijenta;
- stalno praćenje i procenjivanje sopstvenog mišljenja radi samoregulacije - težiti da bude dostignita jasnost, preciznost, tačnost, istrajnost, logičnost, značaj i ispravljanje – menjanje sebe na odgovarajući način u kontekstu brige za pacijente.

Ove veštine zaposleni treba da interaktivno i reflektivno razmatraju, analiziraju i procenjuju sopstveno mišljenje i ishode svih aktivnosti i funkcija koje obavljaju.

Karakter pojedinca treba da definiše otvorenost uma, uvažavanje alternativnih pretpostavki, spremnost da se poštuje drugačije mišljenje, razumevanje različitosti ljudi, sagledavanje perspektive za sebe i druge, radoznalost i želja za znanjem, hrabrost u postavljanju pitanja i hipoteza iako su u suprotnosti sa predrasudama, ubeđenjima ili interesima.

3.6. VEŠTINE KRITIČKOG MIŠLJENJA I UNAPREĐENJE KVALITETA KROZ SESTRINSKI PROCES

Veštine sestriinskog kritičkog mišljenja su sistematske, logične i sa promišljenim pristupom ka sestriinskom procesu koji rezultira kvalitetom nege. Ovo je aktivan proces koji uključuje sestre pri sortiranju podataka određujući značajne komponente koje uvek iznova procenjuje da bi obavila vitalan proces odlučivanja. Kritičko mišljenje je deo sestriinskog procesa koji se ogleda u dubokoj posvećenosti da se održi intelektualna disciplina, kao i formulisanje odluka zasnovanih na dostupnim dokazima i logičnim zaključcima. Kritičko mišljenje će dati odlične kliničke rezultate – ishode i obezbediti sigurnost pacijenta.

Sestriinska kontinuirana procena informacija ima za cilj identifikaciju i preuzimanje odgovornosti za izazovne

pretpostavke. Sestra mora da bude sposobna da odluči koje informacije su značajne, jer one mogu biti kompleksne. U promišljenom pristupu sestra identifikuje inicijalne probleme, određuje prioritete bazirane na prioritetima koje pacijent prezentuje, definiše ciljeve nege, realizuje aktivnosti i evaluira ishode negovanja.

Delegiranje autoriteta i odgovornosti širokom krugu licenciranih i nelicenciranih članova tima je deo uloge vodećih sestara. Proces kritičkog mišljenja obezbeđuje okvir za sintezu informacija o pacijentu u cilju da se podela odgovornosti obavi na najbolji način. Cilj je kontinuirana briga za ishode pacijenta.

Uključivanje veština kritičkog mišljenja zahteva i reflektivnu komponentu. Sestra treba da donosi odluke zasnovane na dokazima iz različitih izvora, kao i iz lične opservacije. Reflektivna komponenta je revizija dokaza i validnost njihove celishodnosti. Kritički misloci imaju dar da zamisle i istražuju alternativna rešenja. Uključivanje reflektujućeg skepticizma prema univerzalnim istinama zahteva da sestre ne uzimaju stvari „zdravo za gotovo“ i neveruju da već postoje rešenja za sva pitanja. Dakle, učenje da se kritički misli podrazumeva proširenje misaonih procesa osobe i formiranje mentaliteta naučnika.

Kritičko mišljenje ima i holističku komponentu baš kao i sestriński proces. Sestra posmatra pacijenta kao celokupnu ličnost i bazira negu, tretman i oporavak u skladu sa tim i sve to dokumentuje po fazama sestrinskog procesa. Sakupljanje podataka sa holističkog stanovišta zahteva sintezu odluka koja daje prioritet ciljevima. Holistički način mišljenja je „sestriński mišljenje“.

4. KRITIČKO MIŠLJENJE U PRAKSI SESTARA KLINIKE ZA NEUROLOGIJU

U praksi sestara Klinike za neurologiju se od 1999. godine radi po metodi sestrinskog procesa, sa dokumentacijom koju danas čini set od 9 obrazaca koje su sačinile same sestre koristeći znanje, iskustvo i dostupnu literaturu.

Kako smo došli do toga?

Prva saznanja o procesu zdravstvene nege dobili smo osamdesetih godina prošlog veka. U to vreme sestre u našoj kući su već dokumentovale svoj rad, u listi nege gde su evidentirale realizovane aktivnosti.

Želeći da primene novu metodu, kreativne sestre su identifikovale problem i postavile cilj – Kontinuirani rad po procesu zdravstvene nege (PZN).

Mali broj sestara imao je pozitivan stav prema PZN. Vodeće sestre su osmislile program kontinuirane edukacije. Bio je to profesionalni izazov i velika odgovornost. Uticaj autoriteta glavnih sestara bio je od presudnog značaja. Neznatan broj sestara bio je kompetentan za uvođenje ove metode. Sveukupno društveno i političko okruženje nam nije išlo na ruku, ali je radno okruženje u našoj kući bilo pozitivno. Ipak, put je bio trnovit. Kritički su procenjivale, tumačile stavove i iskustva drugih, uvažavale ideje, sukobljavale stavove, obnavljale znanja, tražile savete saradnika i profesora iz naših škola, iznova procenjivale primenjenu dokumentaciju i menjale je. Kritičko mišljenje i kreativnost sestara je svaki dan na ispitu. Kontinuirano unapređenje kvaliteta rada, zadovoljstvo pacijenata i zadovoljstvo zaposlenih je ideja vodilja naše kuće. Danas je Klinika za neurologiju jedna od retkih koja radi po PZN i prati pokazatelje kvaliteta sestrinskog rada. Naš moto je: „ Mi brinemo.“

Međutim, i pored postignutih rezultata i priznanja od strane pacijenta, saradnika, sestara, studenta i profesora visokoškolskih ustanova, neophodan je kritički osvrt. Na našim kliničkim seminarima redovno se podstiče razmena mišljenja i stavova kroz kreativan i otvoren pristup za nove ideje. Ipak, još uvek veliki broj sestara ne uzima učešće u javnoj diskusiji. Razmenjuju mišljenje nakon seminara.

Šta učiniti da bi se takav odnos promenio?

U anketi koja je rađena na nivou KCS (uzorak – 130 sestara, 50 sa Klinike za neurologiju) na zatev da nabroje pokazatelje kvaliteta sestrinskog rada, 121 sestra nije tačno odgovorila, osam sestara dalo je nepotpun odgovor, a samo JEDNA je tačno odgovorila (student visoke škole). Kako je to moguće?

Na pitanje da li je PZN metod za bogatije zemlje, najveći broj sestara je odgovorio pozitivno. Naš primer pokazuje da je moguće raditi po PZN i u siromaštvu.

Podelićemo sa vama mišljenje studenata Visoke zdravstvene škole strukovnih studija u Beogradu: „ Vaša dokumentacije je prilagođena praktičnoj primeni. Neophodno je veću pažnju posvetiti komunikaciji sa pacijentima. Za kvalitetan rad neophodno je znanje, iskustvo i snalažljivost. Vi ste to izgradili. PZN olakšava sestriński rad, a tako će i on biti vidljiv i vrednovan. Kod vas smo stekle neka nova znanja i iskustva koja će nam biti od velike koristi u daljem radu. Komentar jedne naše sestre glasi:“ U redu je da sestre ostave trag o svom radu i zapažanjima da bi pomogle bolesniku, zaštitile sebe i naplatile svoj rad – možda, jednog dana.“

5. UMETO ZAKLJUČKA

„ Nas samo brzina može spasiti u ovom trenutku jer smo toliko zaostali u svim oblastima da moramo da nađemo neku traku za preticanje. Mi moramo da nađemo traku za preticanje, jer ako idemo normalnim putem dugo ćemo klackati – destine i desetine godina dok ne stignemo do nekog prosečnog nivoa. A taj put za preticanje je ZNANJE.“, Dr Zoran Đinđić (1952 - 2003) Svi mi imamo slobodu izbora, ali nikada nećemo imati slobodu posledice. Mislite li o tome?

LITERATURA

- [1] Alfaro-LeFevre R. Critical thinking in nursing: A practical approach. Philadelphia, PA: W.B.Saunders, 1995
- [2] Paul, R.W. (1990). Critical thinking: What every person needs to survive in a rapidly changing world. Rohnert Park, California: Center for Critical Thinking and Moral Critique
- [3] Paul R. An agenda item of the informal logic/critical thinking movement. Informed Logic Newsletter 1983; 5(2): 23-4.
- [4] Simpson E, Mulvill G, Courtney M. The development and use of criteria-based critical thinking tool to enhance instructional effectiveness in nurse educators. Journal of Advanced Nursing 2001; (under review).
- [5] Tijanić M, Đuranović D, Rudić R, Milović Lj. Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo, Naučna KMD, Beograd, 2004
- [6] Filipović V., Kekuš D.: Menadžment funkcije u sestrinstvu, Materijal - Seminar kontinuirane edukacije, KC Srbije, 2010.
- [7] Facione PA. Executive summary – critical thinking: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. Millbrae, CA: The California Academic Press, 1990. (The complete Delphi report, including appendices, is available from The California Academic Press and as ERIC Doc. No. ED 315-423, P. Facione, Principal Investigator).
- [8] Matijević M., Rapajić N. Škodrić A., Estimate of nursing quality in a cohort of neurological patients: cross sectional study. The 10th Quadrennial Congress and International Career Fair of the World Federation of Neuroscience Nurses. Toronto 2009.
- [9] Matijević M., Generisane kvalifikovanih zdravstvenih profesionalava u Srbiji, Materijal - Strateški dijalog o ljudskim resurima u zdravstvenom sistemu Republike Srbije, Regionalna kancelarija SZO, Beograd, 2009.

4.

MEĐUNARODNA ISTRAŽIVANJA NA POLJU ZDRAVSTVENE NEGE I RAZVOJ PRAKSE

Árún K. Sigurðardóttir Professor, dr sci, Fakultet zdravstvenih nauka, Univerzitet u Akurejri, Island

INTERNATIONAL NURSING RESEARCH AND PRACTICE DEVELOPMENT

Árún K. Sigurðardóttir Professor, PhD, Faculty of Health Sciences, University of Akureyri, Iceland

BIOGRAFIJA – Dr sci. Arun Kristin Sigurdardottir ms

Dr sci. Arun Kristin Sigurdardottir ms, rođena je na Islandu 1957. godine. Diplomirala u medicinskoj školi na Islandu 1982. Master iz sestrijskih nauka stekla je na Univerzitetu u Velsu, Velika Britanija 1998. Doktorirala je iz zdravstvenih nauka na Univerzitetu Islanda, 2008. godine.

Počela je da predaje zdravstvenu negu 1997. na Univerzitetu u Akurejri na Islandu, predavala je do 2006. Godine 2001. postaje dekan za zdravstvenu negu na Univerzitetu u Akurejri. Potom 2007. na Univerzitetu u Akurejri unapređena je u docenta za predmet zdravstvena nega, a 2009. u profesora. U međuvremenu, 2008. godine, nominovana je za dekana na Fakultetu zdravstvenih nauka Univerziteta u Akurejri.

CURRICULUM VITAE – Arun Kristin Sigurdardottir RN, MSN, Ph.D.

Arun Kristin Sigurdardottir RN, MSN, Ph.D. was born in Iceland 1957. BSc in Nursing University of Iceland, 1982, MSc in Nursing University of Wales, UK 1998, Ph.D. in Health Sciences, University of Iceland, 2008. Begun with lecturing Nursing in 1997 at the University of Akureyri Iceland, and lectured til 2006. In 2001 she becomes Dean for nursing studies at University at Akureyri. Then, in 2007 she is promoted in Associate professor in nursing, at the University of Akureyri, 2007. and in 2009 promoted in professor nursing. She was nominated Dean in 2008, at the Faculty of Health Sciences, University of Akureyri.

MEĐUNARODNA ISTRAŽIVANJA NA POLJU ZDRAVSTVENE NEGE I RAZVOJ PRAKSE

Árún K. Sigurðardóttir Professor, dr sci., Fakultet zdravstvenih nauka, Univerzitet u Akurejri, Island
Бруња Ингадóтир, МС, Мр, CNS, Hirurško odeljenje, Državna Univerzitetaska bolnica, Rejkjavik, Island
Kirsi Džonson, dr sci, Gostujućić profesor, Univerziteta u Turku, Finska

Postoji odziv za međunarodnu saradnju u okviru istraživanja iz zdravstvene nege, takva saradnja promovise razmenu informacija i ideja. Izazovi saradnje mogu biti savladani ukoliko su partneri aktivni u svom doprinosu, komunikaciji i pokazuju predanost istraživačkom projektu. U literaturi se naglašavaju činioци koji utiču na uspešnu međunarodnu saradnju u šest tačaka (Cs: contribution, communication, commitment, consensus, compatibility and credit): doprinos, komunikacija, posvećenost, konsenzus, kompatibilnost i poverenje (1).

U prezentaciji će svaki navedeni termin biti analiziran i stavljen u kontekst u skladu sa međunarodnim istraživačkim projektom, koji je rezultat saradnje sedam evropskih zemalja, u Severnoj i Južnoj Evropi.

Cilj projekta je jačanje teoretske osnove poboljšanja edukacije pacijenata; identifikacija i objašnjenje razlike u obrazovanju pacijenta u različitim zemljama; izgradnja praksi-orjentisanog modela obrazovanja pacijenata, uključujući i one faktore koji promovisu najbolju praksu za ortopedске pacijente u hirurškom kontekstu.(2) Ortopedske hirurške procedure spadaju među najčešće velike hirurške zahvate u zapadnim zemljama i imaju blagotvorne kratkoročne i dugoročne efekte.(3) Edukacija bolesnika igra važnu ulogu u obezbeđivanju kvaliteta nege i pacijenti imaju pravo na informacije u vezi sa njihovim zdravstvenim problemom i tretmanom, a u nekim zemljama ovo pravo je čak i zakonom regulisano.(4) Ovo je takođe u skladu sa izjavom Međunarodnog saveta sestara kojom se unapređuju medicinske sestre kako bi sprovele istraživanje u oblastima koje su značajne za u svakodnevnu praksu medicinskih sestara i dovodi do poboljšanja rezultata lečenja.(5) Ovaj projekat predstavlja izazove i mogućnosti, na primer u komunikaciji, korišćenju novih tehnologija i prevoda instrumenata kao i za dobijanje validnih i pouzdanih instrumenata u zemljama učesnicama. Važno je da imaju jasne ciljeve, detaljne protokole istraživanja i vremenski raspored, a da istovremeno daju svakoj zemlji određenu slobodu da organizuje i prilagodi projekat u skladu sa svojom, lokalnom situacijom.

Situacija je drugačija u različitim zemljama učesnicama i često zavisi od finansiranja, kulture i vremena, što može dovesti do izvesnog rizika za uspešnu saradnju.(6) Sedam zemalja učesnica udružile su ekspertizu iz različitih kliničkih i istraživačkih oblasti, često sa univerziteta. Za kliničku praksu ova situacija je prilika za usklađivanje prema najboljem. Ovo se odnosi na praksu edukacije bolesnika, koje se mogu upoređivati između bolnica u istoj zemlji, ili od zemlje do zemlje.

Znanje dobijeno iz projekta u vezi sa obrazovanjem ortopedskih bolesnika treba da omogući razvoj i izgradnju obrazovnog modela i materijala zasnovanih na dokazima.

U prezentaciji će biti dati primeri iz novije publikacije i to iz dela projekta koji se odigrava na Islandu, i sadržaja obrazovanja koja treba ojačati i poboljšati.(7, 8)

INTERNATIONAL NURSING RESEARCH AND PRACTICE DEVELOPMENT

Árún K. Sigurðardóttir Professor, PhD, Faculty of Health Sciences, University of Akureyri, Iceland
Brynja Ingadóttir, RN, MS, CNS, Surgical Department, Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland
Kirsi Johansson, Adjunct Professor, PhD, University of Turku, Finland

There is a call for international collaborative research within nursing as such collaboration promotes exchange of information and ideas. The inevitable challenges of such collaboration can be overcome if partners are active in their contribution and communication and have commitment to the research project. The literature emphasizes factors that influence successful international collaboration as the six Cs: contribution, communication, commitment, consensus, compatibility and credit. In the presentation each term will be analyzed and put into context according to an international research project which is a co-operation of seven European countries, in North and South Europe. The project's objective is to strengthen the theoretical basis of empowering patient education; identify and explain the differences in patient education in various countries; and construct practice-oriented patient education models, including those factors promoting best practices for orthopedic patients in surgical context. Orthopaedics surgical procedures are some of the most common major surgical procedures in Western countries and have beneficial short-term and long-term effects. Patient education is an important part in providing quality nursing care and patients have right to information regarding their health problem and treatment, and in some countries this right is even statutory. This is also in accordance with a statement from the International Council of Nurses that promotes nurses to conduct research in areas that are meaningful to nurses' daily practice and leads to improved patients' outcomes.

This project has presented challenges and opportunities, for example in communication, the use of new technology and translations of instruments as to obtain valid and reliable instruments in the participating countries. It is important to have clear objectives, detailed research protocol and time schedule while simultaneously give each country certain freedom to organize and adjust the project according to their local situation. The situation has been different in the participating countries often depending on funding, culture and time, which can be a risk in successful collaboration. The seven participating countries are bringing together expertise from different clinical fields and research areas, often universities. For the clinical practice this situation is an opportunity for benchmarking. This applies to the practice of patient education, which can be compared between hospitals in the same country

or between countries. The knowledge obtained from the project regarding orthopedic patient education should enable development and construction of evidenced based educational models and materials. In the presentation there will be given some examples from recent publications and from the Icelandic part of the project, of content of the education that needs to be strengthened and improved.

Literatura:

- Lancaster J. (1985). The perils and joys of collaborative research. *Nursing Outlook*, 33(5) 231-232, 238.
- Johansson, K. (2009). Research plan for the study: Empowering education of orthopedic patients – evaluation and international comparison (EEPO 2009-2012). Unpublished.
- National Joint Registry in UK. Retrieved 6th May 2006 from <http://www.njrcentre.org.uk/StatOnline/allSummaryMap.php>
- Alþingi (1997) Lög um réttindi sjúklinga no 74 [Althingi, The Icelandic Parliament (1997) Law on Patients' Rights, no 74]. Available at: <http://www.althingi.is/lagas/137/1997074.html>. (accessed 12.03.2011).
- Suhonen R., Saarikoski M. and Leino-Kilpi H. (2009). Cross-cultural nursing research. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 593-602.
- Freshwater D., Sherwood G. and Drury V. (2006). International research collaboration: Issues, benefits and challenges of the global network. *Journal of Research in Nursing*, 11, 295-303.
- Leino-Kilpi H., Johansson K., Heikkinen K., Kaljonen A., Virtanen H. and Salanterä S. (2005). Patient education and health-related quality of life, surgical patients as a case in point. *Journal of Nursing Care Quality*, 20,307-316.
- Rankinen S., Salanterä S., Heikkinen K., Johansson K., Kaljonen A., Virtanen H., and Leino-Kilpi H. (2007). Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care* 19(2), 113-119.

5.

ANALIZA I EVALUACIJA TEORIJA ZDRAVSTVENE NEGE ZA PRAKSU

Doc. dr Majda Pajnkihar, Institut za zdravstvenu negu,
Univerzitet u Mariboru

ANALYSIS AND EVALUATION OF NURSING THEORIES FOR PRACTICE

Majda Pajnkihar, PhD, Institute of Nursing , University of Maribor



BIOGRAFIJA – Doc. dr Majda Pajnkihar

Doc. dr Majda Pajnkihar je predavač zdravstvene nege, komunikacije u zdravstvenoj nezi, kvalitativnog istraživanja i zdravstvene nege u pedijatriji, mentor na diplomskim i postdiplomskim radovima studenata zdravstvene nege. Direktorka je Instituta za zdravstvenu negu na Fakultetu za zdravstvenu negu, Univerziteta u Mariboru. Gostujući profesor na University Ulster, UK. Zdravstvenu negu predaje i na Medicinskom fakultetu, UM. Njena lična bibliografija obuhvata više od 200 bibliografskih jedinica. Diplomirala je na Višoj školi za zdravstvenu negu Univerziteta u Ljubljani, zatim diplomirala i magistrirala na Fakultetu organizacionih nauka, Univerziteta u Mariboru. Doktorat iz zdravstvene nege odbranila je na Univerzitetu u Mančesteru. Članica je: Komisije Republike Slovenije za zaštitu pacijentovih prava Ministarstva za zdravlje, republičkog kolegijuma za zdravstvenu negu, Ministarstva za zdravlje RS, u uredničkom odboru revije *International Journal of Nursing Studies*, revije *Nursing in the XXIst Century*, UDINE C grupe i članica je prestižnog svetskog udruženja zdravstvene nege *Honor Society of Nursing*, *Sigma Theta Tau International*. Primila je Srebrni znak Univerziteta u Mariboru, Zlati znak i plaketu Zdravstvene Zbornice u babičkoj nezi Slovenije i Srebrni znak društva medicinskih sestra, baka i zdravstvenih tehničara Maribor.

CURRICULUM VITAE – Doc. as. Majda Pajnkihar

Doc. as. Majda Pajnkihar is a lecturer of health care, communication in health care, qualitative research and medical care in pediatrics, a mentor to graduat and postgraduate works of nurses. Director of the Institute

of Nursing at the Faculty of Nursing, University of Maribor. Visiting professor at the University of Ulster, UK. Health care delivery and the Faculty of Medicine, UM. Her personal bibliography includes over 200 bibliographic units. Graduated on the College of Nursing, University of Ljubljana, after that graduated on the Faculty of Organizational Sciences, University of Maribor. Doctorate in health care defended at the University of Manchester. She is the member of: Commission of the Republic of Slovenia for the protection of patient's rights of the Ministry of Health, the Collegium of Nursing, Ministry of Health of RS, the Editorial Board of the magazine, International Journal of Nursing Studies, Nursing in the XXIst Century, UDINE C Group and a member of the prestigious World Association of Nursing-Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International. She received a silver border, University of Maribor, Golden sign and plaque of midwifery Health care proceedings in Slovenia and Silver mark of nurses, midwives and health technicians Maribor.

ANALYSIS AND EVALUATION OF NURSING THEORIES FOR PRACTICE

Majda Pajnkihar, PhD, Institute of Nursing, University of Maribor

Abstract

Theoretical premises. The development of science and knowledge does not have a long tradition in the field nursing and leans greatly on science and knowledge of other disciplines. Nursing theories represent a basis for practice, education and research. Prior to its application in practice a theory needs to be studied and analysed, with its usefulness and coherence evaluated.

Research methodology. Analysis and evaluation of theories are part of a wider research in which qualitative methodology, grounded theory method and data gathering technique of semi-structured interviews have been used.

Results. Theories are accepted and applied in practice if they are coherent with a particular environment, its health care system and nurses' knowledge and if they put value on holistic and individual treatment and interpersonal relations, placing the human being into the focus of treatment.

Discussion. Nurses appreciate and request theories which are easily understandable and have practical value. Slovene nursing faces the problem of an extreme scarcity of literature in nursing theories in Slovene language and also the problem of adopting and applying theories without prior evaluation. There is no doubt it is theory that describes, explains and predicts the treatment of patients in practice.

Conclusion. Selection, analysis and evaluation of a theory, as well as a choice of criteria, are needed prior to the adoption of a theory.

Key words: theory, development, analysis, evaluation.

ANALIZA I EVALUACIJA TEORIJA ZDRAVSTVENE NEGE ZA PRAKSU

Doc. dr Majda Pajnkihar, Institut za zdravstvenu negu, Univerzitet u Mariboru

Šiže

Razvoj nauke i znanja u zdravstvenoj nezi ima dugu tradiciju i umnogome se oslanja na poznavanje drugih disciplina. Teorije zdravstvene njege su osnova za praksu, obrazovanje i istraživanje. Pre prihvatanja i primene teorije je potrebno da se mogu prepoznati, analizirati i oceniti njena korist.

Metodologija istraživanja

Analiza i evaluacija teorija deo je šireg istraživanja, gde je korišćena kvalitativna metodologija, metoda zasnovane teorije i tehnike prikupljanja informacija putem strukturiranih intervjua.

Rezultati.

Teorije su prihvaćene i primenjuju se u praksi, ako je to u skladu sa životnom sredinom, znanjem medicinskih sestara, holističkim i individualnim tretmanom, njihovim odnosima i da se stavi čoveka u centar lečenja.

Diskusija

Medicinske sestre cene i žele da upotrebljavaju teorije koje su jednostavne za razumevanje i imaju praktičnu vrednost. Pre prihvatanja aplikacije važni su izbor, analiza i vrednovanje teorije i kriteriji za izbor. Problem u slovenačkoj zdravstvenoj nezi je izbor sa vrlo malo literature o teorijama zdravstvene njege na slovenačkom jeziku. Nema sumnje da teorija opisuje, objašnjava i predviđa lečenje pacijenata u praksi.

Zaključak

Izbor, analiza i evaluacija teorije i izbor kriterijima potrebni su pre usvajanja teorije.

Ključne reči: teorija, razvoj, analiza, evaluacija.

1. UVOD

Razvoj teorije zdravstvene nege potiče iz vremena Florens Najtingejl, koja je osnova moderne i sistematične zdravstvene nege. Osnovni koncept njene teorije i dalje daje važan element, ali naglašava fizičko okruženje, ko-

je je u to vreme predstavljalo najveći problem u lečenju ranjenika i bolesnika . Teorije zdravstvene nege uvek ističu i opisuju koncepte koji su od interesa za zdravstvenu negu i pacijenata tokom vremena. Daje osnovu za profesiju i disciplinu, te nauku zdravstvene nege. Teorije i istraživanja pomažu da se opišu razvoj i funkcionisanje sestrijske prakse.

Pomažu medicinskoj sestri u praksi: liderstvo i utemeljivanje zdravstvene nege, razvoj znanja i iskustva , odgovori na pitanja , rešavanje problema , teorijsko i kritičko mišljenje, istraživanje i tumačenje pojava . Teorija opisuje, objašnjava i predviđa zdravstvenu negu.

Primenom teorije, znanja i istraživanja u sestriinstvu se pojavljuju nova pitanja, problemi, pojave, koje obezbeđuju osnovu za razvoj novih teorija. Primena teorije zahteva razvoj i prilagođavanje promenama i potrebama u praksi i u društvu.

2. RAZVOJ OBRAZOVANJA I TEORIJA ZDRAVSTVENE NJEGE

Najtnigejlova je osnivač moderne zdravstvene nege i teorije. Godine 1859. već je pokušala da definiše zdravstvenu negu koja je znatno uticala na obrazovanje i praksu, a kasnije i na rad istraživača u zdravstvenoj nezi.. Od tada , mnoge medicinske sestre žele da opiše “ jezgru “ i jedinstvenost zdravstvene nege. Više od sto godina istraživanja , obrazovanja i prakse , značajni rezultati doprineli su razvoju , obimu i složenosti teorije uz pomoć nauke , umetnosti i humanističkih nauka. Moderna zdravstvena njega počinje sa brzim razvojem teorija zdravstvene nege 1950. godine.

U tom vremenu radile su poznate teoretičarke, kao što su Peplau (1952), Henderson (1955) itd. U šezdesetim godinama prošlog veka pojavile su se teorije poznatih teoretičarki Abdellah (1960), Orlando (1961), Levine (1969) itd., a sedamdesetih godina značajne su teorije Rogers (1970), Roy (1970), Orem (1971), King (1971), Watson (1979) itd. (Pajnkihar, 2003).

Johnson in Weber (2010) opisuju da su na početno oblikovanje i razvoj konceptualnog okvira za obrazovanje 1950. godine uticale teorije Najtingejl i kombinacija drugih teorija iz umetnosti, nauke i humanizma. Poseban značaj pripisuju teoretičarima Bertalanffy, Selye, Maslow and Erikson. U ZDA je bila ustanovljena prva škola zdravstvene nege, 1873. godine, obrazovanje zdravstvene nege uključeno je u okvir univerziteta 1909. godine iako nije bilo podrške da medicinska sestra da od sebe više, a ne samo ručnu i tehničku spretnost. Uprkos tome, već 1899. Teachers College of Columbia University ponudio je program za diplomiranu medicinsku sestru i 1920. prve magistarske studije, te 1933. prve doktorske studije zdravstvene nege (Matarazzo, 1971, cit u Johnson i Weber 2010). Razvoju zdravstvene nege potrebno je fakultetsko, magistarsko i doktorsko obrazovanje, podržano naučnim istraživanjem. Zabrinjava to što nije i u bliskoj budućnosti neće biti moguć razvoj nauci podržan obrazovanjem.

2. 1 Uticaj obrazovanja na razvoj i primenu teorija zdravstvene nege

U obrazovanju praktični aspekt bio je istaknut sa značajnim biomedicinskim modelom. Integracija različitih teorija zdravstvene nege u Sloveniji na nivou visokog obrazovanja potiče od 1980. godine. Teorije zdravstvene nege pre usvajanja i primene u obrazovanje i praksu nisu ocenjene i testirane. U tome se može naći razlog zašto posle skoro tri decenije nije bilo teorije na osnovu stručnog konsenzusa usvojene u zdravstvenoj nezi na slovenačkom području.

Postavlja se pitanje: Šta je teorija o tome kako se teorije međusobno razlikuju, zašto su one značajne? Teorije zdravstvene nege koje su se razvile većinom u američkom prostoru , ne mogu doneti rezultate i odgovore na slovenačkoj teritoriji. Obrazovanje je ključ za razvoj istraživanja , znanja i razvoj i primena teorije u praksi. Teorija objašnjava zdravstvenu negu i pokriva znanja za njeno korišćenje . Na slovenačku zdravstvenu negu najveći uticaj imala definicija Hendersonove (1955). (Pajnkihar, 2003).

3. ANALIZA I EVALUACIJA TEORIJA ZDRAVSTVENE NEGE

Teorije zdravstvene nege pre usvajanja i primene u obrazovanje i praksu u slovenačku zdravstvenu negu nisu bile analizirane, ocenjene i testirane. Analiza i evaluacija teorija zdravstvene nege znači da se teorija oceni u smislu korisnosti i vrednosti u praksi (Pajnkihar , 2003). Tek analizirana i ocenjena teorija može biti izabrana, aplicirana i primenjena u praksi, što znači da teorija može da ponudi ekspertizu u praksi .

3. 1 Kriterijumi za analizu i evaluaciju teorije

Prema analizi literature, prikazani su autori i kriterijum za analizu i vrednovanje teorije . Izbor, primenu i upotrebu teorije neophodno je kreirati ili izabrati kriterijum za procenu vrednosti teorije zarad utvrđivanja usaglašenosti teorije sa praksom, znanjem , filozofijom i vrednosti korisnika – medicinske sestre. Osnovni kriterijum za analizu i vrednovanje je primenljivost teorije kao opis strukture i funkcije teorije. Na taj način mi smo zainteresovani za uticaj teorije u razvoju znanja i prakse, te metodu procene teorije. Opis i primena kriterijuma za analizu i vrednovanje teorije su predstavili brojni autori. Walker in Avant (1995, 2005), McKenna (1997), Meleis (1997, 2007),

Stevens-Barnum (1998), Tomey (1998), Chinn in Kramer (1999, 2006), Pajnkihar (2003), McKenna in Slevin (2008), Johnson in Webber (2010) opisujejo proces procene teorije kao opis, analizu i evaluaciju teorije. Opis teorije obuhvata pregled teorije i analizu drugih teoretičara (i prakse) o strukturi i funkciji teorije.

U tome je najvažniji pregled koncepata, predloga i njihove interakcije u okviru teorije. Analiza teorije obuhvata objektivan pregled sadržaja, strukture i funkcije teorije. Evaluacija prepoznaje mogućnosti da teorija dovodi u razvoju osnovnih znanja za profesiju i disciplinu zdravstvene nege i kritiku i procenu teorije. Dakle, evaluacija teorije je proces u kojem se teorije sistematski i kritički pregledaju i ocenjuju. Evaluacija pokazuje vrednost, upotrebljivost, i opcije za testiranje teorija, koja se odvija kroz istraživanje. Svrha evaluacije teorije je da definiše svoju korisnost, pregled pojmova i njihovih odnosa, snage i slabosti teorije, te zahtev za dodatnim razvojem ili redefiniše teorije.

Početne podele unutrašnjih kriterijuma (opis, struktura graf...) i spoljašnji kriterijumi (važnost uticaja i internacionalizacije teorije). Dalje, oni se mogu podeliti na teorijske (jasnoća, doslednost, jednostavnost, adekvatnost), filozofske (filozofske ideje teoretičara, polazna tačka, obrazovanje, iskustvo) i razvoj (razlozi za razvoj teorije, lični doprinos u razvoju teorije, mogućnost razvijanja srednjih teorija, teorija praksa...). Mekena (1997) navodi da svi kriterijumi za opis, analizu i vrednovanje teorije treba da budu sistematski i rigorozni.

4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Analiza i vrednovanje teorija je deo šireg istraživanja, gde je bila upotrebljena kvalitativna metodologija, metoda opravdane teorije i tehnika kolekcioniranja podataka sa delimično strukturirani intervju.

4.1 Rezultati istraživanja

Istraživanje o opisu, izboru i korisnosti teorije u zdravstvenoj nezi bilo je deo ukupnog istraživanja. Na slovenačkom području imala je značajan uticaj na SZO primene teorijskih koncepata u praksi, obrazovanju i istraživanju, a kasnije i Kolaborativni centar SZO za primarnu zdravstvenu negu. Primena konceptualnog modela Henderson najveći deo podržava obrazovanje i praksu, gde jasan uticaj SZO. Prilikom pregleda dokumentacije zdravstvene nega nije definisano na kakvoj profesionalnoj osnovi je pripremljen izbor teorije zdravstvene nege za obrazovanja (i praksu).

Studija analizira i ocenjuje četiri teorije, veći deo kriterijuma za izbor Mekena (1997) u kombinaciji sa drugim opisanim teoretičarima. Kada se to ne uzima u obzir, na primer, nivo znanja medicinske sestre, socijalne i političke situacije, pacijent i vreme rasprave, itd. (Pajnkihar, 2003), učesnici u studiji su opisali probleme u praksi:

„Pacijent se tretira celovito i pojedinačno, u zavisnosti od svojih fizičkih, emocionalnih i zdravstvenih problema, ali i dalje imaju prednost intervencije zdravstvene nege i medicinska sestra mora asistirati lekaru.“

„Problem vidim u smanjenoj hospitalizaciji i nedostatku medicinskih sestara i intenzivnog dijagnostičkog u terapijskom tretmanu. U zdravstvenoj nezi nema vremena da se identifikuju problemi pacijenata i priprema pacijenata za samodovoljnost.“

Medicinske sestre koje su učestvovala jasno su istakle potrebu za korišćenje i opisuju vrednosti teorija u zdravstvenoj nezi.

„Rad u praksi je nemoguć bez podrške, teorija zdravstvene nege, ali teorije je teško razumeti i nivo znanja upotrebe kod medicinskih sestara ne ostavlja trag teorije /“

„Teorije UN uče se u školama / ... / . Hendersonovu koristimo za najveći deo, jer daje sistematski rad i omogućava fizičke potrebe pacijenata, ali je suviše uska da pokrije potrebe kompleksa.“

Studija je naglasila da teorija treba istaći pacijenta i kooperativne odnose. Dodatni problem za primenu teorije zdravstvene nege je engleski jezik i razumevanje.

„Mi koristimo teoriju Peplau, naglašavajući njihov odnos i saradnju sa pacijentom. Problem je u tome što nije preveden na slovenački jezik. Veoma važan kriterijum je jednostavnost i jasnoća teorije.“

„Znam samo Hendersonovu, i veoma mi je bliska. Ako možete da izaberete teoriju da bi ostvarili bolju osnovu za praktičan rad. Teorija mora da bude jednostavna i razumljiva.“

Iznad je mali fragment iz ankete. Medicinske sestre učesnice u studiji jasno su opisale probleme izbora, primene i teorija koja bi uspešno podržavala rad medicinskih sestara.

Integracija teorije u praksi mora imati smisao, biti razumna i doživljena ne samo za teoretičare nego i za medicinske sestre i pacijente u praksi. Teorije postaju značajane u praksi, kada smo ekstrahirali identitet i autonomiju pojedinaca.

5. ZAKLJUČAK

Omogućavaju komplementarnost sa drugim zdravstvenim profesijama, doprinose racionalnosti primene zdravstvene nege, postavljaju pacijenta u centar aktivnosti zdravstvene nege, jačaju vezu između teorijskog i kliničkog obrazovanja. Teorija i praksa čine celinu. Teorije imaju za cilj da opišu, objasne i predvide činjenice i predstavljaju

ju i opisuju obim rada medicinske sestre. Teorija pomaže medicinskoj sestri i vodi je u radu sa pacijentima. Pomaže joj da se odluči koje informacije treba da budu dobijene od pacijenta i kako da ih koristi uz saglasnost zdravstvenog problema pacijenta .

Teorije zdravstvene nege pružaju jedinstvenu perspektivu. Svaka teorija određuje kako medicinske sestre pomažu pacijentima, kako identifikuju i plan za brigu komunikaciju i procenu rezultata. Razne teorije imaju različite efekte na način lečenja pacijenta i prihvatanje. Teorija može da podstakne zavisnost pacijenta , ističući da je medicinska sestra učinila sve za njega, dok drugi promoviše nezavisnost pacijenta, ističući da je medicinska sestra učinila sve za pacijenta.

Teorija pokazuje medicinskoj sestri način, put i sadržaj za integrisani tretman pacijenta . Izabrana teorija zavisi od toga koji elementi će biti istaknuti u procesu lečenja .

LITERATURA

Chinn, P. L., Kramer, M K (1999). Theory and Nursing, integrated knowledge development. 5th edition. St Luis: Mosby.

Chinn, P. L., Kramer, M. K. (2004). Theory and Nursing, integrated knowledge development. 6th edition. St Luis: Mosby, Inc.

Im, E O, Meleis, A I (1999). Situation - Specific Theories: Philosophical Roots, Properties, and Approach. Adv Nurs Sci. 22 (2): 11-24.

Johnson, BM, Webber, PB (2010). An Introduction to Theory and Reasoning in Nursing, Rd Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincot Williams&Wilkins.

Mc Kenna, H P (1997). Nursing Theories and Models. Routledge Essentials for Nurses. Padstow, Cornwall: TJ Press International, LTD.

McKenna, HP, OD, Slevin (2008). Vital notes for nurses. Nursing Models, Theories and Practice. Oxford: Blackwell Publishing.

Meleis, A I (1997). Theoretical Nursing: Development&Progress. 3rdedition. Philadelphia: Lippincott.

Meleis, AI. (2007). Theoretical Nursing: Developments and Progress. 4th edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Williams and Wilkins.

Pajnikihar M (2003). Theory development for nursing in Slovenia. Ph.D.Thesis, The Faculty of Medicine, Dentistry, Nursing and Pharmacy. Manchester: University of Manchester.

Stevens Barnum, B (1998). Nursing theory: Analysis, Application, Evaluation. 5th edition. New Yourk: Lippincott.

Walker, L O, Avant, K C (1995). Strategies for Theory Construction in Nursing. 3rd edition. Norwalk, CT: Appleton&Lange.

Walker, L O, Avant, K C (2005). Strategies for Theory Construction in Nursing. 4th edition. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.

6.

SESTRE POLJSKE U EVROPSKOJ UNIJI-USPESI I NEUSPESI U IMPLEMENTACIJI BOLONJSKOG PROCESA I DIREKTIVE 36

Dr sci Beata Dobrowolska, Medicinski Univerzitet, Lublin
Dorota Kilanska, Medicinski Univerzitet, Lodž

POLISH NURSES IN THE UNITED EUROPE-SUCCESSSES AND FAILURES IN THE IMPLEMENTATION OF THE BOLOGNA PROCESS AND DIRECTIVE 36

Beata Dobrowolska RN, PhD, Chair of Nursing Development,
Medical University of Lublin
Dorota Kilańska RN, MSc, Medical University of Łódź



BIOGRAFIJA – Dr sci Beata Dobrowolska

Dr sci. Beata Dobrowolska je kvalifikovana opšta sestra. Stekla je titulu mastera sestrinskih nauka na medicinskom fakultetu u Lubinu 1997. i master iz filozofskih nauka na Univerzitetu Maria Kiri-Sklodovska u Lubinu 1998. godine. Odbranila je doktorsku disertaciju na temu „Etika nege“ 2006. godine. Radi kao akademski nastavnik na Fakultetu za negu i zdravstvene nauke pri Medicinskom fakultetu u Lubinu. Autor je približno 130 naučnih članaka iz oblasti sestrinske filozofije, etike i zdravstvenog obrazovanja i supervizor i recenzent master teza i diplomskih radova na tu temu. Član je Glavnog odbora Udruženja Poljskih medicinskih sestara.

CURRICULUM VITAE – Dr. Beata Dobrowolska

Dr. Beata Dobrowolska is a qualified general nurse. She received Master Degree of nursing from the Medical University of Lublin in 1997 and Master Degree of Philosophy at the Maria Curie-Sklodowska University of Lublin in 1998. She defended her PhD thesis on Care ethics in 2006. She works as an academic teacher at the Faculty of Nursing and Health Sciences at the Medical University of Lublin. She is an author of approximately 130 scientific articles on nursing philosophy, ethics and health education; supervisor and reviewer of master and bachelor these on these subjects. She is a member of the Main Board of Polish Nurses Association.

SESTRE POLJSKE U EVROPSKOJ UNIJI - USPESI I NEUSPESI U IMPLEMENTACIJI BOLONJSKOG PROCESA I DIREKTIVE 36

Dr sci Beata Dobrowolska, Medicinski Univerzitet, Lublin
Dorota Kilanska, Medicinski Univerzitet, Lodž

Poljska je od početka bila deo Bolonjskog procesa. Formalno smo uveli propozicije u sestrinsko obrazovanje zajedno sa direktivama EU. Od 2000. godine obrazovanje sestara u našoj zemlji kompletno se promenilo. Među mnogim aspektima koje smo promenili vredno je da se pomene i da je obrazovanje prebačeno na Univerzitete i Visoke strukovne škole, povećan je broj sati tokom obrazovanja, uveden je trostepeni sistem obrazovanja, počelo se sa korišćenjem ETCS bodovanja, uveden je dvojni sistem akreditacije sestrinskog obrazovanja, omogućeni prelazni kursevi za sestre školovane po starom sistemu, razmena nastavnika i studenata organizovana po Erasmus projektu.

Sve ove promene mogu se posmatrati kao posledica evropske slobode kretanja i članstva Poljske u Evropskoj Uniji. Namera je da se ujedini obrazovanje sestara u regionu i obezbedi kvalitetna sestrinska nega. Cilj ove studije je da analizira odabrane aspekte za implementaciju Bolonjskog procesa i Direktive 36 u Poljski sistem obrazovanja sestara. Istraživanje je sprovedeno uz korišćenje dijagnostičkih metoda istraživanja i upitnik. Podaci su prikupljeni u periodu 2010/2011 među Poljskim sestrama koje rade u inostranstvu. Korišćena je metoda slučajnog uzorka. U svrhu ovog sažetka analiza podataka pilot grupe za 15 sestara (100%) je urađena. Upitnik je podeljen u pet tematskih grupa: (1) sociodemografski podaci, (2) motivi migracije Poljskih sestara, (3) procena procesa sestrinske profesionalne registracije u Evropi, (4) procena sestrinskog obrazovanja u Poljskoj iz perspektive Poljskih sestara koje rade u inostranstvu, (5) procena sestara za rad u inostranstvu.

Ključne reči: Poljska, sestrinsko obrazovanje, Bolonjski proces, Direktiva 36, migracija sestara

POLISH NURSES IN THE UNITED EUROPE-SUCCESSSES AND FAILURES IN THE IMPLEMENTATION OF THE BOLOGNA PROCESS AND DIRECTIVE 36

Beata Dobrowolska RN, PhD, Chair of Nursing Development, Medical University of Lublin
Dorota Kilańska RN, MSc, Medical University of Łódź

Poland is a part of the Bologna Process from the beginning. We have formally introduced its propositions into nurses' education system together with provisions from UE Directives. Since 2000 nurses education in our country has changed completely. Among many aspects which have changed it is worth to indicate such as: education moved to universities and high vocational schools, the number of hours of education was increased, 3-levels system of education was introduced, ECTS and diploma supplement were started to use, dual system of accreditation of nursing education was introduced, bridging courses were introduced for nurses who completed the old system of vocational education, nursing teachers and students mobility is recognized under Erasmus project.

All these changes can be regarded as a consequence of European freedom of movement and Polish accession to UE. They are intended to unify nursing education in Europe and securing the quality of care provided by nurses in this region.

The aim of this study was to analyze chosen aspects of implementation of Directive 36 and Bologna Process into Polish nurses education system. The study was conducted with the use of diagnostic survey method and self-constructed questionnaire. Data were collected in 2010/2011 among Polish nurses who are working abroad. Snowball sampling technique was used. For purpose of this article the analysis of data collected from pilot group – 15 nurses (100%) was made. Questionnaire was divided into five thematic groups: (1) sociodemographic data, (2) motives of Polish nurses' migration, (3) assessment of process of nurses' professional registration in Europe, (4) assessment of nursing education in Poland from perspective of Polish nurse working in Europe, (5) nurses' assessment of working abroad.

Key words: Poland, nurses' education, Bologna Process, Directive 36, nurses migration

7.

Kompetencijski centar – INOVATIVNO OKRUŽENJE, ODLIČNE USLUGE , EFIKASAN PRISTUP U UPRAVLJANJU ZNANJEM U RAZVOJU ZDRAVSTVENE NEGE U AKUŠERSTVU

Ksenija Pirš, Regionalna organizacija sestara i babica, Maribor

Competence center - INNOVATIONAL ENVIRONMENT OF EXECUTIVE SERVICES AND EFFICIENT APPROACH TO KNOWLEDGE MANAGEMENT AND DEVELOPMENT IN HEALTH AND MIDWIFE CARE

Regional Nurses and Midwifery Organisation of Maribor

Ksenija Pirš, BSc. m. S., EOQ manager, president

Hero Jevtica 5 Street, 2000 Maribor ksenija.pirs @ dmsbzt-mb.si



BIOGRAFIJA – Ksenija Pirš

Ksenija Pirš, diplomirana medicinska sestra, zaposlena u Univerzitetском Kliničkom centru Maribor.

Nakon završenih studija Zdravstvene nege na Visokoj medicinskoj školi Univerziteta u Mariboru, zaposlila se u Opštoj bolnici Maribor, gde je 2000. godine počela da radi kao diplomirana medicinska sestra na Odjeljenju za internističku intenzivnu medicinu. U radu s kritično bolesnim pacijentima, u kliničkoj okolini stekla je znatna iskustva i razvijala potrebna znanja i spretnosti za medicinsku sestru.

Kao aktivna članica Izvršnog odbora Društva medicinskih sestara, babica i zdravstvenih tehničara Maribora, 2002. je bila izabrana za potpredsednicu, a godine 2006. za predsednicu Društva. Rad u Društvu uvek je obavljala uz posao u Kliničkom centru Univerziteta Maribor, gde je 2004. godine preuzela ulogu i zadatke pomoćnice glavne medicinske sestre odeljenja. Uz posao je 2005. počela s magistarskim studijama „Management“ na Fakultetu za menadžment u Kopru.

Njen profesionalni put nastavlja se u Službi zdravstvene nege, gde je zaposlena od 2007. godine kao strukovni vođa zdravstvene nege samostalnih medicinskih odeljenja.

Svoje napore usmerila je ka razvoju kvaliteta u zdravstvenoj nezi i 2008. uspešno zaključila obrazovanje po EOQ harmoniziranoj shemi (EOQ Quality Systems Manager) pri Slovenskom udruženju za osobine i kvalitet'.

U svom profesionalnom radu u Univerzitetskom kliničkom centru Maribor, te u dobrovoljnom radu u Društvu, prepoznaje potrebe zaposlenih u zdravstvenoj i babičkoj nezi, a u saradnji s kolegama i aktivnim članovima u organizacijama Društva, uspešno razvija sposobnosti za realizovanje strukovnih interesa svoje profesije u regiji.

CURRICULUM VITAE – Ksenija Pirs

Ksenija Pirs, graduate nurse, employed at the University Clinical Centre of Maribor. Before graduating health care, at medical school of the Maribor University, she was employ in the General Hospital Maribor, and then in 2000 she started to work as graduate nurse in the Department of Internist Intensive Care. While working with critically ill patients in the clinical environment she acquired valuable experience and develops necessary acknowledgement and skills for nursing.

As active member of the Executive Committee of the Society of nurses, midwives and health technicians of Maribor in 2002 she was elect Vice president and in 2006 she was the president of the Society. The work of the Society has constantly pursued the job in the University Clinical Centre Maribor, where in 2004 she took over duties of the assistant head nurse of the department. Along with work in 2005 she began with master studies of "Management" at the Faculty of Management Koper.

Her career continued through nursing care, and in 2007 become professional head of nursing in a separate medical department.

In an environment health care she focused her development on quality in health care, and in 2008 successfully completed EOQ education Harmonized Scheme (EOQ Quality Systems Manager) at the Slovenian association for quality and excellence.

In her professional work at the University Clinical Centre Maribor, she recognizes the needs of employees in nursing and midwifery care and with colleagues and active members of the Society successfully develops the ability to exercise professional interests of professional groups in the region.

Actively participates in the Governing Board of the Chamber of Nursing and Midwifery of Slovenia, where she is since 2008, and representing regional professional societies.

KOMPETENTNI CENTAR – INOVACIJSKA OKOLINA IZVRŠNIH USLUGA I EFIKASNOG PRISTUPA KA UPRAVLJANJU ZNANJA I RAZVOJA U ZDRAVSTVENOJ I BABIČKOJ NEZI

Ksenija Pirš, Regionalna organizacija sestara i babica, Maribor.

Siže

Društvo medicinskih sestara, babica i zdravstvenih tehničara Maribora regionalno je strukovno udruženje, koje broji preko 2.360 članica i članova, studenata, zaposlenih, penzionera u zdravstvenoj i babičkoj nezi, koja se povezuje u Zbornicu zdravstvene i babičke nege Slovenije, Savez strukovnih društava medicinskih sestara, babica i zdravstvenih tehničara Slovenije.

Temeljna svrha društva je produbljeno strukovno udruživanje, briga za neprekidni razvoj strukovnoga područja za blagostanje pacijenata, razvoj delovanja u javnom interesu, briga za strukovno usavršavanje i celoživotno učenje, istraživački, publicistički i izdavački rad svojih članova, briga za autonomnost pripadnika profesije, za profesionalnu sliku o sebi, za svest o doprinosu, jačanju i očuvanju zdravlja ljudi, ulozi i značenju rada medicinskih sestara, babica i zdravstvenih tehničara i mnogih drugi.

U regiji odgovaramo na brojne promene u sistemu zdravstvene zaštite, u kojem se istovremeno povećavaju potrebe po savremenim, strukovnim, kliničkim i drugim znanjima kao i mogućnostima zaposlenih u zdravstvenoj i babičkoj nezi (obrazovanje, razvoj i prenos znanja, informiranje, razvoj talenata/potencijala, podrška razvoju socijalnih kompetencija, komunikaciji, mentalnoj snazi i motivaciji) i zahtevi okoline koji organizacije usmeravaju u efikasnost i racionalnost delovanja. Strukovno udruženje svojim aktivnostima ubrzava razvoj kvaliteta u zdravstvenoj i babičkoj nezi, razvija koncept fokusiranosti na pacijente i njihovu rodbinu, naglašava kompetencije/nadležnosti zaposlenih i svojim obučavanjem povećava sposobnosti ovladavanja promena znanjem i stalnim obrazovanjem zaposlenih u kliničkim i drugim okolinama, te odgovarajuću komunikacijsku kulturu. Podržava timski rad, koji u prvi plan stavlja saradnju, zajedničke smernice i razmišljanja, izjave o misiji, sporazumevanje, zajedničko strukovno poverenje, poštovanje i partnerstvo, razvoj radnoga mesta u skladu s mogućnosti zaposlenika, razvoj njegovih kompetencija/nadležnosti, pa tako i preuzimanje osobne uloge odgovornoga nosioca promena i promovisanja po-

boljšanja, aktivno vode i usmeravaju, grade kvalitet partnerskih odnosa "čoveka za pacijenta", razvijaju komunikaciju između zaposlenika i okoline.

U prilogu je predstavljena uloga Društva medicinskih sestara, babica i zdravstvenih tehničara Maribor, strukovne organizacije, koja značajno podržava ulaganje u znanje i razvoj, te preuzima odgovornu ulogu partnera u procesima strukovnoga usavršavanja i sveživotnoga učenja studenata, zaposlenika i penzionera u zdravstvenoj i babičkoj nezi.

Posebno je predstavljeno uspostavljanje novoga oblika inovacijske okoline za kreiranje odličnih usluga i efikasnog pristupa upravljanja znanjem u zdravstvenoj i babičkoj nezi, te organizacijska i strukovna uređenost područja delovanja društva u okviru kompetencijskoga/nadležnoga centra za strukovno usavršavanje, sveživotno učenje, istraživanje i izdavaštvo, strukovne, specijalne knjižnice, te centra za interesne, kulturne i društvene aktivnosti u regiji.

Ključne reči: znanje, kompetencije, inovativnost, kreativnost, poduzetnost, izvrsnost.

Competence center - INNOVATIONAL ENVIRONMENT OF EXECUTIVE SERVICES AND EFFICIENT APPROACH TO KNOWLEDGE MANAGEMENT AND DEVELOPMENT IN HEALTH AND MIDWIFE CARE

Regional Nurses and Midwifery Organisation of Maribor
Ksenija Pirš, BSc. m. S., EOQ manager, president
Hero Jevtica 5 Street, 2000 Maribor
ksenija.pirs @ dmsbzt-mb.si

Abstract

Society of nurses, midwives and health technology Maribor is a regional professional organization that has over 2 360 members, students, employees, pensioners of health care and midwife which is summarized into the Conference proceeding of health and midwifery care of Slovenia, Association of Professional societies of nurses, midwives and health technologies in Slovenia.

The fundamental purpose of society is a profound professional organizing, care for the uninterrupted development of vocational areas for the welfare of patients, the development activities in the public interest, concern for vocational training and sveživotno teaching, research, journalistic and publishing work of its members, care for the autonomy of the profession, the professional image about yourself, the awareness of the contribution to the strengthening and preservation of human health, the role and importance of nurses, midwives and health technology and many others.

In the region respond to the numerous changes in the health care system, which simultaneously increases the need for modern, professional, clinical and other skills and abilities of employees in health and babičkoj care (education, development and transfer of knowledge, information and development of talent/potential, support the development of social competence, communication, mental strength and motivation) and environmental requirements that organizations are directed to efficiency and rationality of action. Professional association of its activities accelerates the development of quality in health care and tending babičkoj, developed the concept of absorption of the patients and their relatives, emphasizes competencies / responsibilities of employees and their training increases the ability of mastering the knowledge and constant change of education employees in clinical and other environments, and appropriate communication culture. Supports team work, which puts the spotlight on cooperation, joint policy and thinking, mission statements, communication, shared strukovno trust, respect and partnership, development of job opportunities in line with employees, develop their skills / competencies, including personal download as the responsible agents of change and promote improvements, an active and direct link, build quality partnerships' man for the patient, develop communication between employees and the environment.

The document presents the role of the Association of Nurses, midwives and health technology Maribor, trade organizations, which greatly supports the investment in knowledge and development and takes a responsible role of partners in the process of vocational training and lifelong learning of students, employees and retirees in health care and babičkoj.

Specifically presented to establish new forms of innovation environment for creating excellent services and efficient access to knowledge management in health care and babičkoj and organizational and professional decoration company in the area of activity within the Competence / competent center for vocational training, sveživotno learning, research and publishing, professional, special libraries, and the center of interest, cultural and social activities in the region.

Key words: knowledge, competence, innovation, creativity, entrepreneurship, excellence.

8.

PROCES IZGRADNJE PARTNERSTVA U NACIONALNOM PROGRAMU RAZVOJA, PROBLEMI ZA PRAKSU I ISTRAŽIVANJE

Ian McGonagle, Univerzitet u Linkolnu, VB

THE PROCES OF PARTNERSHIP BUILDING IN A NATIONAL DEVELOPMENT PROGRAMME & IMPLICATIONS FOR PRACTICE AND RESEARCH: AN EXAMPLE FROM WALES'

Ian McGonagle, RMN, Dip.N, BSc, MSc, University of Lincoln, UK



BIOGRAFIJA – Ian Majkl MekGonag

Ian Majkl MekGonag je kvalifikovani tehničar iz oblasti mentalnog zdravlja (1986.), radi u službama za osobe sa dugoročnim problemima u mentalnom zdravlju.

Ian je pre trenutnog zaposlenja 4 godine radio u Nacionalnoj zdravstvenoj službi (NZS- NHS) i u Nacionalnom institutu za mentalno zdravlje u Engleskoj (NIMZE- Mental Health in England (NIMHE)). U ovoj ulozi vodio je implementaciju, na nacionalnom nivou, projekta „Prakse zasnovane na vrednosti“ – 10 Osnovnih mogućnosti[2, 4].

Vrši procenu Nacionalne službe za mentalno zdravlje dece i adolescenata (CAMHS-Child and Adolescent Mental Health Services) kao i razvoj nacionalnih resursa za obuku „na vrednosti zasnovane prakse“ kod dece i mladih širom Engleske[3], radi kompetencije i procedure sestara i babica Irske [1]. Takođe razvija resurse za obuku za vladu Velsa.

CURRICULUM VITAE – Ian McGonagle RMN, Dip.N, BSc, MSc

Qualified as a mental health nurse in 1986 working mainly in services for people with long term mental health problems.

Ian then embarked on a 4 year secondment to the National Institute for Mental Health in England (NIMHE) and the Centre for Clinical and Academic Workforce Innovation (CCAWI). In this role he led the national implementation of the 10 Essential Shared Capabilities [2, 4].

He has recently produced a values based educational programme for children and young people's services in England [3]; a competency toolkit for nurses and midwives in Ireland [1] and learning resources to support care planning programme for the Welsh Assembly Government.

References

- [1] Higgins, A., Begley, C., Timmins, F., Nevin, M., McGonagle, I. et al (2010) Toolkit to support Nurse and Midwifery clinical competency development. Trinity College Dublin/ National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery. Ireland
- [2] McGonagle, I. (2009) Values and Behaviours: Using the 10 Essential Shared Capabilities to Support Policy Reform in Mental Health Practice. Journal of Mental Health Training, Education and Practice Vol. 4 pp 13 -17.
- [3] McGonagle, I. (2011) The core values for care and support of children and young people across the spectrum of services. A learning resource prepared for National Children's Support Service (NCSS) available as a free CD from the author (imcgonagle@lincon.ac.uk)
- [4] National Institute for Mental Health in England (2004) The Ten Essential Shared Capabilities: A framework for the whole mental health workforce. Department of Health London (A learning resource edited by I. McGonagle to support values based practice in mental health). A facilitators resource, available free of charge as a download, from www.lincoln.ac.uk/ccawi) or as a CD from the project lead (imcgonagle@lincoln.ac.uk).

PROCES IZGRADNJE PARTNERSTVA U NACIONALNOM PROGRAMU RAZVOJA, PROBLEMI ZA PRAKSU I ISTRAŽIVANJE: PRIMER IZ VELSA

Šiže

Partnerstvo u radu je osnovna vrednost svih zdravstvenih radnika. Odnos između pacijenta i lekara je zasnovan na razumevanju, zajedničkom zalaganju kako bi se postigli pozitivni rezultati ka zdravlju. Postoji mnogo rasprava o ravnoteži snaga u ovom odnosu i usponu stručnih pacijenta i korisničkih grupa koje pokušavaju da donesu prevagu ka ravnopravnom partnerstvu, ili čak u korist pacijenta. Ovo poslednje je centralna tema strategije koalicione vlade za mentalno zdravlje Velike Britanije. Partnerstvo se zasnova na multi disciplinarnom pristupi malo je (ako postoji) zdravstvenih intervencija koje ne zahtevaju veštine, znanje i resurse drugih. Ovaj stepen saradnje zastupljen je u kliničkim, menadžerskim i obrazovnim oblastima.

Želju za zajedničkim radom i druge pozitivne vrednosti osnovni su motiv mnogih nacionalnih okvira u Velikoj Britaniji. Veliki broj autora poziva se na pristup „praksa zasnovana na vrednostima“ (PZV) i vidi se blizak odnos sa „praksom zasnovanom na dokazima“ (PZD). Međutim, PZV nije dobro shvaćena ni primenjena u praksi medicinskih sestara, menadžera i prosvetnih radnika. Ova prezentacija razmatra PZV i odnos između istraživanja vrednosti nege i nege na delu. Primer partnerskog rada i PZV, iz nacionalnog programa u Velikoj Britaniji i Velsa, predstavljen je kao implikacija za rutinsku negu/kliničku praksu.

Ključne reči: vrednosti, partnerstvo, komunikacija, pregovaranje, nega

THE PROCES OF PARTNERSHIP BUILDING IN A NATIONAL DEVELOPMENT PROGRAMME & IMPLICATIONS FOR PRACTICE AND RESEARCH: AN EXAMPLE FROM WALES'

Ian McGonagle, RMN, Dip.N, BSc, MSc, University of Lincoln, UK

Abstract

Partnership working is a core value of all healthcare working. The relationship between patient and practitioner is based on an understanding of working together to achieve positive health outcomes. There is much debate on the balance of power in this relationship and the rise of expert patient and user groups has sought to re-balance the scales towards a more equal partnership or indeed one in which the power is weighted firmly in favour of the patient. This last theme is a central part of the UK coalition governments' mental health strategy. Partnership working is also predicated on working with more than one discipline as there are few (if any) healthcare interventions which do not require the skills, knowledge and resources of others. This degree of collaboration is true in clinical, managerial and educational areas.

The desire to work in partnership and other positive value statements are a core theme of many national frameworks in the UK. A number of authors have called these approaches 'Values Based Practice' (VBP) and this is seen as having a close relationship with 'Evidenced Based Practice' (EBP). However, values based practice is not well understood nor the application of values in the practice of nurses, managers and educationalists.

This presentation will discuss Values Based Practice and the relationship between research into nursing values and nursing actions. An example of partnership working and Values Based Practice will be presented from a national programme in Wales UK and implications for routine nursing/clinical practice will be drawn.

Key Words: Values; Partnership; Communication; Negotiation; Nursing

1. Introduction

Nurses like many other disciplines, place great store on the development of helping relationships with patients. Over the years this relationship has evolved from one of maternalism /paternalism to one which promotes greater partnership working and equality. The shift in power from the professional towards the patient is one of the most significant developments in healthcare in the past decades.

The UK Government and organisations have responded to this change by putting in place a number of consumer feedback structures and processes, such as national surveys and audits, to assess whether public services such as the NHS, are responding to the consumer needs. The repeated findings of these survey and quality assessments is a concern expressed from patients that too often they are treated as a number or an illness rather than as a person [1]. Regardless of the effectiveness of the treatment provided, the desire to receive a personalised, human relations service is fundamental to the wishes of patients.

It is legitimate to seek a greater understanding of what then drives human relations in healthcare. What values and behaviours are patients looking for from nurses and other healthcare workers? In order to examine the value base

of the workforce a number of policy initiatives have been started in the UK. The first systematic approach to exploration of workforce values was in mental health with the publication of the 10 Essential Shared Capabilities [2]. This document drew heavily on initial work by Woodbridge & Fulford [3]. These initiatives were followed by the Dignity in Care programme for the care of older people [4] and the Common Core Principles in Long Term Conditions [5].

The aims of these policy initiatives were to raise awareness in the workforce on the importance of personal and professional values and behaviours in the delivery of a responsive and caring health system. The intention was to provide nurses with information around human relations in order to aid new thinking about the patient nurse relationship and would over time result in new practice and behaviour.

The literature on using information and simple training resources as a vehicle to encourage a change in thinking and change in behaviour identifies this as a simplistic model and possibly a false premise. The transfer of learning literature has been attempting to shed light on the link between cognition values and behaviour in real life practice situations. Holton et al [6] have identified a complex matrix of variables which interplay to facilitate the transfer of learning. Significantly, one of the major variables focuses on 'motivation' to learn and to transfer learning. This motivation theme has been extended by Dai & Steinberg [7] to couple it with 'emotion'. It is not just the cognitive and behavioural elements (what people come to know, and understand and able to act) but also the emotional investment in the learning process and the commitment to practice over time.

In this paper and presentation, I suggest it is imperative to explicitly explore the link between what we believe and what we do (value-behaviour congruence) when instigating educational initiatives to support policy. Clearly there is ample evidence that, despite a nursing adherence to the concept of high quality human relations values, we can be part of a healthcare system which fails patients (Parliamentary & Health Service Ombudsman) [8]. The link between behaviour and values is not obvious. Nurses will promote core values around high quality patient care, but it is reasonable to ask, why it is, we sometimes fall short of meeting those values in our practice. In short, why are our values and behaviour incongruent with each other?

In research terms, the issue of value congruence has been studied, particularly in the area of human relations [9]. Studies that have articulated evidence that suggests the strength of the belief is the key aspect of delivery of congruent behaviour. People with an unexamined and superficial adherence to the value were associated with behaviour which was incongruent with their values. This raises questions on whether nurses and their teams reflect not only on their shared opinions, but the strength of those values [10]. I believe there are clear links to nursing leadership and supervision in this approach.

In a hospital study [11] it was noted that human relations were the most important values for nurses and it is nor surprise that human relations issues such as the promotion of personal dignity and integrity are key features in professional codes of practice for nurses. Clearly nurses are cognitively attentive to the needs of patients for the development of caring relationships as the foundation of high quality nursing care. It is not insignificant that two national reviews of mental health nursing in the UK were explicitly linked to human relations values [12,13].

Additionally there is a significant link to evidenced based practice in this approach, Not only do patients want personalised nursing care, they frequently demand the best treatment options available; those with the best evidence. Scientific understanding is in constant flux as our understanding of what treatment works best is subject to refinement and review. New treatment approaches are often associated with moral and ethical dilemmas in matters of cost verses benefit and rationing and utility. These are value judgments and so evidence based practice and values based practice are two sides of the same coin. There are few (if any) aspects of evidence based practice which do not possess a values element. Therefore in our headlong rush to develop the skills of evidence based practice, it is worthy of reflection on whether we as a discipline, are also refining our skills of values based practice?

2. The project in Wales

The Welsh Assembly is a devolved Government for Wales within the UK. It has the power to make laws and policy which are legally binding within the Welsh nation. The Assembly has no ability to pass law on taxation or defense, but can legislate around areas such as health, education, local government and social care.

New mental health legislation was formed and passed by the Assembly in 2010 which set out the requirements and responsibilities of organisations, nurses and other disciplines in the area of care and treatment planning [14]. This legislation sets out in clear terms what patients and their families can expect from health care providers in constructing, delivering and reviewing plans of care. The legislation emphasises the partnership relationship between the health and social care workforce and the patient in agreeing plans of care. Part of the legislation also refers to the expectations of native speakers of the Welsh language in receiving appropriate welsh language care plans. Failure to comply with the legislation leaves organisations, nurses and other practitioners, liable to legal challenge from patients.

To support the implementation of this new legislation, the University of Lincoln was asked to aid development of a suite of learning materials. The learning materials were to aid nurses and other disciplines to understand the new legislation (a cognitive link) and help ensure practice was consistent with the law (a behavioural link). The proposal presented us with a number of challenges:

- Welsh national audit data indicated that care planning practice was not consistently good enough and would fail a benchmark test for the new legislation
- The Welsh nation is bi-lingual with a significant proportion of native Welsh speakers and a significant proportion of non-Welsh speaking healthcare practitioners
- Development of learning resources which raised awareness and seeks changes in behaviour needed a focus on values to provide a rounded perspective on the requirements of the legislation.

In order to respond to these issues we took a 'values led' approach to the development of the learning materials and we gave significant attention to partnership building and the skills of values based practice:

- Listening
- Communication and
- Negotiation [15]

Partnership building was an essential and challenging component of our approach to the project. We established key partners from the Welsh Assembly Government; Patient and carer pressure groups; senior nurses and other professional leads in Wales; key opinion formers for mental health care in Wales and pressure groups who support appropriate access to Welsh language health services. All these groups have their own contribution and their own agendas. Sometimes these agendas coincide and sometimes they can run in opposite directions. The project team from the University of Lincoln was keen to ensure the project was consistent with the following values: the learning materials were coordinated around the needs of patients and the law; the materials tackled difficult issues and challenged current practice; the materials avoided fragmentation and were in synergy with other national training initiatives.

We were keen to obtain 'buy-in' from key groups and individuals in Wales and to this end we formed a strategic steering group, and project implementation group and importantly a virtual editing group. This editing group represents an unusual feature of project management approaches, but it did allow us to use electronic technology to involve large numbers of people in the development and refinement of the learning materials. Additionally, we have made films of key people, service users, carers, practitioners and managers speaking about their experience of mental health care in Wales and are adding these video narratives to the learning materials.

3. Implications for nursing practice

While the project is a Welsh national strategic initiative, we draw important parallels with routine nursing practice. The legislative programme in Wales; the Welsh national learning resources and routine nursing practice are rooted in building helping and helpful relationships. These relationships take time to develop but are based on listening to each other, sharing opinions honestly and negotiating with integrity when you reach an impasse. Our materials are aimed at improving practice and we place great store that our practice (in developing the materials) should model and mirror the practice of others. The materials are based on the best evidence, but at all times nurses are encouraged to reflect on their value positions of the evidence. In this way the materials support nurses to make a personal and collective commitment to the programme of study and to respond positively to the Welsh Mental Health legislation which is rooted in high quality practice and is driven by core positive values.

4. References

- [7] Dai, D.Y. & Steinberg, R.J.(Eds): Motivation, Emotion and Cognition. Integrated perspectives on intellectual functioning and development. Lawrence Earlbaum Associates. 2004
- [12] Mental Health Nursing Review Team: Working in Partnership: a collaborative approach to care. Department of Health/The Stationary Office. London 1994
- [2] Department of Health: The Ten Essential Shared Capabilities: a framework for the whole mental health workforce 2004 Department of Health London
- [13] Department of Health: From Values to Action; the Chief Nursing Officers Review of Mental Health Nursing. Department of Health. London 2006
- [1] Department of Health: High Quality Care for All, the NHS Next Stage Review: Final Report. Department of Health. London. 2008
- [4] Healthcare Commission.: Caring for dignity: a national report on dignity in care for older people while in hospital. 2007 Stationary Office London
- [10] Holland, R., Verplanken, B. & Van Knippenberg Ad: On the nature of attitude-behaviour relations: the strong guide, the weak follow. European Journal of Social Psychology 2002 (Vol. 32) 869-876
- [6] Holton, E. F., Bates, R.A. & Ruona, W. E.A.: Development of a generalised learning transfer system inventory. Human Resource Development Quarterly. 2000 (Vol. 11) 333 - 360.
- [8] Parliamentary & Health Service Ombudsman: Care & Compassion? Report of the Health Service Ombudsman on ten investigations into NHS care of older people. The Stationary Office. London 2011

- [15] Petrova, M., Dale, J. & Fulford K.W.M: Values Based Practice in Primary Care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. British Journal of General Practice 2006 (Vol. 56) 703 – 709
- [5] Skills for Care/Skills for Health: Common core principles to support self care; a guide to support implementation. 2008 Department of Health London.
- [11] Verplanken, B.: Value Congruence and Job Satisfaction among Nurses: A human relations perspective. International Journal of Nursing Studies. 2004 (Vol. 41) 599 – 605
- [9] Verplanken, B. & Holland, R.: Motivated decision making: effects of activation and self centrality of values on choices and behaviour. Journal of Personality and Social Psychology. 2002 (Vol. 82) 434-447
- [14] The Mental Health (Wales) Measure 2010. Welsh Assembly Government. Cardiff, Wales.
- [3] Woodbridge, K. & Fulford, B.: Whose Values? A workbook for values based practice. Sainsbury Centre for Mental Health. London. 2004

9.

SESTRINSTVO U EVROPI-ŠVAJCARSKA PERSPEKTIVA

Katarina Gaser, Univerzitet primenjenih nauka, Friburg , Švajcarska

NURSING IN EUROPE: SWISS PERSPECTIVES

Gasser Catherine

University of applied Sciences, Haute école de santé, Fribourg, Switzerland

BIOGRAFIJA – Gaser Katarina



Gaser Katarina, diplomirana medicinska sestra, dr sci., predavač. Završila je školu za psihijatrijsku negu u Lozani (Švajcarska), osnovne studije i master iz psihologije na Univerzitetu u Friburgu (Švajcarska). Radila je nekoliko godina kao medicinska sestra u psihijatrijskoj bolnici na poslovima bolničkog upravljanja i kao socijalni radnik u bloku za stanovanje za osobe sa invaliditetom. Trenutno je predavač na Univerzitetu primenjenih nauka (UPN) zdravstvene nege (Friburg, Švajcarska).

CURRICULUM VITAE – Gasser Catherine

She graduated psychiatric Nursing in Lausanne (Switzerland), Bachelor and Master in psychology in the University of Fribourg (Switzerland). She worked several years as nurse in psychiatric hospital settings and as a social worker in residential settings for people with disabilities. Currently, is lecturer in the University of Applied Sciences in Nursing (Fribourg, Switzerland).

SESTRINSTVO U EVROPI-ŠVAJCARSKA PERSPEKTIVA

Katarina Gaser, Univerzitet primenjenih nauka, Friburg , Švajcarska

Siže :

Švajcarsku čine četiri jezička regiona (francuski, nemački, italijanski i romanč) i predstavlja konfederaciju od 26 kantona. Švajcarsku državnu karakteriše "ko-operativni federalizam" sa sistemom raspodele i preraspodele nadležnosti i znanja. U francuskim kantonima, medicinska sestra se obrazuje na tercijarnom akademskom nivou na Univerzitetu primenjenih nauka (UPN) zapadne Švajcarske (Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, HES - Specijalizovana Visoka Škola zapadne Švajcarske-SVŠ). SVŠ je kompleksna struktura sa 12000 studenata, pripada najvećem UPN Švajcarske sa 27 škola i 6 profesionalnih domena kao što su zdravlje, socijalni rad ili ekonomija. U drugim kantonima (nemačkog govornog područja), medicinska sestra se obrazuje kroz napredni trening škola bez nivoa osnovnih studija. U ovom UPN-u, primenjuje se modularna struktura na svim nivoima sestriinske nege. UPN određuje opšta načela nastavnog plana i programa, ukupan pedagoški pristup i strukturu nastavnog plana i programa, uključujući sistem kredita za svaki modul. Kliničko obrazovanje iznosi 33% od ukupnog progra-

ma studija, a upotrebom modela integrisanja teorije i prakse uz uključivanje perioda praktične analize, a sve to praćeno kliničkim iskustvom nadoknađuje se kraće trajanje kliničkog obrazovanja. UPN projekat je uveo fundamentalne promene u funkcionisanju švajcarskih škola za zdravstvenu negu.

Ključne reči: sistem obrazovanja zdravstvene nege, kreiranje politike.

NURSING IN EUROPE: SWISS PERSPECTIVES

Gasser Catherine, University of applied Sciences, Haute école de santé, Fribourg, Switzerland

Abstract:

Switzerland is made up of four linguistic regions (French, German, Romansh and Italian-speaking parts) and constitutes a Confederation of 26 cantons. The Swiss state is characterized by a “co-operative federalism” with a system of distribution and redistribution of competencies and knowledge. In the French cantons, nurse education is placed in the academic tertiary level in the University of Applied Sciences (UAS) of Western Switzerland (Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, HES-SO). The HES-SO is a complex structure with 15000 students, the biggest UAS of Switzerland with 27 schools in 7 cantons and 6 professional domains (health, social work, design and visual arts, economy and services, engineer’s sciences and music). In other cantons (German speaking), nurse education is situated also in Advanced Training Schools with a non-bachelor degree level. In this UAS, the modular structure is applied by all the nursing sites. It determines the general principles of the curriculum, the overall pedagogical approach and the structure of the curriculum including the credit system for each module. Clinical education amounts to 33% of the total program of studies but the use of a model integrating theory and practice and the inclusion of periods of practice analysis following the clinical experience would compensate for the reduction in duration of clinical education. The UAS project introduced fundamental changes in functioning of Swiss nursing schools.

Keywords: nursing education system, linguistic regions, policy making.

1 Background: characteristics of Switzerland

Switzerland is a small country of 41,284 square kilometers situated in the heart of Europe. Its capital is Bern. The country is one of the most mountainous in Europe: the Alps, Pre-Alps and Jura occupy more than two-thirds of its territory. This Swiss plateau is home to the large majority of the country’s nearly eight million people. More than two-thirds of the population lives in urban areas. Zürich is the Switzerland’s biggest city with 374,000 people. Four other cities have more than 100,000 inhabitants: Geneva, Basel, Bern and Lausanne. The country has no fewer than four national languages. German is spoken by 64% of the population, French by 20%, Italian by 6,5% and Romansh by less than 1%. About 9% speak other languages. A fifth of the population is made up of resident foreigners.

Switzerland is a confederation of 26 states, the cantons. Having their own constitutions, their own governments and their own laws, the cantons have far-reaching power of legislation in many domains of political life, including education [1]. The Swiss state is characterized by a “co-operative federalism” with a system of distribution and redistribution of competencies and knowledge. The Federal Constitution assigns the cantons all tasks that are not explicitly delegated to the central authority. In this context, policy decisions regarding education are divided between the Confederation and the cantons [2].

2 Structure and modes of policy making and implementation [2]

Post compulsory education in Switzerland presents a dual model of academic and vocational studies and is situated in the upper secondary and tertiary levels. The upper secondary level encompasses general and vocational education that leads to certification. The tertiary level is divided into: academic oriented institutions (federal institutes of technology, cantonal universities and universities of applied sciences) level A with a bachelor degree, and advanced vocational training (advanced training schools), level B, with a diploma. Since 1995, the federal government decided to implement structural changes in the system of higher education. In addition to the existing advanced training schools, a new higher education structure, the universities of applied sciences (UAS) was to be constructed. As a result of these changes, the Swiss professional educational system is comprised of two types of institutions: the advanced training schools and the universities of applied sciences.

3 Processes of reform in the Swiss nurse education system

Swiss nurse education system is supervised by the Swiss conference of the cantonal ministers of health (conférence des directeurs cantonaux de la santé, CDS) which recognizes cantonal diplomas. In 1999, the CDS adopted at the national level a decision to develop a unified system of nurse education situated at the tertiary-level

delivering, after 3 years of study, a professional diploma of generalist nurse. The objectives were:

- To situate nurse education at the tertiary level thus assuring the recognition of nursing diploma by the EU and the wide international community
- To harmonize pre-registration nursing programs

The UAS allows the integration of professional education into the academic system. In 2002, the guidelines for the implementation of the reform of Bologna were published. Six new BSN programs were created at universities of applied science in German, French and Italian-speaking regions within a short time period; the first bachelor level students beginning their studies between 2006 and 2008.

However, due to the political autonomy of the cantons, the implementation of the CDS decision varied among Switzerland's four linguistic regions resulting in varying models of nurse education. This reform takes place in a challenging nursing education environment characterized by multilingualism and multiculturalism, federalism and budget limitations [3].

German-speaking Switzerland

The 17 German-speaking cantons involve about 64% of the population of Switzerland. In 2009, 3 public and a private UAS (Fachhochschule) and the University of Basel offer Bachelors of Sciences in Nursing (BSN). In contrast to the broad adoption of BSN in Romandie (French-spoken region), in 2004, the number of graduates in nursing BSN should fill only the 5 à 10% of the workforce, the remainder educated at the diploma level [2]

Italian-speaking Switzerland

University nursing education was introduced in 2006 in the Ticino in the Scuola Universitaria della Svizzera Italiana (SUPSI). Since 2008, 50 students attend annually the BSN program.

French-spoken Switzerland

In 1997, in the French-speaking cantons, nurse education is placed in the academic tertiary level in the University of Applied Sciences of Western Switzerland (Haute école spécialisée de Suisse occidentale, HES-SO). The HES-SO is a complex structure with 15000 students, the biggest UAS of Switzerland with 27 schools in 7 cantons and 6 professional domains (health, social work, design and visual arts, economy and services, engineer's sciences and music). The 7 cantons finance at a level of 70% and the Confederation at a level of 10%, the remaining amount (20%) is financed by different partners. In 2007, the HES-SO counted 2661 health students with 1746 in nursing [2]. Since 2002, 100% of nurses have been educated at the HES-SO but the French-spoken region represents only a 20% of the population [3].

Graduates of HES-SO are expected to demonstrate competencies in seven domains as summarized in the table 1:

Table1: Structure of HES-SO

University of applied Sciences of Western Switzerland	
Level	Academic tertiary level
Title/degree	Bachelor of Science in Nursing
Admission criteria	Completion of an upper secondary education (vocational or academic Maturity Certificate, or diploma degree) A recognition of the acquisitions is possible for adults (age > 30years)
Competencies expected from graduate	Acquisition of competencies in seven domains: professional interventions; professions, institution and organizations; persons, culture and societies; social and health problems and institutional solutions; health sciences; technologies and their scientific foundations; educational process and professional project
Research mission Teachers' profile and role description	Yes Degree of higher education in their domain of teaching and research + professional experience of at least 3 years + pedagogical Certificate Interest in research

4 The HES-SO structure of the curriculum and clinical education

In this UAS, the modular structure is applied by all the nursing sites. It determines the general principles of the curriculum, the overall pedagogical approach and the structure of the curriculum including the credit system for each module. Clinical education amounts to 33% of the total program of studies but the use of a model integrating theory and practice and the inclusion of periods of practice analysis following the clinical experience would compensate for the reduction in duration of clinical education. Clinical teaching has been modified by creating a new role of a clinical instructor. These nursing professionals who are situated in the practice settings rather than in the HES-SO, have been given the authority and responsibility to teach and evaluate the HES-SO while in practice. The main characteristic of this education setting is the acquisition of scientific competencies in the form of critical thinking and research methods (difference with the curriculum of the advanced training schools). In the UAS as well as in the HES-SO, the teacher's role is comprised of theoretical teaching (as the clinical teaching is carried out by the clinical instructor), applied research with the collaboration of professionals from the clinical sites, allocation of services ensuring links with the practice setting and continuing education.

5 Spirit of the reform

The UAS project introduced fundamental changes in functioning of Swiss nursing schools. The project implied a shift from

- A functioning in autarky to a network perspective
- A vertical organization of nursing training to a horizontal and interdisciplinary educational concept
- Humanistic values to economic rationalism
- A vocational orientation centered on the student to a training built on a disciplinary expertise
- A traditional teacher's role to a role of change agent contributing to the development of research and the discipline [2]

Adjustment of nursing faculty members

An important characteristic of nursing education reforms is the big bang approach [2], the hasty transition of traditional (diploma) nursing schools into higher education settings. As the result, in some countries, as Switzerland, nursing faculty members confronting growing and conflicting demands found themselves in an unfamiliar territory. They demonstrate difficulties in adjusting to the research culture and ethos characterizing higher education settings. Three factors interfering with faculty members' adaptation are identified in the different countries:

- The limited academic background of nursing faculty members
- Inadequate employment conditions
- The scarcity of mature nursing academics

6 Master degree

Since the winter semester 2006/2007, medical studies at Basel University have adopted the Bologna model and applied it to all programs offered. Institute of Nursing sciences (German and English spoken) is affiliated to the Basel University Medicine's faculty. This institute has been offering a course in Nursing Sciences since 2000. In 2004, the first students were awarded their Master's degree. The Master's course in Nursing Sciences includes in-depth coverage of clinical nursing expertise (Advanced Clinical Nursing Practice: ANP) as well as research methods and a practice project in a team. The focus is the healthcare of the community, in particular chronic illnesses and the aging population. A legal and policy framework regulating the education, competencies, responsibilities, and remuneration for advanced practice nursing in Switzerland has not been established [4].

Lausanne University and the HES-SO are offering a Master's course (French-spoken) since September 2009. The aims are the same than for the Master's degree in Basel. This Master is associated with the University Institute of Training and Research in Patient Care (IUFRS).

7 Doctorate degree [5]

The Institute of Nursing Sciences (INS) located in the faculty of medicine of the University of Basel offers doctoral studies in German and English languages. Lausanne University and the IUFRS are offering a Doctoral Program in Nursing Sciences (PhD). This PhD in Nursing Sciences is the second in the francophone world, second to the one currently offered by the University of Montreal (Canada). It is the result from the partnership between the university hospitals of Vaud and Geneva, the Universities of Lausanne and Geneva, the HES-SO, the Foundation La Source (Nursing school) and the Swiss Association of Nurses (ASI). This doctorate involves training in scientific research and consists of thesis work, which is done in close collaboration with care provision facilities and focuses on three priority fields: population ageing, mental health and critical care situations.

Reference:

- [1] Rectors' Conference of the Swiss Universities. (2011) Studying in Switzerland: Universities Berne: CRUS
- [2] Spitzer, A & Perrenoud B. (2008) Reforming the Swiss nurse education system: a policy review. In A. Spitzer, N. Kuhne, B. Perrenoud. & D. Camus. Nursing in Europe: Toward more similarities or more differences? Genève: Médecine et Hygiène
- [3] Lindpaintner, L. S. & al. (2009) Defining Clinical Assessments Standards for Bachelor's-Prepared Nurses in Switzerland.
- [4] Spirig, R., Schwendimann, R., Spichiger, E., Cignacco, E. & De Geest, S. (2009) Advanced Nursing Practice in Switzerland. Institute of nursing sciences, University of Basel
- [5] Sciences infirmières UNIL-CHUV doctorat (PhD) [Page Web] Accès : 15.05.11
<http://www.unil.ch/sciences-infirmieres/page65874.html>

Switzerland is a small country of 41,284 square kilometers situated in the heart of Europe. Its capital is Bern. The country is one of the most mountainous in Europe: the Alps, Pre-Alps and Jura occupy more than two-thirds of its territory. This Swiss plateau is home to the large majority of the country's nearly eight million people. More than two-thirds of the population lives in urban areas. Zürich is Switzerland's biggest city with 374,000 people. Four other cities have more than 100,000 inhabitants: Geneva, Basel, Bern and Lausanne. The country has no fewer than four national languages. German is spoken by 64% of the population, French by 20%, Italian by 6,5% and Romansh by less than 1%. About 9% speak other languages. A fifth of the population is made up of resident foreigners.

Switzerland is a confederation of 26 states, the cantons. Having their own constitutions, their own governments and their own laws, the cantons have far-reaching power of legislation in many domains of political life, including education [1]. The Swiss state is characterized by a "co-operative federalism" with a system of distribution and redistribution of competencies and knowledge. The Federal Constitution assigns the cantons all tasks that are not explicitly delegated to the central authority. In this context, policy decisions regarding education are divided between the Confederation and the cantons [2].

10.

KOLABORATIVNI CENTAR SZO ZA PRIMARNU SESTRINSKU NEGU U MARIBORU, SLOVENIJA, PERIOD 2010.-2014.

Tamara Lubi, dipl.m.s., univ. dipl. org. predav.
Zdravstveni centar dr. Adolf Drolc, Maribor

WHO COLLABORATING CENTRE FOR PRIMARY HEALTH CARE NURSING IN MARIBOR, SLOVENIA FOR THE PERIOD 2010.-2014.

Tamara Lubi, Health Centre „Adolph Drolc“ Maribor

BIOGRAFIJA – Tamara Lubi



Tamara Lubi je registrovana sestra, diplomirala je na Fakultetu organizacionih nauka u Kranju, zaposlena je u Zdravstvenom centru „Dr Adolf Drolc“ u Mariboru, Slovenija. Nakon završetka Više škole za zdravstvene radnike, obrazovanje je nastavila na sestrinskim studijama Univerziteta u Mariboru. Diplomirala je 2000. godine. Nastavila je svoje obrazovanje na Fakultetu zdravstvenih nauka Univerziteta u Mariboru, gde je diplomirala 2004. godine.

Na inicijativu Kliničkog centra Ljubljana i Udruženja obolelih od epilepsije, 2002. godine, Tamara je poslata u Englesku na edukaciju "Preporučena praksa u nezi obolelih od epilepsije" kako bi poboljšala svoje kompetencije u toj oblasti i započela sa edukacijom pacijenata, članova porodice i šire društvene zajednice.

Postala je predavač iz oblasti zdravstvene nege na sestrinskim studijama Univerziteta u Mariboru 2005. godine. Od 2006. predsedavajuća je i predavač na predmetu organizacija zdravstvene nege i menadžment na Sestrinskom koledžu u Izoli. Postala je nosilac i predavač predmeta zdravstvena nega dece i adolescenata na Sestrinskom koledžu u Slovenskom Gradecu 2010.

Od 2007. koordinator je u oblasti Menadžment u zdravstvenoj nezi. U januaru 2008. započela je sa radom u Kolaborativnom centru SZO za primarnu zaštitu.

Uzimajući u obzir sve reforme i promene, ona je organizovala dobru službu PZZ i javnog zdravlja, na osnovu dobre saradnje i komunikacije na svim nivoima lečenja pacijenata i između svih zdravstvenih institucija. Od 2002. član je Izvršnog odbora Udruženja sestara i babica u Mariboru, čiji je bila predsednik u od marta 2008. do juna 2010. godine.

Aktivni je učesnik, govornik, organizator i moderator na događajima u zemlji i inostranstvu.

CURRICULUM VITAE – Tamara Lubi

Tamara Lubi, a registered nurse and a graduate from the Faculty of Organisational Sciences Kranj, employed at the Health Centre dr. Adolf Drolc Maribor, Slovenia. After finishing Vocational School for Health Workers she continued her education at the University College of Nursing Studies Maribor. In the year 2000 she did her professional exam and got job in the Health Centre dr Adolf Drolc Maribor. She continued her study at the Faculty of Health Sciences University of Maribor and graduated from it in the year 2004.

On the initiative of the Clinical Centre Ljubljana and the Society against Epilepsy, in the year 2002 Tamara was sent to England to take part in the professional training "Advanced practice in epilepsy care" to improve her competences in this field and to start educating the patients, their relatives and wider public on epilepsy.

In the year 2005 she was qualified as a lecturer at the College of Nursing Studies University of Maribor for the subject of Nursing Care. Since the year 2006 she has been a chair and a lecturer of the subject Organisation of the Nursing Care and Management at the College of Nursing Studies Izola. Tamara became a carrier and a lecturer of the subject Health Care of the Child and Adolescent at the College Of Nursing Studies Slovenj Gradec in the year 2010.

Since the year 2007 she has been a coordinator in the field of the System of Quality Management in the Health Centre. In January 2008 she started running Collaborating Centre of the World Health Organisation for Primary Care.

Considering all the reforms and changes, she is engaged into good organisation of the primary health care and public health, based on good cooperation and communication on all levels of the patient's treatment and between all educational institutions for health workers. Since the year 2002 she has been a member of the Executive Board of the Association of Nurses and Midwives Maribor, and from March 2008 to June 2010 was also its vice president

Ms Lubi is an active participant as a speaker, organiser or a moderator at events at home and abroad.

WHO COLLABORATING CENTRE FOR PRIMARY HEALTH CARE NURSING IN MARIBOR, SLOVENIA FOR THE PERIOD 2010.-2014.

Tamara Lubi, Health Centre „Adolph Drolc“ Maribor

Abstract

This contribution outlines organisational and functional demands for the European Union primary health care as well as the meanings and tasks of the WHO Collaborative Centre for Primary Health Care Slovenia. Primary health care carries out complete and continuous health care of individuals, families and group of inhabitants from the aspect of preventive, curative and social treatment. Importance and role of the health care in the care for the health of the individual and wider community are pointed out.

Changes and development of the primary health care demand continuous adjustment of the health care at this level too. Professionalism and simultaneous adjustment to the changes are the guidelines of the work of the collaborative centre, which cares that the profession is being connected with the direction of the WHO's collaborative centres world net. Of the same importance is coordinated cooperation of all social actors who influence development and implementation of the health care policy in the single country.

Key words: World Health Organisation, collaborative centre, primary health care, health policy, nurse

KOLABORATIVNI CENTAR SZO ZA PRIMARNU SESTRINSKU NEGU U MARIBORU, SLOVENIJA, PERIOD 2010.-2014.

Tamara Lubi, dipl.m.s., univ. dipl. org. predav.
Zdravstveni centar dr. Adolf Drolc, Maribor

Šiže

U članku su predstavljeni dokumenti u kojima se navode zahtevi u vezi s područjem organizacije i delovanja primarne zdravstvene zaštite u Evropskoj uniji, kao i značenje i zadaće delovanja Kolaborativnoga Centra Svetske

zdravstvene organizacije za primarnu zdravstvenu negu u Sloveniji. Primarna zdravstvena zaštita izvodi celovitu i stalnu zdravstvenu zaštitu pojedinaca, porodice i grupa stanovništva s vidika njihove preventivne, kurativne i socijalne obrade. Naglašeno su značenje i uloga zdravstvene nege u brizi za zdravlje pojedinca i šire zajednice. Promene i razvoj primarne zdravstvene zaštite takođe zahtevaju stalna prilagođavanja zdravstvene nege na toj razini.

Stručnost i istovremeno prilagođavanje promenama su smernice rada kolaborativnog centra, koji brine da se struka povezuje sa smernicama evropske i svetske mreže kolaborativnih centara Svetske zdravstvene organizacije.

Isto tako je važna i usklađena saradnja svih društvenih aktera, koji utječu na razvoj i implementaciju zdravstvene politike u pojedinim državama.

Ključne reči: Svetska zdravstvena organizacija, kolaborativni centar, primarna zdravstvena zaštita, zdravstvena politika, medicinska sestra

1. UVOD

Uloga primarne zdravstvene zaštite proizlazi iz deklaracije Svetske zdravstvene organizacije (SZO), prihvaćene na njenoj skupštini u Alma-Ati godine 1978, gde zdravlje nije bilo deklarirano samo kao stanje potpunoga fizičkoga, psihičkoga i socijalnoga blagostanja u odsutnosti bolesti, već kao osnovno čovekovo pravo i dužnost. Postavljen je zahtev po približavanju zdravstvene zaštite korisnicima preventivnih zdravstvenih usluga, te njihova aktivna briga za vlastito zdravlje.

Krajem godine 2007. u Evropskoj uniji je bila prihvaćena zdravstvena strategija za period od 2008. do 2013, koja je potvrdila obavezu država članica i zajednice k poštovanju zajedničkih vrednosti i načela zdravstvene politike. Prihvaćena strategija stavlja naglasak na preventivne mere i sastavni je deo strategije država članica za smanjenje ekonomskoga opterećenja nacionalnih sistema zdravstvene zaštite, jer poticanje zdravlja i preventiva znatno prispevaju k smanjenju troškova zdravstvene zaštite a time i finansijskoj opstojnosti zdravstvenoga sistema. Strategija daje pacijentu centralno mesto u sistemu zdravstvene zaštite, a on mora postati jednako vredan partner u odnosu do lekara i drugih zdravstvenih radnika, i mora biti upoznat sa svojim pravima i dužnostima. Obrada pacijenta mora biti celovita, od začeća do smrti, uključujući i palijativnu opskrbu. Za zadovoljnoga pacijenta moraju biti stvorene okolnosti za efikasan i kvalitetan zdravstveni rad, obezbeđena mora biti i motivacija izvođača zdravstvenih usluga. Naglasak mora biti na vidljivim rezultatima, koje pacijenti mogu osetiti i na indikatorima, koji omogućuju merenje kvaliteta usluge izvođača.

Evropska zdravstvena politika je pred značajnim zajedničkim razvojnim izazovima, posebno glede prihvaćanja mera za smanjivanje razlika u zdravlju, prilagođavanja demografskim promenama, smanjivanju hroničnih nezaznih bolesti, veće mobilnosti zdravstvenoga osoblja i pacijenata, kontrole globalnih zdravstvenih pretnji, osiguranja zaštite pacijenata, brzog razvoja medicinskih tehnologija i nužnosti očuvanja trajnih, kvalitetnih i socijalno orijentiranih zdravstvenih sistema, koji će pripomoći ekonomskom razvoju i istovremeno adekvatno odgovoriti na sve veća očekivanja osveštenih državljana.

2. STRATEGIJA SVETSKE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE OD 2011. DO 2015.

SZO je u dokumentu » Nursing Midwifery Services – Strategic Directions 2011 – 2015«, opredelila ključna područja na kojima želi doseći sledeće ključne rezultate:

2.1. Jačanje zdravstvenoga sistema i zdravstvenih usluga

Osnova reforme primarne zdravstvene zaštite su modeli prenosa aktivnosti i kompetencija na medicinske sestre i babice, posebno na područjima opšte zdravstvene zaštite i promocije zdravlja.

Glavni naglasak: Zdravstvena i babička nega moraju biti aktivno uključeni na svim razinama odlučivanja zdravstvene politike, delovanja zdravstvenoga sistema i programa. Tako će pridoneti boljem delovanju zdravstvenoga sistema, njegovih službi, javnoga zdravlja i zdravstvenoga stanja populacije (WHO, 2010).

2.2. Politika zdravstvene i babičke nege i praksa

Medicinske sestre i babice igraju aktivnu ulogu pri obezbeđivanju zdravstvene politike, planova i odluka, uzimajući u obzir specifične principe vođenja i zakonodavstva države u kojoj deluju.

Glavni naglasak: U strateško planiranje zdravstvene i babičke nege su uključeni svi relevantni delovi vlade, civilnoga društva, uslužnoga sektora, obrazovne i strukovne organizacije. Javne politike moraju uzimati u obzir potrebe stanovništva, situaciju u kojoj se nalaze zdravstveni zavodi/institucije, različitu ponudu zdravstvenih usluga, dostupnost i stručnu osposobljenost.

Ako želimo utvrditi nedostatke u razvojnoj politici zdravstvenoga sistema, moramo se usredotočiti na: regulativu za lekare opšte prakse, standardizaciju obrazovnih programa, stupanj potpore struci zdravstvene i babičke nege, potporu istraživanju u i izvan zdravstvenoga sistema (WHO, 2010).

2.3. Obrazovanje, obučavanje i razvoj karijere

Povećanje broja odgovarajuće obučanih opštih lekara za obezbeđenje ljudima prijaznih zdravstvenih usluga. Glavni naglasak: Za adekvatno kvalifikovane lekare a time i nuđenje korisnicima prijaznih zdravstvenih usluga, moramo imati programe, kojima ćemo moći pratiti, vrednovati i istraživati područja prethodnih usluga (pre-service) i kontinuitet profesionalne obuke kako medicinskih sestara i babica tako i svih ostalih, koji sudjeluju u uslugama povezanih s profesijom zdravstvene i babičke nege. Naglasak je na održavanju kvaliteta, preraspodeli kadrova i materijalnim i finansijskim izvorima (WHO, 2010).

2.4. Vođenje zaposlenih u zdravstvenoj i babičkoj nezi

Kreatori javnih politika stvaraju okolinu, koja med. sestrama i babicama omogućava, da se odazovu na promenjene zdravstvene potrebe stanovništva.

Glavni naglasak: Uvođenje kvalifikovanih med. sestara i babica, koje odgovaraju pripremljenim standardima zdravstvene nege i očekivanjima stanovništva.

Strategije trebaju biti pripremljene na osnovi stvarnih i tehnički poduprtih dokaza, što će obezbediti veću kvalifikovanost, uspešnost i preraspodelu kadrova.

Nacionalni planovi glede opsega kadrova moraju uzeti u obzir troškove za plate med. sestara i babica na svim razinama zdravstvene delatnosti; nadzirati migraciju radne snage i dosledno poštivati podelu rada i zadataka među profesijama (WHO, 2010).

2.5. Partnerstvo službi zdravstvene i babičke nege s ostalim organizacijama

Podstiče se aktivna, sistematična kolaboracija među službama zdravstvene i babičke nege s lokalnim organizacijama i ostalim profesionalnim zdravstvenim grupama i vladama.

Glavni naglasci: Podsticanje vlada, da partnersko surađuju sa svim interesnim grupama, koji utječu na razvoj zdravoga zdravstvenoga sistema, bezbednosti i upravljanja.

Dugoročni planovi moraju biti oblikovani kao vodič za implementiranje i nadgledanje tih strategija. Potporni mehanizmi bi trebali uključivati formalne/neformalne mreže i grupe u kojima se vrši praksa pomoću elektronskoga načina komuniciranja (WHO, 2010).

3. KOLABORATIVNI CENTAR SVETSKE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE ZA PRIMARNU ZDRAVSTVENU NEGU MARIBOR

Kolaborativni Centar (KC) SZO za primarnu zdravstvenu negu deluje u okviru Zdravstvenoga doma dr. Adolfa Drolca Maribor od 1986. godine. Godine 2010. je aktivnost bila već sedmi puta potvrđena od strane WHO za mandatno razdoblje od četiri godine. To je dokaz, da je Zdravstveni dom ustanova koja u celosti ispunjava funkciju u implementiranju kvalitetne, uspešne i potpune zdravstvene zaštite. Upravo to je potpora dobrom partnerskom odnosu sa SZO, koja prije imenovanja uvek detaljno prouči kvalitet rada ustanove i tek nakon toga prihvati saradnju za određeno područje rada.

KC je bio u osnovi ustanovljen za područje primarne zdravstvene nege 1986. godine, posebno zbog organizacijsko i sadržajno napredne patronažne delatnosti i kućne zdravstvene nege.

Područje dela KC temelji na radu medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj nezi i javnom zdravstvu. Pri tome uvažava prioritete dispanzerske metode dela, uključuje se u sva područja primarne zdravstvene zaštite, prati kvalitet obavljenog rada medicinskih sestara i uključuje se u obrazovne programe budućih kadrova. Za delovanje KC je važno, da je medicinska sestra članica vrlo kvalitetnoga tima, da je saradnja u timu usklađena i da svi članovi imaju jednake ciljeve, koji uključuju sve elemente primarne zdravstvene zaštite.

3.1. Zadaci Kolaborativnoga centra Svetske zdravstvene organizacije za primarnu zdravstvenu negu u periodu od 2010. do 2014. godine

Zadaci našega KC temelje na osnovi direktiva EU, dokumentima SZO i lokalnim potrebama. Kao što se vidi iz daljnijega teksta, naši zadaci iz aktualnog mandatnog perioda (2010-2014) su usklađeni s prethodno predstavljenom strategijom SZO.

Ponovnim imenovanjem je KC dobio sledeće zadatke:

- Potpora SZO u učvršćivanju uloge medicinskih sestara na području javnoga zdravstva, promocije zdravlja i razvoja patronažne zdravstvene nege.
- Potpora SZO pri uspostavljanju dokumentirane i na dokazima razvijene zdravstvene nege.
- Potpora ciljevima SZO u organizaciji k porodici usmerene zdravstvene nege u lokalnoj zajednici.
- Potpora SZO pri integraciji zdravstvene nege u zdravstvene sisteme, koji prate promenljive zdravstvene potrebe stanovništva.

Ponovno imenovanje KC zahteva širi plan implementiranja prioriternih zadataka na području aktivnosti KC:

- nastavak razvoja polivalentne patronažne zdravstvene nege;
- podsticanje kadrova pri implementiranju preventivnih programa promocije zdravlja;
- briga i organizacija kućne nege za hronično obolele;
- edukacija kadrova o palijativnoj zdravstvenoj nezi i njena implementacija u studijske programe zdravstvene nege.

U nastavku će biti predstavljeni neki od gore navedenih zadataka.

Uloga patronažne službe

Patronažna služba je poseban oblik zdravstvene zaštite, koja vrši aktivnu zdravstvenu i socijalnu zaštitu pojedinca, porodice i lokalne zajednice. Organizirana je kao samostalna služba ili organizacijska jedinica osnovne zdravstvene zaštite u zdravstvenim domovima (Zakon o zdravstvenoj delatnosti, 1992, 1995, 1996, Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, 1992, 1993, 1996, 1998.).

Patronažna zdravstvena nega je integralni dio primarne zdravstvene nege a time i primarne zdravstvene zaštite. Izvodi se kao kućna nega, u zdravstvenom domu, u lokalnoj zajednici i na terenu (Šušteršič in sod., 2006).

Patronažna medicinska sestra je nosilac patronažne zdravstvene nege pacijenta, porodice i zajednice u stanju zdravlja i blagostanja te u stanju bolesti. Planira, izvodi i vrednuje zdravstvenu negu te koordinira rad s ostalim stručnim suradnicima (Rajković, Šušteršič, 2000). Članica je negovalnog i zdravstvenog tima i deluje na svim razinama zdravstvenoga obrazovanja (primarni, sekundarni i tercijarni) te promovira zdravlje pri pojedincu, porodici i u široj društvenoj zajednici.

U celokupnom procesu patronažne zdravstvene nege je pojedinac, njegova porodica i zajednica kao subjekt obrade (Šušteršič i sar., 2002). Pojedinac i članovi uže i šire zajednice moraju biti uključeni u obradu i o svemu informirani. Jedino tako će biti motivirani i aktivno će saradivati u procesu lečenja i zdravstvenoj nezi.

Jačanje i zaštita zdravlja

Dobro zdravlje utječe na veću produktivnost a time na konkurentnost ekonomije i povećanje blagostanja, zato je investiranje u zdravlje u modernim društvima prepoznato kao jedna od najboljih investicija. Dobro zdravlje pomaže većoj sposobnosti za rad, produžuje zdravu očekivanu životnu dob, aktivnom starenju i većem kvalitetu života. Istovremeno znači smanjenje tereta bolesti, kontrolu zdravstvenih izdataka za stanovništvo kome je potrebno staranje, manji teret za zdravstvene blagajne i jačanje održivih sistema javnih finansija. Jačanje zdravlja i očuvanje funkcionalnih sposobnosti i u kasnijem životnom periodu je zbog toga velik izazov za dugovečna društva.

Za obezbeđenje najvišeg stepena zdravlja stanovništva svih starosnih dobi a time i produženje zdrave očekivane životne dobi, odgovorno je celokupno društvo. Pri tome je potrebno usklađeno delovanje države, lokalne zajednice, stručne/profesionalne javnosti, nevladinih organizacija i pojedinaca.

Važno je da se pažnja usmerava od kontrole bolesti k očuvanju i jačanju zdravlja. Pri tome se moraju uvažavati demografske promene i globalne grožnje zdravlju. Veća briga je namenjena programima za pojedine grupe stanovništva, kao što su na primer stariji ljudi, deca, mladež, žene, ljudi u rodnoj dobi, invalidi.

Briga za hronično bolesne

Evropska unija (EU) i SZO upozoravaju, da produženje životne dobi ima za posledicu sve više ljudi s hroničnim bolestima, koje znatno utječu na kvalitet života pojedinca kao i na upotrebu sredstava, namenjenih zdravstvenoj zaštiti. Starenjem stanovništva se menjaju i povećavaju potrebe pojedinca za različitim zdravstvenim uslugama. Zbog usmerenosti da se pacijenti više neguju kod kuće, odnosno na primarnoj razini, pre svega je potrebno organizirati različite službe, koje bi bile dostupne svima i koje bi zadovoljile potrebe po celovitoj i integriranoj zdravstvenoj obradi. Isto tako se naglašava aktivna uloga pacijenta u procesu zdravstvene obrade te interdisciplinarni pristup.

Obrazovanje medicinskih sestara za područje primarne zdravstvene zaštite

Strateški dokument EU »Kontinuirano stručno obrazovanje medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za države članice EU«, koji je zajedno s radnom grupom za obrazovanje pripremio Standing Committee of Nurses of the European Union, nastao je u želji po jačanju znanja s područja zdravstvene politike, zdravstvenog vaspitanja i promocije zdravlja i s uključivanjem različitih profesionalnih grupa u te aktivnosti. Sve više se ispostavlja potreba po organizaciji obrazovanja medicinskih sestara za područje primarne zdravstvene zaštite po uzoru na širu političku sredinu – EU. Dane smernice dokumenta su skladne s preporukama službenih tela, koja zastupaju struku zdravstvene nege na evropskoj razini: Odbora za obrazovanje u zdravstvenoj nezi (službeni predstavnik u EU za obezbeđenje skladnosti s EU direktivama), s preporukama SZO na osnovi smernica strategije Zdravlje u 21. sto-

leću, Odbora medicinskih sestara EU za primarnu zdravstvenu negu, u saradnji s radnom grupom za obrazovanje pri EU (PCN, 2001).

Već u strategiji Zdravlje za 21. stoleće (WHO, 1998) su direktive Sekcije za javno zdravlje EU i SZO za područje Evrope pozvali k aktivnom uključenju medicinskih sestara u programe javnoga zdravstva. Strategija daje smernice razvoja zdravstvene službe u 21. stoleću i naglašava, da obrazovanje zdravstvenih radnika mora biti smisleno dopunjeno prema potrebama razvoja stručnih timova. Kao jedan od najvažnijih zadataka i dužnosti su zdravstveno vaspitanje, promocija zdravlja i javnoga zdravstva. K tome poziva i dokument Glavnoga ureda SZO (odjeljenje Nursing and Midwifery, Human Resources for Health) - A compendium of primary health care studies iz godine 2009, s nizom primera dobre prakse. Dokument definira i zadatke primarne zdravstvene zaštite, pre svega u smislu poboljšanja zdravlja i smanjenja nejednakosti i naglašava da javno zdravstvo mora u međusektorskom i multi profesionalnom radu jačati zdravlje lokalne zajednice, te da zdravstvene službe moraju biti organizirane tako, da odgovaraju potrebama ljudi i njihovim očekivanjima, da budu socijalno relevantne i sposobne odazivati se na promene u svetu (WHO, 2009).

Iz toga sledi da su izvođači zdravstvene nege ključni i sve važniji element u nastojanjima društva da rešava sadašnje izazove javnoga zdravstva, da obezbedi kvalitetne, dostupne, jednakopravne, efikasne i osjetljive zdravstvene usluge, koje obezbeđuju stalnost opskrbe s naslova prava osiguranika, prati njihove potrebe po zdravstvenoj obradi. Upravo iz toga proizlazi potreba po kvalitetnoj organizaciji njihova obrazovanja na osnovi postdiplomskoga studija ili specijalizacija prema bolonjskoj direktivi. Obrazovan kadar mora biti sposoban uključivanja u procese razvoja zdravstvene politike.

4. ZAKLJUČAK

U trideset godina nakon prihvaćanja deklaracije Alma Ata, usprkos deklarativnim pozivima i privrženosti njenoj strategiji, na svetskoj razini se još nije desio pomak na bolje u svim državama. To je bio razlog da je SZO u jesen 2008. godine izdala novi izveštaj, kojim ponovno poziva države, da osnovnoj zdravstvenoj delatnosti posvete veću pažnju i da svoju zdravstvenu politiku preusmere od golih indikatora efikasnosti i poslovne uspešnosti zdravstvenoga sistema k obezbeđenju zdravstvene zaštite na primarnoj razini. Pri tome si pomaže s kolaborativnim centrima po celom svetu. No, oni su nemoćni ako relevantni društveni akteri na području zdravstvene politike ne deluju povezano.

Poboljšanje prakse zdravstvene i babičke nege, koja je usmerena na pojedinca, porodicu i zajednicu, može biti odgovorna i dostižna s povećanjem integrirane zdravstvene i babičke nege, posebno kod ranjivih grupa. Potrebno je jačati jezgru znanja i spretnosti medicinskih sestara i babica, koje deluju u praksi s namenom zadovoljavanja promenjenih potreba populacije i promenama prilagođenih stručnih delatnosti. Za izvođenje/obavljanje efikasne, uspešne te za pacijenta bezbedne zdravstvene nege, potrebno je razvijanje jakoga i usmerenoga partnerstva s ostalim zdravstvenim radnicima i drugim disciplinama. Identifikacija, zastupanje i koordinacija različitih izvora, unutar zdravstvenoga sistema i šire, su potrebni za obezbeđenje usluga i zadovoljenje potreba po zdravstvenoj nezi a time i za postizanje efikasne delatnosti.

S obzirom na sadašnje zdravstvene reforme i promene zdravstvenih sistema, i naš KC deluje na širem području organizacije i obrade primarne zdravstvene nege i javnoga zdravstva. Pri tome je od ključnoga značenja da KC održava dobru komunikaciju i saradnju sa svim ostalim razinama zdravstvene nege, koji saraduju u procesu obrade pacijenata. KC SZO se isto tako uključuje u aktivnosti slovenskoga ureda SZO, Ministarstva za zdravlje i Zbornice zdravstvene i babičke nege Slovenije – Saveza strukovnih društava.

Zadatak Kolaborativnih Centara SZO je izmena iskustava i ideja u vezi s razvojem prakse zdravstvene nege. Podaci o odgovarajućoj praksi nam kažu, koje intervencije i aktivnosti su u zdravstvenoj i babičkoj nezi najefikasnije. Njihovo širenje pomaže medicinskim sestrama i babcama na konkretnoj razini zdravstvene delatnosti dokazati, kako važan je njihov doprinos u zdravstvenoj i babičkoj nezi. Zato se u našem KC SZO za primarnu zdravstvenu negu zalažemo za održavanje baze podataka dobrih praktičnih modela u saradnji s evropskom globalnom mrežom Kolaborativnih Centara za zdravstvenu negu Svetske zdravstvene organizacije.

LITERATURA

- [1] Development of a Continuous Professional Training Programme for Nurses in Public Health within the European Union. Brussels: Permanent Committee of Nursing (PCN) of the European Union; 2001: 4-11.
- [2] Health 21: Health for All in the 21st Century. Copenhagen. World Health Organization Europe, European Health for All Series no. 5; 1998.
- [3] Nursing Midwifery Services – Strategic directions 2011 – 2015. Geneva: World Health Organization; 2010: 4-6.
- [4] Rajković V, Šušteršič O. Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege. Kranj: Modema organizacija, 2000.

- [5] Šušteršič O, Rajkovič V, Leskovar R, Bitenc I, Bernik M, Rajkovič U. An Information System for Community Nursing. Public Health Nurs 2002; vol. 19, 3: 184-190.
- [6] Šušteršič O. Patronažno zdravstveno zaščita in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. Obzr Zdr N. 2006; 40(4):247-52.
- [7] Zakon o zdravstvenih dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije št. 9/92, 37/95 in 8/96, 36/04.
- [8] Zakon o zdravstvenem zaščiti in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list Republike Slovenije, št. 9/92, 13/93, 9/96 in 29/98.
- [9] World Health Organization. A compendium of primary care case studies. 2009. Dostopno na: <http://www.who.int/hrh/nursing:midwifery/en/> (28.2.2011).

11.

KVALITATIVNA STUDIJA: ISTRAŽIVANJE DOŽIVLJENE EMOTIVNE REAKCIJE ŽENSKÉ ZAJEDNICE PROIZAŠLE IZ ODNOSA SESTRA BOLESNICA, A POVEZANO SA PRIMENOM ČISTE INTERMITENTNE SAMO-KATETERIZACIJE

Dijana Ramm, docent
Dr Roslin Kejn, docent
Univerzitet u Linkoln, Velika Britanija

A QUALITATIVE STUDY EXPLORING THE EXPERIANCE AND EMOTIONAL RESPONSES OF FEMALE COMMUNITY CONTENTENCE LINK NURSES AND FEMALE PATIENTS IN RELATION TO PERFORMING CEAN INTERMITTENT SELF-CATHETERISATION

Dianne Ramm, Senior Lecturer
Dr Roslyn Kane, Senior Lecturer

BIOGRAFIJA –Ros Kejn dr sci.

Ros Kejn dr sci., mr, DLSHTM (Diploma Londonske škole za higijenu i tropsku medicinu), dipl. opšta medicinska sestra, saradnik akademije visokog obrazovanja FHEA

Ros Kejn je docent na Fakultetu za zdravlje, život i društvene nauke, Univerziteta u Linkolnu. U periodu od 1996-2006. godine je istraživač-predavač na Katedri za javno zdravlje i politiku, u Londonskoj školi za higijenu i tropsku medicinu. U periodu od 1994-1995. godine radila je kao viša Medicinska sestra u bolnici za žene Elizabet Garet Anderson u Londonu.

Kejn je stekla osnovnu obuku kao profesionalna medicinska sestra 1989, a diplomirala je 1994. godine antropologiju i geografiju na Univerzitetском koledžu u Londonu (University College London). Godine 1996. stekla je DLHSTM (Diploma Londonske škole za higijenu i tropsku medicinu) i titulu Magistar medicinske demografije. Nagrađena je sa ESRC stipendijom (Savet za ekonomska i socijalna istraživanja). U 2005. godini doktorirala je na LSHTM (Londonskom fakultetu za higijenu i tropsku medicinu) pružajući pomoć za seksualno zdravlje u Engleskoj: u susret sa potrebama mladih ljudi. Sertifikat iz nastave i podučavanja u visokom i profesionalnom obrazovanju stekla je na Institutu za obrazovanje u Londonu 2002. godine.

Trenutno je zaposlena kao glavni istraživač: Evaluacija klinike za seksualno zdravlje Greta Ros, Louth, koju je osnovao Linkolnšir PCT na 4 meseca i ključni je član tima, koji je osnovan da razvija i evaluira inicijativu za unapređenje skrining tehnologije za Hlamidiju u Linkolnširu, koju je osnovao Linkolnšir PCT-a na 18 meseci

CURRICULUM VITAE – Ross Kane PhD, MSc, DLSHTM

Ross Kane PhD, MSc, DLSHTM, (Diploma of the London School of Hygiene and Tropical Medicine), BSc, RGN, Fellow of the Higher Education Academy FHEA

Ross Kane PhD is a Senior Lecturer at the Faculty of Health, Life and Social Sciences, University of Lincoln. In the period of 1996 till 2006 was a Research Fellow/ Lecturer at the Department of Public Health & Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine. In the period of 1994 till 1995 she worked as Senior Staff Nurse in Elizabeth Garrett Anderson Hospital for Women, London.

Kane received her basic training as professional nurse in 1989 and graduated BSc (Hons) in Anthropology and Geography UCL in 1994. She received 1996 DLHSTM (Diploma of the London School of Hygiene & Tropical Medicine) and 1996

MSc in Medical Demography (Awarded an ESRC Scholarship -economic and social research council). In 2005 she acquired PhD at LSHTM (London School of Hygiene and Tropical Medicine) Providing sexual health services in England: meeting the needs of young people. Certificate in Teaching and Learning in Higher and Professional Education she acquired on Institute of Education, London in 2002.

Currently is employed as Principal Investigator: Evaluation of the Greta Ross Sexual Health Clinic, Louth funded by Lincolnshire PCT for 4 months also key member of the team funded to develop and evaluate initiatives to promote Chlamydia screening uptake in Lincolnshire, funded by Lincolnshire PCT for 18 month

KVALITATIVNA STUDIJA: ISTRAŽIVANJE DOŽIVLJENE EMOTIVNE REAKCIJE ŽENSKJE ZAJEDNICE PROIZAŠLE IZ ODNOSA SESTRA BOLESNICA, A POVEZANO SA PRIMENOM ČISTE INTERMITENTNE SAMO-KATETERIZACIJE

Siže

Cilj: Ovaj rad predstavlja izveštaj o studiji dizajniranoj da istraži iskustva ženske populacije vezane za sestre u odnosu na kateterizaciju i njihove psihološke i obrazovne spremnosti da uče o kateterizaciji. Živo iskustvo i emocionalne reakcije ženskih pacijenata dok uče da obavljaju čistu intermitentnu samo-kateterizaciju (ČISK) takođe su ispitani.

Pozadina: Postoji opšti konsenzus da ČISKu treba dati prednost nad stalnom sondom, gde god je to moguće. Tendencija u literaturi je da se fokusira na pitanja kvaliteta života i tehničke i fizičke aspekte. Bilo je manje istraživanja iz oblasti inicijalne percepcije bolesnika ČISKa kao i sledstvena iskustva obuke tehnike.

Rađena su minimalna istraživanja oko toga kako se osećaju sestre vezane za žensku populaciju sa problemima kontinencije i primene ČISKa kod žena i sposobnosti sestara da podučavaju pacijentkinje.

Dizajn studije: Ova kvalitativna studija koristiti fenomenološki istraživački dizajn.

Metod: Serija polu-strukturiranih intervju održana je sa dobrovoljnim uzorkom medicinskih sestara povezanih sa ženama sa problemima kontinence i odraslim ženskim pacijentima uzrasta 34-64 godina, koji obavljaju ČISK. Intervjui su snimljeni i potom transkribovani sa Verbatim traka. Podaci su analizirani metodom Okvira i ponavljane teme su identifikovane.

Rezultati: Iskustva sestara sa kateterizacijom ženskih pacijenata su kategorisani u teme: emocionalne reakcije sestara, mehanizmi prevazilaženja, lični i tuđi, vizuelizacija ženske uretre, pristup usvojen od strane mentora i saznanje o nedostacima ČISKa.

Takođe je identifikovano šest reakcija koje se ponavljaju kod pacijenata: žalost i gubitak, nedostatak znanja (u vezi sa ženskom anatomijom, disfunkcijom bešike i kateterima), negativne asocijacije i stigme, psihološka odbojnost i sramota, briga pristupe i mehanizmi.

Zaključak: Sestre, iako su osećale da su nadležne u pružanju individualne brige pacijentima, kojima je potrebna kateterizacija, priznaju da su im nedostajale osnovne veštine i znanja da bi mogle da procene pacijenta i budu samouverene u nastavi ČISK.

EksPLICITNO priznanje i psihološka preživljavanja drugih mehanizama promoviše individualizovani pristup, koji postaje bolje iskustvo za pacijenta.

Za pacijente, gubitak normalne funkcije mokraćne bešike može predstavljati razoran događaj, te aktiviraju emocionalne reakcije u vezi sa bolom i gubitkom. Pacijenti tokom učenja ČISKa, mogu da dožive niz reakcija, uključujući i sramotu i odbojnost, koji ne mogu da nestanu s vremenom. Međutim, psihološki distress nije neizbežan, i enormno varira između pojedinaca. Pristup sestre je veoma značajan, kao i individualizovana i empatijska.

Ključne reči: žene, kateterizaciju, povremeno očistite samo-kateterizaciju, ČISK, fenomenologija, inkontinencija, bešike disfunkcija

Abstract

Aim: This paper represents a report of a study designed to explore the experiences of female community continence link nurses in relation to female catheterisation and their psychological and educational preparedness to teach it. The lived experiences and emotional responses of female patients learning to perform Clean Intermittent Self-Catheterisation (CISC) are also examined.

Background: There is general consensus that CISC should be considered in preference to indwelling catheterisation wherever feasible. Published literature has tended to focus on quality of life issues and technical and physical aspects. There has been less investigation into patients' initial perceptions of CISC, and into their subsequent experiences of learning the technique.

There has also been minimal investigation into how community continence link nurses feel about female CISC and into their perceived ability to teach it.

Design: This qualitative study used a phenomenological research design.

Method: A series of semi-structured, in-depth interviews were held with a self-selected sample of female continence link nurses and adult female patients performing CISC aged 34-64 years. Interviews were tape recorded and transcribed verbatim. Data were analysed using the 'Framework' method and recurrent themes identified.

Results: The lived experiences of nurses in relation to the catheterisation of female patients were categorized into themes: the nurses' emotional responses, their own and others' coping mechanisms, visualisation of the female urethra, the approach adopted by their mentor and their knowledge deficit around CISC.

Six recurrent themes were also identified from the patient sample: grief and loss, lack of knowledge (regarding female anatomy, bladder dysfunction and catheters), negative associations and stigma, psychological aversion and embarrassment, nursing approaches and coping mechanisms.

Conclusion: Nurse recognised that although they felt competent in providing sensitive, individualised care for patients requiring in-dwelling catheterisation, they lacked the underpinning skills and knowledge to enable them to assess patients and feel confident in teaching CISC.

Explicit recognition of their own and others' psychological coping mechanisms promotes an individualised approach which translates into an enhanced experience for the patient.

For the patients, loss of normal bladder function may represent a devastating event, and trigger emotional responses associated with grief and loss. Patients may experience a range of reactions whilst learning CISC, including embarrassment and aversion, which may not dissipate over time. However, psychological distress is not inevitable, and varies enormously between individuals. The nursing approach is vital, as individualised, empathic care is recognised and valued.

Keywords: female catheterisation, clean intermittent self-catheterisation, CISC, phenomenology, incontinence, bladder dysfunction.

Background

Clean Intermittent Self-Catheterisation (CISC) involves the passing of a catheter into the urinary bladder by the patient and its immediate removal when drainage has ceased [1]. CISC is performed as a clinically clean, rather than a sterile procedure [2, 3]. CISC first came to the fore in the 1970s, when its use was described in the management of patients with spinal injury in an early, but seminal, research study [4].

There is general consensus that intermittent catheterisation should be considered as the first line option, wherever feasible [5, 6, 7]. As nurses are the main healthcare professionals involved in teaching CISC and providing support [8], it is essential that they are adequately educated to teach the procedure to patients and develop an appreciation of the sensitivities associated with it. Patients needing to catheterise frequently do so because of incontinence, which has been described as one of the final social taboos remaining in western society [9].

Although urethral catheterisation is standard practice and could therefore, be considered a relatively routine procedure for a nurse [10], it may not be so readily accepted by patients. Doherty [11] suggests that patients may be initially 'horrified' at the thought of introducing a plastic tube into their bodies. Bakke et al [12] suggest that catheterisation may be a disturbing procedure, capable of causing 'psychological trauma' and that the level of aversion and distress experienced by patients is not influenced by the length of time they have been performing the technique.

Bradley [13] identified some interesting responses from patients on initially being advised about CISC. These include a reference to the technique 'not being natural'. He subsequently refers to patients 'coming to terms' with CISC and 'becoming philosophical' about it, but it remains unclear how long this process of normalisation takes and whether all patients ultimately achieve it. If the assumption is that patients will automatically 'work through' these feelings, this may not be correct, as the previous study by Bakke et al. [12] demonstrated. This also raises the question as to whether the nursing approach adopted at this time might help to facilitate, or adversely affect, an individual's ability to assimilate CISC into everyday life.

Historically, the psychological welfare of patients learning CISC has not been a regular feature, or particular focus of the literature. Logan et al [8] investigated patients' experiences of learning CISC and user views on the provision of services. This study identified specific physical and emotional problems inherent in teaching the technique [8] but did not specifically identify the psychological trauma which may be involved.

CISC has been described by healthcare professionals as an 'intimate' procedure and it is acknowledged that some people find it unacceptable and as a result, self-catheterisation may often be abandoned [14]. However, it is not clear whether it is the idea of CISC, the actual passing of the catheter that patients may find unacceptable, or whether patients may be unable to tolerate some aspect of the teaching process itself. It seems unlikely that a patient would volunteer this information in such unusual circumstances without specific prompting, at a time when they

may feel extremely vulnerable.

This study was designed to explore the psychological and educational preparedness of community continence link nurses to teach female catheterisation and the lived experiences and emotional responses of female patients performing Clean Intermittent Self-Catheterisation (CISC).

In-depth personal interviews were conducted with a purposive sample, comprising four community continence link nurses and five adult female patients, previously assessed by the lead researcher in her role as Clinical Nurse Specialist-Continence.

All five female participants in the patient group were performing CISC at the time of interview. Their ages varied from 34-64 years and the duration of self-catheterisation was between 10 months and 10 years. The reasons for needing to learn CISC included spinal injury or neurological conditions in three patients, one had developed ongoing urinary retention post hysterectomy and in the remaining participant, the cause of bladder dysfunction remained unknown. All the patients in this study were taught CISC either in their own local hospital or in a regional unit, by a specialist continence or urology nurse.

Interviews were tape recorded, transcribed verbatim and analysed using the 'Framework' methods of qualitative analysis. All participants in the study were given a pseudonym to ensure their anonymity.

Ethical approval

Ethical approval for this study was sought and obtained, via three organisations; the NHS Local Research Ethics Committee (LREC), the University Ethics Committee and the Research and Development Department of the Primary Care Trust who funded the study.

Results

The lived experiences of nurses in relation to the catheterisation of female patients were categorized into themes: the nurses' emotional responses, their own and others' coping mechanisms, visualisation of the female urethra, the approach adopted by their mentor and their knowledge deficit around CISC.

Six recurrent themes were also identified from the patient sample: grief and loss, lack of knowledge (regarding female anatomy, bladder dysfunction and catheters), negative associations and stigma, psychological aversion and embarrassment, nursing approaches and coping mechanisms.

This study identified that the loss of normal bladder function may represent a devastating event and trigger emotional responses associated with grief and loss. The patients in whom loss of bladder function was partial and gradual were less affected, possibly because they had some time to adjust psychologically and may also have felt a greater locus of control, having the opportunity to make a conscious, informed decision in relation to CISC.

The identification of the recurrent theme of grief and loss is an important finding as, where reactions to the loss of bladder function occur, any subsequent nursing care that the patient may require including CISC and the very personal interactions necessarily involved in this process, will occur in this context.

Health care professionals may anticipate grief and loss reactions following a patient's initial diagnosis, but may not so readily appreciate the additional psychological burden represented by the very specific 'hidden' loss of normal bladder function. Where the two events occur traumatically and simultaneously, for example following spinal injury, the patient has very limited time to prepare and adapt psychologically.

Even where the loss of bladder function is gradual and/or idiopathic, a patient may still experience a range of emotional responses associated with that specific loss.

It has become increasingly accepted that the stages and process of bereavement and loss do not necessarily have an 'end point' and that instead, people may continue to 'negotiate and process' their loss for many years [15]. It may be important therefore, for the nurse to be sensitive to the individual circumstances of the patient when teaching the technique, as they may already have had much to contend with and adapt to, with CISC representing yet another further psychological hurdle, at this time of change.

The patient participants interpreted questions around coping mechanisms as being related to the lifestyle changes required, as a result of performing CISC. Three patients described feeling isolated and chose whom to seek advice from and confide in, with great care. For the remaining two, the impact was minimal and improved their quality of life, although one of these had sought to educate herself to such an extent that she had become involved in teaching patients CISC which may, in itself, represent a form of coping. This concept of 'self-empowerment' has also been associated with less depression and greater adaptive behaviour [16]. It is suggested that increasing self-empowerment helps individuals to take control and begin to come to terms with any perceived change in body image [16]. The pragmatic, stoic approach, demonstrated by one particular patient in this study, has been described elsewhere [16] and is associated with a strong internal locus of control. It is also consistent with Addison's [17] assertion that, for patients to incorporate CISC into their daily lives, they need to be convinced of its benefits and be confident about their ability to manage the technique long-term.

This study revealed that some patients experienced psychological discomfort during the process of learning CISC, which was sometimes quite severe. Where patients felt embarrassment, aversion and distress, these feelings were not completely overcome or resolved and could resurface at any time. Some patients expressed their

surprise at this, as they had expected that the strength of their own emotions would fade and diminish over time. Those affected also described the stigma associated with the use of catheters and two in particular, were keen to keep this aspect of their lives hidden.

Urethral catheterisation is personal by its very nature, as it requires exposure of the genital area. Any embarrassment felt because of this exposure, may be exacerbated by the pressure of time and the desire to 'get it right'. These pressures may be further exacerbated by the difficulty in visualising and accessing the female urethra.

The patients described additional stressors which exacerbated their concerns during this interaction. These included concerns about the maintenance of privacy and the suitability of the clinical environment.

The majority of participants would have preferred to have been taught by a nurse they already knew, representing a familiar face with whom they had already developed a relationship, rather than 'a stranger'. The nurses' manner was cited as being important, together with the approach adopted. Where the nurse appeared distant, brusque and her actions routinised, this was immediately recognised by patients. Similarly, in instances where the nurse demonstrated empathy and a concern for the patient as an individual, this was much appreciated.

Several experienced initial aversion to the thought of CISC and expressed surprise that both the feeling and the strength of this emotion had not diminished, as they had initially perceived that it would, over the intervening months and in some cases, years. However, this is consistent with previous research suggesting that aversion and distress associated with CISC is more often reported in females than male patients and particularly in younger female patients [12]. Additionally, where patients experienced such aversion, the length of time that CISC had been performed did not significantly alter the extent of this emotion [12].

This finding may have significance for future care delivery, in that nurses providing CISC teaching and support need to recognise that some level of aversion to the technique may not be unusual and anticipate that this is more likely to occur in younger, female patients. Nurses should not, therefore, attempt to reduce the impact of aversion, by reassuring patients that this feeling will automatically abate over time, as it may not. However, as Bakke et al [12] contend, it is important that the psychological aspects and emotional needs of the patient are taken into consideration at the outset, as a positive experience at this time may help to minimise the extent of this aversion.

The findings of this study demonstrate that there is the potential for patients to feel some level of psychological discomfort in relation to CISC. However, this is by no means inevitable and may vary enormously between individuals. Davis [16] suggests that the way care is delivered is as important as what is done and the approach adopted can do much to 'alleviate or exacerbate body image disturbance'.

Where the nurse demonstrates an understanding of patients' perceptions of CISC and is prepared for possible reactions, the subsequent interaction will be enhanced [8]

Although they did not use this specific terminology, some participants demonstrated an awareness that they were being pressurised into a system-led approach rather than one centred on their individual needs. This approach has been described as 'ritualistic', in that the nurse carries out a task without applying decision making-skills [18]. This was clearly evident in several patients' accounts and particularly one respondent who suggested that the nurse stated she had been 'told' to teach her CISC by the urologist.

The findings clearly demonstrate that patients vary in their perceptions around the optimum venue for teaching CISC to take place. One patient expressed a particularly strong desire to learn well away from her home environment. This finding was associated with concerns around contaminating or 'medicalising' the home environment, which may involve changing the use of the 'marital bed' [19]. This finding is useful, as community nurses may presume that a home visit would be welcomed, when in fact, it may be more responsive to patients as individuals, to offer the choice of learning CISC either at home, or alternatively at a local clinic premises.

Several patients were taught in a clinic, with the resultant pressure of time inevitable in the use of a prearranged booking system. The patients concerned were all too well aware of this and experienced anxiety as a result. The majority of patients were stressed about what was going to happen during this consultation and felt disempowered and dependent on the health care professionals.

Conclusion

Nurses recognised that although they felt competent in providing sensitive, individualised care for patients requiring in-dwelling catheterisation, they lacked the underpinning skills and knowledge to enable them to assess patients and feel confident in teaching CISC.

Explicit recognition of their own and others' psychological coping mechanisms promotes an individualised approach which translates into an enhanced experience for the patient.

For the patients, loss of normal bladder function may represent a devastating event, and trigger emotional responses associated with grief and loss. Patients may experience a range of reactions whilst learning CISC, including embarrassment and aversion, which may not dissipate over time. However, psychological distress is not inevitable, and varies enormously between individuals. The nursing approach is vital, as individualised, empathic care is recognised and valued.

Relevance to clinical care

This study adds to an emerging body of knowledge providing an enhanced understanding of the lived experiences of patients learning CISC. Nurses need to be alerted to a range of potential emotional responses. This will facilitate the adoption of individualised teaching and learning strategies, designed to optimise the patient's assimilation of CISC into their lifestyle, promoting physical health, psychological wellbeing and independent living.

Identifying patients who may benefit, teaching CISC and offering appropriate, individualised support requires a comprehensive knowledge base and advanced nursing skills. In order to become competent and confident in this role, nurses need to receive specific educational preparation in addition to having a highly developed understanding of their own and others' emotional responses to intimate procedures

References:

- [1] Getliffe, K. (2003) Catheters and Catheterisation. In Promoting Continence: A Clinical and research resource. 2nd edition. (Getliffe, K. & Dolman, M. eds.) Bailliere Tindall. London, p.281-341
- [2] McConville, A. (2002) Patient's experiences of clean intermittent catheterisation. *Nursing Times Plus* (Supplement). Vol.98, No.4, p.55-56
- [3] Association for Continence Advice (2003) Intermittent self-catheterisation. *Nursing Times*. Vol.99, No.44, p.44-47
- [4] Lapidus, J., Diokno, A.C., Silber, S. & Lowe, B.S. (1972) Clean, intermittent catheterization in the treatment of urinary tract disease. *Journal of Urology*. Vol.107, p.458-461
- [5] NICE (2003) Infection Control. Prevention of healthcare-associated infection in primary and community care. Clinical Guideline 2. National Institute for Clinical Excellence. London.
- [6] NHS QIS (2004) Urinary Catheterisation & Catheter Care. Best Practice Statement. National Health Service. Quality Improvement Scotland. Edinburgh
- [7] SIGN (2004) Management of urinary incontinence in primary care. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Edinburgh.
- [8] Logan, K., Shaw, C., Webber, I., Broome, L. & Samuel, S. (2007) Patients' experiences of learning clean intermittent catheterisation: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 62 (1), p. 32-40
- [9] Morris, K. (1999) Tackling the taboo of urinary incontinence. *The Lancet*. Vol.353, Iss.9147, p.128
- [10] Pomfret, I. (1999) Catheter care. *Primary Health Care*. Vol.9, No.5, p.29-37
- [11] Doherty, W. (1999) Indications for and principles of, intermittent self-catheterization. *British Journal of Nursing*. Vol.8, Iss.2, p.73-79
- [12] Bakke, A., Irgens, L.M., Malt, U.F. & Hoisaeter, P.A. (1993) Clean intermittent catheterisation-performing abilities, aversive experiences and distress. *Paraplegia*. Vol.31, p.288-297
- [13] Bradley, J. (2000) The patient's experience of self-catheterisation. *Professional Nurse*. Vol.15, p.534-7
- [14] Haynes, S. (1994) Intermittent self-catheterisation-the key facts. *Professional Nurse Factsheet*. Nov, p.100-104
- [15] Wortman, C.B & Silver, R.C. (2001) The Myths of Coping With Loss Revisited In *Handbook of Bereavement Research. Consequences, Coping and Care*. (Stroebe, M., Hansson, R.O., Stroebe, W. & Schut, H. eds.) American Psychological Association. Washington DC. p. 405-429
- [16] Davis, P.S. (1997) Spinal cord injury and changes to body image. In *Altered Body Image. The Nurse's Role*. 2nd edition. (Salter, M. ed.) Bailliere Tindall London. p.267-285
- [17] Addison, R. (2001) Intermittent self-catheterisation. *Nursing Times* (Supplement) Vol.97, No.20, p.67-69
- [18] Walsh, M. & Ford, P. (1992) *Nursing Rituals. Research and Rational Actions*. Butterworth Heinemann. Manchester.
- [19] Williams, M. (2005) How do we teach Intermittent Self-Catheterization Using Touch Technique? *Rehabilitation Nursing*. Vol.30, Iss.5, p 171-172

12.

UTICAJ ERGONOMSKIH POMAGALA NA NASTANAK LUMBALNOG BOLNOG SINDROMA I PREVENTIVNE MERE ZA NJEGOVO SPREČAVANJE

Jadranka Stričević, jadranka.stricevic @ uni-mb.si

THE INFLUENCE OF ERGONOMIC AIDS ON THE OCCURRENCE OF LOW BACK PAIN SYNDROME AND PREVENTIVE MEASURES FOR ITS PREVENTION

Ph.D. Jadranka Stricevic, Faculty of Health Sciences, University of Maribor



BIOGRAFIJA – Jadranka Stričević

Dr Jadranka Stričević zaposlena je kao viši predavač na Fakultetu za zdravstvene nauke Univerziteta u Mariboru. Školovala se na Univerzitetu u Mariboru, na Fakultetu za organizacione nauke, gde je završila smer zdravstvenih univerzitetskih studija. Godine 2005. magistrirala je na FON Univerziteta u Mariboru i stekla naučno zvanje magistra nauka na području kadrovskog menadžmenta. Godine 2010. završila je doktorske studije na FON Univerziteta u Mariboru i stekla zvanje doktora nauka sa područja ergonomije.

Od 1996. godine zaposlena je kao predavač na Fakultetu za zdravstvenu neгу Univerziteta u Mariboru, na području zdravstvene neге deteta i odraslog bolesnika i predaje zdravstvenu bezbednost u posebnim uslovima. U svom pedagoškom radu vrši brojna mentorstva i komentorstva studentima u izradi diplomskih radova.

Aktivno saraduje na brojnim domaćim i stranim kongresima, simpozijumima i stručnim skupovima na području zdravstvene neге, medicine i ergonomije. Re-

zultate svog naučnog rada objavljuje u domaćim i stranim publikacijama i prezentuje na domaćim i međunarodnim kongresima.

Članica je: Društva univerzitetskih profesora UM, Komore zdravstvene neге Slovenije, Udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Slovenije, Slovenačkog društva za visokoškolsku didaktiku, Međunarodne zdravstvene organizacije za migracije (IOM-International organization of migration).

Njena bibliografija obuhvata dva izvorna naučna članka i 185 bibliografskih jedinica.

CURRICULUM VITAE – Dr. Jadranka Stricevic

Dr. Jadranka Stricevic works as senior lecturer at the Faculty of Health Sciences, University of Maribor. She studied at the University of Maribor, Faculty of Organizational Sciences (FOS), where she completed her studies at the health department. In 2005 she graduated at the FOS at the University of Maribor, and acquired the Master of Science in Staff Management. In 2010 year she completed PhD studies at the FOS -the University of Maribor and earned a Ph.D. in science in domain of ergonomics.

Since 1996 she has been employed as a lecturer at the Faculty of Health Sciences, University of Maribor in the domain of health care for children and adult patients and teaches medical safety in special circumstances. She is mentor and co-mentor for student's graduate these.

Actively participates in numerous national and international congresses, symposiums and conferences in the domain of health care, medicine and ergonomics. The results of her scientific work are published in national and international publications and presented at national and international congresses. She is a member of: Association of university professors of UM, Chamber of health care in Slovenia, Nurses and Midwives Association of Slovenia, Slovenian Society for Teaching in higher education, organizations, IOM International Organization of Migration.

Her bibliography includes two original scientific articles and 185 bibliographical items

THE INFLUENCE OF ERGONOMIC AIDS ON THE OCCURRENCE OF LOW BACK PAIN SYNDROME AND PREVENTIVE MEASURES FOR ITS PREVENTION

Ph.D. Jadranka Stricevic, Faculty of Health Sciences, University of Maribor

Abstract

Nursing staff members are being exposed to various biomechanical stressors during nursing care provision. Humanisation of working environment proves to be most effective in cases where spinal loads are reduced to a minimum.

To examine the prevalence of low back pain in nursing care provision staff members of UCC Maribor were involved in a cross-sectional survey. Working environment was examined together with manual weight lifting, awkward working postures and their risk to health. The purpose of the study was to expose factors that may lead to low back pain.

Results conducted that low back pain was connected to frequent manual weight lifting which was reported in majority in clinical departments and department for central sterilisation. Despite back problems nursing staff members did not report many cases of sick leave.

Keywords: nursing staff, working stressors, occupational back pain, humanisation of work

UTICAJ ERGONOMSKIH POMAGALA NA NASTANAK LUMBALNOG BOLNOG SINDROMA I PREVENTIVNE MERE ZA NJEGOVO SPREČAVANJE

Jadranka Stričević, jadranka.stricevic@uni-mb.si

Siže

Zdravstvena nega je fizički zahtevna i naporna delatnost i zbog toga medicinske sestre više obolevaju od mišično-skeletnih bolesti nego ljudi iz drugih profesija. Rukovanje bolesnicima i ostale aktivnosti ocenjujemo kao primarni faktor za pojavu bola u lumbalnom delu kičme.

Cilj

Da u bolničkoj sredini, među medicinskim sestrama, sveobuhvatno analiziramo uslove rada i njihov uticaj na apsentizam zbog poteškoća sa kičmom. Proučavali smo, koji činioci utiču na obolevanje kičme kod zaposlenih i koliko ergonomska pomagala smanjuju rizik od telesnih povreda na radu i olakšavaju svladavanje tereta.

U prve dve faze istraživanja smo zasnovali na kvantitativnoj analizi. Podatke smo sakupili pomoću dva strukturirana upitnika. Treća faza istraživanja predstavlja vizualno praćenje osoblja u radu pomoću metode OWAS¹ (APPR). U četvrtoj fazi istraživanja smo se usredsredili na bitne nedostatke u izvođenju ergonomskih pokreta pri zdravstvenoj nezi bolesnika i oblikovali tri standarde aktivnosti, zdravstvene njege, sa ergonomskim pomagalima, koje se ne upotrebljavaju često odnosno uopšte se ne upotrebljavaju.

Rezultati

Istraživanje je pokazalo, da medicinske sestre sa radnim stažom preko 18 godina, i dizanjem tereta iznad 10 kg težine više puta dnevno uz ne izvođenje preventivnih vežbi za jačanje kičme, daju statistički značajne pokazatelje problema sa kičmom. Metodom APPR smo kod 15 kritičnih položaja tela, sa upotrebom ergonomskih pomagala, zabeležili ukupno sniženje od 12.9 procenata, sa 20.6 na 7.7 procenata. Utvrdili smo da, zdravstveni radnici u bolnici, koji češće upotrebljavaju ergonomska pomagala, imaju statistički značajno manje problema sa kičmom, i ako je bila signifikantnost slaba.

Istraživanjem smo pokazali, da se upotrebom ergonomskih pomagala značajno smanjuju mehanička opterećenja kičme osoblja u zdravstvenoj nezi. Utvrdili smo, da se ergonomska pomagala, ako su na raspolaganju i upotrebljavaju. Zapažanje, da se zdravstveno osoblje u radu ne drži predviđenih tehnika, ne može važiti kao izgovor da organizacija ergonomske programa ne izvede. Ako merimo učinak izvođenja ergonomske programa sa finansijskog aspekta, onda naša očekivanja moraju biti usmerena dugoročno.

Ključne reči: ergonomska pomagala, zdravstvena nega, ergonomska načela, bol u kičmi, metoda OWAS (APPR)

UVOD

Rad u zdravstvenoj nezi zahteva zdrave pokrete, osećaje, spretnost. To takođe zahteva poznavanje bezbednog rukovanja sa teretom. Među razlozima da zaposleni u zdravstvenoj nezi imaju tako često probleme sa leđima je nekoliko :

¹OWAS – Ovako Working Posture Analysis System (метод за анализу постуралног положаја при раду-АППР). Autorzy: Karhu U, Kanssi P, Kourinka I (1986): Correcting working postures in industry. A practical method for analysis. Applied Ergonomics 8/1986, pp. 199-201. Opracowano wg: Koradecka D. (red.). Bezpieczenstwo Pracy i Ergonomia, tom 2. Wyd. CIOP Warszawa, 1997.

- Nedostatak znanja o metodama, tehnikama i primeni ergonomskih i tehničkih pomagala u podizanju i manipulaciji
- Veoma često na teškim odeljenjima za njegu, gde su pacijenti u IV kategoriji složenosti zdravstvene njege, nedostatak medicinskih sestara
- Takođe, imaju zdravstveni radnici pogrešan stav do dizanja tereta, jer žele rad obaviti što je brže moguće i ne razmišljaju o tome kako bi ga bezbedno uraditi
- Na mnogim odeljenjima nemaju dovoljno ergonomski - tehničkih sredstva, da se olakša dizanje ili nemaju standardizovane procedure za upotrebu
- Za vreme obrazovanja za profesiju premalo je naglašena potreba da profesionalci u svom radu vode računa, da ne oštete kičmu.

Obično su problemi sa leđima akutni, kratkoročne prirode, ali mogu da postanu hronični tokom vremena, naročito ako se ne uzima u obzir prevencija. Mnogo veći problem, međutim predstavlja bol koja je hroničnog karaktera odnosno se ponavlja i na kraju takođe zahteva operaciju. U Sloveniji, je bilo izračunato da u proteklih godinu dana, zbog takvih problema se izgubi skoro 3 miliona radnih dana i prosečno procenjeni troškovi zdravstvenog osiguranja za svaki tretman oko 1500 evra.

Tabela 1: Uticaj snaga na intervertebralne diskove u lumbalnom delu kičme u raznim pritiscima i položajima tela (porodično stablo i sar, 1995.)

Položaji tela	Vtečaj sila na intervertebralne diskove(N/cm ²)
Ravno držanje	860
Polagani hod	920
Savijanje tela na stranu za 20°	1140
Rotiranje tela za 45°	1140
Savijanje tela napred za 30°	1470
Uspravno držanje sa dizanjem tereta iznad 20 kg (10kg u svakoj ruci)	1220
Dizanje 20 kg tereta sa ravnim leđima i savijenim kolenima	2100
Savijanje tela napred za 30° z dizanjem tereta od 20kg	2400
Dizanje 20 kg sa savijenim leđima i ravnim kolenima	3270

Pretpostavljamo da korišćenje ergonomsko - tehničkih sredstava ne može dati optimalne rezultate, medicinske sestre nemaju potrebnih veštine i tako koriste za podešavanja pomagala i intervencije više vremena, nego što je potrebno.

U obrazovanju se ne bavimo ručnim tehnikama dizanja, pošto je pregled literature pokazao, da ona ne donosi dugoročni pozitivan efekat, nego samo produžuje incidenciju (Hignett, 2003). Opšte smernice međunarodnog istraživanja glase, da je za ručno podizanje tereta neophodno paziti, da se teret podigne sa korišćenjem nogu, sa savijenim kolenima i da ne savijamo preterano (Schibie et al, 2003). Kičma treba da zadrži fiziološke krivine i da bude stabilizovana putem kičmenih i trbušnih mišića. Rezultati, koliko može podneti tehnika dizanja da se smanji rizik od bolova u leđima nisu nikada precizno definisani(Schibie et al, 2003, Vriglei i dr, 2005.). Ispravne tehnike podizanja u oblasti zdravstvene njege u velikoj meri odražavaju praktičnost više nego naučne spoznaje. Kada se pojavi bol u radu, medicinska sestra ili medicinski tehničar pokušava da zadrži položaj tela koji izaziva najmanje teškoća.

Kičma podržava odnosno nosi gornji dio tela. Radi toga je celo vreme opterećena.. Medicinska nauka meri opterećenje kičme kroz pritisak, kojeg ostvaruje sila mase tela, držanje i spoljne sile od strane snage težine opterećenja (npr. dizanje) (Linton, 2001). Minimalno opterećenje kičme kad čovek leži iznosi 250 N na unutrašnjem intervertebralnom disku (Muftić, 2006). Najneverovatnije stvari koje medicinska istraživanja pokazuju da je pritisak na unutrašnji deo intervertebralnog diskova je tokom sedenja veći nego kada stoji.. Porast pritiska naraste, kada stojimo na 1000 N, čak i kada sedimo na 1750 N (Sušnik e tal, 1995).

U savijenom položaju medicinska sestra ili medicinski tehničara savije, lumbalnu kičmu, savije kukove i sa grudima učini zaokret kičme. Do 30 ° fleksije se kičma savija između lumbalnog pršljena. Fleksija iznad 30 ° je trećina u kičmi, i dve trećine u kukovima (Turčin, 2005). Kada podignemo teret rotacijom kukova i kičme segmenata lumbosakralne kičme, kolena savijemo ili ostanu izravnana.

OPTEREĆENJA U RADU KOD ZADATAKA MEDICINSKIH SESTARA I ZDRAVSTVENIH TEHNIČARA U TIMU ZA NEGOVANJE

Profesionalna povrede leđa u timu za negovanje mogu da nastanu po delovima koji zahtevaju fleksiju i rotacije kičme, brzu mišićnu kontrakciju paravertebralnih mišića, savijene poziciju u radu ili pogrešno podizanje tereta

(Berger, 2003). Najčešće povrede kičme su oslabljeni mišići leđa, labave ili slabi rezervni vezovi, oštećenja intervertebralnog diska i istrošeni zglobovi. Produženo sedenje, stajanje odnosno fleksija i hodaње sa opterećenjem utiču na pojavu deformacije u smislu kifoze kičme, skolioze ili spondiloza, ili deformantne spondilarthrosis (Sušnik et al, 1995). Oštećenje intervertebralnog diska u lumbalnom delu je glavna bolest lokomotornog aparata, kao rezultat fizičkog opterećenja (Turk, 2005). Bolesti lumbalne kičme i vratne kičme su najčešće u osoblja za njegovanje u zdravstvu, koji u radu držeći glavu napred ili nazad.

Medicinske sestre rade svoj posao najčešće u stojećem položaju, što znači veće opterećenje donjih ekstremiteta i povećana potrošnja energije u poređenju sa sedećim radnim mestom. Osoblje za negu se u stojećem položaju često sklanja u lumbalnom delu kičme, kukovima i čini okrete kičme. Vrlo često je prisilan položaj glave i vrata. U procesu rada se dešavaju izometrijsko mišićna opterećenja ramena, nadlaktice, podlaktice i prstiju ruku, kao i donjih ekstremiteta (Muftić, 2006).


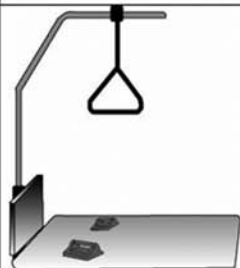

Stojeći položaj tela stvara statičko opterećenje. Kod dugotrajnog stojećeg položaja pojave se problemi sa cirkulacijom, jer krv zastaje u nogama i na taj način postoji otok i proširene vene (Sušnik et al, 1995). Stalan položaj tela izaziva opterećenje kičme i posturalnih mišića. Ako se radu u stojećem položaju pridruži i fleksija i teret povećaju se energetska i hemodinamijska opterećenja organizma i pritisak na intervertebralne diskove (Muftić, 2006). U početku nema patoloških promena, ali dugoročno ova situacija može preći u bolest.








Većina dužnosti tima za negu u zdravstvu je kombinacija lakog i teškog rada, poželjno je da je takva raspodela medicinskih sestara, koje ne dovodi do iscrpljenosti. Pod normalnim okolnostima, kada postoji dovoljno osoblja, kako bi se izbegao stalan stresa i posledica praznjenja se koriste rezerve u produktivnosti (Aikenat.al, 2000). Organizacija rada u kliničkim odeljenjima u bolnici pokušava da razmotri odnos između lakog i teškog posla, što je više moguće.



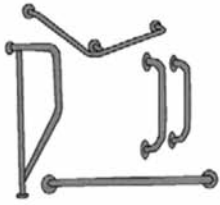
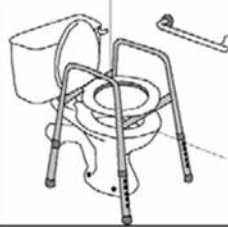
ERGONOMSKO TEHNIČKA POMAGALA ZA OLAKŠANJE RADA

Tabela 7 prikazuje tehničke ergonomske uređaje koji se obično koriste u zdravstvu, a pacijent i nacionalnim organizacijama i međunarodnim literaturi preporučuju za upotrebu (Engkvist et al, 1995; Knibbe in Friele, 1999; Zhuang et al, 1999; Owen et al, 2002; Roelands et al, 2002; OSHA, 2003; Santaguida et al, 2005).

Tabela : Lista preporučenih ergonomskim uređaja sa slikom

KREVET	UPOTREBA	OGANIČENJA	SLIKA
Mehansko dvižni krevet	Mogućnost nastavitve visine ležišča	Pacijent rabi pomoć osebe, ki bo mehanično (ročno) nastavila višino posteljo	
Električno nastavljiv krevet	Mogućnost nastavitve visine ležišča i različitih položaja ležanja, jer je krevet pregiban na više mesta pomoću elektromotornega upravljanja	/	
Krevetni trapez	Za lakše premešćanje i okretanje u krevetu	Ne morejo jih uporabljati osebe z dvojno amputacijo udov, paraplegijo, hemiplegijo, tetraplegijo, hudo oslabelostjo po težkih boleznih	
POMAGALA ZA PREMEŠČANJE			
Stropno dizalo	Mogućnost premešćanja pacijenta izkreveta na transportno sredstvo i obrnuto	Posebno pozornost je potrebno posvetiti pasovom, ki fiksirajo osebo na dvigalu	

Prostostoječe premično dizalo	Možnost premeščanja pacienta iz postelje na transportno sredstvo in obratno	Zagotoviti moramo varno in dobro fiksacijo, da pacient ne zdrsne iz pasov oz. se dvigalo ne premika ali prevrne.	
Podlaga za premeščanje	Možnost lažjega obračanja oz premeščanja pacienta	Podlago je treba namestiti pod pacienta, kjer je lahko potrebna pomoč sodelavca.	
Daska za premeščanje	Možnost lažjega premeščanja pacienta iz postelje na transportno sredstvo in obratno	Ni primerna za paciente, ki so podvrženi razjedi zaradi pritiska pri drsenju.	
Pas za premeščanje	Za zmanjšanje obremenitev hrbtenice in večjo varnost pri prostoročnem premeščanju pacienta.	Pas okoli pacienta mora biti dobro fiksiran, potrebna je pomoč sodelavca.	
Naslon na krevetu za lažše ustajanje	Možnost opore pri posedanju pacienta v postelji	Naslon na postelji ščiti pacienta pred padcem s postelje, zato je priporočeno, da je dvignjen ko pacient spi.	
Invalidski voz s naslonom za roke	Zagotavlja lažje premeščanje pacienta na invalidski voziček saj lahko stranico spustimo in pacienta nanj le povlečemo.	Zagotoviti je potrebno pravilno uravnoteženost vozička glede na velikost in težo pacienta	
POMAGALA ZA OSOBNU HIGIENU			
Posebna kad na visini kreveta	Možnost nastavitve višine pri kopianju pacienta, kad je običajno tudi mobilna, zato pacienta ne rabimo premeščati iz bolniške sobe.	Paziti moramo, da pacient ne zdrsne iz kadi in po uporabi moramo strokovno izvesti razkuževanje.	
Posebna kada za umivanje na krevetu	Cenejša alternativa posebni kadi na višini postelje. Še posebej uporabna je v primeru arhitektonskih pregrad, ki otežujejo premeščanje pacienta.	Paziti moramo, da pacient ne zdrsne iz kadi in po uporabi moramo strokovno izvesti razkuževanje.	

Dizalo za kopaonu/kadu	Možnost nastavitve višine pri kopanju pacijenta v kopalni kadi. Po kopanju lahko pacijenta dvignemo iz kopalne kadi in ga lažje posušimo in oblečemo.	Paziti moramo, da pacient ne pade iz dvižnega sedala, po potrebi ga moramo fiksirati z varnostnimi pasovi.	
Stol za kadu/tuš kabinu	Možnost varnejšega kopanja in tuširanja. Predstavlja cenejšo varianto od dvigala za kopalno kad.	Paziti moramo, da pacient ne pade s stola, po potrebi ga moramo fiksirati z varnostnimi pasovi.	
SANITARNA POMAGALA			
Invalidski voz sa klozetom	Možnost izločanja v bolniški sobi brez premeščanja na oddaljeno stranišče.	Pacientu moramo zagotoviti zasebnost.	
Držala u kopaoni i u klozetu	Pomoč pri posedanju in vstajanju pacijenta.	Držala je treba redno dezinficirati in poskrbeti, da niso spolzka oz. slabo pritrjena.	
Nastavek za klozetsku školjku	Namestitev za dvig višine običajne straniščno školjku na katero pacient sede pri izločanju.	Potrebujemo ga osebe z omejeno gibljivostjo v sklepah spodnjih udov zlasti kolkov.	
Sobni klozet	Bolniške sobe v nekaterih sodobnih bolnišnicah imajo lastno stranišče in tudi kopalnico.	Sobna stranišča so običajno manjša in pomembno je, da ni arhitektonskih pregrad	

Sobe u Univerzitetem kliničkom centru Maribor su arhitektonske barijere koje ometaju rad.

Arhitektonske barijere su među najvećim teškoćama u radu sa pacijentima, jer je kreveta u bolničkim sobama previše i neometan pristup do pacijentovog kreveta nije uvek moguć. Prepreke predstavljaju uske sobe, uski hodnici, koji su dalje ispunjeni sa raznim uređajima. Prenos pacijent je takođe povezan sa kretanjem kreveta u bolničkoj sobi, izbegavajući različite prepreke u hodniku i nepovoljne i oštre manevre za pristup i zdravstvenu negu

Novije jedinice ili novi standardi gradnje su poboljšani u smislu veličine soba i broja bolničkih kreveta, takođe imaju veoma široke hodnike, i dalje ostaju određene arhitektonske barijere, na primer, vrata preuska i uglavnom osiromašeno nedostupno toaleti za osobe sa invaliditetom. Mnoge aktivnosti u pokretu ili prevazilaženju opterećenja, kao što su premeštanje ležaja, su arhitektonski dobro dizajnirane ali u radnom okruženju retke ili uopšte nisu potrebne.

ZAKLJUČAK

U ovom radu smo pokazali da je korišćenje ergonomsko - tehničkih uređaja značajno smanjilo fizičku lokaciju kritičnih opterećenja i biomehanička opterećenja kičme osoblja. Okvir prikazuje finansijske kalkulacije troškova kupovine ergonomske opreme i uslužni program za osoblje u timovima za negu, na žalost, ne nudi kratkoročne pozitivne efekte. Tek posle nekoliko godina ulaganja počinje da biti isplativo. Konverzija interesa postoji, ako uključimo pozitivne efekte u psiho obliku zadovoljstva i dobrog zdravlja i blagostanja, ali oni nisu finansijski merljive.

Glavna prepreka za realizaciju programa ergonomski je svakako priznanje da se slovenačko zdravstvo ne ažurira dovoljno brzo. U mnogim opštim bolnicama u Sloveniji nema posebne službe koje su neophodne za unapređenje zdravstvene zaštite stanovništva u regionu

Modernizacija postojećih odjela ima prilično lošu opciju za izvođenje kod uprave bolnice i dobijanje finansijskih sredstava. Za ergonomsku modernizaciju u smislu humanizacije rada trebalo bi da pre svega da vlada obezbedi jasne smernice o tome kako bi trebalo da bude regulisano radno mesto i koji ergonomski i tehničkih uređaji su neophodni za rad medicinskih sestara u bolnici. Za radne zadatke gde postoji mogućnost povreda, poslodavac treba da bude primoran da sprovede mere za smanjenje rizika, prema vladinim preporukama.

Dizajnirani standardi negovanja su neophodni, da se intervencija sa ergonomskim pomagalom za rad sa pacijentima, uključe u dnevni program rada medicinskih sestara. Upotreba određenih ergonomskim tehničkih pomagala, može zauzeti malo duže vremena ali ne toliko da ne bi imalo smisla.

Interdisciplinarnost u zdravstvu proističe iz šire teorije organizacije i upravljanja sa naglaskom na faktore uvođenja promena u praksi. Timski rad u timu za negu sa izuzetkom organizacione kulture i praćenje kvaliteta medicinskih sestara da podstakne potrebu da se prilagode radnom mestu ergonomiji i humanizacijskih merama kroz obrazovanje, podizanje svesti i promenom stavova.

Bilo bi potrebno uložiti više napora u organizacione i ergonomske mere, odgovarajući medicinski nadzor osoblja, preventivne zdravstvene provere, koje mogu biti u ranim fazama priznavanja neželjenih efekata na radnom mestu i sposobnost za rad zaposlenih u i odmah preduzimanje odgovarajućih mera. Tek kada organizatori rada i ergonomi budu u stanju da se suoče sa problemima na poslu u timu i kada prisluhne i poslodavac, to će biti dobra osnova da se počne sa ergonomskim merama rešavati određeni problem:

- ponoviti posmatranje medicinskih sestara u toku radne smene sa istim ili bilo kojim drugim posmatranjem, elektronskom ili biomehaničkom metodom za upoređivanje rezultata,
- sprovođenje programa i longitudinalno merenja / praćenja efekata na zdravlje u radu,
- ažuriranje standarda u odnosu na tehničkim poboljšanjima u ergonomiji sa tehničkim pomagalima,
- jasne zakonske smernice, koje ce morati da sa zakonom utvrde najmanje alternativu korišćenju ergonomskih pomagala, ako nije moguće obezbediti radnu snagu,
- precizno definisanje povrede ili bolovanja u slučaju mišićno - skeletnih povreda, zbog bolje statistike i da se prati napredak, primena ergonomije u zdravstvenu negu,
- Sa osnovnim ergonomskim principima bi trebalo da bude sprečeno da staratelji ne postanu pacijenti.

OSNOVNA LITERATURA

- Anon. Health 21: The health for all polycy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No.6, 2001 godina..
- Aiken L, Havens D. S. & Sloane D. M. The magnet nursing services recognition program. A comparasion of two groups of magnet grups. American Journal of Nursing 2000, 100(3):26-36
- Balantič, Z., Človek – delo – učinek, Moderna organizacija, Kranj, 2000. godina
- Balantič, Z., Izziv dinamičnega sedenja, 21. znanstvena konferenca o razvoju organizacijskih ved, Portorož 2000, Moderna organizacija, Kranj, 2002. godina.
- Barraclough M. A Guide to Safer Employment: Cost Versus Risk. Cambridge: Simon&Schuster International Group, 1992:157.
- Bilban, M., Medicina dela, ZVD Zavod za varstvo pri delu, Ljubljana, 2005.godina.
- Cascio W. F. Costing Human Resources: The Financial Impact of Behavior in Organizations. Boston: PWS – Kent Publishing Company, 1991:320.
- Corlett N, Wilson J, Manecina I, The ergonomics of working postures, Taylor & Francis Ltd. - Taylor & Francis Inc, London and Philadelphia 1986.
- Cuming M. W.: The Theory and Practice of Personnel Management. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd, 1993: 469.
- Engkvist IL, Kjellberg A, Vigaeus Hjelem E, Ekenvall L. Risk factors for reported over-exertion back injuries among famale nursing personnel. Epidemiology, 2000:11:519-522.
- Goldman MR, Jarrard RK, Loomis S. Prioritizing back injury risk in hospital employees: application and comparison of different injury rates. JOEM 2000:24:645-652
- Leboeuf C, Kyvik KO, Bruun NH Low Back Pain and Lifestyle. Part II-Obesity Spine 1999; 24:779-784.
- Muftić, O. Biomehanička ergonomija, Fakultet strojarstva i brodogradnje, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2006. godina.
- Pirc V, Kuhar D. in Lorencin T. Program za zniževanje bolniških odsotnosti. Ljubljana .
- Podboj M. Nova ureditev varnosti in zdravja pri delu. Podjetnik, Ljubljana, 2000:78-81.
- Polajnar, A., in Verhovnik V. Oblikovanje dela in delovnih mest. Maribor: Fakulteta za strojništvo, 2000:198.
- Pope MH, Goh KL, Magnusson ML. Spine ergonomics. Annu Rev Biomed Eng 2002: 4:49-68.
- Pravilnik o varnosti in zdravju pri delu s slikovnim zaslonom, Uradni list RS, št. 30, 2000, 3720.
- Retsas A, Pinikahaba J. Manual handling activitis and injuries among nurses: an Australien hospital study.

J Advanced Nursing 2000:4:874-883.

- Strojnik V. Vadba za zaščito ledvenega dela hrbtenice. Fakulteta za šport; Inštitut za šport, Ljubljana, 2005.
- Stričević J, Balantič Z, Turk Z, Čelan D. Vpliv delovnih obremenitev medicinskih sester na humanizacijo njihovega dela = Influence of ergonomic conditions on work ability. V:
- Stričević, J., Balantič, Z., Turk, Z., Čelan, D.. Negativni pokazatelji zdravja kot posledica ergonomskih obremenitev na delovnem mestu medicinske sestre. V: Gazvoda T. (ur.). Zbornik referatov. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006:12.
- Stričević, J., Zdravstvena njega bolesnika sa kolostomom i ileostomom. V: Kalauz, S. (ur.).
- Stričević, J., Bioethich principals in nursing research. V: Biotechnology and public health: expectations, gains and costs: program & book of abstracts. Zagreb: European Observatory on Health Care System, 2002:129.
- Stričević, J., Multiparameter decision - making model of categorization. V: Mičetić-Turk D. (ur.), Kokol P. (ur.). 2nd International Summer School organized by University College of Nursing Studies University of Maribor and School of Nursing and Midwifery University of Sheffield, 28.06.-02.07.2004, Maribor, Slovenia. Nursing research focused on gerontological nursing research: proceedings. Maribor: University College of Nursing Studies, 2004:37.
- Sušnik, J., Ergonomska fiziologija, Radovljica, Didakta, 1992.
- Sušnik, J., Položaji in gibanje telesa pri delu (analiza efektornega sistema). Ljubljana: Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo v okviru zbirke Knjižnica UZZSV (št.1), 1987:302.
- Turk, Z., Utjecaj veličine intervertebralnoga diska na nastanak lumbalnog bolnog sindroma te preventivne mjere za njegovo sprečavanje. Doktorska disertacija, Medicinski fakultet, Zagreb, 1998. godina.
- Turk, Z., Socialnomedicinski vidiki bolečine v križu, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Rehabilitacija št. 3-4, letnik IV, 2005: 9-12.

13.

INTEGRACIJA TEORIJE IMOGENE M. KING SA PRAKSOM ZDRAVSTVENE NEGE

Metka Harih¹, Majda Pajnikihar²

Fakultet za zdravstvenu negu, Univerzitet u Mariboru

INTEGRATION OF THEORY IMOGENE M. KING WITH NURSING PRACTICE

Metka Harih¹, Majda Pajnikihar²

^{1,2} Institute of Nursing, University of Maribor



BIOGRAFIJA – Metka Harih

***N**a Fakultetu zdravstvenih nauka, Univerzitet u Mariboru, od 2009. godine asistent je za zdravstvenu negu. Nakon diplomiranja je radila kao diplomirana medicinska sestra u odeljenju za gerijatriju Univerzitetkog kliničkog centra Ljubljana. Svoje obrazovanje je nastavila na postdiplomskim specijalističkim studijama za područje gerontološke zdravstvene nege. U 2010. završila je master studije zdravstvene nege. Kao deo svog obrazovnog rada obavlja kliničku praksu na polju gerontološke i pedijatrijske zdravstvene nege i komentorstva za diplomski rad. U početku njena istraživanja bila su usmerena na teorije zdravstvene nege i komunikacije sa starima licima, a kasnije je počela istraživati na polju pedijatrijske zdravstvene nege i obrazovanja.*

INTEGRATION OF THEORY IMOGENE M. KING WITH NURSING PRACTICE

Metka Harih¹, Majda Pajnikihar²

^{1,2} Institute of Nursing, University of Maribor

Abstract

Theoretical background. A nurse has in process of treatment of an elderly person one of the main roles in providing return of health, recovery and independence as soon as possible. She carries out her work with all re-

sponsibility, she notes the assessment of needs in nursing care, planning in nursing care, implementing and evaluating in nursing care. Theories in nursing care provide contemporary guidelines to ensure that specific role. This paper presents the potential application of Imogene M. King's theory in practice at treatment of elderly person with diabetes. In the study we formulated potential model how we can use dynamical systems of Imogene M. King's theory as a theoretical frame in everyday's life of older people with diabetes.

Research methodology. Qualitative methodology and grounded theory (Glaser & Strauss, 1967) methodology has been used. The individual categories within the theoretical model provided the base for specific definition of concepts formulated in the model.

Results and conclusions. The presented method is an application of dynamic systems in the daily lives of older people with diabetes. Categories form the basis of concepts in the way of dealing with elderly people with diabetes. In practice, the theory Imogene M. King is underused. Nurses do not recognize the elements of this theory in the everyday practice of nursing care. The application of dynamical systems theory in the everyday's life of older people ensures the specific role of a nurse and also contributes to higher quality and humane treatment of elderly person with diabetes.

Key words: a nurse, nursing care, diabetes, an elderly person, the gap, theory of nursing care.

INTEGRACIJA TEORIJE IMOGENE M. KING SA PRAKSOM ZDRAVSTVENE NEGE

Metka Harih¹, Majda Pajnkihar²
Fakultet za zdravstvenu negu, Univerzitet u Mariboru

Siže

Teoretska izhodišta

Medicinska sestra ima u procesu obrade starijih lica jednu od glavnih uloga pri obezbeđivanju povratka zdravlja, oporavljanju i samostalnosti u najkraćem mogućem vremenu. Svoj rad obavlja odgovorno, proverava odluke o zdravstvenoj nezi, planira zdravstvenu negu i izvodi i određuje zdravstvenu negu. Teorije zdravstvene nege obezbeđuju savremene smernice za omogućavanje te specifične uloge. U ovom radu prikazana je mogućnost aplikacije teorije Imogene M. King u praksi pri obradi starijih lica koja imaju šećernu bolest. U istraživanju smo formulisali aplikativni model dinamičkih sistema teoretskog okvira Imogene M. King na primeru svakodnevnog života starijih lica koja imaju šećernu bolest.

Metodologija istraživanja

Uzeli smo kvalitativnu metodologiju rada i metoda utemeljene teorije (Glaser i Strauss, 1967). Pojedine kategorije unutar teoretskog modela su predstavljale osnovu za određivanje koncepta u okviru formulisano modela.

Rezultati i zaključci

Predstavljen je način aplikacije dinamičkih sistema u svakodnevnom životu starijih lica koja imaju šećernu bolest. Kategorije predstavljaju osnovu pojmova unutar načina koji obrađuje starije lica koje ima šećernu bolest. U praksi se teorija Imogene M. King premalo koristi. Medicinske sestre ne prepoznaju osnovne vrednosti te teorije u svakodnevnoj praksi zdravstvene nege. S aplikacijom dinamičkih sistema teorije u svakodnevnom životu starijih lica obezbeđujemo specifičnu ulogu medicinske sestre i istovremeno pripomažemo ka kvalitetnijoj i humanijoj obradi starijih lica koja imaju šećernu bolest.

Ključne reči: medicinska sestra, zdravstvena nega, šećerna bolest, starije lica, praznina, teorija zdravstvene nege.

UVOD

Poslednjih pet decenija medicinske sestre nastoje da sa istraživanjem razviju znanje koje obuhvataju teorije zdravstvene nege unutar naučne discipline. Naučna osnova i teorije zdravstvene nege moraju biti prikazani na način koji medicinske sestre u praksi mogu lako da razumeju i upotrebljavaju. Rezultati istraživanja su uslovljavali osnovu za nova naučna spoznanja o dimenzijama zdravstvene nege, s tim i novu ulogu medicinske sestre. Menjanje položaja zdravstvene nege u društvu je zahtevalo promenjen način razmišljanja i odgovornost medicinske sestre za razvoj zdravstvene nege (Pajnkihar, Stričević, Harih, 2010).

Zdravstvena nega se mora podupreti na tvrdo jezgro jedinstvenog znanja, kojeg uokviruju teorije zdravstvene nege za efikasno zadovoljavanje ukupnih potreba pojedinca i društva kojima je i namenjena i koje se stalno menjaju.

Teorija predstavlja organizovan, sistematski, empirijski i logičan pogled na znanje kojeg medicinske sestre trebaju za svakodnevnu praksu, obrazovanje i istraživanje (Pajnkihar, 2003; Pajnkihar, 2008).

Svrha ovog rada je prikazati moguću aplikaciju teoretskog modela teorije Imogene M. King u praksi s ciljem smanjiti prazninu između teorije i prakse zdravstvene nege i ujedno formulisati model dinamičkih sistema teoretskog okvira teorije na primeru svakodnevnog života starijih lica koja imaju šećernu bolest.

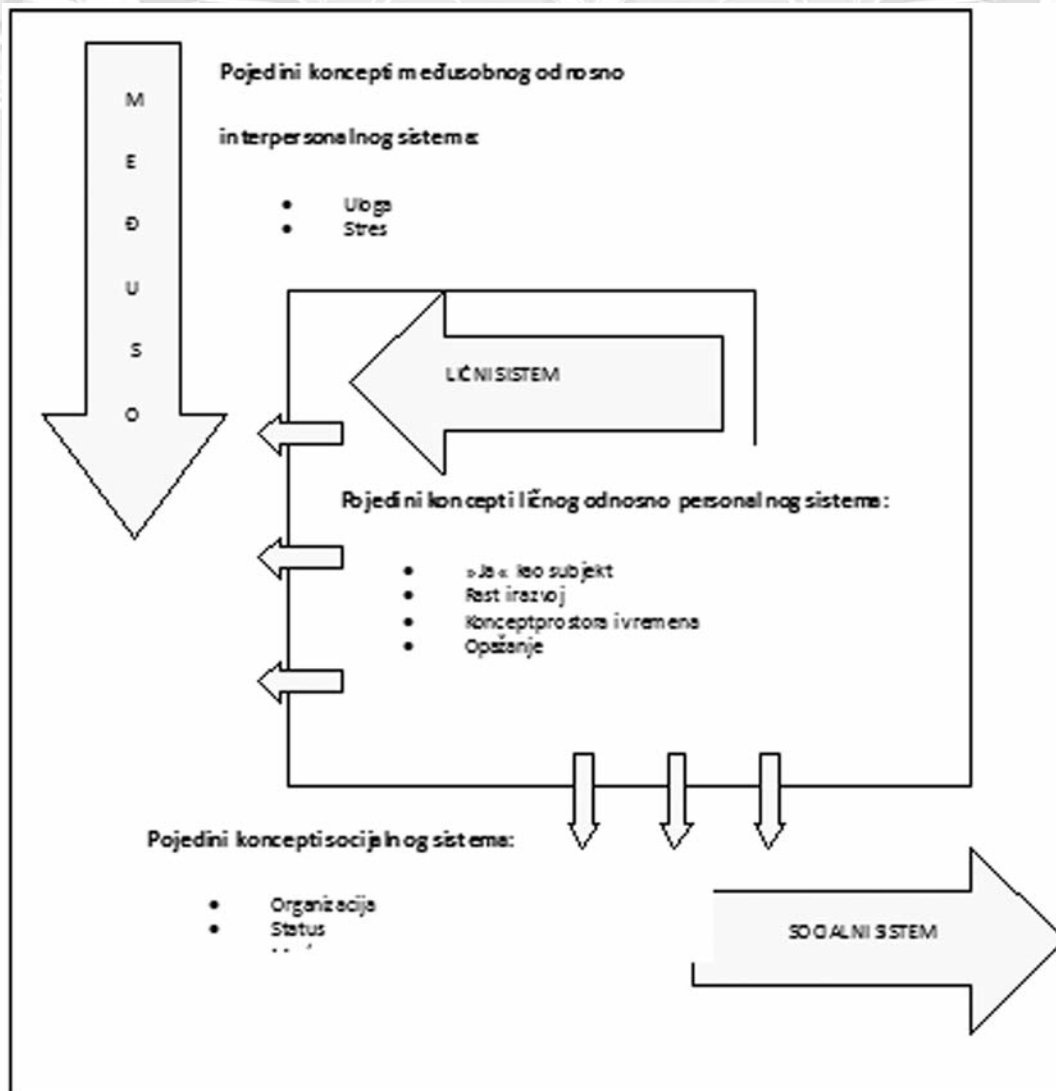
TEORIJA IMOGENE M. KING ODNOSNO TEORIJA INTERAKCIJA

Teorija zdravstvene nege Imogene M. King ima osnovu u dinamičkoj teoriji i predstavlja okvir s vezom bitnih koncepta za razumevanje zdravstvene nege. Zdravstvena nega je u okviru teorije predstavljena kao otvoren sistem različitih interakcija između medicinske sestre i pacijenta (King, 1981 citat po Pajnikihar, 1999).

DINAMIČKI SISTEMI U TEORIJI

U teoriji su predstavljena tri interaktivna sistema, koji su osnova u zdravstvenoj nezi: personalni, interpersonalni i socialni sistem (King, 1981).

Slika 1: Tri interaktivna međusobno zavisna sistema sa pojedinim konceptima



Izvor: King, 1981

Lični, odnosno personalni sistem

Pojedinac ne može biti razumljen kot ličnost, ako nisu poznati i ostali koncepti:

»Ja« kao subjekt: je u personalnom sistemu opisan kao kompleksna celina. Karakteristika »ja« je sastavljena iz misli i osećanja, koji obuhvataju svest pojedinca o individualnom postojanju i njegove prestave ko je i gde je.

Rast i razvoj: »Ja« je subjekt rasta i razvoja. Odražava promene čovekovog bića na nivou ćelije, molekule i promene znanja.

Vreme i prostor: Prostor je definisan kao redosled događaja i osećaja i kao jedinstveno iskustvo na putu svakog pojedinca. Prostor postoji u svim smerovima, je svuda jednak i definisan je sa fizičkim područjem: bolnica, porodica.

Opažanje: Opažanje je subjektivni način u kojem pojedinac opaža realnost i obrađuje je u zavisnosti od ličnih iskustava, razvoja ega i prirodnih karakteristika (King, 1981).

Međusobni, odnosno interpersonalni sistem

Obuhvata dve ili više osoba ili manje grupe ljudi, kao što je na primer porodica. Razumevanje interpersonalnog sistema zahteva znanje o sledećim konceptima:

Komunikacija predstavlja proces direktnog ili indirektnog prenosa informacija od jedne osobe ka drugoj i obratno. Verbalna i neverbalna komunikacija postoje na relaciji između medicinske sestre i pacijenta.

Interakcija je definisana kao ponašanje između dva ili više u isto vreme prisutnih osoba. Predstavlja proces osećaja i komunikacije između osoba i okoline kao i između dve osobe koje se kaže kao verbalno ili neverbalno ponašanje usmereno ka zajedničkom cilju.

Uloga znači očekivano ponašanje osobe u određenoj situaciji. Osoba ima u isto vreme više različnih uloga. Uloga medicinske sestre je definisana kao profesionalno delovanje, upotreba znanja i spretnosti, uzimanje u obzir vrednosti za određivanje ciljeva i pomoć drugima.

Stres je dinamička situacija, gde je osoba u interakciji s okolinom. Obuhvata razmenu energije i informacija između osobe i okoline.

Transakcija je proces interakcije u kojem ljudsko biće komunicira s okolinom za postizanje ciljeva koji imaju za njega vrednost in smisao (King, 1981).

Socijalni sistem

Socijalni sistem su šire grupe ljudi sa zajedničkim interesima: bolnice, škole ili društvo kao celina.

Vrednovanje zdravstvenog sistema kao društvenog sistema zahteva poznavanje različitih koncepta:

Organizacija obuhvata četiri parametra: ljudske vrednosti, prirodno okruženje, poslodavci i zaposleni. Organizaciju uspostavlja čovek, koji određuje položaj i uloge, i koristi resurse za dostizanje ličnih i organizacionih ciljeva.

Autoritet je aktivni uzajamni međusobni proces u organizaciji. Povezan je s položajem pojedinca, koji je odgovoran za proces rada, priznanja i sankcije.

Moć (vlast) predstavlja mogućnost za upotrebu organizacionih resursa za dostizanje ciljeva.

Status je položaj pojedinca u grupi ili grupe u odnosu do drugih grupa u organizaciji.

Odlučivanje i kontrola je dinamički i sistematičan proces, s kojim je omogućen ciljno usmeren izbor alternativa sa strane pojedinaca ili grupe i odgovara na pitanja za dostizanje cilja (King, 1981).

METODE

U istraživanju smo upotreбили kvalitativnu metodologiju istraživanja i metodu utemeljene teorije (Glaser, Strauss, 1967). Za interaktivno skupljanje i analizu podataka smo koristili nestrukturiran upitnik. Upitnik su starija lica ispunjavala u specijalističkoj internističkoj ambulanti Univerzitetskog kliničkog centra u Ljubljani (UKC LJ) u mesecu maju 2008. U istraživanju smo obuhvatili 30 starijih lica koji imaju šećernu bolest starih od 67 do 86 godina. Među anketiranim starijim licima je bilo 16 (53 %) muških i 14 (47 %) ženskih. Prosečna starost svih anketiranih lica je bila 74,6 godina. Anketirana lica muškog pola smo označili sa skraćenicom BŠB-M (bolesnik koji ima šećernu bolest – muškog pola), anketirana lica ženskog pola smo označili sa skraćenicom BŠB-Ž (bolesnik koja ima šećernu bolest – ženskog pola).

REZULTATI

Aplikacija različitih koncepta ličnog odnosno personalnog sistema teorije u život starijih lica koja imaju šećernu bolest

Starije lica koje ima šećernu bolest kao pojedinac

Promena načina života starijeg lica koje ima šećernu bolest

Po postavljanju dijagnoze šećerne bolesti je 22 starijih lica (73 %) potpuno promenilo život. Promena načina života starijeg lica koje ima šećernu bolest utiče na čitavo ponašanje pojedinca i ujedno predstavlja osnovu svih ostalih osnova modela.

Važna je promena života u smislu zdrave i redovne prehrane i svakodnevne telesne aktivnosti.

BŠB-M7 je zapisao: »Život mi se promenio na gore što obuhvata slabo u svakom pogledu! Nisam srećan i nikada više neću biti jer mi je lekar rekao da sam oboleo«.

Teskoba i strah pri postavljanju medicinske dijagnoze i drugačije prihvatanje slike o samom sebi

Neka starija lica navode osećaj razočaranja, drugi osećaje neprijatnosti, treći teskobu i strah. 21 staro lice (70 %) opisuje svoje osećaje sa negativizmom. 22 anketiranih lica (73 %) govori o strahu u smislu savlađivanja šećerne bolesti.

Starije lica koje ima šećernu bolest nakon postavljanja dijagnoze počne sebe često doživljavati drugačije (Ravnik - Oblak, 2000). 20 anketiranih lica (68 %) je počelo sebe prihvatati drugačije, 10 (32 %) je bilo takvih, koji nisu promenili pogled na samog sebe.

BŠB-Ž4 je zapisala: »Teško sam prihvatila činjenicu kada su mi prvi put rekli da imam šećernu bolest«.

BŠB-M6 je ponosno zapisao: »Već od samog početka otkad sam saznao da sam oboleo od šećerne bolesti prihvatam sebe vrlo pozitivno«.

Domicilna okolina u vremenu i prostoru

Uticaj okoline na starije lice koje ima šećernu bolest prikazuje objašnjenje bolesnika: »Nedavno smo se žena i ja posle više od trideset godina iz centra Ljubljane preselili nazad u rodno selo. Podilaze me osećaji straha jer sam svestan, da ne mogu u svakom trenutku do svojeg lekara, kao što sam naviknut, ako mi se nešto desi.«.

Dostizanje ciljeva u okviru samokontrole šećerne bolesti

20 (68 %) anketiranih ženskih i muških sebi samostalno ne reguliše količine potrebnog insulina. Među onih 10 (32 %) koji sami sebi regulišu količinu potrebnog insulina je polovina muških i polovina ženskih, među onima koji samostalno ne mogu regulisati odgovarajuće doze potrebnog insulina je 16 ženskih (52 %) i 5 muških (16 %).

Starije lice koje ima šećernu bolest najčešće samostalno samo ubrizgava već pripremljene jedinice insulina, pripremljene sa strane rođaka, retki su takvi koji mogu potpuno sami rukovati penkalom za ubrizgavanje insulina (Koselj, 2006).

Aplikacija koncepta međusobnog odnosno interpersonalnog sistema teorije u život starijeg lica koje ima šećernu bolest

Starije lice koje ima šećernu bolest i porodica

Uloga i prihvatanje u porodici

Velika većina (8) anketiranih starijih lica žive ili potpuno sami (27 %) ili sa partnerom koji je isto tako star (43 %). Retki su oni koji žive s decom u dvogeneracijskoj ili trogeneracijskoj porodici (20 %) a malo je takođe i onih kojima finansijske mogućnosti omogućavaju život u domu za stara lica (10 %).

BŠB-Ž6: »Živim potpuno sama. Strah me je bilo kad su me otpustili iz bolnice, kako će biti kod kuće, jer još uvek nisam savladala sve postupke nadzora krvnog šećera i ubrizgavanja insulina. Već treću nedelju me dva puta na dan obide patronažna medicinska sestra i vežbamo veštine koje moram da savladam«.

22 starija lica (73 %) misli da ih njihovi domaći zbog bolesti ne prihvataju drugačije. Oni koji misle drugačije su ženske (20 %).

BŠB-Ž2 kaže: »To se odražava tako, da su mi domaći više naklonjeni, daju mi utisak, da kod njih izazivam sažaljenje ili me opominju šta smem i šta ne«.

Strahovi i razumevanje strahova unutar porodice

Prisutni strahovi starijih lica i razumevanje unutar porodice imaju veliki značaj. Mada starija lica žive uglavnom sami ili s partnerom; i uprkos tome domaći u 73 % razumeju njihove strahove. Retki su oni koji nemaju nikakvih strahova (7 %).

Za pomoć ovladavanja svoje bolesti 19 starijih lica (63 %) moli svoje domaće odnosno najbliže a takođe i zdravstveno osoblje u domu za starija lica ako nemaju svoje domaće.

Poveravanje problema unutar porodice

Starija lica šećernu bolest ovlada lakše kada može svoje teškoće da poveri članovima porodice. Svoje probleme 23 starija lica (77 %) najradije poveri svojim domaćim. Puno puta su potpuno osamljeni i nemaju domaćih (7 %). Tada su prisiljeni da svoje probleme povere drugima: zdravstvenom osoblju u domu za starija lica.

Poštovanje ličnosti starijih lica koja imaju šećernu bolest

Za svako starije lice je veoma važno da očuva svoju ličnost i poštovanje u porodici. 22 starija lica (73 %) misli da ih njihovi domaći još uvek isto poštuju kao pre nego što su oboleli i da njihova reč još uvek znači isto. 6 ženskih (20 %) navodi da ih domaći prihvataju drugačije i da su izgubile aktivnu ulogu u porodici. Navode takođe da ih domaći ne poštuju isto kao pre i da njihova reč u porodici nema više nikakve vrednosti.

BŠB-Ž2: »Ne dopada mi se jer ponekad preteravaju i prema meni se ponašaju kao do malog deteta koje ne zna šta sme i šta ne sme«.

Aplikacija koncepta socijalnog sistema teorije u životu starijeg lica koje ima šećernu bolest

Starije lice koje ima šećernu bolest i društvo

Odnos starije lice – medicinska sestra u okviru zdravstvenog sistema

Medicinska sestra starijem licu osigurava aktivnu ulogu u zdravstvenoj obradi i vodi odgovarajuću terapeutsku komunikaciju (Ramovš, 2003). 27 starijih lica (90 %) odgovara, da su već od samog početka aktivno uključeni u zdravstvenu obradu. Medicinske sestre 24 anketiranim starijim licima (80 %) prisluhne sa najvećom merom empatije, uvažava njihove želje i očekivanja u okviru ovladavanja šećerne bolesti. 24 (80 %) starijih lica je već na samom početku s medicinskom sestrom postavilo zajedničke ciljeve koje žele u okviru obrade doseći.

BŠB-Ž11 pojašnjava: »Na početku obrade sam imala utisak, da su na mene zaboravili. Uskoro sam u Ljubljani potražila dijabetologa i medicinsku sestru koji mi još danas pomažu uspešno nadzirati šećernu bolest«.

Socijalni, imovinski i društveni status starijeg lica koje ima šećernu bolest

Čak 27 (90 %) anketiranih starijih lica koja imaju šećernu bolest misli, da su penzije preniske. 20 (67 %) anketiranih starijih lica nema dovoljno visoke penzije, da bi im finansijsko stanje omogućavalo zdrav način pre-

hrane, 8 (27 %) starijih lica kaže, da im visina penzije samo delimično omogućava prehranu u skladu s propisanom dijetom.

BŠB-Ž7: »Moja penzija je premala, da bi mogla živeti u skladu sa prepisanom dijetom. Svaki dan su skuplji voće i povrće. Jako skupo je i meso, koje mogu da jedem. Kupujem hranu znači u skladu sa svojim mogućnostima«.

Moć znanja o šećernoj bolesti

Uključivanje starijih lica koja imaju šećernu bolest u razna društva je nužno potrebno za ovladavanje šećerne bolesti. Svako starije lice koje ima šećernu bolest je svesno značaja znanja o bolesti, koje je važno za lični razvoj.

Važnost, ugled i uticaj starijih lica u društvu

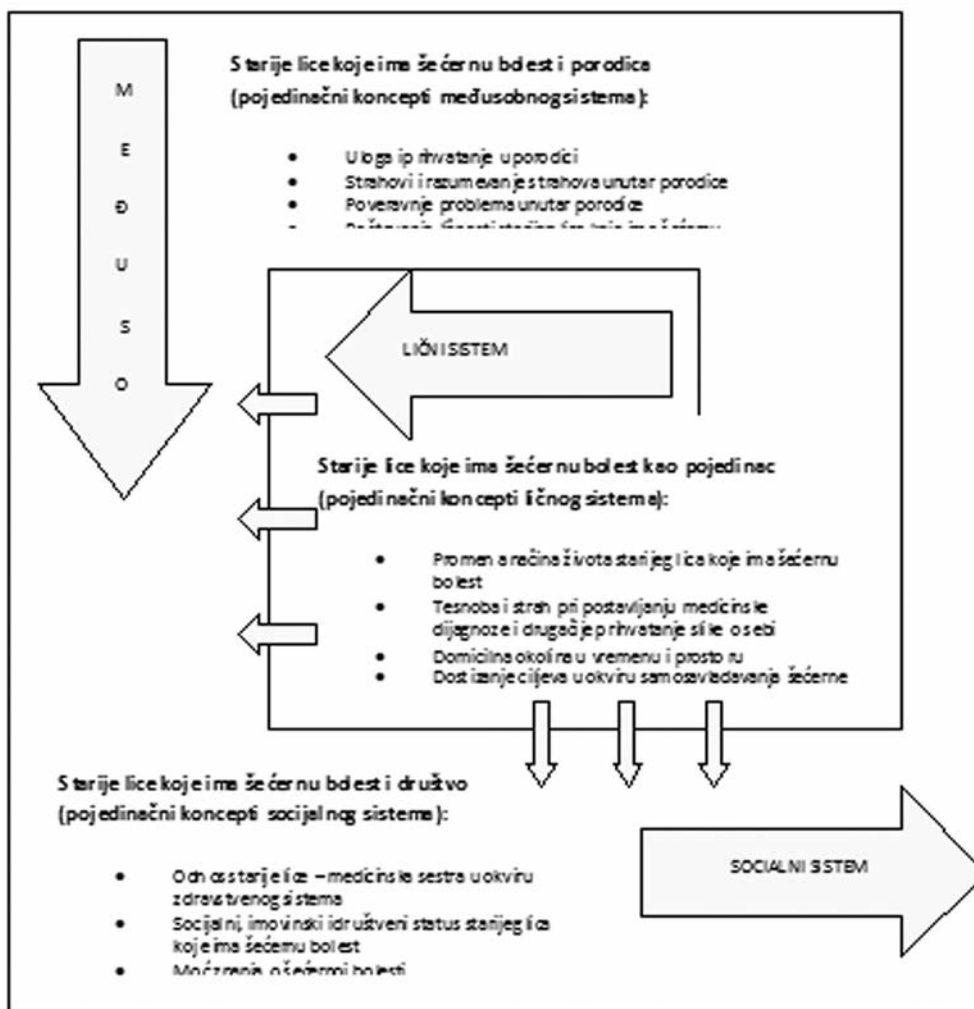
15 (50 %) anketiranih starijih lica se bez teškoća uključuje u društvene aktivnosti ostalih 15 (50 %) pa objašnjava o pojavi stigmatiziranosti, koje važi za starost i starija lica. Većina starijih lica je zadovoljnih sa načinom edukacije.

BŠB-Ž13 kaže: »Previše informacija sem dobila odjednom, proces edukacije bi morao biti duži«.

DISKUSIJA

U istraživanju smo formulisali model aplikacije dinamičkih sistema teoretskog okvira Imogene M. King na primeru svakodnevnog života starijih lica koja imaju šećernu bolest. Pojedinačni koncepti teoretskog okvira Imogene M. King so predstavljali osnovu za određivanje kategorija modela starijih lica koja imaju šećernu bolest. Model smo oblikovali u okviru tri sistema: personalni, interpersonalni i socijalni sistem. Kategorije unutar modela smo združili u model obrade starijih lica koja imaju šećernu bolest, koji predstavlja združivanje srodnih koncepta u okviru ličnog sistema – starije lice koje ima šećernu bolest kao pojedinac, međusobnog sistema – starije lice koje ima šećernu bolest i porodica i socijalnog sistema – starije lice koje ima šećernu bolest i društvo. Tri interaktivna i međusobno zavisna sistema se među sobom prepliću. Rezultat istraživanja je model aplikacije dinamičkih sistema u svakodnevnom životu starijih lica koja imaju šećernu bolest, koji je sastavljen na osnovu praktičnih činjenica.

Slika 2: Model starijeg lica koje ima šećernu bolest, njegova interakcija sa porodicom i društvom



ZAKLJUČAK

U procesu zdravstvene nege aktivno učestvuju tako medicinska sestra kao i bolesnik. Svako posezanje odnosno postupak, koji je kod bolesnika izveden bez uzajamne saradnje s medicinskom sestrom nije u skladu sa konceptom transakcije. Sistem garantovanja odgovarajućih međusobnih odnosa i uspešne terapijske komunikacije mora biti uključen u proces izvođenja zdravstvene nege (Pajnkihar, 2008). Takav odnos je garantovan samo tada, kada medicinska sestra celovito obrađuje bolesnika.

Celovit način obrade garantuje model obrade, kojeg smo formulisali na osnovu teorije, dinamičnih sistema Imogene M. King i obuhvata: dobro poznavanje starijih lica koja imaju šećernu bolest sa strane pojedinca, porodice kao i društva. Teorijski model je predstavljao osnovu za sastavljanje parcijalnog paradigmatškog modela.

Obrada starijih lica koja imaju šećernu bolest u tom okviru neka za medicinsku sestru predstavljala praktičan okvir i moguću aplikaciju teoretskog modela teorije Imogene M. King u praksi zdravstvene nege. Model garantuje izvođenje struke u okviru savremenih pristupa u zdravstvenoj nezi, uzimajući u obzir odstupanja starijih lica, ujedno predstavlja i prihvatljiv koncept dostizanja ciljeva, koje bolesnik zajedno s medicinskom sestrom postavi već na samom početku obrade. Takav pristup garantuje oblikovanje dobrih međusobnih odnosa, uspešnu terapijsku komunikaciju i celovitu obradu starijeg lica koje ima šećernu bolest.

Model obrade je omogućio opravdanu upotrebu teorije i s tim prikazao mogućnost aplikacije teorije Imogene M. King u proces obrade starijeg lica koje ima šećernu bolest i ujedno pokušaj smanjenja praznine između teorije i prakse zdravstvene nege.

LITERATURA

- Alexander, M., F.: Learning to nurse – Integrating theory and practice, New York, Churchill Livingstone, 1983.
- Benner, P.: From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice, Menlo Park, Addison – Wesley, 1984.
- Corlett, J.: The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory – practice gap in nurse education, Nurse Education Today, 2000; 20(6):499-505.
- Ekeberg, M.: Acquiring caring science knowledge – the importance of reflection for learning [Doctoral Thesis], Abo, Abo academy, Department of caring science, 2001.
- Glaser, B., G., Strauss, A., L.: The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. New York, Aldine de Gruyter, 1967: 21-2.
- King, I., M.: A theory for nursing: Systems, concepts, process. New York, John Wiley and Sons, 1981:10-132.
- Koselj, M.: Definicija, diagnoza, klasifikacija in epidemiologija sladkorne bolezni. U: Bohnec M., Klavs J., Tomažin Šporar M., Krašovec A., Žargaj B. (urednici), Sladkorna bolezen - priručnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike, Ljubljana, Samozaložba Birografika Bori; 2006:42-7.
- Landers, M., G.: The theory – practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. J Adv Nurs 2000; 32(6):1550-6.
- Pajnkihar, M.: Teoretične osnove zdravstvene nege, Maribor, Visoka zdravstvena šola, 1999:154-8.
- Pajnkihar, M.: Razvoj teorije za zdravstveno nego v Sloveniji. U: Skela-Savič B., Ramšak-Pajk J., Kaučič B., M. (urednici), Jaz in moja kariera: zbornik predavanj. Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego; 2008:139-48.
- Pilhammar Anderson, E.: Nursing student perspective of their education [Doctoral Thesis], Göteborg: Acta Universitatis Gothenburhiensis, Göteborg Studies in Educational Science 83, 1993.
- Ramovš, J.: Kakovostna starost, Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in SAZU, 2003:120-5.
- Ravnik Oblak, M.: Psihosocialni vidiki sladkorne bolezni. U: Tomažin Šporar M., Bohnec, M., Žargaj, B. (urednici), Zbornik predavanj 1. slovenskega endokrinološkega kongresa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije z mednarodno udeležbo, Ljubljana: Littera picta d.o.o., 2000: 252-5.
- Rolfe, G.: Closing the theory practice gap – A new paradigm for nursing, Oxford: Butterworth Heinemann Ltd, 1996.
- Rooke, L.: Nursing in theory and praxis, Arlöv: Almquist & Wiksell, 1991.
- Skanke Bjercknes, M., Torun Björk, I.: Clinical education – the use of diary as a tool for reflective learning, Studentlitteratur Lund, 1996.
- Wilkinson, G.: Psychological problems and psychiatric disorders in diabetes mellitus. U: Pickup, J., C., Williams, G. (urednici), Textbook of diabetes, Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1991:784-91.

14.

STAV PROFESIONALNIH SESTARA SRBIJE PREMA KONTINUIRANOJ EDUKACIJI

Dragan Šašić, direktor Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije

ATTITUDES OF PROFESSIONAL NURSES OF SERBIA TOWARDS CONTINUING EDUCATION

Dragan Sasic, Director of Serbian Chamber of Nurses and Health Technicians

BIOGRAFIJA – Dragan Šašić

*R*ođen je 1964. godine u Leskovcu, Srbija. Diplomirao na Višoj medicinskoj školi 1994, a na Visokoj zdravstvenoj školi „Milutin Milanković“ 2009. u Beogradu. Ima Bachelor nivo u sestrinskom obrazovanju. Od 1987. radi u Zdravstvenom centru u Leskovcu. Radio je u Urgentnom centru, odeljenju hirurgije, Službi hitne pomoći, Kućnoj nezi. Direktor je Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije od 2006. godine. Aktivan je u profesionalnoj asocijaciji od 1987, bio je član Izvršnog odbora Udruženja zdravstvenih radnika Srbije. Dobitnik je brojnih nagrada i pohvala od strane profesionalnih udruženja, 2005. Dobitnik je „Zlatnog srca“ – najveće nagrade zdravstva u Srbiji. Autor je mnogih naučnih i profesionalnih radova u oblasti Hitne službe i Menadžmenta u zdravstvu.

CURRICULUM VITAE – Dragan Sasic

*D*ragan Sasic was born in Leskovac, Serbia. Graduated from Higher Medical School in 1994 and Medical College „Milutin Milankovic“, Belgrade, 2009. Holds Bachelor degree in Nursing. Since 1987 employed in Medical Center in Leskovac. Worked in ER, surgery, emergency service and home care. Since November 2006. he is Director of Chamber of Nurses and Health Technicians of Serbia. Took active part in professional associations from 1987., was a member of Executive Board Within Association of Health Workers of Serbia. Recived a number of awards and merits from professional associations and in 2005. rewarded with „Golden Heart“- the highest medical award in nursing in the Republic og Serbia. Author of many scientific and professional works in the field of emergency and management in nursing.

STAV PROFESIONALNIH SESTARA SRBIJE PREMA KONTINUIRANOJ EDUKACIJI

Sažetak

Kontinuirana edukacija (KE) podrazumeva edukaciju ili obuku koja sledi posle dobijanja kvalifikovanog statusa u okviru struke, u kojoj se učestvuje s namerom davanja i razvijanja stručnosti, uvećavanja ili usavršavanja veština i znanja u vezi sa radom u zdravstvu.

Od 2009. godine, sa prvom akreditacijom Zdravstvenog saveta Srbije, na teritoriji RS počinje novi sistem KE, koji ima zakonsku obavezu za sve zdravstvene radnike na teritoriji RS. Za sam stav medicinskih sestara prema procesu KE od izuzetne su važnosti načela KE.

NAČELA KE:

- Dostupnost KE svim zdravstvenim radnicima.
- Uključivanje svih zdravstvenih radnika u KE.
- Jedinstvena medicinska doktrina koju imaju svi zdravstveni radnici.
- Naučna osnovanost i savremenost KE
- Slobodan izbor formi KE u zavisnosti od potreba zdravstvenih radnika.–Kategorizacija i vrednovanje formi KE korišćenjem bodovnog sistema.

Posle više od godinu dana sprovođenja procesa KE na teritoriji RS, sprovedeno je ispitivanje koje ima ista pitanja kao neke već objavljene studije(konkretno Jordan), a vezano za stavove medicinskih sestara prema procesu KE. Oblast zdravstvene nege postaje sve raznovrsnija zbog upotrebe napredne tehnologije. U Jordanu i Srbiji sistemi za pružanje zdravstvene nege spremno su prihvatili izazove da bi obezbedili znanja i veštine koji ispunjavaju zahteve društva i održavaju visok nivo kvaliteta zdravstvene nege. Verovanje da je osnovno sestrinsko obrazovanje dovoljno za ceo život, više nije prihvatljivo za profesiju. (Golup i Kelli, 2004).

Sprovedeno istraživanje ukazuje na razna poklapanja, ali i na razlike koje proističu od kulturoloških, demografskih i mnogih drugih faktora.

ATTITUDES OF PROFESSIONAL NURSES OF SERBIA TOWARDS CONTINUING EDUCATION

Dragan Sasic, Director of Serbian Chamber of Nurses and Health Tehnicians

Apstract

Continuing education (CE) means education or training that follows after receiving qualified status within the profession, in which participates with the intention of giving and development expertise, enlargement or development of skills and knowledge related to work in healthcare.

Since 2009, with the first accreditation by the Health Council of Serbia, in the Republic of Serbia starts a new system of continuing education which is a legal obligation for all health workers in the RS. At the very attitude of nurses towards the process of CE are of the most importance of the principles of CE.

Principles of continuing education:

- Availability to all health workers;
- Inclusion of all health workers in CE;
- Medical doctrine that has all health care workers,
- Scientific merits of contemporary CE;
- Free choice of the form CE depending on the needs of health workers ;
- Categorization and evaluation forms KE using the scoring system.

After more than a year of the implementation process in the RS, a research was conducted, which has the same issues as some already published studies (in particular Jordan) with respect to the attitudes of nurses towards the process of CE. Area of health care is becoming more diverse due to the use of advanced technology. In Jordan, Serbia and systems for providing medical care readily accepted the challenge to provide knowledge and skills that meet the demands of society and maintain a high level of quality of care. The belief that education is the primary affiliate, enough for life, is no longer acceptable to the profession. (Golup and Kelly 2004).

Conducted research shows that different matching and differences arising from cultural, demographic, and many other factors.

15.

OBRAZOVANJE MEDICINSKIH SESTARA PRIJE I NAKON ULASKA U EU

N. Prlić, R. Radić.

NURSING EDUCATION BEFORE AND AFTER ENTRY INTO THE EU

Nada Prlić

Medicinska škola Osijek

Email: nadaprlic@yahoo.com

OBRAZOVANJE I AKADEMSKI STUPNJEVI

Školovanje

Godine 2009. obranila doktorsku disertaciju sa naslovom „Kvaliteta života i resocijalizacija bolesnika poslije moždanog udara u Osječko-baranjskoj županiji, a 1990. završila poslijediplomski studij iz javnog zdravstva, Medicinski fakultet u Zagrebu i obranila magistarski rad s naslovom “Pretpostavke i značenje profesionalne autonomije sestrinstva”. Godine 1980. Filozofski fakultet – studij pedagogije, u Zagrebu, 1975. – Viša škola za medicinske sestre, Zagreb

Akademski stupnjevi

Godine 2007. – ponovni izbor u zvanje profesor savjetnik, Agencija za odgoj i obrazovanje i Ministarstva prosvjete i športa, 2004. – izbor u nastavno zvanje višeg predavača za predmet zdravstvena njega na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Osijeku, dodiplomski studij sestrinstva. Godine 2003. – izbor u nastavno zvanje naslovnog predavača za predmet zdravstvena njega na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Splitu, dodiplomski studij sestrinstva.

PROFESIONALNA KARIJERA

- 1992–2010. – Medicinska škola Osijek, ravnateljica.
- 2003–2010. – Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, viši predavač predmeta Osnove zdravstvene njege, Proces zdravstvene njege, Metode zdravstvenog odgoja i promocija zdravlja, Filozofija i etika zdravstvene njege.
- 2003–2006. – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, studij sestrinstva, predavač Osnove zdravstvene njege, Proces zdravstvene njege.
- 2002–2009. – Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, studij sestrinstva, viši predavač Osnove zdravstvene njege, Proces zdravstvene njege.
- 2007–2010. – Sveučilište u Zadru, Odjel za zdravstvene studije, viši predavač, Osnove zdravstvene njege, Proces zdravstvene njege.
- 2005–2008. – Visoka zdravstvena škola Mostar, studij sestrinstva, viši predavač Filozofija i etika zdravstvene njege.
- 1997–2001. – pročelnica studija sestrinstva u Osijeku (Visoka zdravstvena škola Zagreb) i predavač zdravstvene njege.
- 1991–1992. – Školski centar „R. Bošković” voditelj zdravstvenog usmjerenja (Rovinj), nastavnik
- 1980–1982, 1989–1991. – vanjski suradnik predavač zdravstvene njege i zdravstvenog odgoja na Višoj školi za medicinske sestre.
- 1976–1991. – Školski centar „R. Bošković” (zdravstveno usmjerenje), nastavnik.
- 1972–1976. – “Elektroslavonija”, medicinska sestra.
- 1967–1972. – Opća bolnica Osijek, medicinska sestra.

NURSE EDUCATION BEFORE AND AFTER ENTERING EU

N. Prlić, R. Radić.

Development of curriculum in nurse education has its history in Croatia as same as in the countries of EU, since 1921 until today. Different ways of development in EU countries has led to very colourful picture of basic nurse education, as same as in the entry level minimum age for the program of nurse education. Bologna Declaration tried to equalize form of education in Europe in general, and after that the Directive 2005/36/EZ enlisted nurse profession among seven regular professions in EU and sets the minimum of education in order to obtain a degree. Croatia that is supposed to become a part of EU needs to adjust its education system to this documents. According to Bologna Declaration nurse education has been separated into two cycles after secondary school, the first pre-diploma cycle that lasts for three years (180 ECTS) and diploma studies cycle which lasts two years (120 ECTS). There has also been reformed a secondary school system of nurse education, which has been divided into two years of general nurse education and three years of skilled education. Hours in last three years in secondary nurse education fulfills the requirements of the directive 2005/36. The proces of reformation is presently at the stage of forming of Croatian educational system that stands on the grounds of Croatian educational tradition, present capabilities of the society, health system and society needs, EU directions for qualification and international conditions that Croatia has accepted. The qualification requirements that should be accepted by 2012. are supposed to increase mobility and make ordinary people education easier.

OBRAZOVANJE MEDICINSKIH SESTARA PRIJE I NAKON ULASKA U EU

Sažetak

Razvoj kurikuluma i okvira u obrazovanju sestara ima svoju povijest kako u zemljama EU tako i u Hrvatskoj, od 1921. godine do danas. Različiti smjerovi razvoja u zemljama EU doveli su do današnje vrlo šarolike slike u duljini osnovnog obrazovanja za medicinske sestre, kao i u minimalnom broju godina starosti za ulaz u sustav obrazovanja medicinskih sestara. Bolonjska deklaracija 1999. godine pokušava ujednačiti sustav obrazovanja u europskom prostoru, a nakon toga Direktiva 2005/36/EZ svrstava profesiju medicinskih sestara u jednu od sedam reguliranih profesija u EU i regulira minimalne obrazovne uvjete za zvanje. Hrvatska kao zemlja koja uskoro treba postati članicom EU dužna je svoje obrazovanje prilagoditi navedenim dokumentima. U skladu s Bolonjskom deklaracijom uvelo se obrazovanje medicinskih sestara u dva ciklusa nakon završene srednje škole, i to preddiplomski studij u trajanju od tri godine (180 ECTS) i diplomski studij u trajanju od dvije godine (120 ECTS). Također se izvršila reforma obrazovanja medicinskih sestara u srednjim medicinskim školama čime se uveo petogodišnji program na dvogodišnjeg općeg i trogodišnjeg stručnog obrazovanja. Satnica zadnje tri godine u srednjoškolskom programu ispunjava uvjete Direktive 2005/36. Ovaj proces reformiranja sustava je trenutno u fazi stvaranja hrvatskog obrazovnog okvira koji se temelji na hrvatskim obrazovnim tradicijama, sadašnjem stanju i razvoju društva,

potrebama zdravstva, pojedinaca i društva, odrednicama europskog kvalifikacijskog okvira te međunarodnim propisima koje Hrvatska prihvatila. Kvalifikacijski okviri koji bi na europskoj razini trebali biti gotovi do 2012. godine imaju za cilj povećati pokretljivost i olakšati cjeloživotno učenje građana.

16.

NURSING AND MIDWIFERY IN THE SERBIAN REPUBLIC

Zivana Vukovic Kostic, National Coordinator for the nursing and midwifery Serbian Republic

SESTRINSTVO I PORODILJSTVO U REPUBLICI SRPSKOJ

Živana Vuković-Kostić, Nacionalna koordinatorka za sestrinstvo i porodiljstvo Republike Srpske



BIOGRAFIJA – Živana Vuković-Kostić

Diplomirana medicinska sestra Živana Vuković-Kostić, Nacionalna koordinatorka za sestrinstvo i porodiljstvo Republike Srpske. Pohađa postdiplomske studije na Univerzitetu u Sarajevu, Fakultet zdravstvenih studija, odsjek Lična i porodična zaštita i njega. Ima 27 godina radnog iskustva koje je stekla radeći u oblastima primarne sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Angažovana u projektu Politika primarne zdravstvene zaštite na Balkanu, učestvovala u kreiranju politike razvoja sestrinstva i porodiljstva Republike Srpske i Projekat implementacije porodične medicine u BiH.

Član je profesionalnih udruženja u Republici Srpskoj, ENDA i udruženja javnog zdravlja. Učešće na međunarodnim konferencijama i seminarima su bili razlog kraćih boravaka u gradovima i zemljama (zemlje bivše SFRJ), Južno Afrička Republika, Finska i Malta.

Učestvovala na kongesu ENDA-e oktobra 2009 godine sa radom pod nazivom: "Nursing and Midwifery Action Plan in the Republic of Srpska – Bosnia and Herzegovina"

Publikovani naučni radovi u časopisima koji prate relevantnu bazu podataka (Sestra 21 vijeka, Zdravstvena njega kod Atopijskog dermatitisa, Mobing, Sestrinstvo nekad i sad itd.) Uređivala informativni časopis Udruženja medicinskih sestara i tehničara regije Banja Luka. Član naučno-stručnog odbora Simpozijuma UMSIT-a regije Banja Luka.

CURRICULUM VITAE – Zivana Vukovic-Kostic

Graduated nurse Živana Vukovic-Kostic, National Coordinator for the nursing and midwifery Serbian Republic. Post-graduate student at the University of Sarajevo, Faculty of Health Studies, Department of Personal and Family care and protection. Has 27 years of experience that gained working in the area of primary secondary and tertiary health care. Engaged in the project of primary health care policy in the Balkans, participated in policy development on nursing and maternity of Serbian and project implementation of family medicine in Bosnia.

Member of the of professional associations in the Republic of Serbian, ENDA and the Association of Public Health. Participation in international conferences and seminars were the reason for short visits to cities and countries (former Yugoslavia), South Africa, Finland and Malta.

Participated in Congress ENDA-e October 2009 with the work titled: "Nursing and Midwifery Action Plan in the Republic of Serbian - Bosnia and Herzegovina"

Published scientific papers in journals covering relevant database (Nurse 21 century, medical care for atopic dermatitis, Mobbing, Nursing then and now, etc..) editor of news magazine of the Association of Nurses and Technicians of the Banja Luka region. Member of the scientific expert committee of the Symposium UMSIT a region of Banja Luka.

NURSING AND MIDWIFERY IN THE SERBIAN REPUBLIC

Zivana Vukovic Kostic, National Coordinator for the nursing and midwifery Serbian Republic

Apsatract

Traditionally, professional nurses and midwives were subordinated to medicine and as such did not develop their potential to the levels required by modern systems of health care. Education of nurses and doctors conducted pri-

marily sisters education to work as assistants to doctors. In their education, more attention is paid to learning about the disease and the technical tasks rather than knowledge of nursing interventions intended for health promotion and disease prevention, care patients, and care for the disabled and dying people.

In the period after the war in the Republic of Srpska been active many international organizations. Some of them have focused on nursing and midwifery. With the exception of material that the World Health Organization has developed to educate nurses and midwives (WHO Learning Materials on Nursing - LEMON) program and additional training (PAT), other projects were short-term training courses so that their viability is not achieved. The sisters were able to achieve individual progress, but there was no significant overall progress in the practice or the status of nursing and maternity. Occasionally, projects are trying to deal with structural issues such as the need for standardized curricula, but sustainability is not achieved due to insufficient monitoring, lack of capacity and insufficient political and donor support. There is urgent need for adequately funded and sustainable strategic commitments.

In the Republic of Serbian currently there are no laws regulating the entry into the profession of nursing and maternity job description nurses and midwives, standrad nursing practice, competence of nurses and midwives, as well as professional ethics. Mechanisms to protect users are weak. Many nurses and midwives do not have the competencies necessary for functioning in modern health care systems, which is mainly due to limitations of the education system.

It is necessary to introduce significant improvements in the education system of nurses and midwives at all levels (secondary school, academic education, postgraduate studies, postgraduate specialization and continuing education) to prepare nurses and midwives to effectively respond to the needs of patients and the entire population.

Role of nurses and midwives are not sufficiently well defined and does not correspond to the needs of health care.

There are no official or legally binding standards for nursing practice and education of nurses in the Republic of Srpska.

Key words: nurses, midwives, education, role, practice

SESTRINSTVO I PORODILJSTVO U REPUBLICI SRPSKOJ

Živana Vuković-Kostić, Nacionalna koordinatorica za sestrinstvo i porodiljstvo Republike Srpske

Sažetak

Tradicionalno, profesije sestre i babice su bile podređene medicini i kao takve nisu razvijale vlastiti potencijal do razine koje zahtijevaju moderni sistemi zdravstvene zaštite. Edukaciju medicinskih sestara primarno provode doktori a sestre se edukuju da bi radile kao asistenti doktorima. U njihovom obrazovanju, više pažnje se poklanja učenju o oboljenjima i tehničkim zadacima nego znanju o sestrijskim intervencijama namijenjenim promociji zdravlja i prevenciji bolesti, njezi bolesnika, te njezi lica sa posebnim potrebama i umirućim osobama.

U periodu nakon rata su u Republici Srpskoj bile aktivne mnoge međunarodne organizacije. Neke od njih su se fokusirale na sestrinstvo i porodiljstvo. Sa izuzetkom materijala koji je Svjetska zdravstvena organizacija razvila za edukaciju medicinskih sestara i babica (WHO Learning Materials on Nursing - LEMON) i programa dodatne edukacije (PAT), ostali projekti su bili kratkotrajni trening tečajevi tako da nije postignuta njihova održivost.

Sestre su postizale individualni napredak ali nije došlo do značajnog sveukupnog napretka u praksi ili u statusu sestrinstva i porodiljstva. Povremeno su projekti pokušavali da se bave strukturnim pitanjima kao što su potreba za standardizovanim nastavnim planovima i programima ali održivost nije postignuta zbog nedovoljnog praćenja, nedovoljnog kapaciteta te nedovoljne političke ili donatorske podrške. Postoji neodloživa potreba za pri-mjereno finansiranim i održivim strateškim opredjeljenjima.

U Republici Srpskoj trenutno ne postoje zakoni kojima se reguliše ulaz u profesiju sestrinstva i porodiljstva, opis poslova sestre i babice, standrad Sestrinsko prakse, kompetencije sestara i babica, kao ni profesionalni kodeks. Mehanizmi za zaštitu korisnika su slabi. Mnoge sestre i babice nemaju kompetencije potrebne za funkcionisanje u modernim sistemima zdravstvene zaštite, što je uglavnom posljedica ograničenja sistema obrazovanja.

Neophodno je uvesti značajna poboljšanja u sistem obrazovanja sestara i babica na svim nivoima (srednja škola, akademsko školovanje, postdiplomske studije, postdiplomska specijalizacija i kontinuirana edukacija) kako bi se sestre i babice pripremile sa efikasnije odgovore na potrebe pacijenata i cijele populacije.

Uloge sestara i babica nisu dovoljno dobro definisane i ne odgovaraju u potpunosti potrebama zdravstvene zaštite.

Ne postoje službeni ili zakonski obavezujući standardi za sestrijsku praksu ili edukaciju sestara u Republici Srpska.

Ključne riječi: sestre, babice, edukacija, uloga,

Tradicionalno, profesije sestre i babice su bile podređene medicini i kao takve nisu bile u stanju da razviju vlastiti potencijal do nivoa koji zahtijevaju moderni sistemi zdravstvene zaštite. Edukaciju sestara primarno provode doktori a sestre se edukuju da bi radile kao asistenti doktorima tako da se više pažnje poklanja učenju o oboljenjima i tehničkim zadacima nego znanju o sestričkim intervencijama namijenjenim promociji zdravlja i prevenciji bolesti te znanja potrebnih za brigu o bolesnim osobama, osobama sa invaliditetom ili onesposobljenim i umirućim osobama.(1)

Neki od izazova sa kojima se suočavaju medicinske sestre i babice u Republici Srpskoj su:

Odsustvo zakonskog okvira za regulisanje ulaza u profesiju, obim prakse, standarda za praksu i edukaciju, stalno održavanje kompetencija i profesionalno ponašanje;

Slabo definisane uloge i funkcije;

Odsustvo kvalifikovanih sestara edukatora;

Neadekvatna osnovna edukacija i oskudne mogućnosti za postdiplomsku i kontinuiranu edukaciju;

Odsustvo kurseva i treninga kojima se obezbjeđuje certifikat za važne specijalnosti kao što su sestra u urgentnoj medicini, sestra u pedijatriji, sestra u oblasti mentalnog zdravlja, sestra u intenzivnoj njezi, sestra u palijativnoj njezi ili sestra u medicini rada;

Ograničene mogućnosti za profesionalno napredovanje ili razvoj karijere;

Minimalan uticaj u procesu nastanka zdravstvene politike.

Ne postoje specijalizovane postdiplomske studije u oblasti sestrinstva i porodiljstva kao ni prilike da se nauči metodologija istraživanja tako da i ne postoji baza istraživačkog rada u oblasti sestrinstva.

U Republici Srpskoj funkcioniše Savez medicinskih sestara i tehničara ali nije osnovana komora koja bi uspostavila standarde za praksu i edukaciju i regulisala profesionalno ponašanje. Sestrinski sindikat ne pregovara o primanjima sestara, beneficijama i uslovima rada

Savez medicinskih sestara i tehničara broji oko 4500 medicinskih sestara i tehničara, koji kontinuirano unatrag 9 godina organizuju stručna okupljanja, simpozijume, kongrese, kontinuiranu sestričnu edukaciju.

Na raspolaganju je samo manji broj modernih udžbenika na srpskom jeziku a nema profesionalnog časopisa medicinskih sestara. Ono što je možda najvažnije od svega medicinske sestre ne kontrolišu vlastitu sudbinu.

Projekti međunarodne pomoći

U periodu nakon rata su u Republici Srpskoj bile aktivne mnoge međunarodne organizacije. Neke od njih su se fokusirale na sestrinstvo i porodiljstvo. Sa izuzetkom materijala koji je Svjetska zdravstvena organizacija razvila za edukaciju medicinskih sestara i babica (WHO Learning Materials on Nursing - LEMON) i programa dodatne edukacije (PAT), ostali projekti su bili kratkotrajni trening tečajevi tako da nije postignuta njihova održivost.(2,3)

Sestre su postizale individualni napredak ali nije došlo do značajnog sveukupnog napretka u praksi ili u statusu sestrinstva i porodiljstva. Povremeno su projekti pokušavali da se bave strukturnim pitanjima kao što su potreba za standardiziranim nastavnim planovima i programima ali održivost nije postignuta zbog nedovoljnog praćenja, nedovoljnog kapaciteta te nedovoljne političke ili donatorske potpore. Postoji neodgodiva potreba za primjereno financiranim i održivim strateškim opredjeljenjima.

Edukacija u oblasti sestrinstva i porodiljstva

Neophodno je uvesti značajna poboljšanja u sistem obrazovanja sestara i babica na svim nivoima (srednja škola, akademsko školovanje, postdiplomske studije, postdiplomska specijalizacija i kontinuirana edukacija) kako bi se sestre i babice pripremile djelotvornije odgovore na potrebe pacijenata i cijele populacije.

Nastavni planovi i programi se često određuju na lokalnom nivou. Uticaj stručnjaka iz prakse na izradu nastavnih planova i programa je minimalan.

Sadržaj nastavnih planova i programa treba ažurirati u svjetlu efikasnije prakse iz zdravstvene njege i preorijentisati u pravcu sestrinstva i porodiljstva.

Najveći dio edukacije sestara i babica provode nastavnici koji su kvalifikovani kao doktori medicine. Uloga sestre u procesu edukacije je ograničena na minimum kliničke prakse. Neophodno je modernizovati pedagoške metode kako bi se uveli efikasniji i ka studentu orijentisovani pristupi poučavanju.

Trenutno, sestre moraju ići u inostranstvo kako bi dobile željeni nivo znanja, magistarski ili doktorski nivo i kako bi postale kvalifikovani predavači.

Sestrama koje predstavljaju veći dio radne snage u zdravstvu, manjkaju resursi za provođenje kontinuiranog učenja.

Edukacija sestara je u nadležnosti Ministarstva prosvjete i kulture i nije dovoljno harmonizovana sa potrebama zdravstvenog sektora.

U Republici Srpskoj postoji deset (10) srednjih medicinskih škola, četiri (4) trogodišnje visoke škole i dvije (2) čet-

vorogodišnje visoke škole. Nezvaničan broj đaka upisanih u srednje škole je 1600 sa prosječnim brojem od 600 maturanata godišnje. Više od 300 studenata je upisano na Sestrinsko programe na visokim školama.

Prema podacima Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite, u 2009. g. zdravstvenim ustanovama Republike Srpske bilo 5.863 zaposlene medicinske sestre. Na temelju studije o ponudi i potražnji ove profesije zaključuje se da je sadašnja produkcija dva do tri puta veća od potrebnog broja zbog napuštanja profesije na godišnjoj osnovi. Rezultat je stopa nezaposlenosti od 28 posto u svim sektorima.

Nedavni podaci također pokazuju da 1080 medicinskih sestara rade u uspostavljenim timovima obiteljske medicine. Više od 80 posto ovih sestara je završilo dodatnu edukaciju iz porodične medicine.

Praksa u oblasti sestrinstva i porodiljstva

Uloge sestara i babica nisu dovoljno dobro definisane i ne odgovaraju u potpunosti potrebama zdravstvene zaštite. Ne postoji zakonska definicija prakse sestara ili babica kao ni obim odgovornosti. Sestre i babice provode najveći dio svog radnog vremena na poslovima administracije a ne u direktnoj njezi pacijenata. Sestre provode i manje vremena radeći na promociji zdravlja i prevenciji bolesti. Ne postoje sveobuhvatne usluge sestre u zajednici čak i ako postoji veliki broj osoba sa mentalnim ili fizičkim onesposobljenjem, traumatizovanih osoba kao i sve veći broj osoba starijih od 65 godina.

Kako bi zadovoljila zdravstvene potrebe ljudi, uloga sestre treba da uključi sljedeće elemente:

Procjenu zdravstvenih potreba zajednice, porodica i pojedinaca

Motivisanje i informisanje građana kako bi oni preuzeli aktivnu ulogu u očuvanju svog zdravlja i promociji zdravlja – edukacija pojedinaca, porodica i grupa kako bi identifikovali vlastite potrebe.

U toku je reforma sistema primarne zdravstvene zaštite koja se zasniva na modelu porodične medicine. Tim porodične medicine čine jedan doktor i dvije medicinske sestre. Pravilnikom o dodatnoj edukaciji iz porodične medicine uređen je način sticanja dodatnih znanja i vještina u ovoj oblasti za doktore i medicinske sestre.

Kvalitet i kontinuitet zdravstvene zaštite je takođe narušen nedovoljno dobrom komunikacijom između primarnog i ostalih nivoa zdravstvene zaštite (posebno bolnica i domova zdravlja). Potrebni su bolji sistemi, uključujući novu dokumentaciju, za obezbjeđenje kontinuiteta između sestara i babica u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti za pacijente koji se otpuštaju iz bolnica.

Literatura:

- [1] Plan ljudskih resursa Republike Srpske – Sistem zdravstvene zaštite. David Cochrane, 2006.
- [2] European Union Standards for Nursing and Midwifery: Information for Accession Countries. WHO 2001
- [3] Developing Global Standards for Initial Nursing and Midwifery Education. Interim Report of the Proceedings, Bangkok, Thailand. WHO and Sigma Theta Tau Honor Society of Nursing, December 2006
- [4] World Health Organization, Regional Office for Europe. Munich Declaration: Nurses and midwives:

17.

EDUCATION OF NURSES, ACQUIRED COMPETENCE AND PLACE IN THE HEALTH CARE SYSTEM: PROBLEMS AND CHALLENGES IN SERBIA OBRAZOVANJE SESTARA, STEČENE KOMPETENCIJE I MESTO U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE: PROBLEMI I IZAZOVI U SRBIJI

Doc. dr sc. med. Dragana MILUTINOVIĆ¹

¹Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet; Katedra za zdravstvenu negu



BIOGRAFIJA – Doc. dr sc. med. Dragana Milutinović

Doc. dr sc. med. Dragana Milutinović rođena je 1968. godine u Novom Sadu, gde je završila srednju medicinsku školu. Višu medicinsku školu u Beogradu završila je 1990, a 1997. je diplomirala na Defektološkom fakultetu. Magistarske i doktorske studije završila je na Medicinskom fakultetu u Novom Sadu. Doktorsku disertaciju „Procena kvaliteta zdravstvene nege kod pacijenta lečenih hirurškim metodama“ odbranila je 2009. godine. Svoju profesionalnu karijeru započela je u Novom Sadu, u Kliničkim centru Vojvodine, na Odeljenju operacionih sala 1990, potom je radila kao nastavnik zdravstvene nege u Srednjoj medicinskoj školi „7. april“ i, konačno, 2003. započinje akademsku karijeru na

Medicinskom fakultetu, na Katedri za zdravstvenu negu. Autor je i koautor više desetina stručnih radova i nekoliko priručnika iz oblasti sestrinstva.

CURRICULUM VITAE – Doc. PhD. med. Dragana Milutinovic

Doc. PhD. med. Dragana Milutinovic was born in 1968. in Novi Sad, where she finished nursing school. Medical School in Belgrade ended in 1990 and in 1997. graduated from the Faculty of Special Education. MA and PhD studies completed at the Medical Faculty in Novi Sad. PhD thesis "Evaluation of quality of care in patients surgically treated patients", in the 2009th Her professional career began in Novi Sad at the Clinical Center of Vojvodina, Department operating rooms in 1990, then worked as a teacher of health care in the Central Medical School "7 April", and finally 2003rd began an academic career at the Medical Faculty, Department of Nursing. He has authored or co-authored several dozen papers and several manuals in the field of nursing.

Najvažnije reference:

- Simin, D, Milutinović, D, Brestovački, B, Andrijević, I, Cigić, T.: Improvement of team work in health care through interprofessional education. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo 2010, 138(78):480485.
- Milutinović, D, Brestovačk,i B, Martinov Cvejic, M.: Patients` satisfaction with nursing care as an indicator of quality of hospital service. HealthMED 2009, 3(4):421–419.
- Milutinović, D, Milovanović, V, Pjević, M, Martinov Cvejic, M, Cigić T. :Assessment of quality of care in acute postoperative pain management. Vojnosanitetski pregled 2009, 66(2):156–162.
- Milutinović, D, Martinov Cvejic, M, Simić, S.: Patient's falls and injuries during hospitalization as quality indicators of work in hospitals. Medicinski pregled 2009,62(5–6):249257.
- Milutinović, D, Grujić, N, Jocić, N.: Identification and analysis stress factors at nursing workplace: a comparative study between four clinical departments. (Identifikacija i analiza stresogenih faktora na radnom mestu medicinskih sestara: komparativna studija između četiri klinička odeljenja).Medicinski pregled 2009, 62(1-2):68–73.

Sažetak

Nakon otvaranja prve škole za medicinske sestre (nudiije), pozitivan trend u obrazovanju medicinskih sestara je zaustavljen nakon Drugog svetskog rata, uslovljen društvenim i političkim promenama u zemlji. Ozbiljna promena u obrazovanju medicinskih sestara u socijalističkom dobu (od 1975. do 1989) bila je i reforma školstva tzv. usmereno obrazovanje, koju je sproveo Stipe Šušvar. Zbog potrebe za diferencijacijom nivoa obrazovanja zdravstvenih radnika, posebno medicinskih sestara, 1952. godine osniva se prva Viša medicinska škola u Beogradu. Najveće promene u obrazovanju medicinskih sestara u Srbiji kasnije nastaju potpisivanjem Bolonjske deklaracije 2003. godine, kojom je započet proces reforme sistema visokog obrazovanja. Nova struktura visokog obrazovanja za zdravstvenu negu (Zakon o visokom obrazovanju, 2010) obuhvata različite nivoe. Počevši od prvog stepena, to su: osnovne strukovne ili akademske studije: bačelor, preko drugog stepena: master studije, pa sve do trećeg nivoa: doktorske studije. Jedan od osnovnih zadataka Bolonjskog procesa jeste uvođenje kurikuluma usmerenog na kompetencije, čime se smanjuje raskorak između sticanja teorijskih znanja i razvoja praktičnih veština u tradicionalnim studijskim programima. Kompetencije koje stiču studenti sestrinstva mogu se podeliti na područne (stručne) i generičke (opšte). Međutim, još ne postoji saglasnost o tome šta bi trebalo da budu završne kompetencije, ni o tome koje kompetencije su najvažnije. Što se tiče stručnih kompetencija, treba naglasiti da je u ovoj oblasti dijalog unutar struke apsolutno neophodan. S obzirom na to što i pacijenti u Srbiji zaslužuju pravo na isti nivo i kvalitet nege kao i svaki drugi evropski građanin, neophodno prilagođavanje nastavnih kurikuluma ne samo potrebama Bolonjske deklaracije već i Evropskim direktivama i prepoznavanje diplomiranih studenta svih nivoa studija u sistemu zdravstvene zaštite.

Ključne reči: sestre, obrazovanje, kompetencije, Srbija, sistem zdravstvene zaštite

Apstract

After opening the first school for nurses, a positive trend in the education of nurses was stopped after the World War II, which was due to social and political changes in the country. Serious change in the education of nurses in the socialist era (since 1975 until 1989) was the education reform, introduction of so-called "vocational education", conducted by Stipe Šušvar. Because of the need for differentiation level of education of health professionals, especially nurses, the first higher medical school was founded in Belgrade in 1952. Signing the Bologna Declaration in 2003 presents one of the most important changes in education of nurses in Serbia, which is the beginning of a reform process in higher education. The new structure of higher education for health care (Law on Higher Educa-

tion, 2010) covers different levels. Those are: first degree - basic vocational or academic studies: bachelor; second degree: Masters degree, third level studies: PhD. One of the main tasks of the Bologna process is the introduction of competency-oriented curriculum, reducing the gap between theoretical knowledge and practical skills, which was evident in traditional degree programs. Competencies acquired by students of nursing can be divided into specific (professional) and generic (general). However, there is still no consensus on what should be the final competence, and which competencies are the most important. With regard to professional competence, it should be noted that the dialogue among the professionals in this field is absolutely necessary. Given that patients in Serbia deserve the right to the same level and quality of care as any other European citizen, necessary adjustment of the curricula not only to the requirements of Bologna Declaration, but also to European directives, as well as recognizing the graduates of all levels of studies in the health care system.

Key words: Nurses, Education; Competence; Serbia; HealthCare system

Uvod

Poslednjih godina stalno govorimo da su u sistemu obrazovanju medicinskih sestara u Srbiji neophodne suštinske promene. Neke su se i dogodile, ali ne kao posledica promena u sistemu zdravstvene zaštite, već kao rezultat društvenih i političkih promena.

Edukacija medicinskih sestara u XX veku

Srednjoškolsko obrazovanje

Prva škola za medicinske sestre (nudišlje) u Srbiji osnovana je 1921. godine. Direktor škole bila je čuvena mis Njutnova, koja je diplomirala u školi Florens Najtingejl. Škola je imala rang srednje škole, a učenici su za upis morali imati prethodno završeno najmanje četiri razreda gimnazije i 18 godina. Opređeljene za poziv u punoj zrelosti, celodnevna nastava i učenje uz bolesničku postelju učinili su da sestre iz Škole za nudišlje budu profesionalno dobro pripremljene.

Pozitivan razvoj obrazovanja medicinskih sestara zaustavljen je nakon Drugog svetskog rata u tadašnjoj Socijalističkoj Federativnoj Republici Jugoslaviji, koji je bio uslovljen društvenim i političkim promenama u zemlji. Prihvatajući socijalistički model obrazovanja, otvaraju se srednje škole koje polaznicima, pored opšteg obrazovanja, pružaju i stručno znanje za određene kvalifikacije. Nakon završetka osnovne škole, učenici se sa 15 godina upisuju u različite tipove srednjih škola. Političari su u to vreme želeli da brže pripreme radnu snagu uz pomoć novog sistema kvalifikacija. Takva promena obrazovnog sistema je, naravno, uticala i na obrazovanje medicinskih sestara, koje je tada bilo identično gotovo u celom socijalističkom bloku. Ozbiljna promena u obrazovanju medicinskih sestara u socijalističkom dobu (od 1975. do 1989) bila je i reforma školstva, tzv. usmereno obrazovanje, koju je sproveo Stipe Šušvar.

Problemi: Školovanje i priprema mladih osoba između 15 i 19 godina starosti za odgovornosti koje nameće sestrinska profesija ukazaće kasnije na nedovoljnost u kvalitetu. Zrelost, empatija i veštine komunikacije se ne mogu dovoljno razvijati u ovom uzrasnom dobu.

S obzirom na činjenicu da je institucionalna, tj. dijagnostičko-terapijska komponenta u to vreme bila ojačana u zdravstvu, sestrinska nega je pre svega bila usmerena na bolničku negu. Primarna zdravstvena zaštita je bila delimično potisnuta. Dakle, nega je bila usmerena isključivo na zadatak. Umesto da pomažu ljudima (korisnicima usluga / bolesnicima) u obavljanju svakodnevnih aktivnosti i suočavanju sa bolešću, medicinske sestre su sve više pomagale lekarima u procesu dijagnostike i lečenje bolesti.

Više obrazovanje

Zbog potrebe za diferencijacijom nivoa obrazovanja zdravstvenih radnika, a posebno medicinskih sestara, u septembru 1952. godine osniva se prva Viša medicinska škola u Beogradu, koja traje sedam semestara, a potom 1958. godine i druga, ali u trajanju četiri semestra. Nakon petnaest godina rada, 1973. dolazi do integracije te dve škole u jednu. Sve do 1998. godine, odnosno do osnivanja Više medicinske škole u Čupriji, to je bila i jedina viša škola za obrazovanje medicinskih sestara u Republici Srbiji.

Edukacija medicinskih sestara u Srbiji nakon potpisivanja Bolonjske deklaracije

Načela sadržana u Bolonjskoj deklaraciji naročito odgovaraju obrazovnom i stručnom razvoju onih profesija koje decenijama nisu bile u mogućnosti da nastave obrazovanje unutar sopstvene obrazovne vertikale, odnosno čiji je krajnji obrazovni domet bilo sticanje više stručne spreme bez mogućnosti nastavka obrazovanja unutar sopstvene struke. Jedna od takvih profesija dugi niz godina je bila i sestrinska profesija.

Zbog toga su i najveća promene u obrazovanju medicinskih sestara u Srbiji nastale potpisivanjem Bolonjske deklaracije 2003. godine kojom je započet proces reforme sistema visokog obrazovanja. Nova struktura visokog obrazovanja za zdravstvenu negu (Zakon o visokom obrazovanju, 2010.) obuhvata različite nivoe. Počevši od prvog stepena to su: osnovne strukovne ili akademske studije: bačelor (tri ili četiri godine redovnog školovanja), pre-

ko drugog stepena: master studije, pa sve do trećeg nivoa: doktorske studije. Sve programe odobrilo je Ministarstvo prosvete.

Medicinske sestre u Srbiji imaju i mogućnost sticanja specijalizacije. U ovom trenutku postoji nekoliko specijalističkih studija koje je akreditovalo Ministarstvo prosvete (Gerontologija i briga o starima, Metodika nastave zdravstvene nege i Javno zdravlje). Te specijalizacije, nažalost, nije odobrilo Ministarstvo zdravlja.

Stečene kompetencije i stručni nazivi

Tradicionalno više (visoko) obrazovanje medicinskih sestara, primarno je bilo usmereno na prenos specifičnih teorijskih i metodoloških znanja iz naučne discipline – zdravstvene nege. Znatno manje je bilo usmereno na osposobljavanje studenata za praktičnu primenu tih znanja u profesionalnom kontekstu. Kada su se svršeni studenti zapošljavali, obično im se zameralo da su dobro potkovani teorijskim znanjima, ali da su nedovoljno osposobljeni za brza uključivanja u svet rada. Raskorak između sticanja teorijskih znanja i razvoja praktičnih veština u tradicionalnim studijskim programima smanjuje se uvođenjem nove paradigme u visokom obrazovanju, tj. uvođenjem kurikuluma usmerenog na kompetencije, što je i jedan od glavnih zadataka Bolonjskog procesa.

Dakle, prvi korak u nastanku nove vrste kurikuluma jeste polazak od kraja, tj. definisanje kompetencija koje bi student trebalo da poseduje posle završetka studijskog programa. I ovde dolazimo do problema vezanog za sam pojam kompetencije. Neko bi pomislio da ovo nije ništa novo i da su i stari i postojeći programi imali u vidu završne kompetencije, i pri tom se obično misli na ciljeve programa obično definisane kao lista zanimanja koja će diplomirani student moći da obavlja ili pak kao lista gradiva koje će student znati po završetku studija.

Kompetencije predstavljaju dinamičnu kombinaciju znanja, razumevanje, veština i sposobnosti, a studenti zdravstvene nege odnosno sestrinstva razvijaju ih tokom procesa učenja. Zbog toga možemo reći da su kompetencije finalni proizvod obrazovnog procesa.

Naravno, ne postoji, niti može postojati apsolutna saglasnost oko toga šta bi zapravo trebalo da budu znanja, veštine i sposobnosti koje treba da budu postavljene kao cilj obrazovanja. Različiti partneri u procesu obrazovanja (akademsko osoblje, poslodavci, diplomirani studenti, studenti koji su još u procesu obrazovanja itd.) obično imaju različita gledišta o tome šta bi trebalo da budu završne kompetencije, i o tome koje kompetencije su najvažnije.

Postoji više podela kompetencija. U okviru Tuning projekta nastala je podela kompetencija na: područne ili generičke.

Područne, ili specifične, kompetencije su usko povezane sa određenim stručnim područjem i nazivaju se još i akademske kompetencije. One čine samo jezgro studijskoga programa i uključene su u sve obrazovne cikluse.

Generičke kompetencije su skup znanja, veština i stavova koje imaju široku primenu u ljudskim delatnostima i omogućavaju fleksibilno prilagođavanje zahtevima različitih visokostručnih poslova. U okviru Tuning projekta definisane su tri grupe opštih kompetencija – instrumentalne, interpersonalne i sistemske. Mogu se razvijati tokom studija, ali i izvan obrazovnog konteksta.

Kompetencije se mogu odnositi na jednu programsku celinu ili modul, ili na određeni period studiranja, na primer: na prvi ili drugi ciklus studija.

Što se tiče stručnih kompetencija, treba naglasiti da je u ovoj oblasti dijalog unutar struke apsolutno neophodan kako radi međusobne prepoznatljivosti kurikuluma, tako i radi priznavanja delova studija ili pak završnih kvalifikacija u slučaju mobilnosti studenata. Ovakva vrsta usaglašavanja ne podrazumeva izradu identičnih kurikuluma ili planova i programa za sve obrazovne institucije, već isključivo usaglašavanje na polju izlaznih opštih i stručnih kompetencija.

Formalnim obrazovanjem medicinske sestre se moraju osposobiti za:

- odgovorno obavljanje zdravstvene nege zasnovane na etičkim principima usmerenih ka doživotnom učenju;
- rad sa pojedincem, njegovom porodicom i društvenom zajednicom, poštujući različitosti, kulturu i etničku pripadnost;
- obavljanje zdravstvene nege na različitim radnim mestima koja su predviđena stepenom/nivoom obrazovanja,
- sprovođenje zdravstvene nege koja je zasnovana na istraživanjem potvrđenim dokazima (evidence based care);
- timski rad i saradnju sa svim stručnjacima uključenim u sve oblike promocije zdravlja, lečenja i nege.

Visokoobrazovana medicinska sestra znači bolju organizaciju posla, manji mortalitet, bolju preventivu, uštede u zdravstvu o kojima toliko govorimo i što je najvažnije, kvalitetniju negu i zadovoljstvo pacijenata odnosno korisnika usluga.

Stručni nazivi koje studenti dobijaju nakon završetka određenog nivoa studija definisani su Pravilnikom o Listi stručnih, akademskih i naučnih naziva iz 2010. godine gde u polju za medicinske nauke se nalaze sledeći stručni nazivi: strukovna medicinska sestra, diplomirani organizator zdravstvene nege ili diplomirana medicinska sestra, zatim master organizator zdravstvene nege ili master medicinska sestra, strukovna medicinska sestra –specijalista, i konačno doktor medicinskih nauka.

Preporuke za usklađivanje obrazovanja medicinskih sestara

Za profesiju medicinske sestre i babice postoje u Evropskoj uniji sektorske direktive. Za njih je precizno određen sadržaj i trajanje obrazovanja (najmanje tri godine nakon 10 godina opšteg obrazovanja, 4600 sati teorije i prakse (sa 1/3 teorije i 1/2 prakse) i kadrovski, prostorni, materijalni uslovi koje moraju obrazovne institucije posedovati.

Na taj način je građanima je zagantovana kvalitetna zdravstvena nega koju sprovode odgovarajući stručnjaci, na čemu Evropska unija sprovodi osnovno načelo, koje govori o jednakim pravima građana u državama članicama Evropske unije. Stoga je neophodno prilagođavanje nastavnih kurikuluma ne samo potrebama Bolonjske deklaracije već i navedenim direktivama.

Kontinuirana edukacija medicinskih sestara

Brzo zastarevanje znanja i tehnologije rada uslovljava neophodnost stvaranja planiranog sistema stručnog usavršavanja. Još je Florence Nightingale sredinom 19. veka ohrabivala sestre govoreći: „Nikada sebe nemojmo smatrati za završene medicinske sestre... Mi moramo da učimo čitavog našeg života.“

Bez obzira na to kojom vrstom stručnih poslova se bavi, medicinska sestra mora pratiti razvoj i dostignuća zdravstvene nege kao najšire discipline svoje struke. Ako medicinske sestre ne prate novine u svojoj struci, postepeno se javlja osećanje nekompetentnosti, nezadovoljstva i ugroženosti, što se s vremenom pretvara u otpor svakoj promeni. Nasuprot tome, stalno usavršavanje i naučnoistraživački rad u svojoj profesiji stvara otvorenost prema novinama i osećanje sigurnosti i kompetentnosti. Zbog toga je od septembra 2009. u Srbiji započeta obavezna kontinuirana edukacija.

Problemi

Diplomirani studenti svih nivoa studija još nisu na pravi način prepoznati u sistemu zdravstvene zaštite. Nadamo se da će vrlo brzo profesionalci koji su završili studije odobrene od meritornih institucija u Srbiji biti i tako vrednovani, odnosno da će se njihov status, pa i vrednost, na tržištu rada povećati.

Sa ovim problemom bile su suočene ili se još suočavaju postkomunističke zemlje, koje imaju slabije razvijenu ekonomiju u odnosu na demokratiju koju su uspostavile. Takva ekonomska ograničenja usporavaju ulazak sestrinske profesije unutar visokog obrazovanja, ali i njeno društveno vrednovanje. Ovo se posebno odnosi na „države kandidate“ za pristupanje i punopravno članstvo u Evropskoj uniji. One, pored strogih ekonomskih i političkih uslova, moraju biti posvećene ljudskim pravima, te njihov ulazak može biti problematičan.

S druge strane, uz svu važnost prilagođavanja obrazovanja medicinskih sestara Direktivama EU, ipak je najvažnije da Srbija osigura optimalno obrazovanje sestara za svoje potrebe imajući u vidu da pacijenti u Srbiji takođe zaslužuju pravo na isti nivo i kvalitet nege kao i svaki drugi evropski građanin.

Literatura

- [1] Davis, R.: The Bologna process: The quiet revolution in nursing higher education. *Nurse Education Today* 2008; 28: 935–942.
- [2] Bartels, J.: Educating nurses for the 21st century. *Nursing and Health Sciences* 2005; 7: 2215.
- [3] Zakon o izmenama i dopunama Zakona o visokom obrazovanju, 29. 6.2010. Dostupno na: [http://www-parlament.gov.rs](http://www.parlament.gov.rs)
- [4] Keighley, T.: Standardi Evropske unije za profesije medicinskih sestara i babica: Informacije za zemlje u procesu pristupanja. Drugo izdanje. Dostupno na: <http://www.kmszts.org.rs>
- [5] Julia Gonzales, Robert Wagenaar (editors), *Tuning Educational Structures in Europe II: Universities' Contribution to the Bologna Process*, University of Deusto, University of Groningen, 2005.
- [6] Gallagher L. Continuing education in nursing: A concept analysis. *Nurse Education Today* 2007; 27: 46673

18.

CONTEMPORARY GUIDELINES FOR COMMUNICATION WITH ELDERLY DEMENTED PERSON IN NURSING PRACTICE

SAVREMENE SMERNICE ZA KOMUNIKACIJU SA DEMENTNIM STAROSNIKOM U PRAKSI ZDRAVSTVENE NEGE

Metka Harih¹, Majda Pajnikihar²

Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru, Inštitut za zdravstveno nego^{1,2}

BIOGRAFIJA – Metka Harih

Na Fakultetu zdravstvenih nauka Univerziteta u Mariboru je od 2009. godine asistent za zdravstvenu negu. Nakon diplomiranja je radila kao diplomirana medicinska sestra u odeljenju za gerijatriju Univerzitetskog kliničkog centra Ljubljana. Svoje obrazovanje nastavila je na postdiplomskim specijalističkim studijama za područje gerontološke zdravstvene nege. U 2010. završila je master studije zdravstvene nege. Kao deo svog obrazovnog rada obavlja kliničku praksu na polju gerontološke i pedijatrijske zdravstvene nege i komentorstva za diplomski rad. U početku njena istraživanja bila su usmerena na teorije zdravstvene nege i komunikacije sa starijima licima, a kasnije je počela istraživati na polju pedijatrijske zdravstvene nege i obrazovanja.

Abstract

Theoretical positions. In interpersonal relationship with demented elderly person are due to a specific age group important tolerant, clear, understandable, professional and humane messages. The nurse has a positive impact on self-esteem of an elderly person, his autonomy, promotion and maintaining those skills which are in the individual still preserved. One of possibilities in communication between elderly people with dementia, their relatives and nurse is a method that takes into account the modern guidelines for communicating with people with dementia, called validation after Naomi Feil. The purpose of this study was to demonstrate the use of contemporary guidelines for communication with demented elderly person in nursing practice.

Research methodology. The study supports the quantitative methodology. A survey was conducted in a clinical setting. In the study we have included 60 nurses who are working in hospitals in Slovenia.

Results and discussion. The results indicate satisfactory usage of contemporary guidelines for communicating with demented elderly person in nursing care practice in a hospital setting. Nevertheless, in certain situations it is shown that nurses contemporary guidelines do not apply enough. As reasons for such action nurses indicate congestion in the workplace and, consequently, insufficient time for the exact treatment of the elderly with dementia. Nurses have acted fully incompatible with contemporary guidelines when they convinced an old demented woman with dementia that a purse, which she always carries with is not needed, when they despite the time and place disorientation interpret her precisely location, when a nurse the patient with dementia that is something looking for had sent back to the room to find by his own a single thing, when the nurse decided to ask a question with "why", when she did not decided to depart the minds of the elderly from a difficult situation, when she argued demented person and when she was from him completely distanced and without hesitation and mutual trust established contact with the elderly with dementia.

Conclusion. Every individual has a unique personality with individual characteristics. Contemporary guidelines for communicating with demented elderly people only help to find the right path to individual with dementia. We must approach to an elderly person with dementia like to unique personality, treat him individually and we must find out on what manner he expresses his own identity. Only this can be a suitable base for good communication.

Key words: elderly, nurse, dementia, validation, validation after Naomi Feil, therapeutic communication.

Sažetak

Teoretska ishodišta

U međusobnom odnosu sa dementnim starosnikom, radi specifičnosti starosnog razdoblja, značajna je tolerantna, jasna, razumljiva, profesionalna i humana poruka. Medicinska sestra pozitivno utiče na starosnikovo samopoštovanje i samostojnost, te očuvanje, podsticaj i što duže održavanje one sposobnosti koja je kod pojedinca još očuvana. Jedna od mogućnosti komuniciranja sa dementnim starosnikom, njegovom rodbinom i medicinskom sestrom je metoda validacije po Naomi Feil, koja uzima u obzir savremene smernice za komunikaciju sa dement-

nim osobama. Namera istraživanja bila je da prikaže upotrebu savremenih smernica za komunikaciju sa dementnim starosnikom u praksi zdravstvene nege.

Metodologija istraživanja

Istraživanje podupire kvantitativnu metodologiju. Implementacija istraživanja je provedena u kliničkoj okolini. U istraživanje je bilo uključeno 60 medicinskih sestara zaposlenih u različitim bolnicama u Sloveniji.

Rezultati i rasprava

Rezultati istraživanja pokazuju zadovoljavajuću upotrebu savremenih smernica za komunikaciju sa dementnim starosnikom u praksi zdravstvene nege u bolničkoj okolini. Uprkos svemu, u određenim situacijama se pokazalo da medicinske sestre ne upotrebljavaju dovoljno savremene smernice. Kao razlog medicinske sestre navode preopterećenost na radnom mestu i premalo vremena za pravilnu negu dementnog starosnika. Medicinske sestre, na primer, nisu delovale u skladu sa savremenim smernicama kada su dementnu starosnicu uveravale da joj tašna koju uvek nosi sa sobom nije potrebna, kada su joj uprkos njenoj dezorijentisanosti objašnjavale trenutnu lokaciju, kada su dementnog bolesnika koji ne može ništa da pronađe uputile nazad u sobu da stvar nađe sam, kada se medicinska sestra odlučila za pitanje „zašto“ tada kada nije pokušala da shvati starosnika, kada ga je izgrdila i nije uspostavila međusobno poverenje.

Zaključak

Svaki pojedinac je jedinstvena jedinka sa individualnim svojstvima. Savremene smernice za komunikaciju sa dementnim starosnikom samo pomažu u traženju pravog put do pojedinca sa demencijom. Njemu se moramo približiti kao jedinstvenoj osobi, podsticati ga individualno, upoznati i ustanoviti na kakav način izražava svoj identitet. Samo to može biti čvrst temelj za dobru komunikaciju s njim.

Gljučne reči: starosnik, medicinska sestra, demencija, validacija po Naomi Feil, terapijska komunikacija

TEORETSKA ISHODIŠTA

Literatura opisuje brojne metode pristupa koji pomažu medicinskoj sestri na putu do uspešne komunikacije sa dementnim starosnikom. Validacijska terapija po Naomi Feil jedan je od tih metodoloških pristupa, gde je frontalno tretiran dementni starosnik (Allan, 2001). Reč je, zapravo, o načinu komunikacije i temelju na poštovanom odnosu, te empatiji ljudi sa demencijom, koji se trude da završe sve pre nego što umru. Takav način rada zasniva se na prihvatanju, razumevanju i poštovanju korisnika takvog kakav je, da sačuva svoj identitet i komunicira onako kako je u stanju (Parker, 2003).

Dementni starosnik je pojedinac koga medicinska sestra sluša i prilagođava se njegovoj situaciji (Innes in Capstick, 2001). Ne pokušava ga uveravati suprotno njegovom uverenju, nego mu pomaže da to doživljava što manje stresno (Hitch, 1994). Validacija omogućava analiziranje vladanja i nudi jednostavne praktične tehnike, koje dementnom starosniku refundiraju dostojanstvo i tako sprečavaju opuštanje u vegetativno stanje. Nastala je na podlozi priznanja da je medicinska dijagnoza bolesti samo deo priče i da vladanje čoveka sa demencijom nije moguće razumeti ako pri tom ne uzmemo u obzir značajne pokazatelje kao što su starost i njegove socijalne i psihološke potrebe (Feil, 2007; Feil in Klerk Rubin, 2002).

Naomi Feil (1994) odredila je četiri stupnja toka demencije, gde na svakom naglašava posebno preostale sposobnosti osoba sa demencijom. Takav pristup se razlikuje od medicinskog, određuje pre svega ono što čovek više nije u stanju.

U stadijumu nedostatka, odnosno slabe orijentacije (stadijum 1) dolazi do izraza problem zbog nerešenih odnosa dementnih ljudi iz prošlosti, pa su stoga i nesrećni (Gamse, 1998; Feil, 1998 v: Imperl, 1999).

Osnovna načela rada sa dementnim starosnikom u prvom stadijumu su:

- fokusiramo se na čoveka (tzv. centriranje);
- nikad se ne pitamo zašto, postavljamo samo upitnike na šta, ikad, koji;
- upotrebljavamo kratke i jasne rečenice, ponavljamo reči, rezimiramo sadržaj;
- bolesniku dopustimo da sam nešto kaže, doda;
- veliki značaj predstavlja sećanje, odnosno putovanje u prošlost;
- pažnja mora biti na osećajima kojima povređena osoba daje prednost;
- uključujemo muziku i pevanje;
- izbegavamo dodir (Gamse, 1998; Feil, 1998 v: Imperl, 1999).

U stadijumu vremenske zabune (stadijum 2) dementni starosnici počinju da se vraćaju u prošlost, jer je ona za njih sigurnija. Probuditi uspomene, sadašnjost gotovo nemaju (Gamse, 1998; Feil, 1998 v: Imperl, 1999).

Osnovna načela rada sa dementnim starosnikom u drugom stadijumu su:

- ne upozoravamo ih na njihove nedostatke (npr. „kako ne znaš ko sam“);
- fokusiramo se na čoveka (tzv. centriranje);
- nikad ne ispitujemo zašto, postavljamo samo pitanja šta, kada, ko;
- upotrebljavamo kratke i jasne rečenice, ponavljamo reči, rezimiramo sadržaj;
- pažnja mora biti na osećaju, kome povređena osoba daje prednost;
- posmatramo osećaje, komuniciramo na osećajnom nivou;
- korisno je odražavanje „mirroring“ – svoj izraz na licu, svoje telo, disanje i glas prilagođavamo osećaju bolesnika;
- značajna je neverbalna komunikacija, koja mora biti skladna sa verbalnom;
- veliku ulogu igraju dodiri, koji pomiruju;
- na emocije bolesnika se moramo odazvati sa osećajem;
- vrlo je delotvorna upotreba muzike, koja smiruje (Gamse, 1998; Feil, 1998 v: Imperl, 1999).

U stadijumu ponavljajućih pokreta (stadijum 3) postoje znatne smetnje emocionalnih poremećaja i ponašanja (depresivnost, srditost, zabuna, lutanje, noćni nemir, sumnja, halucinacije). Prevladava potreba za upravljanje i pomoć (Gamse, 1998; Feil, 1998 v: Imperl, 1999).

Osnovna načela rada sa dementnim starosnikom u trećem stadijumu su:

- fokusiramo se na čoveka (centriranje);
- nikad se ne pitamo zašto, postavljamo samo pitanja šta, kad, koji;
- upotrebljavamo kratke i jasne rečenice, ponavljamo reči mirnim, toplim glasom i rezimiramo sadržaj;
- upotreba dodira, bazalna stimulacija (mesto dodira je vrlo značajno: zatiljak – majka/otac, dete; glava – otac; lice u kružnim pokretima odozgo nadole – mati, po bradi do ušne školjke – partner, rame – prijatelj ili brat);
- potrebno je tražiti produžen neposredan spoj sa očima (poverenje), upotreba jasnog, dubokog glasa, koji izražava zanimanje za bolesnika;
- posmatramo emocije i prilagođavamo se osećajima bolesnika;
- upotrebljavamo višeznačajnosti (zamenice on/ona, nešto);
- tražimo povezanost između vladanja i potreba;
- „mirroring“ – ponavljamo pokrete u jednakom ritmu kao dementna osoba;
- koristi muzika i „mirroring“ (Gamse, 1998; Feil, 1998 v: Imperl, 1999).

U stadijumu vegetiranja, odnosno životarenja (stadijum 4) starosnici sa demencijom leže u embrionalnom položaju, ne pokreću se, ne izražavaju nikakve želje. Odu u svoj svet, oči su im zatvorene, govorna komunikacija je vrlo teška i retka (Gamse, 1998; Feil, 1998 v: Imperl, 1999).

Osnovna načela rada sa dementnim starosnikom u četvrtom stadijumu su:

- dodiri u obliku bazalne stimulacije;
- pokušamo uloviti kontakt sa bolesnikovim očima ili izazvati mimiku;–
- govorimo sa iskrenim i umirenim glasom, koji izražava zanimanje za bolesnika;
- ako bolesnika ne razumemo, upotrebljavamo prilično dvosmislene zamenice;
- upotrebljavamo mirnu muziku iz njihove mladosti;
- aroma terapiju (Gamse, 1998; Feil, 1998 v: Imperl, 1999).

Tehniku validacije možemo upotrebiti kao jednostavnu pomoć, koju mogu naučiti svi i medicinske sestre i svako od neposrednih rezidenata, u domaćoj ili u institucionalnoj okolini, gde se susreću sa starosnikom (Jones, 1997).

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

U teoretskom delu smo upotreбили deskriptivnu metodu i analizu literature. Kao osnovni istraživački instrument koristili smo strukturirani anketni upitnik. Izradili smo ga isključivo za istraživanja i oblikovali ga na osnovi teoretskih spoznaja i rezultata iz literature (Jones, 1997; Ripich in Wykle, 1997; Allan, 2001; Brown, Gotell in Ekman, 2001; Parker, 2003; Feil, 2007). Učesnike smo upoznali sa četiri situacije sa kojima se u radu sa dementnim starosnikom susreću u praksi. Svaku situaciju smo poduprli alternativnim rešenjima stanja. Za vrednovanje argumenata upotreabili smo stupanjsku ordinarnu intervalnu skalu, na kojoj su se učesnici odlučili za nivo slaganja/neslaganja sa pojedinačnim tvrdnjama. U istraživanju je učestvovalo 60 učesnika, koji su radili u pet bolnica u Sloveniji i pri svom radu učestvuju sa dementnim starosnikom. Istraživački uzorak je obuhvatao 50 (83,3 %) diplomiranih medicinskih sestara i 10 (16,7 %) diplomiranih zdravstvenika starih od 26 do 52 godine. Prosečna starost uključenih u istraživanje iznosila je 37,47 (SO=8,56) godina. Učesnici u istraživanju bili su u proseku zaposleni 15,70 (SO=8,37) godina. Istraživanje je zasnovano na kvantitativnoj metodologiji. Analizu podataka proveli smo pomoću kompjuterskog programa SPSS 17.0. Koristili smo osnovne statističke parametre (descriptives). Nu-

meričke variable smo međusobno uspoređivali sa Pearsonovim korelacijskim koeficijentom. Statistički značaj je testiran sa 5 % rizikom ($p=0,05$).

REZULTATI

Dvadeset četiri (40 %) diplomirane medicinske sestre uključene u istraživanje bile su starosti od 20 do 30 godina, 4 (6,7 %) diplomirane medicinske sestre bile su starosti od 31 do 40 godina, 8 (13,3 %) diplomiranih medicinskih sestara bilo je starosti od 41 do 50 godina i 4 (6,7 %) diplomirane medicinske sestre bile su starije od 50 godina. Tri (5 %) diplomirana zdravstvenika bila su starosti od 20 do 30 godina, 6 (10 %) diplomiranih zdravstvenika bilo je starosti od 31 do 40 godina i jedan (1,7 %) diplomirani zdravstvenik bio je starosti od 41 do 50 godina.

U istraživanju smo učesnike upoznali sa situacijom s kojom se u radu sa dementnim starosnikom susreću i alternativna rešenja u datom primeru. Na pitanje kako bi se ponašali ako dementna pacijentkinja vrisne kad ispusti iz ruku torbicu, učesnici su se opredelili stupanj slaganja sa pojedinačnim argumentima.

Tabela 1: Ponašanje prema dementnoj pacijentkinji koja viče kad ispusti iz ruku torbicu

	Uopšte se ne slažem (1)	Ne slažem se (2)	Neutralan sam, ne znam (3)	Slažem se (4)	Potpuno se slažem (5)
Osiguram da ima torbicu uvek kraj sebe i pokušam saznati šta joj torbica znači.	0	0	18 (30 %)	6 (10 %)	36 (60 %)
Pokušavam je uveriti da joj torbica nije potrebna, jer danas neće nikuda ići.	33 (55 %)	6 (10 %)	6 (10 %)	9 (15 %)	6 (10 %)
Uzmem joj torbicu i sakrijem je izvan domašaja da je ne bi stalno tražila.	45 (75 %)	9 (15 %)	3 (5 %)	3 (5 %)	0
Pokušavam joj objasniti da se nalazi u bolnici, zašto je tu i da joj torbica nije potrebna.	21 (35 %)	6 (10 %)	12 (20 %)	12 (20 %)	9 (15 %)

Sa argumentom, osiguram da ima torbicu uvek kraj sebe i pokušam saznati šta joj torbica znači, potpuno se slagalo 36 (60 %) uključenih u istraživanje. Šestoro (10 %) pitanih se sa argumentom slagalo i 18 (30 %) učesnika je bilo neutralnih kad su izrazili svoje mišljenje o tom argumentu. Sa argumentom pokušavam je uveriti da joj torbica nije potrebna, jer danas neće nikuda ići potpuno se složilo 6 (10 %) uključenih u istraživanje, a 9 (15 %) pitanih se sa argumentom složilo, 6 (10 %) učesnika bilo je neutralno, 6 (10 %) ispitanih se sa argumentom nije složilo i 33 (55 %) ispitanih se sa argumentom uopšte nije složilo. Sa argumentom uzmem joj torbicu i sakrijem je izvan domašaja da je ne bi stalno tražila nije se nijedan od uključenih u istraživanje potpuno složilo, 3 (5 %) ispitanica su se složili, 3 (5 %) ispitanica bila su neutralna kad su izrazila svoje mišljenje o argumentu, 9 (15 %) ispitanih se sa argumentom nije složilo i 45 (75 %) ispitanih se sa argumentom uopšte nije složilo. Sa argumentom pokušavam joj objasniti da se nalazi u bolnici, zašto je tu i da joj torbica nije potrebna potpuno se složilo 9 (15 %) uključenih u istraživanje, 12 (20 %) ispitanih se nije složilo, 12 (20 %) učesnika je bilo neutralno, 6 (10 %) ispitanih se sa argumentom nije složilo i 21 (35 %) ispitanici se uopšte nije složilo.

O situaciji u kojoj dementan gospodin, koji se inače često žali, kaže da su mu ukrali novac, česnici su odredili stupanj slaganja sa argumentima.

Tabela 2: Rukovođenje o dementnom gospodinu koji se često žali na krađu novca

	Uopšte se ne slažem (1)	Ne slažem se (2)	Neutralan sam, ne znam (3)	Slažem se (4)	Potpuno se slažem (5)
Izjave uopšte ne uzimam ozbiljno, jer gospodin često izgubi novac ili osobne predmete i tako se non-stop žali.	36 (60 %)	9 (15 %)	15 (25 %)	0	0
Odgovorim mu da ide u sobu i novac potraži, jer ga je i pre mnogo puta zametnuo.	18 (30 %)	15 (25 %)	15 (25 %)	9 (15 %)	3 (5 %)
Pokušavam naći razlog i pitam ga zašto se tako često žali i stalno nešto traži.	27 (45 %)	9 (15 %)	15 (25 %)	6 (10 %)	3 (5 %)
Njegovu izjavu uzimam ozbiljno i zajedno probamo ustanoviti gde je novac.	0	6 (10 %)	6 (10 %)	15 (25 %)	33 (55 %)

(Sa argumentom izjave uopšte ne uzimam ozbiljno, jer gospodin često izgubi novac ili osobne predmete i tako se non-stop žali, nijedan se od uključenih u istraživanje nije potpuno slagao, isto tako se nijedan nije slagao sa argumentom, 15 (25 %) učesnika bilo je neutralnih, 9 (15 %) ispitanih se sa argumentom nije složilo i 36 (60 %) ispitanih se uopšte nije složilo. Sa argumentom odgovorim mu da ide u sobu i novac potraži, jer ga je i pre mnogo puta zametnuo potpuno su se složila 3 (5 %) uključena u istraživanje, 9 (15 %) ispitanih se složilo, 15 (25 %) učesnika je bilo neutralno, 15 (25 %) ispitanih se sa argumentom nije složilo i 18 (30 %) ispitanih se sa argumentom uopšte nije složilo. Sa argumentom pokušavam naći razlog i pitam ga zašto se tako često žali i stalno nešto traži potpuno su se složila 3 (5 %) uključena u istraživanje, 6 (10 %) ispitanih se sa argumentom složilo, 15 (25 %) učesnika bilo je neutralnih, 9 (15 %) ispitanih se nije složilo i 27 (45 %) ispitanih se sa argumentom uopšte nije složilo. Sa argumentom njegovu izjavu uzimam ozbiljno i zajedno probamo ustanoviti gde je novac potpuno se složilo 33 (55 %) uključenih u istraživanje, 15 (25 %) ispitanih se sa argumentom složilo, 6 (10 %) učesnika je bilo neutralno i 6 (10 %) ispitanih se sa argumentom nije složilo. Nijedan od učesnika istraživanja se sa argumentom uopšte nije složio.

Na danu situaciju: uđete u sobu i vidite da stanovnica udara po vratima, te glasno zove mamu, učesnici su odredili stupanj slaganja sa danim argumentima.

Tabela 3: Rukovođenje na ulasku u sobu kad stanovnica udara po vratima i glasno zove mamu

	Uopšte se ne slažem (1)	Ne slažem se (2)	Neutralan sam, ne znam (3)	Slažem se (4)	Potpuno se slažem (5)
Pokušavam joj objasniti da mame već davno nema, jer i sama ima 90 godina.	39 (65 %)	3 (5 %)	0	9 (15 %)	9 (15 %)
Pozovem je u dnevni boravak, gde je uz kafu ili čaj pokušavam udaljiti od misli na mamu.	6 (10 %)	12 (20 %)	9 (15 %)	12 (20 %)	21 (35 %)
Izgrđim je da galamom uznemirava ostale pacijente i kažem da to ne radi, jer će se inače povrediti. Pokušavam je smiriti.	15 (25 %)	15 (25 %)	21 (35 %)	6 (10 %)	3 (5 %)
Uspostavili bismo s njom prisan očni spoj. Kad bismo se uverili da ima poverenje, počeli bismo izvoditi terapijski dodir i pitali je o njoj mami i da li joj nedostaje.	2 (3 %)	0	12 (20 %)	13 (22 %)	33 (55 %)

Sa argumentom pokušavam joj objasniti da mame već davno nema, jer i sama ima 90 godina potpuno se složilo 9 (15 %) uključenih u istraživanje, 9 (15 %) ispitanih se složilo i nijedan od učesnika nije bio neutralan, 3 (5 %) ispitanica se sa argumentom nisu složila i 39 (65%) ispitanih se uopšte nije složilo. Sa argumentom pozovem je u dnevni boravak, gde je uz kafu ili čaj pokušavam udaljiti od misli na mamu potpuno se složilo 21 (35 %) uključeni u istraživanje, 12 (20 %) ispitanih se sa argumentom složilo, 9 (15 %) učesnika je bilo neutralno, 12 (20 %) ispitanih se sa argumentom nije složilo i 6 (10 %) ispitanih se uopšte nije složilo. Sa argumentom izgrđim je da galamom uznemirava ostale pacijente i kažem da to ne radi, jer će se inače povrediti, pokušavam je smiriti potpuno složili su se 3 (5 %) uključena u istraživanje, 6 (10 %) ispitanih se sa argumentom složilo, 21 (35 %) učesnik bio je neutralan, 15 (25 %) se sa argumentom nije složilo i 15 (25 %) ispitanih se uopšte nije složilo. Sa argumentom uspostavili bismo s njom prisan očni spoj, kad bismo se uverili da ima poverenje, počeli bismo izvoditi terapijski dodir i pitali je o njoj mami i da li joj nedostaje potpuno su se složila 33 (55 %) uključena u istraživanje, 13 (22 %) ispitanih se sa argumentom složilo, 12 (20 %) učesnika bilo je neutralno, niko od ispitanih se sa argumentom nije složio i 2 (3 %) ispitanika se sa argumentom uopšte nisu složila.

Na danu situaciju: kada učestvujete sa dementnom osobom, težite tome da..., učesnici su odredili stupanj slaganja sa danim argumentima.

Sa argumentom sačuvate distancu, potpuno su se složila 3 (5 %) uključena u istraživanje, 15 (25 %) ispitanih se sa argumentom složilo, 15 (25 %) učesnika je bilo neutralno, 3 (5 %) ispitanika se sa argumentom nisu složila i 24 (40 %) ispitanih se sa argumentom uopšte nije složilo. Sa argumentom lagano je dodirnete i podstičete interakciju potpuno se složilo 30 (50 %) uključenih u istraživanje, 21 (35 %) ispitanici se sa argumentom složilo, 9 (15 %) učesnika bilo je neutralno. Nijedan od učesnika u istraživanju se sa argumentom uopšte nije složio. Sa argumentom zaštitnički je zagrlite oko ramena i s njom tiho razgovarate, potpuno se složilo 12 (20 %) uključenih u istraživanje, 6 (10 %) ispitanih se sa argumentom složilo, 21 (35 %) učesnik je bio neutralan. Nijedan od ispitanih se sa argumentom nije složio i 21 (35 %) ispitanici se sa argumentom uopšte nije složio. Sa argumentom lagano je dodirnete i sačuvate očni spoj, potpuno su se složila 42 (70 %) uključena u istraživanje, 6 (10 %) ispitanih se sa

argumentom složilo, 9 (15 %) učesnika je bilo neutralno. Nijedan od ispitanih se sa argumentom nije složio i 3 (5 %) ispitana se sa argumentom uopšte nisu složila. Sa argumentom pokušavate da što brže obavite postupak ili intervenciju kako osobu ne biste uzrujavali, nijedan od uključenih u istraživanje se nije potpuno složio, 3 (5 %) ispitana su se sa argumentom složila, 6 (10 %) učesnika je bilo neutralno, 18 (30 %) ispitanih se sa argumentom nije složilo i 33 (55 %) ispitanih se sa argumentom uopšte nije složilo.

Tabela 4: Saradnja sa dementnom osobom

	Uopšte se ne slažem (1)	Ne slažem se (2)	Neutralan sam, ne znam (3)	Slažem se (4)	Potpuno se slažem (5)
Sačuvate distancu.	24 (40 %)	3 (5 %)	15 (25 %)	15 (25 %)	3 (5 %)
Lagano je dodirnite i podstičete interakciju.	0	0	9 (15 %)	21 (35 %)	30 (50 %)
Zaštitnički je zagrlite oko ramena i s njom tiho razgovarate.	21 (35 %)	0	21 (35 %)	6 (10 %)	12 (20 %)
Lagano je dodirnete i sačuvate očni spoj.	3 (5 %)	0	9 (15 %)	6 (10 %)	42 (70 %)
Pokušavate da što brže obavite postupak ili intervenciju kako osobu ne biste uzrujavali.	33 (55 %)	18 (30 %)	6 (10 %)	3 (5 %)	0

Tabela 5: Korelacija između starosti i argumentima u određenim situacijama

Argumenti kod pojedinačnih situacija prema starosti učesnika	M	SO	r - korelacija	p
1. Dementna pacijentkinja viče kad ispusti iz roku torbicu.				
a) Osiguram, da ima torbicu uvek kraj sebe i pokušavam ustanoviti šta joj torbica znači.	4,30	0,91	0,159	0,184
b) Pokušavam je uveriti da joj torbica uopšte nije potrebna, jer danas nikamo ne ide.	2,15	1,47	0,792	0,035
c) Uzmem joj torbicu i sakrijem je izvan dometa ruku, da je ne bi konstantno tražila.	1,40	0,81	0,279	0,142
d) Pokušavam joj objasniti da se nalazi u bolnici, zašto je tu i da joj torbica nije potrebna	2,70	1,50	0,675	0,047
2. Dementan gospodin, koji se često žali kaže, da su mu ukrali novac.				
a) Izjave uopšte ne uzimam ozbiljno, jer gospodin često zagubi novac ili osobne predmete i tako se non-stop žali.	1,65	0,86	0,486	0,095
b) Odgovorim mu da ide u sobu i novac potraži, jer ga je i pre već nekoliko puta izgubio.	2,40	1,21	0,841	0,027
c) Pokušavam naći razlog i pitam ga zašto se tako često žali i konstantno nešto traži.	2,15	1,25	0,845	0,026
d) Njegovu izjavu uzmem ozbiljno i zajedno pokušavamo ustanoviti gde je novac.	4,25	1,00	0,150	0,188
3. Uđete u sobu i vidite, da stanovnica udara po vratima i pri tom glasno zove mamu..				
Pokušavam joj objasniti da mame već davno nema, jer i sama ima 90 godina.	2,10	1,62	0,548	0,079
Pozovem je u dnevni boravak, gde je uz kafu ili čaj pokušavam udaljiti od misli na mamu.	3,50	1,41	0,923	0,013
Izgrdim je da galamom uznemirava ostale pacijente i kažem da to ne radi, jer će se inače povrediti. Pokušavam je smiriti.	2,45	1,13	0,595	0,049
Uspostavili bismo s njom prislan očni spoj. Kad bismo se uverili da ima poverenje, počeli bismo izvoditi terapijski dodir i pitali je o njenoj mami i da li joj nedostaje.	4,25	1,00	0,313	0,133
4. Kad sudelujete sa dementnom osobom...				
a) Sačuvate distancu.	2,50	1,37	0,991	0,001
b) Lagano je dotaknete i podstičete interakciju.	4,35	0,73	0,325	0,129
c) Zaštitnički je zagrlite oko ramena i s njom tiho razgovarate.	2,80	1,52	0,877	0,020
d) Lagano je dodirnete i sačuvate očni spoj.	1,08	4,40	0,215	0,162
e) Pokušavate što brže izvesti postupak ili intervenciju kako osobu ne biste uznemiravali.	1,65	0,86	0,543	0,080

Argumenti kod pojedinačnih situacija prema starosti učesnika M SO r - korelacija p

1. Dementna pacijentka više kad ispusti iz roku torbicu. a) Osiguram, da ima torbicu uvek kraj sebe i pokušavam ustanoviti šta joj torbica znači. 4,30 0,91 0,159 0,184 b) Pokušavam je uveriti da joj torbica uopšte nije potrebna, jer danas nikamo ne ide. 2,15 1,47 0,792 0,035 c) Uzmem joj torbicu i sakrijem je izvan dometa ruku, da je ne bi konstantno tražila. 1,40 0,81 0,279 0,142 d) Pokušavam joj objasniti da se nalazi u bolnici, zašto je tu i da joj torbica nije potrebna. 2,70 1,50 0,675 0,047

2. Dementan gospodin, koji se često žali kaže, da su mu ukrali novac. a) Izjave uopšte ne uzimam ozbiljno, jer gospodin često zagubi novac ili osobne predmete i tako se non-stop žali. 1,65 0,86 0,486 0,095 b) Odgovorim mu da ide u sobu i novac potraži, jer ga je i pre već nekoliko puta izgubio. 2,40 1,21 0,841 0,027 c) Pokušavam naći razlog i pitam ga zašto se tako često žali i konstantno nešto traži. 2,15 1,25 0,845 0,026 d) Njegovu izjavu uzmem ozbiljno i zajedno pokušavamo ustanoviti gde je novac. 4,25 1,00 0,150 0,188

3. Uđete u sobu i vidite, da stanovnica udara po vratima i pri tom glasno zove mamu.. Pokušavam joj objasniti da mame već davno nema, jer i sama ima 90 godina. 2,10 1,62 0,548 0,079 Pozovem je u dnevni boravak, gde je uz kafu ili čaj pokušavam udaljiti od misli na mamu. 3,50 1,41 0,923 0,013 Izgrdim je da galamom uznemirava ostale pacijente i kažem da to ne radi, jer će se inače povrediti. Pokušavam je smiriti. 2,45 1,13 0,595 0,049 Uspostavili bismo s njom prislan očni spoj. Kad bismo se uverili da ima poverenje, počeli bismo izvoditi terapijski dodir i pitali je o njenoj mami i da li joj nedostaje. 4,25 1,00 0,313 0,133

4. Kad sudelujete sa dementnom osobom... a) Sačuvate distancu. 2,50 1,37 0,991 0,001 b) Lagano je dotaknete i podstičete interakciju. 4,35 0,73 0,325 0,129 c) Zaštitnički je zagrlite oko ramena i s njom tiho razgovarate. 2,80 1,52 0,877 0,020 d) Lagano je dodirnete i sačuvate očni spoj. 1,08 4,40 0,215 0,162 e) Pokušavate što brže izvesti postupak ili intervenciju kako osobu ne biste uznemiravali. 1,65 0,86 0,543 0,080

Korelacijski faktor između varijabli starost i argumentom pokušam je uvjeriti, da joj torbica uopšte nije potrebna, jer danas ne ide nikamo, iznosi $r=0,792$; $M=2,15$ i $SO=1,47$ kod toga je $p=0,035$, što ukazuje na visoku statističku signifikantnost podataka. Između varijabli starost i argumentom, pokušam joj objasniti da se nalazi u bolnici, zašto je tu i da joj torbica uopšte nije potrebna, iznosi $r=0,675$; $M=2,70$; $SO=1,50$ pri tome je $p=0,047$, što ukazuje na srednju statističku signifikantnost podataka. Korelacijski faktor između varijabli starost i argumenta odgovorim mu da ide u sobu i novac potraži, jer ga je i pre nekoliko puta zagubio, iznosi $r=0,841$; $M=2,40$; $SO=1,21$ pri tom je $p=0,027$ što ukazuje na visoku statističku signifikantnost podataka. Visoku statističku signifikantnost podataka pokazuje takođe vrednost korelacijskog faktora između varijabli starost i argumenta pokušavam naći razlog i pitam ga zašto se tako često žali i stalno nešto traži $p=0,026$; $r=0,845$; $M=2,15$; $SO=1,25$. Između varijabli starost i argumenta pozovem je u dnevni boravak, gde je uz kafu ili čaj pokušavam udaljiti od misli na mamu, iznosi korelacijski faktor $r=0,923$; $p=0,013$, što ukazuje na visoku statističku signifikantnost podataka. Pri tom iznosi $M=3,50$; $SO=1,41$. Između varijabli starost i argumenta kažem joj da galamom uznemirava ostale pacijente i objasnim joj da to ne radi, jer će se inače povrediti, te je pokušavam je smiriti, iznosi korelacijski faktor $r=0,595$; $p=0,049$, što ukazuje na srednju statističku signifikantnost podataka. Pri tom iznosi $M=2,45$; $SO=1,13$. Između varijabli starost i argumenta sačuvati distancu, iznosi $r=0,991$; $M=2,50$; $SO=1,37$; $p=0,001$, što ukazuje na visoku statističku signifikantnost podataka, između varijabli starost i argumenta zaštitnički je zagrlite oko ramena i s njom tiho pričate, iznosi $r=0,877$; $M=2,80$; $SO=1,52$; $p=0,020$, što ukazuje na visoku statističku signifikantnost podataka. Korelacija između starosti i ostalih argumenata pri situaciji pokazala se statistički nesignifikantnom.

DISKUSIJA I ZAKLJUČAK

Presudan za osiguranje uspešne komunikacije sa dementnim starosnikom je poznavanje osnovnih načela za komunikaciju s njim, posebnih tehnika i pristupa u okviru terapijske komunikacije. Na komunikacijske mogućnosti i upotrebu tih načela u svakidašnjoj praksi medicinskih sestara utiče i smenski rad i primljeni kadrovski normativi zaposlenih u zdravstvenoj nezi.

Validacijsku terapiju medicinske sestre poznaju i upotrebljavaju je u praksi kada učestvuju sa dementnim pacijentom. Jer često tehnike u praksi ne koriste kao presudne razloge, navode preopterećenje na radnom mestu, skraćenu dužinu boravka u bolnicama i premali broj medicinskih sestara (Allan, 2001).

Uveravanje starosnika sa demencijom da mu torbica nije potrebna je potpuno kontradiktorno sa savremenim smernicama za postupanje takvog bolesnika. Torbica, naime, simbolizira i sigurnost pojedinca, što mu uprkos zdravstvenom stanju ne smemo zadržati (Johnson, Storandt in Balota, 2003). Precizno objašnjenje trenutne lokacije starosnika sa demencijom može ga samo dodatno omesti, pa zbog preciznih objašnjenja postane još dezorijentisaniji i pasivan u interakciji sa medicinskom sestrom. Dezorijentisani starosnik ne sme biti u situaciji da kad nešto ne nađe, bude prepušten samo svojim mogućnostima. Van Hulsen (2007) precizno definiše da starosnika sa demencijom nikad ne smemo pitati zašto, naime zašto zahteva precizno objašnjenje i podršku, što je pojedinac u stanju tada kada su njegove kognitivne mogućnosti još netaknute. Zadatak medicinske sestre je da mu pristupi aktivno i pomogne mu kod razrešenja problema u skladu sa njegovim mogućnostima. Otuđenje misli od stvari, koje predstavlja trenutni razlog za nemir kod starosnika sa demencijom jedna je od ključnih akcija za osi-

guranje kvaliteta boravka pacienta. Grdnja starosnika predstavlja kršenje njegovog dostojanstva i nepoštivanje ličnosti starog čoveka. Odgovarajuća saradnja sa dementnom osobom zahteva često više od samog čoveka. Čuvanje distance između medicinske sestre i starosnika sa demencijom ključno je do trenutka kada je starosnik još ne poznaje dovoljno i nema poverenja u nju (Van Hulsen, 2007). Svako odbacivanje može biti zbog neadekvatnog pristupa, odnosno rezultat međusobnog nepoverenja. Kako što brže pristup postane adekvatan i uspostavljeno poverenje, daje starosniku osećaj sigurnosti, zaštite i sreće (Brown, Gotell in Ekman, 2001).

Presudno u procesu komunikacije sa dementnim starosnikom je poverenje, velika mera empatije i međusobno poštovanje. To možemo postići samo sa adekvatnim pristupom u koji spada i validacijska terapija. Rezultat takvog uspešnog pristupa je međusobno aktivno učestvovanje i dobri odnosi, koji su ključ kvaliteta zdravstvene njege dementnog starosnika (Harih in Pajnkihar, 2011).

LITERATURA

Allan, K.: Exploring ways for staff to consult people with dementia about services, Bristol, The Policy Press and the Joseph Rowntree Foundation, 2001: 24-52.

Brown, S., Gotell, E., Ekman, S., L.: Singing as a therapeutic intervention in dementia care, J Dementia Care, 2001; 9(4): 33-7.

Feil, N.: Validation, Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 1994: 10-86.

Feil, N., Rubin Klerk, V.: The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with Alzheimer's type dementia, Baltimore, Health Professions Press, 2002.

Feil, N.: Validation in Anwendung und Beispiele - der Umgang mit verwirrten alten Menschen, Munchen, Auflage Reinhardt, 2007: 32-75.

Gamse, J.: Nemedikamentozni ukrepi pri demenci. U: Kogoj, A. (urednik), Zdravljenje demenc, Depresija in motnje spoznavnih sposobnosti, Zbornik prispevkov 1. psihogeriatričnega srečanja, Kranjska Gora, 27.-28. Novembar 1998, Ljubljana, Spominčica - Združenje za pomoč pri demenci, Psihiatrična klinika Ljubljana; 1998: 36-42.

Harih, M., Pajnkihar, M.: Validacija kot metoda za uspešno terapevtsko komunikacijo med starostnikom z demenco in medicinsko sestro, U: Wirth, K. (urednik), Zbornik predavanj. 28. Strokovno srečanje. 29. in 30. marec, 2011, Laško, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih; 2011: 105-12.

Hitch, S.: Cognitive Therapy as a Tool for caring for the elderly confused person. J Clin Nurs, 1994; 3(1): 49-55.

Innes, A., Capstick, A.: Personhood and communication. U: Cantley, C. (urednik), A handbook of dementia care, London, Open University Press, 2001.

Johnson, D., K., Storandt, M., Balota, D., A.: Discourse analysis of logical memory recall in normal aging and in dementia of the Alzheimer type, Neuropsychology, 2003; 17(1): 82-92.

Jones, G., M., M.: A review of Feil's Validation method for communicating with and caring for dementia sufferers, Current Opinion in Psychiatry, 1997; 10(4): 326-32.

Imperl, F.: Delo z dementnimi osebami v socialnovarstvenih zavodih – staranje in trendi razvoja, Ljubljana, Firis Imperl & CO. d.n.o.; 1999: 8-37.

Parker, J.: Positive communication with people who have dementia. U: Adams, T., Manthorpe, J. (urednici), Dementia care, London, Hawkers Publications; 2003: 25-32.

Van Hulsen, A.: Validacija, individualni pristop k dementnemu. U: Firis Imperl & CO. d.n.o. (urednik), Zbornik predavanj izobraževalnega programa za delo z dementnimi osebami, Logatec, Firis Imperl & CO. d.n.o.; 2005: 19-25.

19.

PATIENT'S RIGHTS IN NURSING THEORY AND PRACTICE PRAVA PACIJENATA U TEORIJI I PRAKSI ZDRAVSTVENE NEGE

Majda Pajnkihar¹, Metka Harih²

Fakulteta za zdravstvene vede, Inštitut za zdravstveno nego, Univerza v Mariboru^{1,2}

BIOGRAFIJA – Doc. dr Majda Pajnkihar



Doc. dr Majda Pajnkihar je predavač zdravstvene nege, komunikacije u zdravstvenoj nezi, kvalitativnog istraživanja i zdravstvene nege u pedijatriji, mentor na diplomskim i postdiplomskim radovima studenata zdravstvene nege. Direktorka je Instituta za zdravstvenu negu na Fakultetu za zdravstvenu negu, Univerziteta u Mariboru. Gostujući profesor na University Ulster, UK. Zdravstvenu negu predaje i na Medicinskom fakultetu, UM. Njena lična bibliografija obuhvata više od 200 bibliografskih jedinica. Diplomirala je na Višoj školi za zdravstvenu negu Univerziteta u Ljubljani, zatim diplomirala i magistrirala na Fakultetu organizacionih nauka, Univerziteta u Mariboru. Doktorat iz zdravstvene nege odbranila je na Univerzitetu u Mančesteru. Članica je: Komisije Republike Slovenije za zaštitu pacijentovih prava Ministarstva za zdravlje, republičkog kolegijuma za zdravstvenu negu, Ministarstva za zdravlje RS, u uredničkom odboru revije *International Journal of Nursing Studies*, revije *Nursing in the XXIst Century*, UDINE C grupe i članica je prestižnog svetskog udruženja zdravstvene

nege *Honor Society of Nursing*, *Sigma Theta Tau International*. Primila je Srebrni znak Univerziteta u Mariboru, Zlati znak i plaketu Zdravstvene Zbornice u babičkoj nezi Slovenije i Srebrni znak društva medicinskih sestra, baba i zdravstvenih tehničara Maribor.

CURRICULUM VITAE – Doc. as. Majda Pajnkihar

Doc. as. Majda Pajnkihar is a lecturer of health care, communication in health care, qualitative research and medical care in pediatrics, a mentor to graduate and postgraduate works of nurses. Director of the Institute of Nursing at the Faculty of Nursing, University of Maribor. Visiting professor at the University of Ulster, UK. Health care delivery and the Faculty of Medicine, UM. Her personal bibliography includes over 200 bibliographic units. Graduated on the College of Nursing, University of Ljubljana, after that graduated on the Faculty of Organizational Sciences, University of Maribor. Doctorate in health care defended at the University of Manchester. She is the member of: Commission of the Republic of Slovenia for the protection of patient's rights of the Ministry of Health, the Collegium of Nursing, Ministry of Health of RS, the Editorial Board of the magazine, *International Journal of Nursing Studies*, *Nursing in the XXIst Century*, UDINE C Group and a member of the prestigious World Association of Nursing-Honor Society of Nursing, *Sigma Theta Tau International*. She received a silver border, University of Maribor, Golden sign and plaque of midwifery Health care proceedings in Slovenia and Silver mark of nurses, midwives and health technicians Maribor.

Apstract

The biomedical model employed in nursing from Nightingale's time to the 1950s and in some countries much longer than that, did not consider individual human being with holistic needs and rights. Information, inclusiveness and respect for a patient are among the basic patient's rights in the health care process. Patient is able to participate in the treatment, adopts informed decisions, co-decides and takes responsibility for his/her own treatment and healthy lifestyle if health care staff provide him/her with information and knowledge and treat him/her as an equal partner in the process of treatment.

Research methodology: Informing, inclusion and respect for patient in the process of treatment are part of a wider research in which qualitative methodology, grounded theory method and data gathering method with semi-structured interviews have been used.

Results: Research participants stated they wish to establish equal partner-like relations with patients and their families. The bases of equal partner-like relations are respect, dignity, trust, empathy, autonomy, informing and taking decision.

Discussion: Humane and equal partner-like relations are the basis of nursing. Establishing such relations requires mutual respect and putting the patient into the centre of treatment. Patient's and human rights and commitments are underlined within this process.

Conclusion: In nursing where an active and responsible role of all participants in the process of treatment is underlined, ensuring patient's rights is fundamental for a humane, economic and efficient treatment.

Key words: theory, informing, inclusiveness, respect, patient, patient's rights.

Sažetak

Biomehanički model se upotrebljavao u praksi zdravstvene nege od Najtingelove do 1950. godine. U nekim državama predugo. Bez saglasnosti pacijenta kao čoveka sa njegovim potrebama i pravom. Osnovna prava pacijenta sadrže informiranje, integraciju i poštovanje pacijenta u procesu lečenja. On može da učestvuje u raspravi, prima dobro informisane odluke, učestvuje u odlukama i preuzima odgovornost za sopstveno lečenje i zdrav način života ako mu zdravstveni delatnici osiguravaju informacije i znanje, te ga kao ravnopravnog partnera uključuju u proces lečenja.

Metodologija istraživanja. Informacije, angažovanje i poštovanje za pacijenta u procesu integracije deo je šireg istraživanja, u kojoj je korišćena kvalitativna metodologija, metoda zasnovana na teoriji i tehnike prikupljanja informacija putem strukturiranih intervjua.

Rezultati

Učesnici u istraživanju su se opredelili za uspostavljanje jednakih partnerskih odnosa sa pacijentima i njihovom rodbinom. Ravnopravni oblici partnerstva sadrže poštovanje, dostojanstvo, samopouzdanje, empatiju, autonomija, informisanost i donošenje odluka.

Diskusija

Human i ekvivalentan međusobni partnerski odnos osnova su zdravstvene nege. Uspostavljanje takvih odnosa zahteva uzajamno poštovanje i položaj pacijenta u centar lečenja. Kroz to se integrišu pre svega pacijentova i ljudska prava, te obaveze.

Zaključak

U zdravstvenoj nezi, koja naglašava aktivnu i odgovornu ulogu svih učesnika u procesu lečenja, odredba je prava pacijenta i temelj za humano, ekonomično i efikasno lečenje.

Ključne reči: informiranje, učešće, poštovanje, pacijent, prava pacijenata.

UVOD

Bez nege nema lečenja i bez teorije nema zdravstvene nege. Teorija usmerava medicinsku sestru i pacijenta kroz proces zdravstvene nege. Zadatak i namera teorije je da opiše, objasni, opredeli i predvidi njihov sadržaj i rezultate zdravstvene nege. Teorija zdravstvene nege može pomoći praksi u humanoj, produktivnoj i pouzdanoj nezi pacijenta ako je u saglasnosti sa filozofijom zdravstvene nege u praksi. Teorije se stalno menjaju, dopunjuju na osnovi zahteva, potreba i očekivanja pacijenata (Harih, 2008; Pajnikihar, 2011).

Komunikaciju, odnose i poštivanje pacijenti i rodbina ocene i osećaju u prvom kontaktu sa zdravstvenim profesionalcima. Pacijenti su posle dolaska u bolnicu posebno osetljivi zbog bolesti, tako da su komunikacija i humani međusobni odnosi osnova za njihovo poverenje prema ustanovi i zdravstvenom osoblju. Izgradnja odnosa je posebno važna u toku bolesti i zahteva timski rad, dosta saradnje, poštovanje i toleranciju. Nehuman i neprofesionalan odnos vodi ka dehumanizaciji čoveka, loše utiče na samopoštovanje, dostojanstvo i poverenje, a tretman sprečava uključivanje pacijenta i rodbine. Nepoznavanje sveobuhvatnog problema i nedostatka informacija isključuje autonomiju pacijenta i aktivnu ulogu, saradnju u preuzimanju odgovornosti za sprovođenje aktivnosti kojim se bave. U isto vreme su isključeni rođaci, koji bi posle otpusta iz bolnice, ako bi imali potrebne informacije i znanje, mogli pomoći pacijentu. Za razvoj humanog međusobnog odnosa između medicinske sestre i pacijenta, te rodbine, odgovorna je medicinska sestra.

METODOLOGIJA RADA

Informisanje, uključivanje i poštovanje pacijenta u procesu integracije deo je šireg istraživanja Pajnikihar (2003), u kojem je bila upotrebljena kvalitativna metodologija, metoda na temelju teorije i tehnika sakupljanja podataka sa delimično strukturiranim upitnikom.

PRAVA PACIJENATA

Upotreba biomehaničkog modela medicinske sestre kod tretiranja pacijenta proizlazi iz medicinske dijagnoze, a ne iz holističkih i individualnih potreba pacijenta. On ostaje u pasivnoj ulozi. Odluke umesto pacijenta donose zdravstveni radnici. Pacijent je u ekstremno nejednakim hijerarhijskim odnosima u odnosu na medicinsku sestru i ostale članove tima. Za upotrebu biomedicinskog modela pacijentu se ne može obezbediti poštovanje, dostojanstvo i autonomija, dakle pravo koje mu osigurava zakon o pravu pacijenta. Pacijent ostaje u anonimnosti.

Glavni cilj zdravstvenog osiguranja je da unapredi i sačuva pacijentovo zdravlje i da najbolje deluje za dobro pacijenta. Njegovo pravo, koje se odnosi na informisanje i uključivanje zapisano je u Zakonu o pacijentovom pra-

vu (2008), sažeto u samom informisanju pacijenta o zdravstvenoj nezi i obezbeđuje njegovog aktivno uključivanje u zdravstvenu negu. Tu značajnu i odgovornu ulogu ima medicinska sestra.

3.1 Pravo na informisanje i učešće

Član 20. kaže „da pacijent ima pravo da ostvari pravo na nezavisno donošenje odluka o lečenju i pravo da učestvuje u procesu lečenja, da bude informisan o zdravstvenom stanju i verovatnom razvoju i posledicama bolesti ili povrede“. Zdravstveno lečenje pacijenta zahteva interdisciplinarni pristup, u kome važnu ulogu ima zdravstvena nega.

3.2 Pravo na nezavisno odlučivanje o tretmanu

Član 26. kaže da pacijent koji je u stanju da donese odluku o sebi, bez prethodnog pristanka i slobode na osnovu objašnjenja dobijenih od člana 20. ovog zakona. Neće biti dozvoljeno da imaju medicinsku intervenciju ili lečenje osim kako je zakonom predviđeno .

Bolesnik sa ulaskom u zdravstvenu ustanovu često gubi identitet i postaje pasivni partner u toku rasprave, kada se u njegovo ime donose odluke mimo njega. On je ugrožen kao čovek i kao pacijent. Individualni doprinos i odgovornost pacijenta i rodbine u ovom slučaju nisu iskorišćeni. Neophodno je definisati zadatke i nadležnosti medicinske sestre u pružanju informacija i učešće u lečenju pacijenata. Potrebno je znanje, iskustvo i sposobnost u praksi medicinskih sestara i potreba i očekivanje pacijenata i rodbine u vezi sa informacijama i učestvovanjem u lečenju. Potrebno je usaglasiti novi zakon o pacijentovom pravu. U zdravstvenoj nezi sarađuju pacijent i medicinska sestra, tako da pacijent treba da bude dobro informisan u svakom trenutku, da bude samostalan i odgovoran partner. Treba da učestvuje od određivanja sestrinske dijagnoze, planiranja ciljeva, implementacije i evaluacije zdravstvene nege (Pajnkihar, 2009).

3.3 Pacijent treba da bude informisan o tome ko učestvuje u njegovom lečenju

Član 23. kaže da „zdravstveni radnik ili zdravstveni saradnik koji ima direktan kontakt sa pacijentom ima vidno obeležen znak ličnog imena i stručnog i naučnog naziva, te da se pacijentu lično predstavi“. Predstavljajući medicinske sestre nije samo pravni član nego je i značajno za pokretanje ljudskog i profesionalnog odnosa između medicinske sestre i pacijenta. To je pravilo lepog ponašanja, kulture i komunikacije.

INFORMISANJE I UČEŠĆE PACIJENTA U PROCESU LEČENJA RADI POSTIZANJA NJEGOVE AUTONOMIJE

Reč autonomija potiče od grčke reči autós – sam – nomos – zakon – „takav, koji živi po svojim zakonima“ (Snoj, 2003: 26). Stoga određuje pravo na autonomiju i nezavisnost. Potrebno je da razmotrimo šta autonomija uključuje. Stepen autonomije zavisi od pojedinaca na kojima je preduzeta veća ili manja prinuda, odnosno koji imaju neka drugačija ograničenja. Pojedinci imaju malo prilika za autonomiju ako ih drugi ljudi (ili javno mišljenje) i prisila navode da izaberu konzistentan način (Tingle i Cribb, 1995). Autonomija pacijenata i medicinskih sestara važna je za međusobne odnose i usko je povezana sa pravom pacijenta da bude informisan i uključen u donošenje odluka (Pajnkihar, 2009). Aggleton i Chalmers, 2000. opisuju da je 1991. godine britanski pacijent Charter definisao pravo i standarde koji se odnose na pravo ljudi u zdravstvu na osnovu kliničke potrebe i prava na jasne informacije o svakoj usmenoj raspravi, tako da pacijent može birati između nekoliko opcija. Pravo na informisanje veoma je važno za pacijenta, jer mu dozvoljava da odlučuje na osnovi informacija (Diki i Deatrck, 2000). Reč je o njegovoj aktivnoj ulozi u odluci za samoopredeljenje i samostalno donošenje odluka, zasnovanih na njegovom životu, blagostanju, željama i vrednostima.

Mišljenja medicinskih sestara koje su učestvovala u istraživanju (Pajnkihar, 2003):

„U zdravstvenoj nezi je izuzetno važno da pacijent ostane autonoman pojedinac koji je odgovoran za svoje zdravlje i da se izjasni u cilju dobijanja kvalitetne zdravstvene nege.“

„Međusobni odnosi su u osnovi dobri, ali možemo ih poboljšati kroz uključivanje pacijenata u zdravstvenu negu i informisanje. Trenutno je umesto pacijenta u prvom planu lekar. Odnos treba da bude partnerstvo, jer sada je pacijent sa dolaskom u bolnicu dva puta ponižavan: nema objašnjenja zašto bi trebalo da se skine i da priča o najintimnijim ličnim stvarima. Odnos između sestre i pacijenta nije više jednak. Medicinska sestra ima za cilj da sprovede dijagnostičko- terapeutski program, a pacijent je anoniman. Razlozi za takvo ponašanje su već u obražovanju, ali uglavnom su posledica nedostatka vremena, ljubaznosti, dobrote i poštenja.“

Medicinska sestra smatra pacijente samostalnim kada su u pitanju njihove želje i potrebe. Pacijenti treba da imaju pravo i mogućnost da se uključe u donošenje odluka. Znanje, iskustvo i profesionalne osetljivosti potrebni su da medicinska sestra prepozna potrebe pacijenta i identifikuje mogućnosti da zadovolji te potrebe i sprovodi odluke koje se tiču pacijentovog učešća. Pacijentova autonomija takođe je neophodna za autonomiju medicinskih

sestara, koje bi trebalo da budu nezavisne (Pajnkihar, 2003, 2009). Autonomija sestara zavisi od njihovog obrazovanja i autonomije pacijenta. Različite autonomije donose odgovornost za pacijenta i medicinsku sestru. Pacijent je odgovoran za svoje zdravlje i učešće u tretmanu, što zavisi od njegove sposobnosti i potencijala. Autonomija mu omogućava da postane jezgro člana tima u skupini, te da je zdravstvena njega fokusirana na pacijenta i proizlazi iz njegove perspektive. Cilj obuke medicinskih sestara je da postanu autonomni profesionalci koji su u stanju da pomognu pacijentu u upravljanju i donošenju odluka. Medicinska sestra je ugrađena u život pacijenata kako u bolnici tako i kod kuće i to joj omogućava da poštuje mogućnosti pacijenta, želje i vrednosti. To je važna uloga za medicinsku sestru kao što bolest i povreda utiču na položaj pacijenata u porodici i profesiji, odnosa sa drugima i ceo njihov život (Pajnkihar, 2009). Diki i Deatrick 2000. ukazuju na to da je u Velikoj Britaniji pacijent Charter' odlučio da svaki pacijent ima imenovanu ličnu medicinsku sestru (named nurse), koja mu pomaže u pružanju informacija.

Pacijenti s pravom očekuju mnogo od zdravstvenog sistema, a ujedno postaju kritični o pomoći koju taj sistem nudi. Zdravstvo od pacijenta očekuje saradnju i odgovornost, ponekad i to da pacijent sledi uputstva bez pitanja i prihvata ih. Pacijent očekuje da zdravstvo brzo reši njegove zdravstvene probleme. Saradnja, uzajamnost i autonomija, što ih medicinske sestre moraju uzeti u obzir prilikom planiranja zdravstvene nege i nuđenju pomoći pacijentu mogu obezbediti obostrano zadovoljstvo.

POŠTOVANJE I DOSTOJANSTVO

Održavanje poštovanja i dostojanstva jasno je definisano u Kodeksu etike za medicinske sestre i osnova su za zdravstvenu negu. Poštovanje je opisano kao moralna obaveza da štiti ljudsko dostojanstvo i individualnost. Međusobno partnerstvo između medicinske sestre i pacijenta zasnovano je na uzajamnom poverenju i poštovanju, donošenju odluka. Poštovanje drugoga pokazuje se vladanjem i prihvatanjem ličnosti i povezana je sa samopoštovanjem. U međusobnom odnosu medicinske sestre i pacijenta poštovanje izražava u smislu reciprociteta, informisanjem, te spremnošću da se pacijent prihvati kao biće sa vrednostima, osećanjima i željama (Pajnkihar, 2009).

Učesnici u istraživanju (Pajnkihar, 2003) naglašavaju:

„Ovo pitanje je još aktuelno, jer medicinsko osoblje često zaboravlja i previđa značaj ljudskog dostojanstva, međusobnih odnosa, poštovanja i individualnosti.“

„Poštovanje dostojanstva pacijenta teže je nego pacijentovo poštovanje lekara i medicinskih sestara.“
“Nedostaje poštovanje pojedinačnog pacijenta kao čoveka.“

“Očuvanje ljudskog dostojanstva je najvažnija stvar u zdravstvenoj nezi.“

“Pacijenti bi trebalo da budu obavješteni da mogu preduzeti sopstvene odluke o svom lečenju i zdravim stilovima života. Ovo pomaže pacijentima da održavaju usklađenost, značaj integriteta i dostojanstvo.“

Dostojanstvo se uvek odnosi na individualne percepcije čoveka – da je poštovan, cenjen, prihvaćen i značajan. Carper (1979) utvrdila jeda je održavanje dostojanstva osnovna dužnost u zdravstvenoj nezi i da mogućnost odlučivanja i nadzor pacijenta nad vlastitim telom omogućava njegovo dostojanstvo. Reed i ostali (2003) objašnjavaju da je dostojanstvo suština međusobnog odnosa i učešće pacijenta u lečenju. Poštovanje je važna vrednost u zdravstvenoj nezi, to je moralna i profesionalna obaveza, etički princip, pravo pacijenta i element čovečanstva u zdravstvenoj nezi (Pajnkihar, 2009).

Poštovanje je opisano kao moralna obaveza, pa čak i kao ljudsko pravo (McGee, 1998). Poštovanje se ne može odvojiti od zdravstvene nege i, kako ističe Braun (1993), uspostavlja se kao osnovni etički princip u oblasti zdravstvene nege, koja služi kao osnovno etičko načelo zdravstvene nege kao temelj za odazivno, misaono i smernice ponašanja prema ljudima. Poštovanje je preduslov za prepoznavanje i iskazivanje dostojanstva, svojstvene vrednosti i jedinstvenosti čoveka, te uslov za sposobnost samo- odlučivanja. Na osnovu rezultata istraživanja, i na podršci literature, Pajnkihar (2003) ukazuje na to da je važno poštovanje i treba da bude uključeno u proces zdravstvene nege. Reč je o osnovnim uslovima prilikom uspostavljanja razvoja partnerskih odnosa i uspostavljanja moralnih i profesionalnih kriterijuma, ili kriterijuma za kognitivno i emocionalno ponašanje prema pacijentima i svim ljudima. Poštovanje promovise i odražava osećaj dostojanstva, bezbednosti, intimnosti, poverenja, razumevanja i empatije, tako da je pacijent koji je poštovan i informisan u stanju donositi svoje vlastite odluke. Poštovanje je etički princip i ključna odlika u ostvarivanju čovečnosti u okviru zdravstvene nege i osnovno pravo pacijenta.

Imajući u vidu rezultate istraživanja, u literaturi je definisano da iz dostojanstva pojedinca proizilazi osećanje integriteta koje obuhvata percepciju čoveka da je poštovan, značajan, jedinstven i može da kontroliše svoj život. Zdravstvena nega podrazumeva mogućnost odlučivanja, saodlučivanja i održavanja intimnosti tela, uma, emocija i duše. Jasno je da je koncept autonomije, informisanje, poštovanje i dostojanstvo usko povezano sa osnovnim pravima čoveka i pravima pacijenata (Pajnkihar, 2009).

Wojnar (2009) naglašava da je u zdravstvenoj nezi značajna briga za drugoga. Za iskazivanje brige za drugog fundamentalno je važna poštovana i humana komunikacija i međusobni odnosi.

5 ZAKLJUČAK

Nauka zdravstvene nege predstavljena je i zaokružena u teorijama. Činjenica je da pacijenti i zdravstveni sistem sve više očekuju ono što se temelji na nauci – teoriji zasnovanoj na zdravstvenoj nezi (Pajnkihar, 2011). Analiza i evaluacija teorije Imogene M. King pokazala je vrednost teorije za zdravstvenu njegu, što izdvaja čoveka kao individuuma, njegove celokupne potrebe i interakciju među medicinskim sestrama i pacijentima. Teorija omogućava da se međusobni odnos između medicinske sestre i pacijenta razvija na osnovu uzajamnog poštovanja, dostojanstva, poverenja i obostrane autonomije, što je osnovno pravo ne samo za pojedinca kao pacijenta već i kao čoveka (Harih, 2010).

Informisanje i aktivno uključivanje pacijenata i njihove rodbine u zdravstvenu integraciju smanjuje hospitalizaciju i zdravstvenu integraciju. Sa uspostavom jednakovrednih međusobnih partnerskih odnosa i uzajamnim poštovanjem omogućavamo da pacijent koristi njihove izvore za povratak zdravlja i očuvanje identiteta. Sa informisanjem i aktivnom ulogom pacijenata i njihove rodbine u zdravstvenoj integraciji povećava se vrednost zdravstvenih sistema. Informisanje i uključivanje pacijenta u integraciju ojačavaju njegovo poverenje, autonomiju, odlučivanje i saodlučivanje, odgovornost, poštovanje, tretman i dostojanstvo.

LITERATURA

- Aggleton, P, Chalmers, H (2000). *Nursing Models and Nursing Practice.*, second edition. London: Macmillan.
- Browne, A (1993). A conceptual clarification of respect. *Journal of Advanced Nursing.* 18: 211-217.
- Carper, BA (1979). The ethics of caring. *ANS ADV Nurs Sci;* 1 (3): 11-19.
- Dickey, SB, Deatrck, J (2000). Autonomy and decision making for health promotion in adolescence. *Pediatr Nurs* 2000; 26: 46-67.
- Harih, M (2008). Aplikacija teorije Imogene M. King in terapevtska komunikacija pri obravnavi starostnika s sladkorno boleznijo. (specialistično delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Harih, M (2010). Analiza teorije Imogene M. King in opredelitev kriterijev za vrednotenje teorije (magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Mc Gee, P (1998). *Models of Nursing in Practice. A Pattern for Practical Care.* Cheltenham: Stanley Thornes (Publishers) Ltd.
- Pajnkihar, M (2003). *Theory development for nursing in Slovenia.* (PhD Thesis). Manchester: University of Manchester.
- Pajnkihar, M (2009). Nurses' (Un) Partner-Like Relationships with Clients. *Nursing Ethics. An International Journal for Health Care Professionals.* Volume 16, Number 1: 43-57.
- Pajnkihar, M (2009a). Pravice pacientov glede informiranja in vključevanja v proces obravnave. V: Kokol, P (ur.), Rijavec, V (ur.), Kolenc, L(ur.), Reberšek Gorišek, J (ur.). *Pacientove pravice in dolžnosti : zbornik predavanj z recenzijo.* Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2009, str. 23-28.
- Pajnkihar, M (2008). Is caring a lost art in nursing?. *Int. j. nurs. Studies;* vol. 45, no. 5, str. 807-808.
- Pajnkihar, M (2011). Teorija v praksi zdravstvene nege. Uvodnik. *Utrip,* XIX, št.2.
- Reed P, Smith, P, Fletcher M, Bradding A (2003). Promoting the dignity of the child in the hospital. *Nurs Ethics.* 10: 67-76.
- Snoj M (2003). *Slovenski etimološki slovar. 2. pregledana in dopolnjena izdaja.* Ljubljana: Modrijan: 26.
- Tingle, J, Cribb, A (2000). *Nursing Law and Ethics.* London: Blackwell Science Ltd
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list RS, št.15/200
- Wojnar, DN (2009). *Caring. IN. Peterson, SJ., Bredow, TS. Middle Range Theories. Application to Nursing Research.* 2nd edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott & Wilkins

20.

UNAPREĐENJE SESTRINSKOG OBRAZOVANJA KROZ MEĐUNARODNU SARADNJU – ISKUSTVA IZ PRAKSE

Ljiljana Milović

Visoka medicinska škola strukovnih studija u Čupriji

IMPROVING NURSING EDUCATION THROUGH INTERNATIONAL COOPERATION-THE EXPERIENCE FROM PRACTICE

Ljiljana Milovic

High Medical School of Professional Studies in Cuprija

BIOGRAFIJA – Ljiljana Milović

L jiljana Milović je viša medicinska sestra, diplomirani defektolog, doktor medicinskih nauka, naučni saradnik. Srednju medicinsku školu završila je u Kraljevu 1968, a Višu medicinsku školu u Beogradu 1970. godine. Defektološki fakultet, Odsek somatopedije, završila je u Beogradu 1984, a doktorat iz oblasti edukacije odbranila je na Univerzitetu u Beogradu, na Medicinskom fakultetu, 1999. godine

Kretanje u poslu:

- 1969. – specijalizovana hirurška klinika IORS
- 1974. – glavna sestra intenzivne nege
- 1980. – glavna sestra hirurgije
- 1985. – direktor zdravstvene nege
- 1999. – viši predavač
- 1999. – profesor
- 2001. – načelnik Odeljenja za obrazovnu delatnost
- 2005. – redovni profesor u Visokoj medicinskoj školi strukovnih studija u Čupriji
- 2010. – direktor visoke medicinske škole strukovnih studija u Čupriji

Ostale aktivnosti:

- Profesor u Višoj medicinskoj školi u Čupriji od osnivanja i dalje na predmetima : Zdravstvena nega i Metodika i organizacija zdravstvene nege.
- Koordinator i ekspert od strane SZO, za sprovođenje "Lemon" programa u Beogradu u trajanju od dva meseca iz oblasti procesa zdravstvene nege i rukovođenja sestrinstva, 2002. godina.
- Predavač po pozivu za medicinske sestre Udruženja sestara Republike Srpske za oblast: Menadžment u zdravstveni nezi i proces zdravstvene nege
- Predavač u projektu "Porodična medicina" (projekat "Hope", Doboij), family medicine impementatione projekt in Bosnia and Herzegovina FAMI, 2001. godine.
- Predavač po pozivu Lovinsberg deaconal college, iz Osla na temu: Organizacija zdravstvene nege sa menadžmentom, za specijalizaciju sestara iz oblasti gerijatrije u Igalu u trajanju od tri meseca, 2002. i 2003. godina.
- Predsednik sekcije sestara u onkologiji i radiologiji, 1986. godine.Predsednik udruženja sestara Jugoslavije, 1995. godine.Član savezne komisije za zdravstvenu negu pri Saveznom ministarstvu za zdravlje, 1996. godine.
- Predsednik kolegijuma glavnih sestara Kliničkog centra, 1994. godine.
- Predsednik koordinacionog tela glavnih sestara bolničke i van bolničke zaštite za zdravstvenu zaštitu Srbije, 1990 –1994. godina
- Osnivač i glavni urednik I časopisa za medicinske sestre "Sestrinsko ogledalo" Saveza zdravstvenih radnika od 1994. - 1995. godine.
- Član redakcionog odbora časopisa za medicinske sestre "Sestrinska reč" udruženja medicinskih sestara i tehničara Jugoslavije od 1995. godine.
- Član organizacionog odbora Balcan Congres of Oncology, 1996. godine.
- Član Naučnog odbora Udruženja sestara Jugoslavije 2002. godine.
- Stručni koordinator projekta za specijalizaciju iz oblasti gerontologije i brige o starim osobama finansiran od strane Norveške vlade (u saradnji između Visoke Medicinske škole u Čupriji i Soer Trondelag University u Trontheimu).
- Koordinator ENM modula (evropska mreža visokih škola) za razmenu studenata.
- Pomoćnik direktora za međunarodnu saradnju.

Radovi objavljeni u zemlji i inostranstvu:

Objavila je više od 40 radova u vidu rezimea u zbornicima kongresa u zemlji, pet radova štampano u inostranim časopisima.

U celini na SCI – listi, više od 30 radova štampani u domaći časopisima i 20 radova u vidu rezimea u zbornicima kongresa u inostranstvu.

Autor dva udžbenika i koautor u jednom udžbeniku za studente Visoke medicinske škole strukovnih studija u Čupriji i Beogradu.

Uvod

Visoka medicinska škola strukovnih studija u Čupriji je samostalna visokoškolska institucija koja ima svoj put razvoja od osnivanja do danas. Njen rad se zasniva na vaspitno obrazovnoj i istraživačkoj delatnosti.

Inicijativa za osnivanje škole potekla je od Udruženja sestara tadašnje Jugoslavije, potreba zdravstvenog sektora, pomoravskog okruga i šireg područja SR Srbije. Visokoškolska ustanova kontinuirano radi na unapređenju istraživačkog i stručnog rada, podstiče i obezbeđuje uslove i rezultate istraživanja implementira u nastavni proces.

Cilj rada je da se prikaže koliko međunarodna saradnja utiče na unapređenje kvaliteta nastave kroz iskustva iz prakse.

Teoretsko razmatranje:

Istraživački i stručni rad predstavljaju značajnu aktivnost Škole, a ogleda se u: međunarodnoj saradnji, razmeni studenata, školovanju naših studenata u visokoobrazovnim institucijama Norveške i projektima koji su realizovani, čiji su rezultati direktno sprovedeni u obrazovni proces i akreditaciju nove specijalizacije.

Visoka škola je u saradnji sa Sor-Trondelag University College, Trondhjem u Norveškoj sprovedla projekat „Specijalizacija iz gerontologije i brige o starim osobama“ sa 60 ECTS kredita po njihovom nastavnom planu i programu, a prilagođen našim uslovima.

Projekat je sproveden od 2006. do 2009. godine, za dve generacije studenata, uz saglasnost Ministarstva prosvete Republike Srbije.

Integrisanjem projekta u stručni i obrazovni proces inovirane su nove metode učenja u našoj školi a kvalitet života starih osoba u sistemu zdravstvene i socijalne zaštite je poboljšan osposobljavanjem kadrova za rad u gerontološkim centrima. Rezultati istraživanja su prikazani na konferenciji u Sarajevu, februara 2010. godine i publikovani od strane Norveškog centra za internacionalnu saradnju i visoko obrazovanje (SIU) i Istraživačkog centra Norveške, februara 2010. godine.

Visoka medicinska škola strukovnih studija u Čupriji svoju istraživačku, stručnu i obrazovnu delatnost razvija i kao član Mreže Visokih škola Evrope (ENM), gde naši nastavnici i saradnici na konferencijama razmenjuju iskustva iz oblasti stručnog rada, istraživanja, nastave i razmene studenata. Razmena studenata se ogleda u obavljanju stručne prakse u zdravstvenim institucijama Evrope kao i njihovih studenata u našoj zemlji. Škola kao član Visokih škola Evrope (ENM) ima mogućnosti za uspostavljanje stručne i profesionalne saradnje, razvijanje novih istraživačkih aktivnosti i stalno ih unapređuje po principima Bolonjskog procesa. Škola je domaćin ENM konferencije (European Module Network Conference) od 6-11 aprila 2011. godine u Čupriji.

U radu Konferencije učestvuje 40 delegata, predstavnika visokih škola Evrope kao koordinatora za razmenu studenata.

Škola u okviru svojih mogućnosti podstiče i čini velike napore da ojača stručni i naučno istraživački rad u samoj školi i to: kroz školovanje mladih nastavnika i saradnika na doktorskim studijama gde će oni kroz svoje istraživačke projekte unaprediti svoj stručni i profesionalni rad, i motivacijom nastavnika i saradnika za pisanje istraživačkih i stručnih radova koji su publikovani od 2006 do 2010. godine u raznim naučno-stručnim časopisima ili saopštavani na konferencijama u zemlji i inostranstvu.

Nastavnici i saradnici aktivno učestvuju u pisanju udžbenika za sve studijske programe a što je regulisano izdavačkom delatnošću Škole. Naučno stručni i obrazovni program koji škola inovira i nudi zdravstvenim institucijama omogućava zdravstvenim radnicima u praksi: stručni razvoj, sticanje novih znanja i veština i sagledavanje sopstvene profesije sa aspekta novih dostignuća. Škola je akreditovala nekoliko kurseva kod Zdravstvenog saveća Srbije i aktivno su uključeni nastavnici i saradnici za sprovođenje istih.

Stručni kolegijum i Nastavno veće Škole podstiču nastavnike i saradnike da učestvuju u što većem broju u istraživačkim projektima, stručnom radu i konferencijama kako u zemlji tako i u inostranstvu. Škola je kao partner uključena u projekte Tempus IV za period 2011-2012. godine i projekat od 2006-2009. godine.

Zaključak

Kroz istraživačku i stručnu delatnost cilj Škole je da osposobi kompetentne zdravstvene radnike za potrebe državnog i privatnog sektora u zdravstvu kao i za potrebe inostranog tržišta.

Improving nursing education through international cooperation-the experience from practice

Ljiljana Milovic

Introduction

High Medical School of Professional Studies in Cuprija an independent higher education institution that has its own way of development since its establishment until today. Its work is based on educational, research and educational activities.

The initiative for establishing the school came from the Association of nurses in former Yugoslavia, the need for the health sector, Morava region and the wider area of SR Serbia. Institution of higher education continually to improve the research and professional work, encourages and provides conditions and results of implementing the teaching process.

The aim is to show how international cooperation affected the improvement of the quality of teaching through practical experience.

Theoretical discussion:

Research and professional activities are important activities of the School, and is reflected in: international cooperation, exchange of students, education of our students in higher education institutions of Norway and the projects implemented and the results of which are directly implemented in the educational process and the accreditation of the new specialization.

High School, in collaboration with Sor-Trondelag University College, Trondheim, Norway implemented the project "Specialization in Gerontology and Elderly Care" with 60 ECTS credits in their curriculum and adapted to our conditions.

The project was implemented from 2006. by 2009. year, for two generations of students with the approval of the Ministry of Education of the Republic of Serbia.

By integrating the project into the professional and educational process have innovated new methods of learning in our school and the quality of life of elderly people in the health and social care has improved training of personnel for work in gerontology centers. The research results were presented at a conference in Sarajevo, February 2010. year and published by the Norwegian Centre for International Cooperation and Higher Education (SIU) and the Norwegian Research Center, February 2010. year.

High Medical School of Professional Studies in Cuprija his research, professional and educational development activities as a member of the Network of Colleges of Europe (ENM), where our teachers and staff at conferences to exchange experience in the field of vocational training, research, teaching and student exchange. Student exchange is reflected in the performance of professional practice in health institutions of Europe and their students in our country. School as a member of the Colleges of Europe (ENM) has opportunities for qualified and professional cooperation, develop new research activities and continuously improve them according to the principles of the Bologna process. The school is host ENM Conference (European Network Conference Module) from 6-11 April 2011. in the pupil.

The Conference involved 40 delegates, representatives of the Colleges of Europe as a coordinator for exchange students.

Schools within their means encouraging and makes great efforts to strengthen technical and scientific research in the school include: the education of young teachers and assistants to doctoral studies where they are through their research projects to improve your professional work, and motivation of teachers and associates to write research papers and articles that were published from 2006 to 2010. in various scientific journals or presented at conferences at home and abroad.

Teachers and staff participate actively in the writing of textbooks for all study programs which are regulated by publishing activities of the school. Scientific and technical education program in schools to innovate and offer health care institutions provides health care professionals in practice: professional development, acquiring new knowledge and skills and understanding of their own profession in terms of new developments. The school is accredited by several courses at the Health Council of Serbia and actively involved teachers and staff to implement them.

Professional and Collegiate Teaching Schools encourage more teachers and assistants to participate in large numbers in research projects, professional activities and conferences both at home and abroad. The school is a partner involved in Tempus IV for the period 2011-2012. year project from 2006-2009. year.

Conclusion

Through research and technical activities aims of School is to enable competent health professionals for the public and private sectors in health care as well as for foreign markets.

21.

SESTRE IZ PRAKSE KAO UČESNICI VASPITNO-OBRAZOVNOG PROCESA STUDENATA VISOKE ZDRAVSTVENE ŠKOLE

1. Radmila Ranković Vasiljević 2. Milica Blagojević
Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu
Radmila Ranković Vasiljević



BIOGRAFIJA – Radmila Ranković Vasiljević

Rođena je 12. oktobra 1950. godine. Završila je Višu školu za medicinske sestre tehničare Jugoslovenskog crvenog krsta i Pedagoški fakultet. Magistrirala je 1996. godine, na Multidisciplinarnim studijama Univerziteta u Beogradu, smer Nauka o stanovništvu, sa temom „Onesposobljenost za aktivnosti svakodnevnog života i činioci od značaja za organizaciju nege i pomoći u populaciji obolelih od multiple skleroze“.

Doktorirala je 2009. godine iz oblasti menadžment u obrazovanju sa temom „Upravljanje promenama u obrazovanju medicinskih sestara – stanje, perspektive i usklađivanje sa evropskim zemljama“.

Šest godina je radila u Zemunskoj medicinskoj školi kao nastavnik teorijske i praktične nastave.

Od 1977. godine radi u Visokoj zdravstvenoj školi strukovnih studija u Beogradu. Sada radi kao profesor na predmetima Metodika zdravstvene nege i Pedagogija i andragogija.

Od 1992. do 2005. godine bila je ispitivač za metodiku struke u okviru Komisije za polaganje stručnih ispita nastavnika zdravstvene struke.

Od 1990. do 2004. i od 2003. i dalje šef je Odseka medicinskih sestara.

Autor je kurikuluma za studijsku grupu „Strukovne studije sestrinstva“, koji je akreditovan 2007, i koautor kurikuluma za specijalističke strukovne studije iz oblasti javnog zdravlja. U fazi akreditacije je studijski program specijalističkih studija „Metodika nastave zdravstvene nege“

Autor je i realizator u tri akreditovana programa za edukaciju nastavnika zdravstvene nege preko Republičkog zavoda za unapređenje obrazovanja i vaspitanja, za školsku 2009–2010, 2010–2011. i 2011–2012. godinu.

Autor je i realizator dva akreditovana programa za internu kontinuiranu edukaciju zdravstvenih radnika preko Zdravstvenog saveta Republike Srbije za 2009-10. godinu.

Autor je i koautor 70 radova iz oblasti kojima se u nastavi bavi, dva osnovna udžbenika za predmet Metodika i organizacija zdravstvene nege i jednog za predmet Pedagogija i andragogija .

Recenzent je za pet stručnih knjiga iz oblasti zdravstvene nege.

Član je Etičkog odbora Srbije (radnog tela Vlade Republike Srbije u okviru Ministarstva zdravlja) od novembra 2007. godine.

CURRICULUM VITAE – Radmila Rankovic Vasiljevic

Born 12 October 1950th year. She had graduated from College of Nurses of the Yugoslav Red Cross and the Faculty of Education. She got her master's degree in 1996. in Multidisciplinary Studies at the University of Belgrade, Department of Science of the population, with the theme of “Disability for activities of daily life and factors of importance for the organization of care and support in the population of patients with multiple sclerosis”. PhD's 2009th in the field of management education with the theme “Managing change in nursing education - status, prospects and adapt to European countries”.

She worked six years in Zemun Medical School as teacher of theoretical and practical training.

From 1977 she is working in the High Medical School of Professional Studies in Belgrade. Now she is working as a professor of health care and Methods of Pedagogy and andragogy.

From 1992 to 2005, she was an examiner for methodology of the profession within the Commission for taking the professional examinations of teachers of health professionals.

From 1990-2004. and since 2003. she is still the head of department nurses.

She is the author of a curriculum for a study group of “professional studies, nursing, which is accredited 2007th

and co-author of a curriculum for Postgraduate Studies in the field of public health. In the phase of the accreditation is the study program of specialized study, "Methods of teaching health care".

She is an author and implementer of the three accredited programs for training teachers of health care through the Republic Institute for the promotion of education, for 2009/10., 2010/11. and 2011/12. year. She is an author and implementer of two accredited programs for internal continuous education of health workers through the Health Council of the Republic of Serbia for 2009-10. year.

She is author and co-author of 70 papers from the areas of teaching, with two basic textbook, one for the course Methods and organization of health care and one for the course of Pedagogy and andragogy. She is reviewer for five professional books from the area of health care.

She is a member of the Ethics Committee of Serbia (the working body of the Serbian government under the Ministry of Health) as of November 2007 year.

SESTRE IZ PRAKSE KAO UČESNICI VASPITNO-OBRAZOVNOG PROCESA STUDENATA VISOKE ZDRAVSTVENE ŠKOLE

Reč praksa (praktičan) potiče od grčke reči praksis-praktikos, što znači obavljanje nekog rada, izvežbanost, odnosno rad, vičan nekom radu.

U stručnom osposobljavanju sestara praksa predstavlja nezaobilazni metod rada. Sticanje znanja nije jednokratni čin koji se završava nastavnikovim izlaganjem i studentovom reprodukcijom, već proces u kome se podrazumeva provera i primena teorijski naučenoga, što se postiže praktičnim radom i tako osigurava trajnost znanja.

Prateći istorijski razvoj obrazovanja sestara u svetu i kod nas, utvrdili smo da je praktično osposobljavanje za pravo prethodilo teorijskom, iako to danas izgleda neverovatno. Naime, od Florens Najtingel, od njene prve škole, sestre su učile postupke, radnje, tehnike, intervencije, bez prethodno usvojenih teorijskih znanja, što je danas imperativ svakog stručnog obrazovanja.

Razvojem sistema obrazovanja, došlo se do primene didaktičkih principa u procesu obrazovanja, u procesu nastave, pa je teorija počela da prethodi praksi, a ova da je prati ili se razvija paralelno sa teorijom.

Međutim, uvek je postojala potreba za posebnim vidom osposobljavanja budućih sestara za budući poziv, koja se razlikovala od tzv. „školskog učenja“ a koje se odvijalo u zdravstvenim ustanovama bez neposrednog nadzora nastavnika. Takav vid ili metod rada sa ciljem sticanja veština zove se stručna praksa.

Pregledajući istorijske dokumente o obrazovanju sestara, našli smo „Pravilnik o letnjoj praksi studenata Medicinske velike škole i učenika srednjih medicinskih škola, od 16. juna 1950. godine“, kojim se reguliše potreba za ovom praksom kao i njen cilj¹.

Ni danas, posle 60 godina, mi ne nalazimo zamerke ovom Pravilniku.

Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu je, u okviru studijskog programa „Osnovne strukovne studije sestrinstva“ predvidela stručnu praksu u trajanju od 1800 časova tokom tri školske godine. Stručna praksa je oblik stručnog rada koji u medicinskom obrazovanju datira od početka institucionalnog obrazovanja. Stručna praksa treba da olakša studentu prelazak sa akademskog školovanja na profesionalni rad medicinske sestre. Cilj stručne prakse je da se student kroz praktičan rad približi praktičnoj delatnosti. Student time dobija priliku da znanja i sposobnosti koje je dobio proučavanjem teorije, većinom u odvojenim disciplinama, primeni u praksi. Pri tom bi trebalo da stekne uvid u tehnička, organizacijska, ekonomska i socijalna dešavanja i njihovu uzajamnu povezanost u zdravstvenim ustanovama koje su utvrđene kao nastavne baze.

Stručna praksa ima cilj da unapredi sposobnost studenta za uspešnu primenu stručnih i naučnih saznanja i metoda u datim praktičnim situacijama, kao i da doprinese intenzivnijem povezivanju teorije i prakse. Kao povratno dejstvo kontakta sa profesionalnom praksom očekuju se podsticaji za ovladavanje strukom i motivisanost da se posle diplomiranja obavljaju slični poslovi u praksi.

Stručna praksa se i do poslednje reforme obrazovanja, nazvane Bolonjski proces, obavljala za studente odeljenja medicinskih sestara tehničara. Poslednjih godina se obavljala u formi preddiplomske prakse, u iznosu od 100 do 210 sati.

U Studijskom programu, akreditovanom 29. aprila 2007. godine utvrđena je stručna praksa u iznosu od 1800 časova. Zajedno sa časovima aktivne nastave, ovaj program sa 3630 časova se značajno približio zahtevima koje u obrazovanju sestara postavlja Evropska Unija, ICN, i druge asocijacije. I pored toga, sestre koje se obrazuju u Srbiji još uvek ne ispunjavaju u potpunosti fond časova koji zahteva Evropa, a to je 4500 časova u okviru 180 ESPB bodova.

Stručnu praksu obavljaju studenti tokom sve tri nastavne godine i to polovinu sati tokom školske godine u zdravstvenim ustanovama u Beogradu, a polovinu u ustanovama koje sami odaberu (u mestima stanovanja roditelja,

¹ „U cilju povezivanja teorijske nastave na Medicinskoj velikoj školi i srednjim medicinskim školama sa praksom u proizvodnji ustanovljava se, kao nastavni deo obrazovanja, obavezna letnja praksa studenata Medicinske velike škole i učenika srednjih medicinskih škola.“

npr). Tokom šestog semestra, studenti stručnu praksu obavljaju u duplom iznosu, kako bi im se omogućilo diplomiranje do kraja juna meseca.

Stručna praksa se organizuje iz sledećih oblasti: primarna zdravstvena zaštita–javno zdravlje, zdravstvena nega u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Kontrolu nad radom studenata, po fiksiranom nedeljnom rasporedu, sprovode više medicinske sestre i tehničari, po pravilu glavne sestre u ustanovama koje su nastavne baze.

Ukoliko je student zaposlen, može obaviti stručnu praksu u odgovarajućoj ustanovi, odnosno instituciji u kojoj radi - po Programu Škole.

Prošle školske godine se završio prvi ciklus obrazovanja sestara po novom nastavnom planu a po zahtevima Bolonjskog procesa. Vršeci evaluaciju i procenu kvaliteta nastave, pokušali smo da sagledamo dostupne elemente stručne prakse koja se skoro četiri školske godine odvijala u Visokoj zdravstvenoj školi.

Samostalni rad studenta treba shvatiti u relativnom smislu i teško ga je zamisliti bez pomoći nastavnika i/ili saradnika. O samostalnom radu studenata se može govoriti onda kada su oni u stanju da stečena znanja primene, a postavljene zadatke uspešno reše, bez neposredne pomoći nastavnika/saradnika/sestre iz nastavne baze.

Tokom realizacije stručne prakse, sestre – saradnici iz nastavnih baza primenjuju prvenstveno metodu vežbanja i metodu praktičnih aktivnosti.

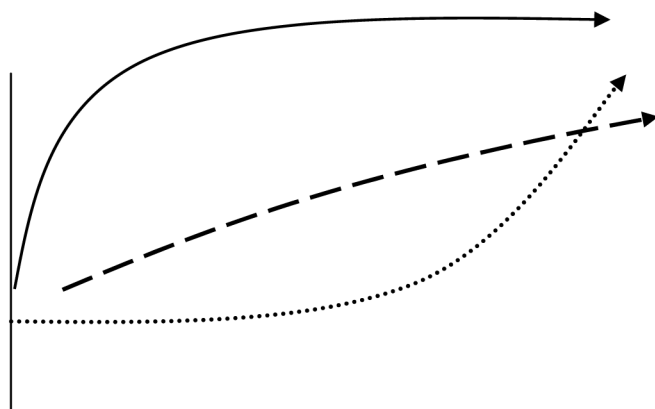
Vežbanje (uvežbavanje) je jedna od metoda nastave, vrsta ponavljanja, etapa nastavnog procesa u kojoj se ostvaruje funkcionalni zadatak nastave - razvoj radnih, stvaralačkih i praktičnih sposobnosti. To je postupak u kome se jedna radnja ili operacija više puta obavlja, ponavlja sa ciljem utvrđivanja. Razvijanje veština prolazi kroz proces uvežbavanja potrebnih, a odbacivanja suvišnih pokreta i operacija. Vežbajući, učenici ne reprodukuju samo ono što su naučili, već primenjuju stečena znanja kako bi rešili postavljeni problem. Pri vežbanju se ne angažuje samo pamćenje, već i mišljenje i stvaralačke sposobnosti učenika. Krajnji cilj vežbanja je sticanje veština, a tamo gde postoji mogućnost automatizacije radnje, i navika. Pored sticanja znanja, cilj nastave zdravstvene nege je i ovladavanje veštinama koje spadaju u delokrug rada medicinske sestre. Za neku radnju možemo reći da je postala veština onda kada se ona izvodi lako, vešto, brzo i tačno. Navike su automatizovane ili poluautomatizovane veštine, koje se stiču dugotrajnim ponavljanjem jedne radnje, uvek na isti način. Osnovna svrha vežbanja je obrazovna, ali se njime razvijaju i neke osobine ličnosti: volja, upornost, strpljivost i sl.

Da bi vežbanje moglo da ostvari svoju ulogu, ono mora da bude dobro organizovano, da se sprovedi sistematski, planski, uz punu aktivnost i angažovanost učenika.

Kako će se vežbanje obavljati i kojom brzinom će studenti napredovati, veoma mnogo zavisi i od individualnih svojstava svakog pojedinca. Postoje tri osnovna tipa napredovanja tokom vežbanja:

1. Studenti koji u početku naglo napreduju, a potom sve sporije;
2. Studenti koji u početku napreduju veoma sporo, a kasnije brže;
3. Studenti koji ravnomerno napreduju tokom čitavog procesa vežbanja.

Grafik 1. Napredovanje i individualna svojstva učenika



U ostvarivanju nastavnih zadataka, praktični rad je način sticanja znanja i veština, ali i način da se stečena teorijska znanja provere i utvrde u praksi. To je vrlo dug put koji zahteva puno vremena i skoro uvek je ponavljanje već ranije naučenog.

Sticanje znanja nije jednokratni čin koji se završava nastavnikovim izlaganjem i studentovom reprodukcijom, već proces u kome se podrazumeva provera i primena teorijski naučenoga, što se postiže praktičnim radom i tako osigurava trajnost znanja.

Pod uticajem progresivističkih shvatanja, posebno Djuievog o "učenju putem delovanja", da se praktičnim aktivnostima kao važnim sredstvom vaspitanja obezbedi značajno mesto i uloga, došlo je do zahteva za što direktnijim upoznavanjem stvarnosti. To je dovelo do porasta značaja metoda zasnovanih na praktičnim delatnostima. Osnovna karakteristika ovih metoda je u tome što one omogućavaju bitnu promenu položaja studenta u procesu nastave i učenja, naglašavajući njihovu aktivnost i samostalnost.

Samostalni rad studenta, međutim, treba shvatiti u relativnom smislu i teško ga je zamisliti bez pomoći nastavnika. S druge strane, svaka aktivnost i delatnost se ne može izjednačiti sa aktivnošću i samodelatnošću studenta uzetih sami za sebe.

U nastavi zdravstvene nege pod praktičnim radom se podrazumeva rad u okviru praktične nastave na bolničkom odeljenju, u kome su nezaobilazni učesnici medicinske sestre iz neposredne prakse.

Medicinske sestre, zaposlene na bolničkom odeljenju koje je nastavna baza, imaju značajan vaspitni i obrazovni uticaj na formiranje budućeg kadra.

Istraživanje sprovedeno na reprezentativnom uzorku od 121 studenta - sestara u januaru 2011. g. pokazalo je da je studentima na prvom mestu po važnosti saradnje sa sestrama – dobra komunikacija, a da im najviše smeta neljubaznost i mala angažovanost u praktičnom radu.

Studenti navode da su jednostavnije sestrinske intervencije savladali tokom redovne nastave, dok su one, koje se ređe izvode i komplikovanije su, zahtevaju više vremena, znanja i materijala, savladali tokom stručne prakse, što i jeste cilj ove metode nastave.

Utvdili smo, takođe, da sa studentima bolje rade sestre saradnice koje imaju solidno didaktičko metodičko obrazovanje. Škola je pre nekoliko godina organizovala seminar za sestre saradnice iz nastavnih baza iz ove oblasti, a za sledeću školsku godinu planiramo da ponovimo, sada inoviran, taj program.

ZAKLJUČAK

- Stručna praksa je, pored vežbanja, najznačajniji način za sticanje veština, pogotovo za profesiju medicinske sestre;
- Realizacija stručne prakse zahteva visok stepen organizovanosti kako od strane škole tako i od strane zdravstvene ustanove u kojoj se stručna praksa odvija;
- Organizovanost stručne prakse podrazumeva postojanje adekvatnog Programa koji bi bio u skladu sa Studijskim programom u celini;
- Realizacija stručne prakse zahteva stručni nadzor od strane adekvatno obrazovanih i motivisanih medicinskih sestara iz nastavnih baza, koje će imati podršku rukovodstva ustanove za ovaj rad;
- Studenti procenjuju stručnu praksu kao vid nastave koji im više omogućava sticanje veština za profesionalni rad;

LITERATURA

- Vilotijević, M., 1999, Didaktika, Učiteljski fakultet, Beograd
- Jezdimirović, D., 2010, Stručna praksa studenata kao oblik sticanja veština, diplomski rad, VZŠ u Beogradu, Beograd
- Ranković Vasiljević, R., 2004, Metodika nastave zdravstvene nege, VMŠ, Beograd

22.

FORMIRANJE SLUŽBI ZA BRIGU O SEKSUALNOM ZDRAVLJU U RURALNIM ISPOSTAVAMA OPŠTE PRAKSE: STUDIJA SLUČAJA – PRIMER IZ ENGLLESKE

Dr Roslin Kejn, docent

Dr Zovie Dejvi, istraživač saradnik

Prof. Niroshan Sirivardena, osnovni profesor primarne zdravstvene zaštite Univerziteta u Linkolnu,
Velika Britanija

PROVIDING SEXUAL HEALTH SERVICES IN A RURAL GP SETTING: A CASE STUDY EXAMPLE FROM ENGLAND.

Dr Roslyn Kane

Dr Zowie Davy

Professor Niroshan Siriwardena
The University of Lincoln, UK

BIOGRAFIJA – Dr sc. mr, Ros Kejn



Dr sc. mr, Ros Kejn, DLSHTM (Diploma Londonske škole za higijenu i tropsku medicinu), diplomirana opšta medicinska sestra, saradnik Akademije visokog obrazovanja FHEA.

Ros Kejn je docent na Fakultetu za zdravlje, život i društvene nauke Univerziteta u Linkolnu. U razdoblju od 1996. do 2006. istraživač je/predavač na Katedri za javno zdravlje i politiku u Londonskoj školi za higijenu i tropsku medicinu. Od 1994. do 1995. godine radila je kao viša medicinska sestra u bolnici za žene „Elizabeth Garret Anderson“ u Londonu.

Ros Kejn je stekla osnovnu obuku kao profesionalna medicinska sestra 1989, a diplomirala je antropologiju i geografiju na Univerzitetском koledžu u Londonu (University College London (UCL) 1994. godine. godine 1996. stekla je DLHSTM (Diploma Londonske škole za higijenu i tropsku medicinu) i iste godine titulu magistar medicinske demografije (nagrađena sa (ESRC Scholarship – Savet za ekonomska i socijalna istraživanja – stipendijom). U 2005. doktorirala

je na LSHTM (Londonskom fakultetu za higijenu i tropsku medicinu). Pružanje pomoći za seksualno zdravlje u Engleskoj: u susret sa potrebama mladih ljudi. Sertifikat iz nastave i podučavanja u visokom i profesionalnom obrazovanju stekla je na Institutu za obrazovanje u Londonu, 2002. godine.

Trenutno je zaposlena kao glavni istraživač: Evaluacija klinike za seksualno zdravlje „Greta Ros Louth“, osnovane od Linkolnšir PCT na četiri meseca i ključni član tima koji je osnovan da razvije i evaluira inicijativu za unapređenje skrining tehnologije za hlamidiju u Linkolnširu, osnovanog od inkolnšir PCT-a na 18 meseci

CURRICULUM VITAE – Ross Kane

Ross Kane PhD, MSc, DLSHTM, (Diploma of the London School of Hygiene and Tropical Medicine), BSc, RGN, Fellow of the Higher Education Academy FHEA

Ross Kane PhD is a Senior Lecturer at the Faculty of Health, Life and Social Sciences, University of Lincoln. In the period of 1996 till 2006 was a Research Fellow/ Lecturer at the Department of Public Health & Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine. In the period of 1994 till 1995 she worked as Senior Staff Nurse in Elizabeth Garrett Anderson Hospital for Women, London.

Kane received her basic training as professional nurse in 1989 and graduated BSc (Hons) in Anthropology and Geography UCL in 1994. She received 1996 DLHSTM (Diploma of the London School of Hygiene & Tropical Medicine) and 1996 MSc in Medical Demography (Awarded an ESRC Scholarship -economic and social research council). In 2005 she acquired PhD at LSHTM (London School of Hygiene and Tropical Medicine) Providing sexual health services in England: meeting the needs of young people. Certificate in Teaching and Learning in Higher and Professional Education she acquired on Institute of Education, London in 2002.

Currently is employed as Principal Investigator: Evaluation of the Greta Ross Sexual Health Clinic, Louth funded by Lincolnshire PCT for 4 months also key member of the team funded to develop and evaluate initiatives to

promote Chlamydia screening uptake in Lincolnshire, funded by Lincolnshire PCT for 18 months.

Roslyn Kane is a Senior Lecturer in the Faculty of Health Life and Social Sciences at the University of Lincoln, UK. She qualified as a general nurse in 1989 before working for several years in women's health. She then undertook further study, doing a BSc in Anthropology and Geography at University College London, a Master's Degree in Medical Demography and a PhD in Public health, both at the London School of Hygiene and Tropical medicine where she also worked as a lecturer and researcher from 1996-2006. Roslyn has extensive experience in research, primarily in relation to sexual and reproductive health, teenage pregnancy and service provision and evaluation.

Higgins G, Spencer R and Kane R (2010) A systematic review of the experiences and perceptions of the newly qualified nurse in the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 30 (6). pp. 499-508.

Kane R, Irving G, Brown S, Parkes N, Walling M, Killick S. Long-acting contraceptive methods. Long-acting, reversible and permanent methods of contraception: insight into women's choice of method. *Quality in Primary Care*. 2009 Volume 17, Number 2, pp. 107-114(8).

Kane R Conscientious objection to termination of pregnancy: The competing rights of patients and nurses. *Journal of Nursing Management*. 2009 17, 907-912.

French RS, Mercer C, Kane R et al. What Impact Has England's Teenage Pregnancy Strategy Had on Young People's Knowledge of and Access to Contraceptive Services? *Journal of Adolescent Health* 2007 Dec ;41 (6):594-601

Wilkinson P, French R, Kane R et al. Teenage Conceptions, Abortions and Births In England, 1994-2003, And The National Teenage Pregnancy Strategy. *The Lancet*. 2006;368:1879-86.

Sažetak

U Engleskoj, se pojavilo dosta nacionalnih inicijativa čiji je cilj poboljšanje pružanja pomoći za seksualno zdravlje. U julu 2001. Vlada je objavila Strategiju za seksualno zdravlje i HIV za Englesku (SZS) (DG, 2001), koja preporučuje da službe opšte prakse i reproduktivnog zdravlja doprinose kontrolisanju seksualno prenosivih infekcija (SPI), procenom rizika i nudeći testove za SPI na odgovarajući način. Pored toga, službe opšte medicine (SOM) imaju ugovor (DH 2003) koji obuhvata, kao suštinski, procenu i dijagnozu osoba sa simptomima zarazne bolesti.

Strategija razvoja bila je odgovor na sve veći broj HIV pozitivnih i SPI i povećane stope neželjenih (tinejdžerskih) trudnoća na nacionalnom nivou. U predloženu strategiju spada novi model rada sa tri nivoa pružanja pomoći za seksualno zdravlje.

U 2009. Nivo 2 (poboljšan nivo zaštite) pilot-služba lekara opšte prakse bila je postavljena u ruralnim delovima Linkolnšira u Engleskoj.

Glavni cilj ove službe je da zadovolji potrebe lokalne zajednice i okolnih lokaliteta pružajući nivo kvaliteta Nivoa 2 Službe za seksualno zdravlje.

Specifični ciljevi službe su:

- da proširi mogućnosti za pristup skrining dijagnostici za SPI za klijente u lokalnoj oblasti,
- da obezbedi kliničko okruženje za učenje, gde će domaći lekari moći da razvijaju svoja teorijska znanja iz urogenitalne patologije za kliničke primenu i da istražuju načine integrisanja ovih znanja u svakodnevnu praksu.

Ovaj rad predstavlja metode i rezultate evaluacije ove službe, i daje preporuke za buduće službe.

Ciljevi ove procene su bili:

- da proceni koliko klinike ostvaruju svoja dva ključna cilja,
- sprovedi analizu trošak/korist kliničke aktivnosti do sada.

Specifični ciljevi su bili:

- da se analiziraju rutinski prikupljeni podaci kako bi se izgradio profil korisnika usluga,
- da se analiziraju sve dostupne cene kako bi se sprovedla analiza troškova/posledica,
- da se izvrši analiza sadržaja svih relevantnih dokumenata lokalne politike i uporedi sa nacionalno priznatim standardima najbolje prakse u primeni Nivoa 2 službe za seksualno zdravlje,
- da se analiziraju podaci korisnika usluga, koji pristupaju ovoj službi i koji su popunili upitnik o poboljšanju kvaliteta pruženih usluga na klinici, od otvaranja,
- da se sprovede niz kvalitativnih intervjuva na malom uzorku, korisnika usluga, kako bi se procenilo njihovo iskustvo sa službom,
- da se sprovede niz kvalitativnih intervjuva na malom uzorku, ključnih aktera, kako bi se istražila njihova iskustva postavljanja i pružanja usluga,
- da se daju preporuke za pružanje usluga u budućnosti.

Evaluacija zaposlenih: niz metoda prikupljanja podataka i zbog razloga celishodnosti, optimizovano korišćenje postojećih podataka gde god je to moguće. Ključni izvori podataka za analizu rutinski se prikupljaju, kliničko po-

stojanje podataka, analiza kvartalnih sadržaja klinike, izveštaja i dokumenata, analiza svih dostupnih podataka koji se odnose na troškove isporuke usluge, učesnik posmatranja rada klinike, anketa klinike korisnika i seriju dubinskih intervju sa korisnicima usluga i usluga.

Rezultati:

Ova procena je obezbedila dokaz da klinika pruža usluge značajne za lokalno stanovništvo i okolinu, ilustrujući uspešan pristup pružanja usluga osetljive prirode za ruralno okruženje. Klinika veoma dobro funkcioniše i ide u korak sa mnogim nacionalnim standardima postavljenim od strane Medicinskog udruženja za SID i seksualno zdravlje (2005).

Zaključak:

Dokaz visokog kvaliteta ocenjen je kroz mišljenja korisnika usluga, kroz upitnik i kroz intervju. Detaljna analiza ključnih strateških dokumenata pisana i korišćena od strane klinike pomogla je da se pokaže da se pružanjem sigurne i efikasne usluge dobija veoma pozitivna odgovor pacijenta. Pristup je holistički, poverljiv, fleksibilan, ne osuđuje, a pacijent je u centru. Uspešno su privlačeni ljudi svih starosnih grupa, uključujući one starije od 60 godina, koji nisu prvobitno predviđeni da budu značajni. Klinika obezbeđuje dobro okruženje za trening, i dobru priliku za medicinske sestre i lekar opšte prakse sa posebnim interesovanjem¹ da direktno rade zajedno sa GU (genito-urinarni) konsultantom: osoblje je jasno imalo koristi od prisustva GU konsultanta, jedan dan mesečno, na licu mesta. Oni pacijenti kojima je potrebno više specijalističkih konsultacija dobili su ih na Nivou 3 i prilikom posete GU konsultanta, tako da se lečenje kompletno odvija tu bez potrebe upućivanja na druge, specijalizovane urološke klinike. Dostupnost skrininga hlamidije pomaže poverenicima primarne zdravstvene zaštite² da ostvare svoje lokalne ciljeve.

Evaluacija je takođe ukazala neke potrebe za poboljšanjem, uključujući i istraživanje sa Poverenicima primarne zdravstvene zaštite –načine kako bi se obezbedio kapacitet klinike neophodan da korak sa potrebama klijenta čiji broj i dalje raste. Takođe se preporučuje da služba revidira svoju strategiju reklamnih i promotivnih materijala. Službi se preporučuje da istraži načine proširenja broja svojih klijenata. Zapažanja i preporuke su takođe rađene u odnosu na politiku propisivanja i kontrolnog uzorka.

Ključne reči: seksualno zdravlje, pružanje usluga, zdravstvena zaštita, holistička zaštita, genito-urinarna medicina

Abstract

In July 2001 the Government in England published a Strategy on Sexual Health and HIV for which recommends that general practice and community reproductive health services contribute to managing sexually transmitted infections (STIs) by assessing risk and offering tests as appropriate.

In 2009 a pilot service was set up in a rural Lincolnshire GP practice in England, offering an enhanced level of care to that normally seen in GP practices.

The principal aim of the service is to meet the requirements of the local community and surrounding locality. The specific aims of the service were:

- to widen access opportunities for sexual infection screening and diagnostics for clients in the local area.
- to provide a clinical learning environment where the host-clinicians can develop their theoretical knowledge of genitourinary medicine for clinical application and explore ways of integrating that with their sexual and reproductive health practice.

In 2010 the University of Lincoln was commissioned by Lincolnshire Primary Care Trust to conduct a comprehensive evaluation of this new service. This paper presents the methods and results of the evaluation, and makes recommendations for the future service delivery.

Key words: Sexual health; Service provision; Community setting; Holistic care; Genitourinary medicine

Background

In England, there have been a number of recent national initiatives aimed at improving the delivery of sexual health services. In July 2001 the Government published a Strategy on Sexual Health and HIV (SHS) [1] which recommends that general practice and community reproductive health services contribute to managing sexually transmitted infections (STIs) by assessing risk and offering tests as appropriate. In addition, the General Medical Services (GMS) contract [2] includes, as essential, the assessment and diagnosis of people with symptoms of infectious disease.

¹ GpswSI - General Practitioners with Specialist Interests

² PCT - Primary Care Trust

The strategy development was a response to concerns over the growing number of HIV and STIs and an increased rate of unintended (teenage) pregnancies nationally. In the proposed strategy a new model of working with three levels of sexual health service provision was outlined:

Level 1 - The strategy proposes different levels of sexual health service to be provided within a range of settings and identifies that all general practice and walk-in centre settings should be able to provide STIs testing for women as necessary and non-invasive testing for men. This is a basic level of provision that is carried out by those that do not wish to provide enhanced or specialist services. It may include the provision of emergency contraception; hormonal contraception; opportunistic screening; treatment for STIs and cervical cytology.

Level 2 – services at this level offer an enhanced level of care, which includes all of level 1 services and some level of specialist provision. This may include intrauterine device (IUD)/intrauterine system (IUS) fitting; enhanced genitourinary (GU) work which may include treating complicated STIs and contact tracing; HIV counseling, testing and treatment. These services should be provided by those practitioners who are trained and experienced, for example GPs or nurses with a special interest (GPwSI, NwSI). In addition, these services will provide training for doctors and nurses wishing to undertake family planning or GU courses.

Level 3 – this service is a specialist provision of sexual health care, likely to include most, if not all, aspects of the above plus expertise in research, education and training.

Local context

In 2009 a level 2 (enhanced level of care) pilot service was set up in a rural Lincolnshire GP practice in England.

The principal aim of the service was to meet the requirements of the local community and surrounding locality. The specific aims of the service were:

- to widen access opportunities for sexual infection screening and diagnostics for clients in the local area.
- to provide a clinical learning environment where the host-clinicians can develop their theoretical knowledge of genitourinary medicine for clinical application and explore ways of integrating that with their sexual and reproductive health practice.

The Community and Public Health Research Group at the University of Lincoln were commissioned by NHS Lincolnshire to conduct an external and independent evaluation of the service. This paper presents the methods and results of the evaluation, and in addition, makes recommendations for the future delivery of the service.

The evaluation was planned and informed by a logic model: a framework for describing the relationships between investments in a given intervention (in this case the new clinic), activities involved in the delivery of the intervention and the results achieved [3].

An application was made to the Research Ethics board at the University of Lincoln. Approval was also sought and received from NHS Lincolnshire Research and Development Office and permission to conduct the evaluation.

Methods

The aims of the evaluation were:

- To assess the extent to which the clinic is achieving its two specific aims

The specific objectives were:

- To analyse all routinely collected data to build a profile of the service users
- To conduct a content analysis of all relevant local policy documents and compare these with nationally recognised benchmarks of best practice, in the delivery of Level 2 sexual health services
- To analyse data from service users who accessed the service and who completed the quality improvement questionnaire provided by the clinic since it opened.
- To conduct a series of qualitative interviews with a small sample of service users to assess their experience of the service
- To conduct a series of qualitative interviews with a small sample of key stakeholders to explore their experiences of setting up and delivering the service
- To provide recommendations for the future delivery of the service.

The evaluation employed a range of data collection methods and optimised the use of existing data wherever possible. The key data sources included analysis of routinely collected clinical and attendance data, content analysis of the clinic's quarterly reports and policy documents, participant observation of the running of the clinic, a survey of clinic users and a series of in-depth interviews with service users and providers. Full details of each of these methods of data collection will be presented at the conference.

Results

This evaluation provided good evidence that the clinic is providing a valued service to the local population and the surrounding area, illustrating a successful approach to the provision of sensitive services in a rural setting.

The clinic is generally performing very well and is meeting many of the national standards as set out by MedFASH in 2005.

The evidence of high quality has been judged through eliciting the views of those accessing the services, both through the questionnaire data and through in-depth personal interviews. Detailed analysis of key policy documents written and utilised by the clinic helped to demonstrate that a safe and effective service is being delivered resulting in very positive patient experience. The service approach is holistic, flexible, non-judgemental, patient centred and confidential. It has been successful in attracting people of all age groups including those over the age of 60, whose numbers were not initially anticipated to be significant. The clinic provides a good training environment, with the valued opportunity for the nurses and GpswSI to work directly alongside the GU consultant: the staff benefit from the presence of a GUM consultant on site one day per month. Those patients needing more specialist level 3 services also benefit by the involvement of the GU consultant as their care can be managed at the clinic thus removing the need to refer them to an alternative genitourinary medicine provider. The availability of chlamydia screening also contributes towards helping the PCT to reach its local targets.

The evaluation did also reveal some areas for improvement and these are detailed below.

Conclusions and Recommendations

- Clinic specification: 48 hour access, number of clients

Although the clinic is working towards the national target of seeing all patients within 48 hours of their first contacting the service, this is in some part being met by offering GP appointment times outside of the sexual health clinic hours. This has implications for cost to the general practice which is subsidising these additional appointments, rather than the funding coming from the PCT ring-fenced budget (which supports only 12 patients per week).

Whilst the clinic continues to develop and attract increasing numbers of patients, current funding arrangements are likely to be inadequate and the clinic staff will need to explore ways of supporting this additional care provision.

- Awareness and advertising

It was recommended that the clinic re-evaluates its advertising activity. Many of the respondents heard about the service directly via their own GP practice so the literature disseminated to the other GPs has clearly made an impact. A further mail out would be useful to reiterate the specifics of service provision as well as continuing to reach clients from the practices, which have not yet been represented.

In their current format, the posters being used to advertise the clinic have limitations in that they make assumptions about the level of knowledge of the general population pertaining to the language of sexual health. It is recommended that the publicity materials be much more explicit in their content, spelling out exactly what services are provided. As recommended by MedFASH in 2005, all promotional material for sexual health services should include information on: aspects of service delivery; location; opening times and how to access it the clinic.

Staff should also note the importance of word of mouth in the advertising of the service and explore ways of better exploiting this valuable resource.

- Accessibility

Currently men and boys are under-represented at the service. It is recommended that the staff explore ways of attracting more men and boys through its doors. This also extends to the counselling which it is recommended revisits its promotional material to also welcome boys, men and those of any sexual orientation (see below).

There was some evidence of difficulty in contacting the service on the telephone. It is recommended that the staff consider the best approach to ensuring that an engaged tone does not constitute a barrier to service accessibility, possibly by considering purchasing a dedicated telephone line for their clients.

- Counselling service specification

The counselling services that are offered by the clinic need to be expanded if they are to be available to all clients. It is recommended that the current service revisits its remit in order to broaden the possibilities for potential services users. The promotional material provided by the counselling service stated, "although as a centre we will talk through any options that the client wishes to if the client decided that her only option was termination we would refer back to the GP as we wouldn't keep records of abortion clinics on file. This is where our involvement would come to an end, although we will then be available to help any client if post abortion stress occurs." Although not explicit this excerpt suggests that the service will not counsel those people who decide to have an abortion. The evaluation team feel that this removes choice for the client.

- Prescribing policies

The evaluation revealed the complexity of the current arrangement for prescribing medications. Staff struggled to decide exactly how to classify some drugs into STI/non-STI medication (as is currently required to meet the funding arrangements of the PCT). It is recommended that the staff work alongside the PCT to devise a list of those medications that can be considered 'STI drugs' to avoid arbitrary decisions being made by the clinic manager and pharmacy technician.

Prescribing within the service has been limited to the STI drugs due to the legal requirement surrounding prescribing. This has compromised the service walk in and confidentiality. To ensure patient satisfaction staff need to discuss a way forward to address the issues around prescribing to non-registered patients without their having to register temporarily at the practice.

- Specimen testing

There was some dissatisfaction expressed about the current arrangements for testing specimens and it is recommended that the service staff along with the PCT explore any opportunities to improve upon the current arrangements.

- Data collection

There is room for improvement in the way in which routine data are collected and processed by the clinic. A move to an IT rather than a paper-based system would much enhance the availability and accuracy of data.

- Future evaluation

Given that the clinic is still in its relatively early stages of development, it is recommended that further evaluation be conducted once the service and its client base have become still further established.

References

- [1] Department of Health (2001). National Strategy for Sexual Health and HIV. Department of Health. London, UK
- [2] BMA (2003) New General Medical Services (GMS) Contract. British Medical Association (BMA) and National Health Service (NHS) Confederation.
- [3] Siriwardena AN (2009). Using quality improvement methods for evaluating healthcare. *Quality in Primary Care*. 17: 155-59.

DRUGO POGLAVLJE

CHAPTER TWO

23.

PRISTUP REFORMI SESTRINSKOG PROGRAMMA: ISKUSTVO IZ ITALIJE APPROACHES TO NURSING CURRICULUM REFORM: THE ITALIAN EXPERIENCE

Alvisa Palese
Associate Professor in Nursing Science
Udine University, Italy

BIOGRAFIJA – Alvisa Palese



Alvisa Palese je vanredni profesor sestrinskih nauka na Univerzitetu u Udinama (Italija). Njen fokus istraživanja je sestrinska administracija, obrazovanje sestara neuronauke u sestrinstvu. Diplomirala je u oblasti sestrinskih nauka na Univerzitetu u Padovi, magistrirala u oblasti sestrinstva na Univerzitetu u Veroni. Predaje Sestrinstvo zasnovano na dokazima na bačelor nivou obrazovanja na Univerzitetu u Udinama i na master nivou (Univerzitet u Udinama, Trstu, Veroni i Modeni). Autor je više od 100 radova objavljenih na nacionalnom i međunarodnom nivou, u indeksiranim i stručnim časopisima časopisima.

CURRICULUM VITAE – Alvisa Palese

Alvisa Palese is Associate Professor in Nursing Science at Udine university (Italy). Her research focus is nursing administration, nursing education and neuroscience nursing. She graduated in nursing Science at Padua University; she has completed her Master Degree in Nursing Science at Verona University. She teaches Evidence Based Nursing in the Bachelor of Nursing science at Udine's University and at Master level (University of Udine, Trieste, Verona, and Modena-Reggio Emilia). She is author of more than 100 papers published at national and international level, in indexed journals and not.

Siže

Obrazovanje u Italiji traje tri godine, obuhvata 270 kurseva koje pohađa 14 hiljada studenata. Prvi moderan prelaz u sestriškom obrazovanju od srednjeg do višeg obrazovanja dogodio se 1996. godine. Drugi prelaz bio je od višeg obrazovanja do bačelor nivoa 2001. Od uvođenja Bolonjskog sistema obrazovanja italijanske sestre mogu dobiti i obrazovanje na master nivou u sestriškim naukama u trajanju od dve godine, koje je bazirano na menadžerstvu, istraživanju, edukaciji i kliničkoj praksi. Medicinske sestre mogu svoje obrazovanje zaokružiti i doktoratom iz sestriških nauka i to na četiri različita univerziteta. Obrazovanje sestara u Italiji se sada suočava sa trećim krugom reforme kurikuluma čiji je glavni cilj da se smanji varijabilnost u okviru univerziteta u obrazovanju zdravstvenih radnika, uskladi obrazovanje prema evropskim trendovima i modernizuje kurikulum.

Kurikulum je razvijen u okviru Evropskih direktive i u skladu sa nacionalnim zakonom. Evropska Direktiva propisuje najmanje 4600 sati nastave, od čega je 1532 sati predviđeno za teorijsku nastavu, a ostatak za kliničku praksu. Direktiva sugeriše da se osnovne kliničke prakse približe studentima. U okviru nacionalnog zakona, kurikulum je zasnovan na 180 bodova (ECTS). Svakom bodu odgovara 30 sati studentske nastave. Zakonom je takođe propisano da najmanje 1 / 3 - od prošle godine 1 / 5 - od vrednost svakog boda treba da se ostavi studentima za njihovo samostalno učenje. Neki standardi treba da se postignu na svim bačelor nivoima sestriškom obrazovanja kako bi bili prepoznati i odobreni: najmanje 30 bodova mora da bude posvećeno sestriškim disciplinama, 60 bodova kliničkoj praksi, 9 bodova tezama, 6 bodova za izbornim disciplinama, a preostali bodovi medicinskim disciplinama. Na univerzitetskom nivou, svaki program je napravljen od strane Univerziteta, mešanjem različitih disciplina (na primer, sestriška nega, medicina, hirurgija, psihologija) i povezan sa disciplinama na Medicinskom fakultetu sa bačelor nivoom. Po završetku bačelor nivoa, studenti brane svoje završne radove i dobijaju profesionalnu licencu od strane komisije sastavljene od članova sa Univerziteta i iz Pokrajinskog odbora medicinskih sestara.

Od 2008. godine, neposredno pre treće reforme nacionalnog kurikuluma, bila je sastavljena grupa lidera u sestriškom obrazovanju u cilju razvijanja nacionalnog kurikuluma sa težnjom da se: a) smanji varijabilnost u okvi-

ru univerziteta, b) razvijaju zajednički obrazovni okviri zasnovani na nadležnosti medicinskih sestara i c) podrži lokalno donošenje odluka. Razmena strategija usvojenih za stvaranje nacionalnog konsenzusa o kurikulumu sestinstva osnovni je cilj prezentacije.

Abstract

The Italian nursing education is three years in length, involves 270 Courses and 14.000 students admitted each year with a national examinations. The first modern transition of the Nursing education was from College to Nursing Diploma occurred on 1996. The second main transition was from Nursing Diploma to Bachelor in Nursing Science occurred on 2001. As Bologna Process stated on 1999, Italian nurses may follow a Master in Nursing Science (2 years in length) focused on managerial, research, education, or clinical issues. Nurses might also conclude their education with the Doctorate Program which is located in 4 different universities. Italian education is now facing a third curriculum reform which has the main objective to reduce the variability within the universities in health care workers education, to align nursing education towards the main European trends and to modernize the curriculum.

The nursing curriculum is developed under the European Directives, and following the National laws. The European directive prescribes at least 4600 hours of education, 1532 at theoretical level and the remaining need to be spent in the clinical practice. These Directives suggest also the nature of essential clinical placements to offer to the students. Under the National Laws, the curriculum is based on 180 Universities Credits (ECTS); each Credit corresponds to 30 hours of students' learning. The law has also prescribed that at least 1/3 – since last year 1/5 - of the value of each Credit needs to be leave to the students for his/her self learning. Some standards need to be achieved by each bachelor in order to be recognized at and approved: at least 30 Credits must be dedicated for Nursing discipline, 60 Credits for Clinical Placements, 9 Credits for thesis, 6 Credits for elective disciplines and the remaining ECTS for medical disciplines. At University level, each curriculum is built by the University, mixing different disciplines (e.g., nursing, medicine, surgical, psychology) decided within the disciplines available in Faculty of Medicine where the Bachelor is affiliated. At the end of the bachelor, the students discuss their thesis and they obtain the professional license which is held by a commission composed by member from university and from Provincial Board of Nurses.

Since 2008, just before the third national curriculum reform, a national group of Nurse education leaders was composed in order to develop a national curriculum aiming to a) reduce the variability within the universities, b) to develop a common educational framework based on the core competence expected by nurses and c) to guide and support local decision making. Sharing the strategies adopted to create a national consensus on nursing curriculum is the main objective of the presentation.

24.

POTREBA ZA UVOĐENJE I SAVLAĐIVANJE PROMENA U ZDRAVSTVENOJ NEZI

Mag. Mateja Lorber

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

NEEDS FOR INTRODUCTION AND MANAGEMENT OF CHANGE IN NURSING

BIOGRAFIJA – Mateja Lorber



Obrzovala se ua Srednjoj zdravstvenoj školi Juge Polak u Mariboru, nastavila studije na Višoj školi za zdravstvene radnike u Ljubljani, Fakultetu za organizacione nauke Univerze v Mariboru te zatim završila postdiplomski magistrarski studij na Fakulteti za management Univerze na Primorskom i stekla naziv magistrica znanosti sa područja managementa. Od 2005 godine je zaposlena na Fakulteti za zdravstvene nauke u Mariboru kao predavač za područje Zdravstvene njege gdje u okviru svog pedagoškog rada izvađa takođe mentorstva i somentorstva kod diplomskih radova. Takođe je predavala na tri strane univerze. Aktivno sudjeluje na brojnim međunarodnim i domaćim konferencijama, simpozijima i kongresima na području zdravstvene njege i managementa. Rezultate svog znanstvenog istraživačkog rada objavljuje u stručnim domaćim i tuđim publikacijama.

Abstract

Background: For management of change we need quality information, decision making process and effective realization of changes. In nursing in recent years, intensive modifications in management of change put the patient in the middle of the action. We can say that management of change is more efficient, if more people agreed with it.

Methods: The study was based on quantitative methodology. As a research method, we used inquire, for data collection the questionnaire which contained closed-type questions. The research included four hospitals in Slovenia. The study included 8% of employees in nursing in Slovenian hospitals. We used different statistical methods using computer program SPSS 16.0. Using descriptive statistics, we found statistically significant differences between individual variables and by means of correlation analysis found links between variables. Also, we used factor analysis to create some factors that represent characteristics of the measured variables.

Results: The analysis shows that leaders in nursing with a statistically significant lower ($t=-2.598$, $p = 0.010$) evaluate their competency introduction and management of changes, as assessed by other employees in nursing. Both leaders and employees are aware that introduction and management of changes is necessary. By factor analysis we obtained two factors of introduction and management of changes. We call the first factor integration of staff and information on the introduction and management of changes and the other is the responsibility of management and leadership for establishing and managing changes. The obtained factors can explain 40% of the total variability of introduction and management of changes.

Discussion and conclusions: Leader in nursing must be reasonable and open to changes for beneficial and useful organization. The purpose of introducing changes is to improve the working processes in nursing, which in turn resulted in better treatment outcomes for patients, more satisfied patients, more satisfied employees in nursing, as well as lowering cost of medical treatment

Key words: health care, quality, management of change

Siže:

Polazna tačka

Za savlađivanje promena trebamo kvalitetne informacije, dobar sistem odlučivanja i učinkovito uvađanje promena. U zdravstvenoj njezi zadnjih se godina intenzivno uvađaju promene koje svakako stave pacijenta u središte događanja. Možemo reći da je uvađanje promena što uspješnije, u koliko se sve više zaposlenih sa njima slaže.

Metode

Istraživanje je temeljilo na kvantitativnoj metodologiji. Kao metodu istraživanja smo upotrebili provedbu, za metodu sakupljanja podataka anketni upitnik, koji je sadržavao pitanja zatvorenog tipa. U istraživanje su bile uključene četiri opće bolnice u Sloveniji. U istraživanju je sudjelovalo 8 % zaposlenih u zdravstvenoj njezi. Upotrebili smo različite statističke metode pomoću kompjuterskog programa SPSS 16,0. Sa upotrebom opisne statistike smo ustanovili statistički značajne razlike između pojedinačkih varijabli te pomoću korelacijske analize ustanoviti povezanost između pojedinačkih varijabli. Upravo tako smo upotrebili faktorsku analizu za oblikovanje nekih faktora, koji predstavljaju značaj mjenjenih varijabli.

Rezultati

Iz analize podataka je razvidno, da vođe u zdravstvenoj njezi statično značajno niže ($t=-2,598$; $p=0,010$) ocjenjuju svoje kompetence savlađivanja i uvađanja promena kao što ocjenjuju zaposleni u zdravstvenoj njezi. Tako vođe, kao zaposleni su svestni, da je uvađanje promena hitno potrebno. Sa faktorskom analizom smo dobili dva faktora savlađivanja i uvađanja promena. Prvog smo imenovali uključivanje suradnika i informiranje o uvađanju i savlađivanju promena, a drugog odgovornost vodećih za uvađanje i savlađivanje promena. Sa dobivenim faktorima možemo pojasniti 40 % cjelostne varijabilnosti savlađivanja i uvađanja promena.

Rasprava i zaključak

Vođa u zdravstvenoj njezi mora biti prihvatljiv i otvoren za promene, koje su za organizaciju korisne i upotrebne. Namjera uvađanja promena je poboljšanje radnih procesa u zdravstvu, što posredno utječe na bolji ishod liječenja pacijenata, zadovoljnije pacijente, zadovoljnije zaposlene u zdravstvu i upravo tako se snižuju troškovi zdravstvenih postupaka.

Ključne reči: zdravstvena njega, kvaliteta, savlađivanje promena

UVOD

Iz domaće i strane literature razbiremo, da se puno očekivanih i zastavljenih promena ne ostvari. Najviše puta je za to kriva visoka dinamika rada i nepredvidljivost okoline, ujedno je značajan dio ovdašnjih neuspjeha se sakriva u nesposobnosti organizacija za brze promene i učenje. Posebno zapostavljene su tako zvane mekane dimenzije promena, koje nanose na vodenje, rukovanje sa ljudima, komuniciranje, promene vladanja i vrednovanje

te upravljanje organizacijske kulture. Upravo ti uzrokuju, da procesi promena u organizacijama ni izdaleka nisu nacrtani, linearni i strukturirani. Diologos (2007) navađa, da je upravljanje sa promenama danas (Change management) postupno postaje neovisna, zaokružena disciplina managementa, koji crpi svoju sistemsku pozadinu iz psihologije, sociologije i socialne psihologije, evolutivne psihologije, iz managerskih i organizacijskih nauka, industrijskog i sistemskog inžiniringa, sa područja organizacijske komunikologije te upravljanja sa ljudima. Ustanovili smo, da upravljanje sa promenama sadrži bar tri dimenzije: zadaću savlađavanja promena, dobru i uhođeno praksu i teoretičku podlogu (modeli, metode,...).

Lorber (2010) navađa, da mora biti vođa u zdravstvenoj njezi prihvatljiv i otvoren za promene, koje su za pojedinačnu zdravstvenu organizaciju korisne i upotrebljive. Stalne promene u okolini zahtevaju od zaposlenih uvijek nove spretnosti i znanja, jer predstavljaju «pomak od poznatog stanja ka nepoznatom» (Smith, 2005, 152), toga moraju biti svestni tako vođe kao zaposleni. Vođa mora imati sposobnost prilagađanja na promenjene zahtjeve, okolinu, situaciju i očuvanje učinkovitosti. Kizer (2002) navađa, da izboljšanje procesa u zdravstvu vodi u bolji ishod lječenja pacienata, zadovoljive paciente, zadovoljivo osoblje, upravo tako se snizuju troškovi lječenja.

METODE

Istraživanje je temeljilo na kvantitativnoj metodologiji. Upotrebili smo deskriptivnu metodu istraživanja, za metodu skupljanja podataka anketni upitnik, koji je sadržavao pitanja zatvorenog tipa te analizu dokumenata. Istraživanje je bilo izvedeno u mesecu aprilu 2009, uključene su bile četiri bolnice u Sloveniji. Podjellili smo 750 anketnih upitnika, što predstavlja 26,8 % između 2802 zaposlenih u zdravstvenoj njezi u bolnicama, koju su sudjelovali u istraživanju i 8 % glede na 9404 zaposlenih u zdravstvenoj njezi u svim slovenskim bolnicama. 110 anketnih upitnika za vođe smo podjellili između vođa na srednoj i nižoj razini vođenja, ujedno smo podjellili 640 anketnih upitnika ostalim zaposlenim u zdravstvenoj njezi u četiri slovenske bolnice. Razpodjela upitnika za vođe nije bila slučajna, jer je bila povezana sa radnim mjestom anketiranog vođe u zdravstvenoj njezi, što znači, da smo upotrijebili namjensko uzorkovanje. Zaposleni u zdravstvenoj njezi su se dobrovoljno odlučili za sudjelovanje u istraživanju. Vraćenih je 509 anketnih upitnika, što predstavlja 68 % odaziv. U istraživanju smo upotrijebili dva upitnika, jednog za vođe i drugog za ostale zaposlene u zdravstvenoj njezi. Vođe su anketnim upitniku ocjenivali sebe, kao vođu, što znači, da smo sa tim pridobili osobnu ocjenu vođe u zdravstvenoj njezi. Zaposleni su se opredjellili do tvrdnji koje su opisivale njihovog neposrednog vođu. Anketirani su se opredjellili do tvrdnje na skali Likertovog tipa, gdje je 1 značila uopšte nije istina, 5 potpuna istina. Sakupljanje podataka je temeljilo na anketnom upitniku, sastavljenog iz nekoliko sadržajnih sklopova.

Vladanje vođa smo proučavali pomoću četiri stila vođenja. Stil vođenja smo posmatrali sa 20 tvrdnji, za vsaki stil vođenja po 5 tvrdnji. Stupanj pouzdanosti spomenutog sklopa 0,748.

Područje osebnih i drugih značajki vođa smo posmatrali na podlozi izabranih 25 osebnih i drugih značajki, koje smo oblikovali pomoću karakterističnih značajki koje bi morao imati uspješan vođa. Stupanj pouzdanosti spomenitog sklopa je 0,953.

Područje uvađanja i savlađavanja promena smo promatrali sa 12 tvrdnji, koje smo oblikovali pomoći izrađenog anketnog upitnika O.K. Consultinga za promatranje kompetenci, koje smo dopunili i prilagodili za područje zdravstvene njege sa teorijom na tom područjom. Stupanj pouzdanosti spomenitog sklopa je 0,701.

Za statističku analizu smo upotrijebili računalnički program SPSS 17,0. Odgovore anketiranih smo predstavili sa prosječnom ocjenom i odgovarajućim koeficientom variabilnosti. Razlike u prosječnoj ocjeni između varijabli smo provjerili sa t testom, međutim povezanost između varijabli smo promatrali sa korelacijom. Upravo tako smo upotrijebili faktorsku analizu (metodu glavnih komponenata), za oblikovanje nekih komponenata, koje predstavljaju značajke mjerenih varijabli.

REZULTATI

Prosječna starost anketiranih vođa je 43,5 godina, prosječna starost zaposlenih iznosi 38 godina. Među anketiranimi je bilo 11 muškaraca i 496 žena. Između vođi je bilo 1 % muškaraca, između zaposlenih 2,4 % muškaraca. Podatci o spolu su u skladu sa činjeničnim stanjem, jer za profesije u zdravstvu, pogotovo na području zdravstvene njege se u većem broju odlučuju žene. Prosječna starost zaposlenih i vođa se razlikuje za 5,5 godina. Prosječna starost vođa u zdravstvenoj njezi nam govori, da je anketirana osoba u prosjeku postala vođa sa 38 godina. Vođe su u prosjeku na vodilnoj poziciji 10,1 godinu (10 % jih je na vodilnoj poziciji 1 godinu ili manje i 6,3 % iznad 25 godina). Zaposleni, koji su vratili anketni upitnik su u prosjeku zaposleni u bolnici 16,5 godina, što pokazuje na to, da dobro poznaju razmjere u bolnici i djeluju kao stručnjaci na svom strukovnom području. U tabeli 1 su prikazane prosječne vrijednosti odgovora za vođe i zaposlene sa koeficientom variabilnosti te rezultatima t testa za varijablu uvađanja i savlađavanja promjena.

Sa testom smo provjerili, dali između pojedinačnih prosječnih vrednosti mišljenja vođi i mišljenja zaposlenih postoje statistički značajne razlike. Statistički značajne razlike smo ustanovili kod 11 od 12 tvrdnji. Vođe sa statički

značajno ($t=6,064$; $p<0,001$) višom ocenom ($PV=4,66$) sumišljenja, da je u bolnici uvađanje promjena nužno i potrebno kao što su mišljenja zaposleni ($PV=4,17$). Vođe sa statistički značajnom ($t=4,288$; $p<0,001$) višom prosječnom vrednosti ($PV=4,21$) sumišljenja, da pred uvađanjem promena dotične uvijek predstave zaposlenim, međutim je njihovo mišljenje o prezentaciji po prilično niže ($PV=3,83$).

Upravo tako zaposleni sa statistički značajnom ($t=5,642$; $p<0,001$) nižom prosječnom vrednosti ($PV=4,15$) su mišljenja, da jih vođe ne obaveštavaju uvijek o promenama, koje se nanose na njihov rad. Zaposleni sa statistički značajnom ($t=-4,386$; $p<0,001$) višom prosječnom vrednosti smatraju ($PV=4,17$), da su pripremljeni aktivno surađivati, kada vođa predstavi novu zadaću, međutim kada je mišljenje vođe glede aktivnog surađivanja zaposlenih niže ($PV=3,84$).

Zaposleni statički značajno ($t=8,102$; $p<0,001$) veću prosečnu ocenu ($PV=3,08$) smatraju, da uvađanje i savlađivanje promena nije potrebno, kada je organizacija uspešna, kao vođe ($PV=2,10$). Zaposleni u većoj meri ($t=-3,067$; $p=0,002$) smatraju, da su za uvađanje i savlađivanje promena odgovorni vođe ($PV=4,16$), kao to smatraju vođe ($PV=4,35$) sami. Vođe statistički značajno ($t=6,440$; $p<0,001$) veću prosečnu ocenu smatraju ($PV=4,35$), da u procesu uvađanja i savlađivanja promena zaposlenima nude adekvatnu podporu, kao to smatraju zaposleni ($PV=3,98$). Takođe vođe u većoj meri ocenjuju ($PV=3,76$), da kod

uvađanja i savlađivanja promena predvide moguće prepreke. Vođe statistički značajno ($t=2,943$; $p=0,004$) su više svjesni ($PV=4,41$), da so promene najteže u vladanju, kao su toga svjesni zaposleni ($PV=3,85$). Zaposleni za statistički značajnu ($t=-11,031$; $p<0,001$) veću prosječnu ocenu ($PV=4,17$) smatraju, da su promene za zaposlene uvek teške i da je potrebno promene uvađati samo tada, kada je organizacija u krizi ($PV=3,39$).

Tabela 1. Uspoređivanje tvrdnji o uvađanju i savlađivanju promena između vođa i zaposlenih te statistički značajne razlike

FAKTORSKA ANALIZA UVAĐANJA I SAVLAĐIVANJA PROMENA

TVRDNJE ZA VOĐE	PV V	Koet. Varia b (%)	PV Z	Koet. Varia b (%)	t	p
U bolnici uvađanje i savlađivanje promena nije potrebno .	4,66	13,3	4,17	23,9	6,064	<0,001
Prije uvađanja i savlađivanja promena jih uvijek predstavim zaposlenima.	4,21	17,2	3,83	26,5	4,288	<0,001
Zaposlene obavestim o promenama, koje se tiču njihovog rada.	4,72	10,6	4,15	18,8	5,642	<0,001
Kada krene što naopako, treba je uvesti kontrolu.	4,17	18,9	3,84	25,7	3,520	0,002
Kada predstavim zadatak zaposleni su pripremljeni aktivno sudjelovati.	3,84	15,7	4,17	20,2	-4,386	<0,001
Kada je organizacija uspešna uvađanje i savlađivanje promena nije potrebno.	2,10	46,3	3,08	42,9	-8,102	<0,001
Kod uvađanja i savlađivanja promena predvidim moguće prepreke.	3,76	21,2	3,62	24,6	1,503	0,135
Za uvađanje i savlađivanje promena su odgovorne vođe.	3,85	25,9	4,16	20,9	-3,067	0,002
Promene du najlakše u znanju najteže u vladanju.	4,11	18,8	3,85	23,5	2,943	0,004
U procesu uvađanja i savlađivanja promena zaposlenim nudim ustreznu potporu.	4,35	12,9	3,89	23,3	6,440	<0,001
Promene su uvek teške i zahtjevne.	3,17	24,5	4,17	19,3	-11,031	<0,001
Promene treba izvađati samo kada je organizacija u krizi.	2,49	39,9	3,39	26,4	-8,686	<0,001
ZAJEDNO	3,79	22,1	3,86	24,7	-2,598	0,010

Ocenu uvađanja i savlađivanja promena smo istraživali na 12 trdnji. Upitali smo se, jeli je moguće smanjiti variable. U tu namjeru smo izveli faktorsku analizu. Pomoću Kaiser-Meyer-Olkinovog testa (KMO) i Bartlettovog testa smo proverili jeli je adekvatno za faktorsku analizu i onda pokušali identificirati faktore uvađanja i savlađivanja promena. U prvom pokušaju so se u faktorski model uključile sve tvrdnje, koje se nanose na uvađanje i savlađivanje promena. Radi niske vrednosti komunaliteta smo iz analize izlučili četiri tvrdnje. Nakon ponovne ocene i analize »scree« diograma smo nastavili sa pokušajem ocene faktorskog modela sa dva faktora. Vrednost KMO statistike bila je 0,862 (prije 0,821), što nakazuje na pravilnu odluku. Sa analizom glavnih komponenti dobili smo dva faktora, sa kojima možemo, da pojasnimo skoro 40 % ukupne varijabilnosti uvađanja i savlađivanja promena. Sa prvim faktorom mogu pojasniti 34,4 % i sa drugim faktorom 5 % ukupne varijabilnosti uvađanja i savlađivanja promena. U prvi faktor je došlo 5 varijabli, koje smo poimenovali uključivanje zaposlenih kod uvađanja i savlađivanja promena. U tome ide za uvađanje i savlađivanje promena sa potporom zaposlenih. Opredjeljuju ga sledeće variable: upoznavanje zaposlenih, nuđenje podpore zaposlenim, obaveštavanje o promenama i predviđanje o preprekama kod uvađanja i savlađivanja promena. U drugi faktor ušle su tri variable koje smo poimenovali odgovornost vođa za uvađanje i savlađivanje promena. Spomenuti faktor je opredeljen sa svestnošću, odgovornosti i pristojnosti vođa kod uvađanja i savlađivanja promena.

KORELACIJSKA ANALIZA FAKTORA UVAĐANJA I SAVLAĐAVANJA PROMENA

U nastavku su prikazani rezultati korelacijske analize između demografskih čimbenika (starost, stupanj obrazovanja, godine radnog staža, godine na vodeđen radnom mjestu kod vođa) i proučavani stili vođenja sa dva faktora koje smo stekli na osnovu faktorske analize glavnih komponentata uvađanja i savlađavanja promena. U korelacijsku analizu smo uključili i načine rješavanja konflikata (kompromis, adaptacija, izbegavanje i dogovor). Te izabranih 10 najznačajnijih karakteristika (odlučnost, ambicioznost, komunikativnost, samouvjerenost, poštenost, pouzdanost, objektivnost, timski rad, organiziranost rada te odgovornost) koje bi po mišljenju zaposlenih i vođa morao posjedovati svaki vođa u zdravstvenoj njezi.

Prvi faktor kojega smo označili kao uključivanje i informiranje u uvađanju i savlađivanju promena je statistički povezan sa stupnjom obrazovanja ($r=0,118^{**}$; $p=0,008$) što označi, da vođe sa višim stupnjem obrazovanja bolje informiraju i uključuju suradnike u uvađanje i savlađavanje promena. Vođe koje informiraju i uključuju zaposlene u uvađanje i savlađavanje promena upotrebljavaju zauzeti ($r=0,726^{**}$; $p<0,001$), objedinjavani ($r=0,741^{**}$; $p<0,001$) i savjesni ($r=0,643^{**}$; $p<0,001$) stil vođenja, u rješavanju konflikata upotrebljavaju kompromis ($r=0,600^{**}$; $p<0,001$), dogovor ($r=0,687^{**}$; $p<0,001$) ili prilagađanje ($r=0,609^{**}$; $p<0,001$). Upravo tako se faktor uključivanja i informiranja zaposlenih u uvađanje i savlađavanje promena pozitivno povezuje sa svim deset izabranih karakteristika, koje bi morao imati uspješni vođa.

Drugi faktor kojeg smo usporedili kao svesnost odgovornosti i pristojnosti vođa u uvađanju i savlađavanju promena, se pozitivno povezuje sa svih četiri stilova vođenja (zauzeti ($r=0,527^{**}$; $p<0,001$), savjesni ($r=0,480^{**}$; $p<0,001$), udruženi ($r=0,741^{**}$; $p<0,001$) i zadržani ($r=0,212^{**}$; $p<0,001$)). U rješavanju konflikata se vođe poslužuju kompromisa ($r=0,385^{**}$; $p<0,001$), dogovora ($r=0,471^{**}$; $p<0,001$) i prilagađanja ($r=0,377^{**}$; $p<0,001$). Upravo tako se faktor svjesnosti i pristojnosti vođe u uvađanju i savlađavanju promena pozitivno povezuje ($r=0,377^{**}$; $p<0,001$) sa svih deset izabranih karakteristika uspješnih vođa.

RASPRAVA

Sa istraživanjem možemo napomenuti, da vođe u zdravstvenoj njezi bolnica koje smo proučavali, ne uključuje zaposlene u procese odlučivanja uvađanja i savlađavanja promena u takvoj mjeri kao što to ocjenjuju sami. Po mišljenju zaposlenih smo ustanovili, da vođe u prihvaćanju odluka ne odnosno slabo uzimaju u obzir predloge suradnika. Vođe svoje odluke slabo argumentiraju te prihvaćaju i strukovno neosnovane odluke. Međutim vođe navađaju da za svoje odluke uvijek prihvaćaju i odgovornost. Možemo napomenuti, da problem uključivanja nije prisutan samo na nivou zaposlenih, naima i kod vođa na nivou nižeg managementa. Slažemo se i napominjemo kao što su već napomenili Skela Savič, Pagon i Robida (2007) koji kažu, da morajo postati vođe bitni promoteri uključivanja poedinca u proces promena u bolnici. U istraživanju je zanimljiv rezultat, da vođe sa statistički značajnom prosečnom vrjednosti ocjenjuju svoju kompetencu uvađanja i savlađavanja promena, kao što ju ocjenjuju zaposleni u zdravstvenoj njezi. Vođe su naima svesni, da bi trebalo uvađati više promena za izboljšanje kvalitete zdravstvene njege, ali se svejedno dotičnih »boje«. Na promene se mora vođa odazvati pozitivno, ne sme jih se bojati i u njima mora vidjeti priliku za izboljšanje kvalitete usluge u zdravstvenoj njezi. U istraživanju dolazimo do spoznaje, da su tako vođe kao zaposleni u zdravstvenoj njezi svesni, da je uvađanje i savlađivanje promena u bolnici nužno i potrebno. Ustanovili smo i da vođe pred uvađanjem promene slabo predstave zaposlenima upravo tako slabo predviđaju moguće prepreke u uvađanju i savlađavanju promena. Međutim kad vođe smatraju, da zaposlenim nude adekvatnu potporu u uvađanju promena te jih uvijek obavjeste o promenama koje se nanose na njihov rad. Kotter i Cohen (2003, 15) su mišljenja, da je uvađanje promena povezano sa promenom vladanja ljudi u or-

organizacijama. Upravo tako Gruban (2007) je mišljenja, da bez radikalnih promena vođi i vodenja, promene većoj uspješnosti i sa time većoj zauzetosti nije moguće očekivati. Sa faktorskom analizom smo dobili dva čimbenika uvađanja i savlađavanja promena. Prvog smo imenovali uključivanje suradnika i obavešćevanje o uvađanju i savlađavanju promena, sa njim možemo pojasniti 34 % cjelostne varijabilnosti uvađanja i savlađavanja promena u zdravstvenoj njezi. Dolazimo do zaključka, da vođe koji su svjesni promena odgovornosti vodstva u savlađavanju i uvađanju promena kao što smo poimenovali drugi čimbenik kod svoga rada se poslužu svih četiri stila vodenja i imaju svih 10 izabranih karakteristika uspješnih vođa.

ZAKLJUČAK

Poznato je, da su najutjecajnije vođe oni, koji se znaju prilagoditi zaposlenim i razmjerama u kojima se nalaze. Stalan razvoj i današnji napredak zahtijevaju od vođe pored prilagađanja razmjerama, konstantno izboljšavanje i uvađanje promena, bez kojih svakako organizacija ne može biti uspješna i konkurentnija od drugih. Moramo biti svesni, da moraju postati vođe bitni promotori uvađanja i upravljanja promena, ujedno u tome ne smiju zaboraviti na podticanje i uključivanje svih suradnika u uvađanje i upravljanje promena.

LITERATURA

Dialogos: Upravljanje sprememb ali obvladovanje kaosa?, 2007. Dostopno na: <http://dialogos.si/SLO/storitev/izobrazevanja/upravljanje-sprememb> (11.04.2011)

Gruban, B.: Kompetenčni profil vodje tretje generacije managementa, HRM, 2007; 5 (17); 26-33.

Kizer, K.W.: Quality improvement should be healthcare's essential business Startegy, Frontier of Health Services Management, 2002; 18 (1); 47-50.

Kotter, J.P., Cohen, D.S.: Srce sprememb: resnične zgodbe o tem, kako ljudje spreminjajo svoje organizacije, Ljubljana: GV Založba, 2003.

Lorber, M.: Vedenje, značilnosti in kompetence vodij v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v zdravstveni negi [magistrsko delo], Koper: Univerza na Primorskem, 2010.

Skela Savič, B., Pagon, M., Robida, A.: Predictors of the level of personal involvement in an organization: A study of Slovene Hospital, Health Care Manager Review, 2007; 32 (3); 1-13.

Smith, I.: Continuing professional development and workplace. Managing the »people« side of organizational change. Library Management, 2005; 26 (3). Dostopno na: <http://www.emeraldinsight.com/0143-5124.html> (10.04.2011).

25.

UVOĐENJE PROMENA – SAVLADAVANJE OTPORA PROMENAMA U ZDRAVSTVENIM ORGANIZACIJAMA

INTRODUCTION OF CHANGES –OVERCOMING RESISTANCE TO CHANGES IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS

Tanja Rakić, Dušanka Petrović
Klinički centar Srbije

BIOGRAFIJA – Tanja Rakić



Radni staž započela 1979.godine na Prvoj hirurgskoj klinici KCS, kao viša medicinska sestra. Godine 1984. postavljena za glavnu sestru Intenzivne nege, 1987. prelazi u Urgentni centar, kao glavna sestra Urgentne hirurgije. Od 2003. postaje glavna sestra Urgentnog centra, a 2008. imenovana je za glavnu sestru KCS i pomoćnika Direktora Centra za NOHR. U toku svog radnog staža kontinuirano napreduje u Službi i usavršava se. Diplomirala je na Defektološkom fakultetu UB, a potom završila i diplomatske akademske studije – master iz Zdravstvene politike i menadžmenta na Medicinskom fakultetu UB. Više puta je učestvovala na stručnim sastancima i simpozijumima zdravstvenih radnika kao predavač i učesnik.

CURRICULUM VITAE – Tanja Rakic

Work history began in 1979 at the surgical clinic, as high educated nurse. 1984 is set for the head intensive care nurse. 1987 exceeds the ER, as chief nurse of emergency surgery. Since 2003, becoming chief nurse of the Emergency Center, and in 2008 appointed head nurse and CCS Assistant Director of the Center for NOHR. During her working years continuously promoted and improved to, a graduate of the UB School Special Education and then completed graduate studies and master of health policy and management at the Medical School UB. Many participation in professional meetings and symposia as a lecturer of health workers and participant.

UVODENJE PROMENA – SAVLADAVANJE OTPORA PROMENAMA U ZDRAVSTVENIM ORGANIZACIJAMA

Promene u sistemu zdravstvene zaštite jesu proces planiranog prelaska sa sadašnje nezadovoljavajuće situacije ka boljoj budućnosti. Menadžment promenama je proces koji obezbeđuje efikasno funkcionisanje ustanove u uslovima uvođenja promena kada se najčešće javlja otpor zaposlenih, a odnosi se na uključivanje zaposlenih, obezbeđenje vođstva, razvoj strategije podrške promenama i menadžment projektom. Promene mogu biti: Mikro i Makro, Planirane i Iznenadne, Pojedinačne i Kontinuirane, Operativne i Strateške, Kulturalne i Političke, Razvojne, Tranzicione, i Transformacione. Razvojna promena predstavlja unapređenje postojeće situacije, Tranziciona je implementacija poznatog budućeg stanja, odnosno menadžment privremene tranzicije tokom kontrolisanog vremena, a Transformaciona promena je pojava novog stanja koje je nepoznato dok ne dobije konačni oblik, a javlja se nakon uništene organizacije, pri čemu vreme promene nije lako kontrolisati. Postoje i Strukturalne promene (spajanja, konsolidacije, lišavanja), Promene smanjivanja troškova (eliminacija aktivnosti koje nisu osnovane, otpuštanja kadrova, preraspodele), Procesne promene (uvećanje efikasnosti, ubrzavanje procesa uvođenja promene radi unapređenja kvaliteta) Kulturalne promene (unapređenje međusobnih odnosa menadžera i zaposlenih sa fokusiranjem na korisnika zdravstvenih usluga).

Pristupi promeni mogu biti ekonomski i organizacioni. Ekonomski podrazumeva maksimiziranje vrednosti organizacije, upravljanjem promenom odozgo, naglašavanje strukture sistema, planiranje i uspostavljanje programa, motivisanje kroz finansijske podsticaje, angažovanje konsultanta da analizira probleme i oblikuje rešenja. Organizacioni pristup čini razvijanje organizacionih sposobnosti, ohrabrivanje participacije odozgo, izgradnju korporativne kulture ponašanja i stavova zaposlenih, eksperimentisanje i razvijanje, motivisanje kroz posvećenost, angažovanje konsultanta koji pomaže menadžmentu u oblikovanju vlastitog rešenja problema.

Reforme u zdravstvenim sistemima bile su neophodne. Zdravstveni sektori su bili veliki, zdravstveni sistemi vođeni pravičnošću sa univerzalnom pokrivenošću a malom efikasnošću. Nagle promene u razvoju tehnologije i novih procedura u posleratnom periodu dovele su do povećanja troškova i povećanja zahteva, što je dovelo do konflikta između ciljeva pravičnosti i efikasnosti. Evropska unija uvela je organizacione promene u zdravstveni sektor, u smislu decentralizacije, smanjenja neefikasnog birokratskog aparata, unapređenja izbora primalaca usluga, većih kompeticija pružalaca usluga i pružanja određenih dokaza o unapređenju ishoda po zdravlje, alokaciji resursa i satisfakciji pacijenta. Spremnost za promene zavisi od razumevanja razloga za uvođenje promene i načina na koji će se ona uvesti. Ciljevi menadžmenta zdravstvenom zaštitom zasnovanom na dokazima su pružanje podrške zdravstvenim radnicima da primenjuju medicinu zasnovanu na dokazima, rešavanje problema profesionalne autonomije razvijanjem timskog rada i profesionalnim razvojem zaposlenih, stvaranje efikasne i fleksibilne organizacione sredine koja se prilagođava na promene, vođenje i uspostavljanje promene od nasleđene organizacione strukture prema "organizaciji koja uči". Strategija promene podrazumeva preduzimanje akcija koje efektivno deluju na profesionalno ponašanje i vođenje kao i motivisanje zdravstvenog osoblja za primenu inovacija. Promene se moraju dizajnirati tako da budu primenljive na sva tri nivoa zdravstvene zaštite: primarni, sekundarni i tercijarni nivo. Implementacija sistema ima značajan uticaj na ključnim poljima: redukciji nepotrebnog odlaganja i čekanja na procedure bolje iskorišćeno radno vreme osoblja, redukcija troškova i postizanje optimalnog radnog efekta. Implementacija promene odvija se kroz sedam koraka ili faza:

1. Mobilisati sve članove kolektiva putem zajedničke identifikacije poslovnih problema i odgovarajućih rešenja Zaposleni koji će ostvariti promenu, moraju biti prepoznati kao osobe koje treba da budu uključene u prepoznavanje problema i planiranje njegovog rešenja. Promena koja se pokreće od vrha nadole osuđena je na propast. To je greška menadžera koji razumeju samo deo problema, daju uska rešenja, zbog čega zaposleni pružaju otpor, nisu motivisani i angažovani. Potrebno je formulirati rešenja problema, zaposlene upoznati sa hitnim poslovnim problemima i njihovim osnovnim uzrocima kao i posledicama nerešavanja problema (obustava rada, otpuštanje, smanjenje ličnih primanja), održavati sastanke sa zaposlenima, prezentovati probleme i posledice, diskutovati i tako dolaziti do rešenja.

2. Formulirati zajedničku viziju o tome kako se organizovati i kako ostvariti veću konkurentnost Jasna i praktična vizija željenog budućeg stanja i prenošenje vizije na druge osobe, konkretno vizija treba da donese unapređenje poslovanja i korist samim radnicima (smanjivanje dužine hospitalizacije pacijenata, smanjivanje troškova lečenja, povećanje broja lečenih, poboljšanje kvaliteta rada, povećanje zadovoljstva).

Vizija je izjava organizacije o tome kakvu budućnost bi želela. Ona saopštava svima kakvo okruženje ili svet predviđa svojim korisnicima kao rezultat svoga rada, ukratko vizija bi trebalo da bude izazovna i inspirativna kako bi motivisala zaposlene u organizaciji da je ostvare. Odgovor zaposlenih na viziju je najčešće, da 20% promenu podržava, 50% su posmatrači, a 30% se suprotstavlja promeni "otporaši" .

Efektivna vizija mora da opisuje poželjnu budućnost , onu sa kojom bi ljudi bili srećni kad bi mogli da je sada imaju, mora da bude stimulativna, bolja od tekućeg stanja da bi se sa zadovoljstvom uložio neophodan trud za ostvarivanje. Mora da bude realna , ostvariva za grupu ljudi koja puno radi, fokusirana i da se ograniči na izvodljiv i koherentan skup ciljeva. Mora da bude fleksibilna i u stanju da se adaptira na promenljive okolnosti, i laka za predočavanje na raznim nivoima. Vizija mora da bude „prevodljiva“ za menadžere i radnike , i da daje opipljive rezultate. Vizija mora da bude kompatibilna sa suštinskim vrednostima ustanove , vrednostima koje su je održavale godinama.

3. Identifikovati lidera Uspešan lider poseduje inicijativu za promene, snosi odgovornost za uspeh i neuspeh, perzistentno veruje u uspeh promene – i to iskazuju na uverljiv način, u obliku verodostojne i neosporne vizije, ubedljivim argumentima, poseduje veštine i operativno znanje kako da implementira svoje vizije.

4. Fokusirati se na rezultate, a ne na aktivnosti Fokusiranje na ciljeve sa merljivim kratkoročnim unapređenjem performansi, čak i kada je borba za promenu dugoročna i neprekidna.

5. Promene započeti sa periferije, a zatim proširiti na ostale jedinice bez nametanja odozgo Promene započeti u malim autonomnim jedinicama organizacije a potom se inicijativa za promenu širi na druge jedinice. Širenje inicijative za promenu utoliko je uspešnije ukoliko osmišljena promena poseduje jasna preimućstva nad postojećim statusom, kompatibilnost sa duboko usađenim vrednostima, iskustvima i potrebama ljudi; zahteve koji su razumljivi, i opciju da ljudi eksperimentišu sa modelom promene na malom planu.

6. Institucionalizovati uspeh Da bi se proces promena ostvario do kraja, od kritičnog značaja je da radnici budu podjednako zainteresovani za institucionalizovanje svog uspeha, koliko i za sprovođenje samog procesa. Kontinuirano unapređivanje je krajnji cilj.

7. Monitoring i prilagođavanje strategija na probleme nastale u procesu promena Programi promena se skoro nikada ne odvijaju po planu. Tokom napredovanja ljudi ka cilju javljaju se različite vrste nepredviđenih problema. Događanja u spoljnom okruženju takođe mogu da utiču na ono što se dešava unutar organizacije. Zato lideri promena moraju da budu fleksibilni i prilagodljivi, a njihovi planovi dovoljno stameni da ne budu ugroženi zbog izmena u rasporedima, redosledima i strukturi osoblja.

Proces za usmeravanje promene sadrži svest o potrebi za promenom, podsticanje drugih na otvorenost ka promeni, prenošenje poruke o promeni , podržavanje promene, potvrđivanje promene . Liderstvo proizvodi promenu. To je njegova glavna uloga. Zdravstvene ustanove su kompleksni društveni sistemi, a grupe sa kojima se susrećemo u inicijativi za promene su agenti promena, većina i otporaši. Agenti promena artikulišu potrebu za promenom, prihvaćeni su od drugih, motivišu ljude, učvršćuju prihvatanje inovacije, osnažuju promene. Potreban je stimulus da bi otpočeo proces promena, zdravstvena organizacija može biti spremna za promene ili agent promena treba da uveri ljude u potrebu za promenom. Agent promena mora prepoznati da promena u organizaciji znači da ljudi moraju da se menjaju. Motivisanje ljudi je najveći izazov, mora se pronaći pristup koji će uveriti druge u neophodnost promena. Agent promena mora stvoriti nove vrednosti i stavove i kod ključnih ljudi . Većinu čine, konzervatori koji su skloni postepenim promenama, vode računa o detaljima, odlučni su i disciplinovani, vole predvidljive situacije, zatim pragmatičari koji su skloni promenama koje se odnose na specifične probleme, praktični su, razumni i fleksibilni, otvoreni za nove stvari, ali obazrivi, i Inovatori, skloni brzim i sveobuhvatnim promenama, nekonvencionalni, nedisciplinovani ili otvoreni za novo. Otporaši mogu pružati aktivan i pasivan otpor. Otpori se javljaju zbog nesigurnosti, socijalnih i ekonomskih gubitaka, neugodnosti, uvređenosti, ili pretnje sadašnjoj poziciji i uticaju. Nema promena bez otpora, otpor ne pokazuje da je nešto loše nego da se nešto dešava. Sa otporom se možemo boriti edukacijom i komunikacijom, participacijom i uključivanjem, podrškom, pregovaranjem i dogovaranjem. Manipulacija i pritisak se ne preporučuju. Potrebno je utvrditi gde i kada će promena dovesti do nečijeg gubitka, identifikovati takve osobe, predvideti njihovo reagovanje, objasniti zašto je promena važna, naglasiti dobiti i nove uloge, uključiti ih kao aktivne partnere. Ako sve ovo ne uspe, pokušati sa razgovorom „jedan na jedan“, uglavnom kod pasivnih otporaša. Pomaganje ljudima u lakšem prihvatanju budućeg stanja od strane menadžera, podrazumeva pomoć u prevazilaženju najpre četiri faze reakcije na promenu (šok, defanzivno povlačenje, priznavanje, prihvatanje i prilagođavanje), zatim preporuke ljudima kako da pomognu sami sebi (prevazilaženje bespomoćnosti, analiza gubitaka i dobitaka, pronalaženje oslonca). Efektivni lideri i menadžeri su

neophodni na svim nivoima organizacije. Po definiciji, lideri stvaraju privlačnu viziju budućnosti i onda razrađuju logičnu strategiju za njeno pretvaranje u stvarnost. Oni takođe motivišu ljude da slede tu viziju, čak i kada postoje prepreke. Menadžeri, s druge strane imaju dužnost da omogućavaju glatko odvijanje složenih zadataka. Oni moraju da izrade detalje sprovođenja, prikupe potrebne resurse i kanališu energiju radnika u pravom smeru. Menadžeru će položaj biti dodeljen i on će imati mogućnost da razvije leaderske veštine i da ga priznaju kao lidera, dok Lidera priznaju ljudi koji ga okružuju kao nekog ko ih je poveo u određenoj situaciji bez obzira na njegovu zvaničnu ulogu. Svi jako uspešni napori u transformisanju objedinjuju dobro liderstvo sa dobrim menadžmentom.

Prednost malih promena je što se njima lakše upravlja, imaju veće šanse za uspeh, prekidi su kratkotrajni, dešavaju se u malim jedinicama organizacije gde su svi stalno spremni za promene. Kapacitet ljudi da se izbore sa promenama je povezan sa očekivanjima. Važno je da su promene dobro objašnjene, anticipirane, da se sprovede u dozama kojima je moguće upravljati. Svakako je bolja serija malih kontinuiranih inicijativa za promene od diskontinuiranih promena. Male promene mogu prouzrokovati velike rezultate i uspehe. Više od 80% svih napora za uvođenje velikih promena doživljava neuspeh. Mogući su kratkoročni rezultati, naročito kroz smanjivanje izdataka ili integracije i pripajanja. Pravi programi transformacije imaju problem vezan za započinjanje, a glavna, dugoročna promena se retko kada realizuje. Pogrešno je nametati gotovo rešenje formirano negde drugde, postavljati rešenja za celu ustanovu sa vrha, dodeljivati glavnu ulogu stručnjacima za ljudske resurse, i uzdati se isključivo u tehnička rešenja. Rešenje mora da se uklopi u društvenu strukturu radnog okruženja. Nikada ne treba pokušavati promeniti sve odjednom.

Zdravstveni sistem Srbije prolazi kroz period reorganizacije i modernizacije. To je praćeno novim zakonima i propisima u cilju unapređenja organizacije rada, uslova rada i kvaliteta rada. Promene koje donosi reforma zdravstva rezultiraju potrebom, da u sistemu u kome 75% zdravstvenih radnika čine sestre, budu prisutne i same sestre. Osnova za promene organizacija i zdravstvenog sistema Srbije je Zakon o zdravstvenoj zaštiti (2005). On ne reguliše polje zdravstvene nege niti položaj i mesto sestara u sistemu zdravstvene zaštite. Savremena koncepcija zdravstvene zaštite i zdravstvene nege zahteva da sestre preuzmu nove složene zadatke i odgovornosti, zbog čega je veoma važno da se sestre obrazuju i rade u skladu sa evropskim preporukama, i da učestvuju u kreiranju zdravstvene politike.

Klinički centar Srbije (KCS) predstavlja vrh tercijernog sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji. Referentna je ustanova za praktično sve oblasti kliničke medicine i mesto gde se zbrinjavaju sva komplikovana oboljenja i stanja koja ne mogu biti uspešno rešena u drugim ustanovama.

U svim oblastima delovanja predstavlja osnovnu bazu Medicinskog Fakulteta u Beogradu. Sastoji se od 41 organizacione jedinice koje pokrivaju sva polja kliničke medicine za odraslu populaciju, a u oftalmologiji, otorinolaringologiji, neonatologiji i neurohirurgiji i dečju populaciju. Klinički centar Srbije danas ima savremeno koncipiranu i u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti postavljenju unutrašnju organizaciju sa 23 Klinike, 10 Centara i 10 medicinskih i nemedicinskih službi. Svoje delatnosti sprovodi u 50 objekata paviljonskog tipa sa preko 3.100 postelja. U stacionarnoj delatnosti godišnje se leči preko 90 000 bolesnika sa preko 950 000 ostvarenih bolesničkih dana lečenja, izvrši preko 50 000 operacija i obavi više od 7000 porođaja. U dnevnim bolnicama leči se godišnje 25 000 bolesnika i obavi preko 5000 operacija.

KCS obezbeđuje zdravstvenu zaštitu za stanovništvo iz čitave zemlje. Oko 45% lečenih sa blizu 50% bolesničkih dana su pacijenti van teritorije zdravstvenog osiguranja Beograda. Pored funkcije koju imaju i drugi Klinički centri obezbeđuje III i IV nivo zdravstvene zaštite. U njemu se može obavljati dijagnostika i lečenje onih bolesnika koji nisu u mogućnosti da budu obrađeni na nivou Kliničkih i KBC, tj. na trećem nivou. Kao referentna ustanova KCS prati razvoj nauke i tehnologije i obavlja stručno kontrolne funkcije. Kao najkompleksnija ustanova može da obezbedi visokospecijalizovane usluge praktično u svim medicinskim disciplinama. KCS poseduje moćne kadrovske i tehničke resurse, stručno i naučno suverene u svojoj delatnosti. U KCS zaposleno je 7000 ljudi od kojih su 5100 zdravstveni radnici. Od 1300 lekara 400 su nastavnici saradnici Medicinskog fakulteta (7 akademika SANU i 176 sa zvanjem profesora), 70 su sa zvanjem primarijusa i 200 lekara sa zvanjem doktora nauka, odnosno magistara, zatim 4000 sestara i zdravstvenih tehničara od kojih je 800 sa višom medicinskom školom, odnosno 20%. Godinama su sestre u Srbiji pokušavale, po ugledu na sestre Evrope da dobiju fakultet za sestre. Kako nisu naišle na razumevanje relevantnih institucija, jedan deo sestara je želeći da nastavi školovanje, završavao fakultete zdravstvene delatnosti, kao što su Defektologija, Fakultet organizacionih nauka, Psihologija, Menadžment u zdravstvu i sl. Takvih sestara je veoma malo u KCS, svega oko 100, jer nisu bile stimulisane za nastavak školovanja i same su finansirale svoje školovanje. Pre tri godine svim glavnim sestrama klinika i sestrama edukatorima u KCS koje su završile fakultete zdravstvene delatnosti priznate su i vrednovane diplome o stečenom visokom obrazovanju od strane nove uprave KCS.

Od 2007. godine akreditovana je Visoka zdravstvena škola strukovnih studija za sestre i babice u Beogradu sa programom školovanja koji je u skladu sa Bolonjskom deklaracijom. Prva generacija sestara iz ove škole je diplomirala i dobila zvanje strukovna sestra. Oko 150 viših medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara iz KCS. uskladilo je svoje diplome sa Visokom zdravstvenom školom strukovnih studija po principu samofinansiranja. Me-

dicinski fakultet UB, 2009.. akreditovao je Diplomске akademske studije za sestre i ovo je prva generacija sestara koja se školuje na Medicinskom fakultetu. Do kraja ove godine dobićemo i prve diplomirane sestre. KCS je finansirao školovanje za 22 sestara u obe školske godine diplomskih akademskih studija. U novi Pravilnik o sistematizaciji radnih mesta KCS, na predlog Kolegijuma glavnih sestara, uvedena su nova radna mesta, Vođa tima sestara za zdravstvenu negu i sestra edukator zdravstvene nege radi bolje organizacije sestrinske nege, povećanja bezbednosti pacijenata i povećanja kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga.

U cilju sagledavanja menadžerskih sposobnosti lidera i rešavanja problema putem uvođenja promena u Kliničkom centru Srbije sprovedena je anketa među 100 rukovodećih sestara. U grafikonima su prikazani odgovori na pitanja koja se najviše odnose na uspešno uvođenje promena.

Grafikon 1. U bolnici je neophodno uvođenje promena

Grafikon 2. Osoblje informišem o promenama koje utiču na njihov rad

Grafikon 3. Promene je najlakše sprovesti u znanju, a najteže u ponašanju

Za uspešno uvođenje promena potrebna je i promena zakonske regulative. Zdravstvena nega nije zakonom regulisana u Srbiji, pa i najmanja promena koja ima za cilj osavremenjavanje i poboljšanje organizacije sestrinskog rada i položaja sestara predstavlja veliki napredak i obećava bolju budućnost.

Reference:

- [1] Harvard Business School. Managing Change and Transition. (Harvard business essentials series). Boston: Harvard Business School Press, 2003.
- [2] Iles V and Sutherland K. Organisational Change: A Review. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2001.
- [3] Iles V and Cranfield S. Developing Change Management Skills. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2004.
- [4] Milović Lj. Organizacija zdravstvene nege sa menadžmentom. IDP "Naučna knjiga", Beograd 2003

26.

RAZVOJ KARIJERE – MEDICINSKA SESTRA U SRBIJI CAREER DEVELOPMENT – A SRBIAN NURSE

Dr sci med Snežana Miljković, diplomirani ekonomista



BIOGRAFIJA – Snežana Miljković

Dr sci med Snežana Miljković, rođena je 1965. godine u Nišu, gde je završila osnovnu i srednju školu. Višu medicinsku školu završila je u Beogradu 1996. Fakultet za menadžment Univerziteta primenjenih nauka u Beogradu završila je 2001. godine čime je stekla zvanje diplomirani ekonomista u oblasti menadžmenta.

Magistarsku tezu pod nazivom „Menadžment i organizacija medicinskih ustanova sa pogledom na Klinički centar Niš“, odbranila je 2005. godine stekavši akademsko zvanje Magistra ekonomskih nauka iz oblasti zdravstvenog menadžmenta.

Doktorsku disertaciju pod nazivom "Činioci koji određuju reproduktivno zdravlje žena u Srbiji", odbranila je decembra 2009. na Medicinskom fakultetu u Krajevcu, stekavši zvanje Doktor medicinskih nauka iz oblasti menadžmenta u zdravstvu, na smeru upravljanje ljudskim resursima.

Siže

Nema lakih tranzicija, niti je njihov teret ravnomerno raspoređen na sve društvene grupe. Iako je teško osporiva nužnost reformi u zemljama koje su devedesetih doživle drastične socio-političke promene, njihova dinamika i modaliteti su veoma osetljiva pitanja. Profesija sestrinstva je očigledan primer.

Medicinske sestre čine gotovo polovinu od ukupnog broja svih zaposlenih u sistemu zdravstvene zaštite i prema podacima Svetske zdravstvene organizacije, pružaju 69 odsto usluga. Po bolnicama i domovima zdravlja širom Srbije trenutno radi 50.415 medicinskih sestara i tehničara. U našem zdravstvenom sistemu jedva jedna od

deset sestara ima višu ili visoku stručnu spremu, dok je zakonski minimum u Evropskoj uniji 30 odsto. Prema podacima iz registra članova Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije, 46.657 zaposlenih ima srednju stručnu spremu, dok višu i visoku stručnu spremu ima tek njih 3758. Raspoloživi podaci ukazuju da u Srbiji još uvek ne postoji kritična masa obrazovanih medicinskih sestara – tehničara, a samim tim i da je profesija sestriinstva ne pripremljena da se blagovremeno suoči sa izazovima u budućnosti koji se očekuju od medicinskih sestara.

Sa jedne strane, sadašnjem „niskom“ statusu koje ima sestriinstvo, doprinose i same medicinske sestre koje nisu zainteresovane za veće promene koje su potrebne za ovu profesiju, a sa druge strane Pravilnikom o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji poslova svake zdravstvene ustanove definisana su radna mesta sa opisom poslova, međutim za sada navedenim Pravilnikom je definisan opis poslova za medicinsku sestru sa srednjom i Višom stručnom spremom, a medicinske sestre koje su stekle stručno zvanje Visoke stručne spreme nemaju opis poslova, odnosno svoje kompetencije.

Dakle, neophodno je oblikovanje zdravstvene politike koja bi omogućila razumevanje i primenu zakona o delovanju zdravstvene nege, što je jedini način profesionalnog pozicioniranja profesije sestriinstva. Pred uslov je nklonost države.

Ključne reči: sestriinstvo, profesija, karijera.

Apstract

There are no easy transitions, nor is their burden equally distributed to all social groups. Even though it is hard to dispute the necessity of reforms in the countries that had undergone drastic socio-economic changes in the 1990s, their dynamics and modalities are a very sensitive issue. The profession of nurse is a conspicuous example.

Nurses comprise almost a half of the total number of employees in the health care system, and according to the WHO estimates, they perform 69% of all services in the system. In hospitals and health care centers in Serbia there are at the moment 50.415 nurses and technicians. In our health care system, less than one nurse out of ten has a college or university education, while the legal minimum in the EU countries is 30%. According to the data from the Registry of the Chamber of Nurses and Health Care Technicians, there are 46.657 employees with secondary education, while only 3758 have college education. The information available indicate that in Serbia a critical mass of educated nurses/technicians has not been created yet, and that the profession of nursing has not been prepared to face the challenges expected in the future.

On one hand, nurses themselves contribute to the “low” status of nursing, being unconcerned for any more significant change required in the profession, and on the other hand, the Regulations about the Internal Organization and Systematization of Jobs in every health care institution define the work posts and describe the jobs; however, the Regulations define the job of nurses with secondary and post-secondary education, and nurses with higher, e.g. university education have not still obtained their place in the system, since their competences and duties have not yet been described.

Therefore, it is necessary to design the health care policy which would enable the understanding and implementation of the law on health care, which is the only way for the nursing profession to be properly positioned in the system. The necessary prerequisite is the favorable disposition of the government.

Key words: nursing, profession, career

27.

ISKUSTVA SESTARA U PROCESU EDUKACIJE ZA KVALITET SESTRINSKE PRAKSE

Autori: M. Stamenović, Lj. Milović, J. Aleksandrić, M. Despotović
Visoka medicinska škola strukovnih studija u Čupriji

Kvalitet sestriinske prakse je imperativ za svaku sestru koja razume profesiju kojom se bavi. Mnoga saopštena iskustva sestara pomogla su sestriinstvu u celini da poboljšaju praksu što je imalo za posledicu zadovoljnijeg korisnika. Ovo su pojedinačni slučajevi i ne možemo ih uzeti kao potvrđene podatke. Zato je jedna grupa sestara i profesora Visokih medicinskih škola ponudila teme za kontinuiranu edukaciju sestara s ciljem da se poboljša kvalitet sestriinske prakse koji će svaka sestra – učesnik jasno identifikovati. Teme za kontinuiranu edukaciju odnosile su se na zdravstvenu negu sestriinske prakse i na sadržaje koji su pomagali sestrama da izgrade profesionalni identitet kao i da prevaziđu otpore u svakodnevnoj interakciji.

Teme koje su ponuđene u ovom projektu su:

- Komunikativne veštine u sestinstvu
- Izgradnja kvaliteta života za profesionalce i za korisnike
- Organizacija zdravstvene nege sa menadžmentom
- Timski rad u zdravstvu – prednosti i nedostaci

Cilj rada je da se proceni šta su sestre dobile kroz ovakav vid kontinuirane edukacije, sa ovako ponuđenim sadržajem i koliko će im po njihovom iskazu koristiti usvojene činjenice.

Metodologija: Ovaj model kontinuirane edukacije realizovan je sa sestrama iz primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Ukupan broj sestara (uzorak) je 150 podeljene u tri jednake grupe sa po 50 učesnika.

Projekat je realizovan u 2010. godini po dizajnu: Uvod u problem i radioničarski rad-simulacija primera iz prakse. Edukaciju je započelo 150 sestara, a završilo 120 sestara koje su uzete u obradu dobijenih podataka. Podaci su obrađivani na osnovu ulaznog i izlaznog testa po svim temama koje su realizovane.

Rezultati

- Što se tiče teme ``komunikativne veštine`` - 88% učesnika izjasnilo se da je sadržaj ove teme neophodan za kvalitet sestrinske prakse, dok je 12% ispitanika imalo neodređen stav
- Po temi ``Izgradnja kvaliteta života`` dobijeni su sledeći rezultati: 72% sestara prihvata sadržaj ove teme i smatra da je važna u ostvarivanju kvalitetne sestrinske prakse, dok 28% sestara nije razumelo implementaciju kvaliteta života pojedinca u kvalitet sestrinske prakse.
- Tema ``Organizacija zdravstvene nege sa menadžmentom`` ocenjena je od strane sestara sa 76% pozitivnih odgovora i 24% izjasnilo se da organizaciju dobro poznaju ali da nemaju dovoljno autonomije za realizaciju
- Timski rad u zdravstvu animirao je najveći broj učesnika i to 94% je sadržaj teme ocenio kao esencijalan sadržaj teme za kvalitet sestrinske prakse, dok se 6% sestara nije precizno izjasnilo.

Analiza dobijenih podataka inicirala je sledeći zaključak:

Iskustva sestara učesnika u projektu „organizacija sestara za kvalitet sestrinske prakse“ su pozitivna i to više od očekivanog. Opšte mere su oni sadržaji koji nedostaju sestrama da profesionalno nastupe sa većom sigurnošću u izvršavanju profesionalnih zadataka i da ih izvedu izvrsno.

Edukacija iz opštih sadržaja za sestrinsku profesiju ne bi smela da se podrazumeva i da se pripaja nekim drugim sadržajima, već da se obrađuje kao izdvojen sadržaj jer je to bazična osnova za izgradnju stručno-aplikativnih sadržaja kojim se sestra profesionalno bavi. Jedno bez drugog ne može, odnosno jedno drugo uslovljava. Važno je uskladiti vreme kada koju edukaciju sprovoditi čime se ovaj projekat nije bavio.

Iskustva sestara iz realizovanog projekta su pozitivna i upućuju na razmišljanje da se neki od sadržaja implementiraju u formalno obrazovanje sestara.

28.

NASTAVNIK ZDRAVSTVENE NEGE U PROCESU MULTIKULTURALNOG OBRAZOVANJA – ULOGA I KOMPETENCIJE

Sanja Stanisavljević 1, Divna Kekuš 2
1,2 Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu

TEACHER OF NURSING CARE IN THE PROCESS OF MULTICULTURAL EDUCATION - ROLE AND COMPETENCE

BIOGRAFIJA – Sanja Stanisavljević



Sanja Stanisavljević diplomirala je na Višoj medicinskoj školi u Beogradu 1999. godine i Defektološkom fakultetu Univerziteta u Beogradu 2005. godine. Završila je magistarske studije na Fakultetu za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju Univerziteta u Beogradu, smer prevencija i resocijalizacija. Aktivno radi na izradi magistarske teze.

Profesionalno iskustvo stekla je kao medicinska sestra hirurškog i dečijeg odeljenja Z. C. „Sveti Luka“ Smederevo, kao glavna sestra dečijeg odeljenja Z. C. „Sveti Luka“ Smederevo, i nastavnik Zdravstvene nege u Medicinskoj školi „Stevica Jovanović“, Pančevo.

Od 2009. godine radi u Visokoj zdravstvenoj školi strukovnih studija u Beogradu kao nastavnik u zvanju nastavnika praktične nastave na osnovnim i specijalističkim studijama iz oblasti Zdravstveno vaspitanje i Zdravstveno-vaspitne metode u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Autor je i koautor više stručnih radova i koautor Edukativnog seminara „Didaktičko metodička edukacija saradnika iz nastavnih baza“, akreditovanog odlukom Zdravstvenog saveta Srbije, u septembru 2010. godine

CURRICULUM VITAE – Sanja Stanisavljevic

Sanja Stanisavljevic graduated from the High Medical School in Belgrade in 1999, and Faculty of Defectology, University of Belgrade in 2005. She completed graduate studies at the Faculty of Special Education and Rehabilitation, University of Belgrade, Department of Prevention and socialization. Actively working on a master's thesis.

Professional experience gained as a surgical nurse and nurse/head nurse on children's departments at Health center Saint Luca in Smederevo, and teacher of nursing care in medical school, "Stevica Jovanovic" in Pancevo.

Since 2009. she is working at the High Health School for professional studies in Belgrade, as a teacher of practical instruction on basic and advanced studies in the field of health care and health educational methods in primary care.

She has authored or co-authored several papers and co-author of the Educational Seminar "Didactical and methodical training of teaching assistants from the base" accredited by the decision of the Health Council of Serbia in September 2010.

Abstract

Introduction: The present social state is characterized by the existence of pluralistic, multicultural and multilingual societies incurred as a result of increased mobility of citizens and the process of globalization. Cohabitation of people of different ethnic, cultural and religious origins, conditions the necessity of accepting cultural differences and emphasizing intercultural dialogue based on respect, understanding and tolerance. Education has a key role in promoting multiculturalism in recent decades and therefore there is ongoing review and harmonization of educational aims and standards with existing social values. There is a tendency for the upbringing and educational activities to become more open and sensitive to the specific features of the existing social situation. Interculturalism is becoming the leading principle of education at all levels, for which all segments of so-

ciety are responsible, and in particular schools.

Aim of the work: To point out the importance of implementation of the intercultural principles in educational system of our country, with special emphasis on secondary - medical schools and the role of teachers of nursing care in the process.

Method: Descriptive analytical approach

Results: The work concisely presents the significance and objectives of interculturalism, the phenomena of multicultural and intercultural education and intercultural identity. The importance of intercultural competence of teachers of nursing care, as well as the characteristics of a competent teacher in the field of intercultural education. It has been pointed out to the necessity of the concept of intercultural education to be applied to all levels of the educational system (from preschool to university) and through all of its aspects: legislation, curriculum, textbooks, school-professional training, school climate and teacher's education.

Conclusion: The educational system of our country and European countries, is facing the challenge of curriculum reform by introducing new contents and forms of work in light of modern multicultural social tendencies. The role of education is reflected in the strengthening of social cohesion and dialogue. According to this, the principles of intercultural education must become the foundation of the educational system especially when it comes to the secondary - medical schools. This requirement is a result of the fact that occupation of health workers includes the necessity of communication and integration with members of social groups with different cultural backgrounds. In this sense, intercultural education and upbringing reduces communication barriers, develop tolerance, global awareness, respect and acceptance of cultural pluralism. The teacher of nursing care has to be a moderator of intercultural relations which prepare students for real-life situations and professional activity in a multicultural environment.

Keywords: Multicultural education, intercultural education, school, intercultural competence, the teacher of nursing care.

Šiže

Uvod

Sadašnji društveni trenutak odlikuje postojanje pluralističkih, multikulturnih i multilingvističkih društava nastalih kao rezultat povećane mobilnosti građana i procesa globalizacije. Zajednički život ljudi različitog etničkog, kulturnog i religijskog porekla uslovljava neophodnost prihvatanja kulturnih razlika i potenciranje interkulturnog dijaloga zasnovanog na poštovanju, razumevanju i toleranciji. Obrazovanje i vaspitanje imaju ključnu ulogu u promovisanju multikulturalnosti i zato poslednjih decenija dolazi do preispitivanja i usklađivanja obrazovnih ciljeva i standarda sa postojećim društvenim vrednostima. Teži se tome da vaspitno obrazovna delatnost postane otvorenija i osetljivija za specifičnosti postojeće društvene situacije. Interkulturalizam postaje vodeći princip obrazovanja na svim nivoima, za koji su odgovorni svi segmenti društva, a naročito škola.

Cilj rada

Ukazati na značaj ugradnje interkulturnih načela u obrazovni sistem naše zemlje, sa posebnim osvrtom na srednje stručne – medicinske škole i ulogu nastavnika zdravstvene nege u tom procesu.

Metod rada

Deskriptivno – analitički

Rezultati

Rad koncizno predstavlja značaj i ciljeve interkulturalizma, fenomene multikulturnog i interkulturnog obrazovanja i interkulturnog identiteta. Istaknut je značaj interkulturne kompetencije nastavnika zdravstvene nege, kao i odlike kompetentnog nastavnika u sferi interkulturnog obrazovanja. Ukazano je na neophodnost da se koncept interkulturalnog obrazovanja odnosi na sve nivoe obrazovnog sistema (od predškolskog do univerzitetskog) i na sve njegove aspekte: pravnu regulativu, kurikulum, udžbenike, školsku stručnu praksu, školsku klimu i obrazovanje nastavnika.

Zaključak

Obrazovni sistem naše zemlje i evropskih zemalja suočava se sa izazovom reforme kurikuluma uvođenjem novih sadržaja i oblika rada u svetlu savremenih multikulturalnih društvenih tendencija. Uloga obrazovanja ogleda se u jačanju socijalne kohezije i dijaloga. U skladu sa tim interkulturalna načela moraju postati temelj obrazovnih sistema naročito kada su srednje stručne – medicinske škole u pitanju. Ovaj zahtev proističe iz činjenice da profesija zdravstvenih radnika podrazumeva neophodnost komunikacije i integracije sa pripadnicima različitog kulturnog miljea. U tom smislu interkulturalno obrazovanje i vaspitanje omogućava smanjenje komunikacionih barijera, razvija toleranciju, globalnu svest, poštovanje i prihvatanje kulturnog pluralizma. Nastavnik zdravstvene nege mora biti moderator interkulturnih odnosa koji učenike priprema za život i profesionalnu delatnost

u multikulturalnoj sredini.

Ključne reči: Multikulturalno obrazovanje, interkulturalno obrazovanje, škola, interkulturalne kompetencije, nastavnik zdravstvene nege

UVOD

Sadašnji društveni trenutak odlikuje postojanje pluralističkih, multikulturalnih i multilingvističkih društava nastalih kao rezultat povećane mobilnosti građana i procesa globalizacije. Zajednički život ljudi različitog etničkog, kulturnog i religijskog porekla uslovljava neophodnost prihvatanja kulturnih razlika i potenciranje interkulturalnog dijaloga zasnovanog na poštovanju, razumevanju i toleranciji. 5 Zbog prirode svoje delatnosti i činjenice da i same predstavljaju stecište različitih kultura, institucije obrazovnog sistema dobijaju ključnu ulogu u promovisanju multikulturalnosti. Teži se tome da vaspitno obrazovna delatnost postane otvorenija i osetljivija za specifičnosti postojeće društvene situacije i zato poslednjih decenija dolazi do preispitivanja i usklađivanja obrazovnih ciljeva i standarda sa postojećim društvenim vrednostima i ugradnje interkulturalnih načela u obrazovne sisteme evropskih zemalja. Interkulturalizam postaje vodeći princip obrazovanja na svim nivoima, za koji su odgovorni svi segmenti društva, a naročito škola. 10

OPŠTE ODREDNICE MULTIKULTURALNOG/INTERKULTURALNOG OBRAZOVANJA

Pojam i određenje

Multikulturalno obrazovanje je proces koji omogućava prihvatanje drugih kultura kroz učenje o njima, dok interkulturalno obrazovanje predstavlja sticanje znanja, stavova i veština potrebnih za efikasno funkcionisanje u pluralističkom, demokratskom društvu.

Interkulturalno obrazovanje sadrži dve ključne dimenzije: uvažavanje različitosti i poštovanje ljudskih prava.

Cilj ovog obrazovanja je stvaranje prihvatljivog načina zajedničkog života u multikulturalnom društvu. To se postiže kroz izgradnju svesti o pravima i odgovornostima pojedinca, razumevanja, uzajamnog poštovanja i dijaloga među ljudima koji pripadaju različitim kulturama.⁴

Interkulturalno obrazovanje obuhvata:

- Obrazovanje za empatiju – razumeti druge i poistovetiti se sa njima.
- Obrazovanje za solidarnost – veća osetljivost za probleme nejednakosti i društvenu marginalizaciju.
- Obrazovanje za priznavanje i poštovanje različitosti- poštovanje drugačijih stilova života kao lično i društveno bogatstvo.
- Obrazovanje protiv etnocentrizma, nacionalizma, rasizma i drugih činilaca diskriminacije – podsticati razvoj interkulturalne osetljivosti i svesti o sebi i drugima.

Interkulturalna osetljivost

Pojedinci, ali i društva u celini, razlikuju se po stepenu interkulturalne osetljivosti tj. sposobnosti da uoče i prihvate kulturne razlike. Ona se razvija tokom života i to kroz nekoliko stadijuma – od poricanja postojanja razlika, tj. krajnjeg etnocentrizma, do stadijumima uočavanja i prihvatanja kulturnih razlika tj. etnorelativizama. Prepoznaju se tri osnovna stadijuma etnocentrizma i tri stadijuma etnorelativizma, a unutar svakog od njih još nekoliko razvojnih međustadijuma (Bennett, 1993).¹³

Tabela 1. Stadijumi razvoja interkulturalne osetljivosti (Benetov model)

ETNOCENTRIZAM			ETNORELATIVIZAM		
1	2	3	4	5	6
poricanje	odbrana	minimiziranje	prihvatanje	adaptacija	integracija
izolacija	omalovažavanje	fizički univerzalizam	bihejvioralni relativizam	empatija	kontekstualna evaluacija
separacija	superiornost	transcendentalni univerzalizam	vrednosni relativizam	pluralizam	konstruktivna marginalnost
	obrtanje u suprotnost				

Stadijumi etnocentrizma

1. Poricanje razlika je početni stadijum etnocentrizma. Tipično ponašanje za ovaj stadijum je zanemarivanje, ignorisanje ili indiferentnost prema kulturnim razlikama. Ovakvo ponašanje se najčešće sreće kod osoba koje su odrasle u kulturno homogenim sredinama i nisu imale mnogo kontakata sa ljudima izvan svoje kulturne grupe.

Postoje i dva međustadijuma poricanja razlika:

- Izolacija označava nenamerno odvajanje od pripadnika drugih kultura. Osoba nema priliku da bude izložena kulturnim razlikama.
- Separacija predstavlja namerno odvajanje od pripadnika druge kulture kako bi se zadržalo stanje izolacije. Ekstremni primer separacije je sistem aparthejda koji je postojao u Južnoj Africi, kao i različiti vidovi rasne segregacije.

2. Odbrana od razlika je drugi stadijum etnocentrizma. Osoba na ovom stadijumu uočene kulturne razlike opaža kao pretnju. Karakteristično je postojanje stereotipa o pripadnicima drugih kultura i pojednostavljeno (dihotomno, često crno-belo) razmišljanje u kategorijama "mi–oni".

Postoje tri forme ili tri međustadijuma odbrane:

- Superiornost označava tendenciju da se u poređenju sa drugim kulturama ističu i preuveličavaju pozitivne karakteristike sopstvene kulture. Veličanje sopstvene kulture ne mora nužno da uključi i omalovažavanje drugih kultura.
- Omalovažavanje je forma odbrane u kojoj osoba tretira druge kulture kao inferiorne, koristi uvredljive izraze za njihovo opisivanje i primenjuje negativne stereotipe na druge kulturne grupe.
- Obrtanje u suprotnost druga kultura se opaža kao superiorna, a u isto vreme se oseća otuđenost od sopstvene kulturne grupe, ili se sa omalovažavanjem gleda na sopstveno kulturno poreklo. To je kombinacija pozitivnog vrednovanja drugih grupa i negativnog vrednovanja sopstvene grupe.

3. Minimiziranje razlika je treći stadijum etnocentrizma. Na ovom stadijumu razvoja osoba uočava da postoje kulturne razlike ali nastoji da ih umanja i minimizira, zastupajući stanovište da su svi ljudi u suštini isti.

I na ovom stadijumu postoje dva međustadijuma:

- Fizički univerzalizam insistira na fiziološkim sličnostima, tj. ističe se da svi ljudi imaju iste bazične potrebe (npr.: potrebu za vodom, hranom, skloništem itd). Kulturno se tretira kao produžetak biološkog i time se minimalizuje njegov značaj.
- Transcendentalni univerzalizam je verovanje da su svi ljudi isti zahvaljujući duhovnim, političkim i drugim sličnostima.

Stadijumi etnorelativizma

4. Prihvatanje razlika je prvi stadijum etnorelativizma. Osoba na ovom stadijumu razvoja uočava i prihvata kulturne razlike. Vodeći princip je kulturni relativizam - nijedna kultura sama po sebi nije ni bolja ni lošija od drugih.

Postoje dve forme ispoljavanja prihvatanja razlika:

- Bihevioralni relativizam označava da osoba prihvata postojanje razlika u ponašanju, tj. svesna je toga da se ponašanje menja zavisno od kulturnog konteksta.
- Vrednosni relativizam označava prihvatanje činjenice da vrednosti i uverenja variraju od jedne do druge kulturne zajednice.

5. Adaptacija na razlike je drugi stadijum etnorelativizma. Osoba svesno nastoji da zamisli kako pripadnici drugih kultura razmišljaju o određenim stvarima. Ona na taj način razvija i menja lični pogled na svet, tj. referenti okvir. Sa promenom referentnog okvira dolazi i do promene ponašanja i to bez nekog velikog svesnog napora. Kroz proces asimilacije usvaja različite vrednosti, pogled na svet i ponašanja, a putem procesa adaptacije naučene, nove obrasce ponašanja, pogodne za funkcionisanje u različitim kulturnim kontekstima, pridodaje postojećem repertoaru ponašanja. Osobe koje su dostigle stadijum adaptacije umeju da koriste alternativne načine razmišljanja prilikom rešavanja problema i donošenja odluka. One mogu efikasno da komuniciraju i stupaju u interakciju s ljudima iz različitih kultura i da menjaju svoje ponašanje kako bi se prilagodile novim uslovima.

Postoje dva međustadijuma adaptacije:

- Empatija je sposobnost da se razumeju drugi.
- Pluralizam označava da je osoba prihvatila više različitih pogleda na svet, da poseduje višestruki kulturni okvir. Da bi se takav okvir razvio, potrebno je duže življenje u različitim kulturnim kontekstima.

6. Integracija razlika je poslednji stadijum etnorelativizma u kome osoba različite kulturne poglede na svet integriše u jedinstveni, sopstveni pogled na svet. Integracija se može javiti u dve varijante:

- Kontekstualna evaluacija je sposobnost da se u proceni date situacije koriste različiti kulturni referentni okviri.
- Konstruktivna marginalnost se odnosi na prihvatanje identiteta koji nije prvenstveno baziran na jednoj od kultura. Osoba poseduje sposobnost da inicira i olakša konstruktivan kontakt između različitih kultura i bude istinski interkulturalni posrednik.

Benet upozorava da mnoge institucije i organizacije minimiziranje tretiraju kao finalni stadijum razvoja inter-

kulturalne osetljivosti, u kome ljudi dele iste vrednosti i imaju zajedničku polaznu osnovu. Problem je u tome što se ideja o univerzalnim vrednostima obično zasniva na sopstvenom vrednosnom sistemu.¹¹

Kroz proces multi/interkulturalnog obrazovanja učenici razvijaju interkulturalnu osetljivost, prihvatajući činjenicu da ljudi imaju različite načine života, običaje i poglede na svet. Promovisanjem ravnopravnosti i suprotstavljanjem nepravdi i diskriminaciji, promovišu se vrednosti na kojima se gradi poštovanje ljudskih prava i svest da raznolikost ljudskih života obogaćuje. Interkulturalna osetljivost predstavlja i izazov za razvoj ličnog identiteta. Osoba koja je razvila interkulturalni identitet je samosvesna, fleksibilna, tolerantna, prihvata postojeće i nove kulturne elemente... 1

Značaj razvoja interkulturalizma kod učenika medicinskih škola vidljiv je, kako unutar samih školskih razreda, gde uprkos različitim navikama, ponašanju, kulturi i običajima treba ostvariti radnu i pozitivnu atmosferu, tako i tokom boravka u nastavnim bazama zdravstvenih institucija i rada sa bolesnicima različitog društvenog miljea.

ULOGA I KOMPETENCIJE NASTAVNIKA ZDRAVSTVENE NEGE

Uspešnost realizacije koncepta interkulturalnog obrazovanja u školama u velikoj meri zavisi od znanja i umešnosti nastavnika. Njegova uloga je da preispituje postojeću školsku praksu kao i znanja na kojima ona počiva, te da predlaže i uvodi inovacije za njihovo unapređenje, unoseći vrednosti koje učenike ne izoluju od okruženja već ih čine zainteresovanim i otvorenim za sopstveno i tuđe kulturno nasleđe.

Multikulturalno okruženje pred nastavnika kao ključnog činioca interkulturalnog obrazovanja i vaspitanja, stavlja nove zahteve i kada je kompetencija u pitanju. Od njega se očekuje da ima razvijenu sposobnost uspostavljanja pozitivne interakcije i komunikacije sa osobama druge kulture, da razvija interkulturalne stavove znanja i veštine u cilju boljeg razumevanja i poštovanja različitih kultura, kao i da poseduje interkulturalnu osetljivost.

Interkulturalno kompetentnu osobu odlikuju:

- kognitivne, emocionalne i ponašanje sposobnosti,
- verbalna i neverbalna komunikacijska kompetencija,
- dobro poznavanje svoje i druge kulture,
- prihvatanje, razumevanje i poštovanje učenika drugih kultura,
- otvorenost, fleksibilnost i kreativnost,
- razvoj nestereotipnog mišljenja,
- samospoznaja i lični razvoj,
- kritičko, kreativno, prosocijalno mišljenje.²

Multikulturalno obrazovanje od nastavnika zahteva:

- sposobnost analiziranja aktuelnih društvenih i političkih problema i sukoba, kao i razumevanje načela funkcionisanja kulturno pluralnih zajednica,
- spremnost na obradu kontroverznih tema i suočavanja sa nejasnim i složenim situacijama u školi i razredu,
- sposobnost sagledavanja problema iz perspektive učenika uvažavajući njegovo poreklo, uzrast i nivo obrazovanja,
- poštovanje prava učenika, njihovih potreba i interesa,
- spremnost priznavanja svojih grešaka pred učenicima i učenje na tim greškama,
- veru da svako može biti bolji,
- razvoj lične i učeničke sposobnosti da sebe dožive kao aktere dešavanja na lokalnom, nacionalnom i svetskom nivou,
- usvajanje osnovnih pojmova iz oblasti demokratije, prava, kulture i međukulturalnih odnosa.¹²

OSNOVE MULTIKULTURALNOG/INTERKULTURALNOG OBRAZOVANJA U SRBIJI

Približavanje Srbije Evropskoj uniji i njen razvoj kao demokratske, višenacionalne i multikulturalne zajednice, zahteva usvajanje interkulturalizma kao vodećeg principa evropskog obrazovanja, čiji su temelji postavljeni još sredinom osamdesetih godina.

Usvajanjem Rezolucije“ Evropska dimenzija obrazovanja: obrazovna praksa i sadržaj programa“ (1991) nametnuta je neophodnost prihvatanja evropskog identiteta i svesti.

Zaključci Neformalne konferencije evropskih ministara zaduženih za obrazovanje(Oslo, 2008), ističu porast i značaj inerkulturalnog dijaloga u negovanju evropskog identiteta i razvoju inkluzivnog društva. Ove stavove podržali su Unesco i Savet Evrope.

Reformom obrazovanja Ministarstva prosvete Republike Srbije iz 2001. godine⁸ i usvajanjem Povelje Saveta Evrope o obrazovanju za demokratsko građanstvo i obrazovanje iz ljudskih prava 2010. godine, stekle su se i pravne osnove za negovanje nacionalnog i evropskog identiteta, što je osnova interkulturalnog obrazovanja. U skladu sa tim, donet je zaključak da ovaj vid obrazovanja treba realizovati na svim nivoima obrazovanja, kroz sve

školske aktivnosti, različite nastavne predmete i vannastavne aktivnosti. Neophodno je interkulturalnom konceptu prilagoditi udžbeničku literaturu i kurikulum; tradicionalne nastavne strategije zameniti novim pristupom kojim će se podsticati otvorenost učenika za različitost i komunikaciju sa ljudima. Razvijati grupnu dinamiku, iskustveno i kooperativno učenje, što vodi jačanju i integrisanosti interpersonalnih odnosa. To nužno znači da interkulturalizam zahteva, osim promena nastavnih sadržaja i metoda i promenu odnosa nastavnika i učenika.⁹

ZAKLJUČAK

Obrazovni sistem naše zemlje i evropskih zemalja suočava se sa izazovom reforme kurikuluma uvođenjem novih sadržaja i oblika rada u svetlu savremenih multikulturalnih društvenih tendencija. Uloga obrazovanja ogleda se u jačanju socijalne kohezije i dijaloga. U skladu sa tim interkulturalna načela moraju postati temelj obrazovnih sistema, naročito kada su srednje stručne – medicinske škole u pitanju. Ovaj zahtev proističe iz činjenice da profesija zdravstvenih radnika podrazumeva neophodnost komunikacije i integracije sa pripadnicima različitog kulturnog miljea. U tom smislu interkulturalno obrazovanje i vaspitanje omogućava smanjenje komunikacionih barijera, razvija toleranciju, globalnu svest, poštovanje i prihvatanje kulturnog pluralizma. Nastavnik zdravstvene nege mora biti moderator interkulturalnih odnosa koji učenike priprema za život i profesionalnu delatnost u multikulturalnoj sredini.

LITERATURA

- [1] Bennett, M.J.: Towards Ethnorelativism: A Developmental Model of Intercultural Sensitivity in Paige, Education for the Intercultural Experience, Intercultural Press, Yarmouth, Maine, 1993.
 - [2] Byram, M.: Uvod. U Benjak, M., Požgaj Hadži, V.: Bez predrasuda i stereotipa- interkulturalna komunikacijska kompetencija u društvenom i političkom kontekstu, Izdavački centar Rijeka, Rijeka, 2005.
 - [3] Gošović, R., Mrše, S., i ostali: Vodič za unapredjenje interkulturalnog razvoja, FOD, Beograd, 2007.
 - [4] Gošović, R.: Interkulturalno obrazovanje. U Aksentijević, Z.: Ne prolazi ulicom bez traga- ka interkulturalnosti, Grupa 484, Beograd, 2009.
 - [5] Herrera, M., Mandić, P.: Obrazovanje za XXI stoljeće, Svjetlost, OOUR Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1989.
 - [6] Knežević-Florić, O.: Multikulturalizam kao osnova interkulturalnog obrazovanja, Pedagoška stvarnost, 1-2, Novi Sad, 2005.
- Kvalitetno obrazovanje za sve: Izazovi reforme obrazovanja u Srbiji, Ministarstvo prosvete i sporta Republike Srbije, Beograd, 2004.
- Kvalitetno obrazovanje za sve: Put ka razvijenom društvu, Ministarstvo prosvete i sporta Republike Srbije, Beograd, 2002.
- Milutinović, J: Problemi obrazovnih ciljeva u uslovima društvenih promena, Pedagoška stvarnost, LII, No 3-4, Savez pedagoških društava Srbije, Novi Sad, 2006.
- Nenadić, M.: Krize ideje obrazovanja i evropski integracioni procesi, Pedagogija, LXII, No 2, Forum pedagoga Srbije i Crne Gore, Beograd, 2007.
- Petrović, D.: Interkulturalno (ne)razumevanje. U Popadić, D: Uvod u mirovne studije, II tom, Grupa MOST, Beograd, 2006.
- UNESCO Guidelines on Intercultural Education, Education Sector UNESCO, CLD-29366, Paris, 2006.
- Vodič za unapređenje rada nastavnika i škola, FOD, Beograd, 2005.

29.

BEZBEDNOST BOLESNIKA U HOSPITALNIM USLOVIMA

Dragica Stojanović
Zdravstveni centar „Sveti Luka“, Smederevo

INDICATORS OF QUALITY OF CARE IN INSTITUTIONS SECONDARY AND TERTIARY HEALTH CARE

BIOGRAFIJA – Dragica Stojanović

Dragica Stojanović je glavna sestra Zdravstvenog centra „Sveti Luka“ u Smederevu. Diplomirala je na Visokoj zdravstvenoj školi „Milutin Milanković“ u Beogradu, 2008. godine. U svojoj bogatoj karijeri stekla je iskustvo iz mnogih oblasti sestrinske nege.

Autor je mnogih radova i predavač i učesnik na skupovima u zemlji i inostranstvu. Bila je član radne grupe za unapređenje sestrinske nege pri Ministarstvu zdravlja Srbije od 2002. do 2009. godine.

Dragica Stojanovic is head nurse of the Health Center St. Luke's in Smederevo. She graduated from High medical school “Milutin Milanković” in Belgrade in 2008. In hers illustrious career, she gained experience in many areas of nursing care. She is author of numerous papers and lectures, participated in many conferences at home and abroad. She is a member of the working group for improveing a nursing care at the Ministry of Health of Serbia from 2002 to 2009. year.

BEZBEDNOST BOLESNIKA U HOSPITALNIM USLOVIMA

Siže

Greške i neželjeni događaji mogu rezultirati iz raznih pitanja na različitim nivoima zdravstvene zaštite – na nivou državne podrške (finansiranje), nivou zdravstvene ustanove ili sistema (struktura ili procesi) ili u trenutku intervencije između pacijenta i zdravstvenog radnika (ljudska greška).

Bezbednost – podrazumeva da se radi na kreiranju takvog sistema u kome je bezbednost pacijenta primarna, a potencijalna opasnost da se naudi pacijentu tokom dijagnostičkih ili terapijskih procedura svedena je na najmanju meru. Takođe se minimizira i opasnost da se u ovim procedurama naudi i onima koji pružaju zdravstvenu zaštitu. Ovim su obuhvaćeni i klinički i neklinički rizici.

Izgradnja kulture bezbednosti zahteva aktivnosti na unapređenju bezbednosti pacijenta koje zahtevaju promene unutar samog sistema pružanja zdravstvene zaštite. (CPSI 2004, IOM 2000, NPSA 2004)

Rukovodioci i zdravstveni radnici unutar zdravstvene ustanove treba da imaju razumevanje za kulturu bezbednosti i unapređenje kvaliteta kako bi mogli da donesu strategije i implementiraju rešenja

Svesni činjenice da greške počinjene tokom lečenja pogađaju svakog desetog pacijenta u svetu, Alijansa za bezbednost pacijenta i Svetska zdravstvena organizacija (SZO) ustanovili su devet efikasnih rešenja za smanjenje grešaka, koja se smatraju prioritetom u svim zdravstvenim sistemima u svetu. Rešenja se bave se određenim brojem oblasti životnih rizika za pacijente. Zemlje članice SZO mogu da ih koriste i prilagode za redefinisavanje postupaka lečenja i nege kako bi postale bezbedniji za pacijente

Rešenja se odnose na usaglašavanje imena lekova, identifikaciju pacijenata, komunikaciju tokom transfera pacijenata, kontrolu koncentrisanih rastvora elektrolita, tačno navođenje medicinske terapije pri promeni u načinu lečenja, izbegavanje lošeg povezivanja katetera i sistema, korišćenje brizgalica za jednokratnu upotrebu, bolju higijenu ruku radi sprečavanja infekcija tokom lečenja, prevenciju rizika od padova, dekubita.

Na svim zemljama članicama je sada da iskoriste priliku i odgovore na izazov tako što će ta rešenja pretvoriti u konkretne mere kojima će biti spaseni mnogi životi.

Srbija je pristupila Programu za globalnu bezbednost pacijenta 2008. godine, te je u obavezi da implementira program bezbednosti i radi na njegovom unapređenju. Ona je to regulisala i zakonskim aktima kao što je Akcioni plan za sprovođenje strategije za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenta 2010 – 2015. Godine (Sl. Glasnik RS, br. 40/2010)

Zdravstvena nega kao sastavni deo savremenog lečenja i zbrinjavanja pacijenta zahteva stalno unapređivanje procesa rada, uz postizanje pozitivnih ishoda, troškovne efikasnosti i zadovoljstva pacijenta.

Medicinske sestre količinom i složenošću poslova koje obavljaju znatno utiču na bezbednost bolesnika i kvalitet sveukupne zdravstvene zaštite.

Da bi odgovorila visokim zahtevima struke, profesija sestrinstvo mora raditi na implementaciji profesionalnih standarda.

Standardi za negu – proces zdravstvene nege kao osnovni standard rada.

Standardi za profesionalna dostignuća – kvalitet zdravstvene nege, istraživanje, obrazovanje razvoj kompetencija.

Standardni – vodiča, protokola nege, procedura i smernica za rad.

Cilj ovih standarda je da se smanje varijacije – odstupanja od standarda, što je osnovni korak ka postizanju bezbednosti bolesnika i unapređenju kvaliteta.

Neki od standarda su implementirani (protokol za prevenciju pada, protokol plasiranja intravenske kanile u Zdravstvenom centru „Sveti Luka“, Smederevo.

Ostaje otvoreno pitanje planskog i sistematskog rada na polju zdravstvene nege koja elemente dobre prakse treba da planira, implementira, kontroliše, unapređuje i dokumentuje u svakodnevnom radu.

To je jedini put ka bezbednosti pacijenta.

Abstract

Key words: patient safety, adverse events, quality of care Errors and adverse events can result from a variety of issues at different levels of health care—at the level of public support (funding), the level of health care facilities or systems (structure and processes) or at the time of intervention between patient and health professional (human error). Safety - means that it is the creation of such a system in which the primary patient safety and the potential danger of harm to the patient during diagnostic or therapeutic procedure is reduced to a minimum. It also minimizes the risk that these procedures hurt and those who provide health care. This includes the clinical and non-clinical risk.

Building a culture of security requires actions to improve patient safety by requiring changes within the health care delivery system. (CPSI 2004, IOM 2000, NPSA 2004) Executives and health professionals within health care facilities, should have an understanding of the culture of safety and quality improvement, in order to make strategies and implement solutions

Recognizing the errors committed during the treatment affect every tenth patient in the world, the Alliance for Patient Safety, World Health Organization (WHO) established the nine effective solutions to reduce errors, which is considered a priority in all health care systems in the world. Solutions are engaged in a number of vital areas of risk to patients. WHO member countries can use and adapt them to redefine the methods of treatment and care to make them safer for patients Solutions related to compliance for drugs, patient identification, communication during transfer of patients, control of concentrated electrolyte solution, specifying medical therapy with changes in the way of treatment, avoidance of bad connections and catheter systems, the use of disposable syringe, better hand hygiene to prevent infection during the treatment, prevention of falls rizika, decubitus.

In all member countries is now to seize the opportunity to respond to the challenge by making the solution turned into concrete measures that will be saved many lives. Serbia joined the program for global patient safety 2008th year, and is obliged to implement a program of safety and is working on its improvement. It is regulated and legislation such as the Action Plan to implement strategies for continuous quality improvement and patient safety 2010 - 2015. Year (Official Gazette of RS, br.40/2010) Health care as an integral part of current treatment and patient care requires constant improvement of work processes, to achieve positive outcomes, cost efficiency and patient satisfaction. Nurses quantity and complexity of operations performed significantly affect the safety of patients and the overall quality of health care. To meet the strict requirements of the profession, nursing profession must work to implement professional standards. a. Standards of care - preces health care as a basic standard of b. Standards for professional achievements - the quality of health care, research, education, competence development c. Standard - guides, care protocols, procedures and guidelines for The aim of these standards is to reduce variation - deviations from the standard, which is a basic step towards achieving security of patients and quality improvement. Some of the standards are implemented (protocol for prevention of falls, the protocol of placement of intravenous cannulas in the Health Center St. Luke Smederevo. The question remains as planned and systematic work in the field of health care of the elements of good practice will be to plan, implement, improve and document kontroliše in their daily work. This is the only path to safety of the patient.

1. UVOD

Širom sveta, pružanje zdravstvene zaštite suočava se sa širokim spektrom bezbednosnih problema. Tradicionalna medicinska zakletva – Prvo ne naškoditi – retko namerno krše lekari i medicinske sestre, ali ostaje činjenica da se pacijentima svakodnevno nanosi šteta tokom lečenja u svakoj zemlji na svetu. U izveštaju Instituta za medicinu (IOM 2000:14) „ljudski je grešiti ” saopšteno je da 44 000–98 000 ljudi godišnje umre u bolnicama širom Amerike, što je moglo da se spreči.

Zdravstvena zaštita je rizičan posao. Ona je više od decenije iza drugih rizičnih industrija u poklanjanju pažnje i omogućavanju bezbednosti, a bezbednost je prvi kritični korak u poboljšanju kvaliteta zdravstvene zaštite. Odgovornost za ishode zdravstvene zaštite nedavno je došla u fokus interesovanja, jer su ishodi lečenje i nege jedna od dimenzija kvaliteta .

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) je 2004. godine osnovala Svetsku alijansu za bezbednost pacijenata kao odgovor na sve veći broj međunarodnih istraživanja, prema kojima prosečno 10% populacije, korisnika zdravstvene zaštite u razvijenim zemljama snosi posledice povreda i neželjenih događaja.

Cilj Alijanse je da se unapredi bezbednost pacijenta, da se smanje negativne društvene i zdravstvene posledice nesigurne zdravstvene zaštite, kao i da se unapredi razvoj kultura bezbednosti u zdravstvenim organizacijama

2. BEZBEDNOST PACIJENTA

Bezbednost pacijenta je nova zdravstvena disciplina, koja se bavi identifikacijom, analizom i korekcijom neželjenih događaja, sa ciljem da se zdravstvena zaštita učini bezbednijom i da se rizik za pacijenta svede na minimum (Aspden, NPSA, 2004).

Bezbednost podrazumeva da se radi na kreiranju takvog sistema u kome je bezbednost pacijenta primarna, a potencijalna opasnost da se naudi pacijentu tokom dijagnostičkih ili terapijskih procedura svedena je na najmanju meru. Takođe se minimizira i opasnost da se u ovim procedurama naudi i onima koji pružaju zdravstvenu zaštitu. Ovim su obuhvaćeni i klinički i neklinički rizici.

Bezbednost pacijenta može se definisati kao smanjenje ili ublažavanje postupaka koji nisu bezbedni u okviru zdravstvenog sistema, te sprovođenjem najbolje prakse koja vodi ka optimalnim ishodima po zdravlje pacijenta, i zauzima centralno mesto u pogledu kvalitetne zdravstvene zaštite.

Primarni cilj kreiranja bezbednosnih sistema je da se pojedincu oteža da greši. Pošto se neke greške neizbežno događaju, sistemi treba da budu dizajnirani tako da apsorbuju greške – tj. oni treba da budu planirani da otkrivaju greške i omoguće njihovu prevenciju, kao i da obezbede sredstva za ublažavanje posledica ako prevencija ne uspe.

Dakle, ključni principi bezbednosti podrazumevaju da se greške neizbežno događaju i obično nastaju zbog lošeg dizajna sistema a ne zbog nemara, da prevencija incidenata treba da bude tekući proces baziran na otvorenom i potpunom prijavljivanju i da su velike nesreće (incidenti) samo “vrh ledenog brega” koji ukazuje na mogućnosti za organizaciono učenje.

Bezbedno lečenje i nege postiže se eliminisanjem/svođenjem na minimum neželjenih događaja. U vezi s tim ustanove treba da primene sistem koji lako prepoznaje neželjene događaje .

Sistem prepoznavanja neželjenih događaja podrazumeva pet ključnih komponenti:

- Procena rizika pacijenta.
- Identifikacija rizika.
- Strategija za rešenje.
- Izveštavanje.

Analiza incidenta – radi preduzimanja korektivnih mera

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) ustanovila je “Devet rešenja – ciljeva, za bezbednost pacijenata” s ciljem da se doprinese smanjenju štete vezane za lečenje koja pogađa milione pacijenata širom sveta. SZO je 2009. godine postavila devet ciljeva za bezbednost pacijenata:

- Poboljšati identifikaciju pacijenta.
- Poboljšati komunikaciju.
- Poboljšati bezbednost korišćenja lekova,.
- Poboljšati medikaciju tokom kontinuuma lečenja.
- Poboljšati aktivno učešće pacijenta.
- Redukovati rizik od povređivanja padovima.
- Redukovati rizik od influence i pneumokoknih infekcija.
- Redukovati rizik od hirurških infekcija.
- Redukovati rizik od dekubitalnih ulkusa.

Svake godine ciljevi se dopunjuju, inoviraju, proširuju, prateći aktuelne potrebe na osnovu statističkih pokazatelja.

Srbija je pristupila Programu za globalnu bezbednost pacijenta (2008. godine), te je u obavezi da implementira program bezbednosti i radi na njegovom unapređenju.

3. ZAKONSKA REGULATIVA BEZBEDNOSTI PACIJENTA U REPUBLICI SRBIJI

Postoji nekoliko ključnih dokumenata koji se odnose na pitanje bezbednosti pacijenta u zdravstvenom sistemu Srbije:

- Zakon o zdravstvenoj zaštiti (2005) okvir je za funkcionisanje zdravstvenog sistema Srbije.
- Strategija za stalno unapređivanje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata (Službeni glasnik RS 15/2009).
- Pravilnik o akreditaciji zdravstvenih ustanova (Službeni glasnik 112/2009).
- Akcioni plan za sprovođenje strategije za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenta 2010 – 2015. Godine (Sl. Glasnik RS, br. 40/2010).

Pravilnik o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite (Sl. Glasnik RS, br. 49/2010).

U Pravilniku stoji isto kao u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti da je Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije (AZUS) zadužena za ocenjivanje kvaliteta rada zdravstvene ustanove na osnovu primene optimalnog nivoa utvrđenih standarda (član 2). Optimalni nivo standarda se dalje razrađuje kako bi se standardi uskladili sa bezbednošću pacijenta, sa fokusom na dostizanje povoljnih ishoda i smanjivanje rizika. Zato AZUS standardi imaju obavezu da pokriju oblast vezanu za bezbednost pacijenta.

Posmatrano sa aspekta zdravstvene nege, osnovni standard sestrinskog delovanja je primena procesa zdravstvene nege, koji kao sveobuhvatan proces čini negu sigurnijom.

Kvalitetna zdravstvena zaštita prvenstveno mora biti bezbedna, što zahteva da postoji:

- direktno i javno bavljenje pitanjem bezbednosti pacijenta,
- jasno definisan metod za prepoznavanje bezbednosti pacijenta.

4. UZROCI NASTANKA GREŠAKA I NEŽELJENIH DOGAĐAJA

Greške i neželjeni događaji mogu rezultirati iz raznih pitanja na različitim nivoima zdravstvene zaštite – npr. na nivou državne podrške (npr. finansiranje), nivou zdravstvene ustanove ili sistema (npr. struktura ili procesi) ili u trenutku intervencije između pacijenta i zdravstvenog radnika (npr. ljudska greška).

Neželjeni događaj je bilo koja neželjena povreda ili komplikacija koja dovodi do pojave invaliditeta, smrtnog ishoda ili produženog boravka u bolnici, a nastaje kao posledica rada menadžmenta u zdravstvenoj ustanovi.

Neželjeni događaji do kojih najčešće dolazi su: povreda pacijenta, neophodna ali neplanirana operacija, infekcija nastala u zdravstvenoj ustanovi, prijem pacijenta u bolnicu do kojeg je došlo zbog nepravilnog lečenja na nivou primarne zdravstvene zaštite, ponovni prijem pacijenta zbog nepotpunog lečenja, problemi sa transfuzijom krvi, neželjena reakcija na lek, srčani zastoj, respiratorni zastoj, padovi, dekubiti i smrtni ishodi.

Uzroci se mogu posmatrati sa tri aspekta:

- Ljudski faktor
- varijacije u znanju i iskustvu zdravstvenih radnika,
- neprihvatanje činjenice da se neželjeni događaji dešavaju u obimu u kome se događaju.
- Složenost procesa
- komplikovane tehnologije, moćni lekovi, produžena hospitalizacija, intenzivna nega.
- Nedostaci sistema
- nedostatak adekvatne komunikacije, sistem subordinacije,
- nedovoljan broj medicinskih sestara,
- neadekvatan sistem izveštavanja unutar zdravstvenog sistema,
- oslanjanje na automatski sistem,
- pokušaji smanjenja troškova u okviru reformi finansiranja,
- loša infrastruktura,
- neobučenost kadra.

Može se zaključiti da veliki broj nastalih grešaka i neželjenih problema nastaje kao sistemska greška, što zahteva izgradnju kulture bezbednosti i aktivnosti na unapređenju bezbednosti pacijenta koje zahtevaju promene unutar samog sistema pružanja zdravstvene zaštite. (CPSI 2004, IOM 2000, NPSA 2004) .

Rukovodioci i zdravstveni radnici unutar zdravstvene ustanove, treba da imaju razumevanje za kulturu bezbednosti i unapređenje kvaliteta, kako bi mogli da donesu strategije i implementiraju rešenja

5. REŠENJA ZA BEZBEDNOST PACIJENTA

Na bezbednosti pacijenta mora se hitno raditi, a to znači: da prvo prihvatimo tu uznemirujuću istinu; da odbacimo ideju/stav/koncept da je status quo prihvatljiv; i, što je možda najznačajnije, da delujemo i korigujemo probleme koji doprinose nebezbednoj nezi.

Svi pacijenti imaju pravo na efektivnu, bezbednu negu u svakoj prilici i na svakom mestu unutar zdravstvenog sistema.

Konstruktivni pristup rešenjima za poboljšanje bezbednosti pacijenata predstavlja takav pristup u kome je uspeh (bezbednija nega) određen time koliko dobro oni koji pružaju negu rade zajedno kao tim, koliko efektivno komuniciraju jedni sa drugima i sa pacijentima i koliko brižljivo su dizajnirani/kreirani procesi pružanja nege i sistemi podrške.

Elementi za rešenje bezbednosti pacijenta

Rešenje bezbednosti pacijenata se definiše: Svaki sačinjeni sistem ili intervencija koji su pokazali sposobnost da spreče ili ublaže nanošenje štete pacijentu koje potiče iz procesa zdravstvene zaštite.

Rešenja su usmerena na specifični nivo gde dobro kreiran proces može sprečiti da (potencijalne) ljudske greške stvarno pogode pacijenta. Dakle, rešenja promovišu okruženje i sisteme podrške koji minimalizuju rizika da se naškodi, uprkos kompleksnosti i nepostojanju standardizacije u modernoj zdravstvenoj zaštiti.

Rešenje bezbednosti pacijenata zahteva da se sačini sistem koji je sposoban da spreči ili ublaži nanošenje štete pacijentu koje potiče iz procesa zdravstvene zaštite, što zahteva aktivnosti na prevenciji nenamernog nanošenja štete pacijentu, pomoću poznavanja uzročnih faktora i intervencija usmerenih na sistem i celo radno okruženje, a ne na pojedinca. Ono uključuje bezbedonosni pristup prikupljanja i analize podataka poznat kao avijacijski bezbedonosni pristup, poznat kao 5M model.

- Man: ljudski faktori koji doprinose pojavi događaja.
- Machine: tehnološki aspekti, uključujući kvarove opreme.
- Medium: aspekti okruženja koji doprinose događaju.
- Mission: aktivnosti specifične za lečenje koje sadrže potencijalne rizike.
- Management: menadžerski aspekti kao što su propisi ili obuka osoblja.

6. ZDRAVSTVENA NEGA I BEZBEDNOST BOLESNIKA

Medicinske sestre količinom i složenošću poslova koje obavljaju značajno utiču na bezbednost bolesnika i kvalitet sveukupne zdravstvene zaštite. Tu činjenicu potvrđuju i podaci SZO koji govore da oko 70% usluga u zdravstvenom sistemu realizuju sestre.

Da bi odgovorila visokim zahtevima struke, profesija sestrinstvo na našim prostorima mora raditi na implementaciji profesionalnih standarda.

- Standardi za negu – proces zdravstvene nege kao osnovni standard,
- Standardi za profesionalna dostignuća – kvalitet zdravstvene nege, istraživanje obrazovanje, kompetencije.
- Standardni vodiča, protokola i smernica zdravstvene nege.

Ovakav pristup daje mogućnost da se unapredi bezbednost pacijenta i kvalitet nege. Pristup bi morao da osigura: primenu procesa zdravstvene nege kao osnovnog metoda rada, dokumentaciju zdravstvene nege u kojoj je sadržana procena rizika za pacijenta, planiranje i kontinuitet nege i evaluacija ishoda, edukaciju medicinskih sestara, resurse i bezbedno okruženje za negu.

Sestre ne mogu same implementirati sistemski pristup zdravstvene nege. Neophodna je sveukupna podrška svih relevantnih institucija kako bi zdravstvena nega imala zakonsko utemeljenje.

30.

NEGA HOSPITALIZOVANIH PACIJENATA KAO POKAZATELJ KVALITETA RADA BOLNICA U BEOGRADU

Danijela Kuljanin
Gradski zavod za javno zdravlje Beograd

NURSING CARE DURING HOSPITALIZATION AS QUALITY INDICATORS OF WORK IN HOSPITALS IN BELGRADE

Danijela Kuljanin
Institut of Public Health of Belgrade

BIOGRAFIJA – Danijela Kuljanin



Danijela Kuljanin rođena je 21. 2.1977. godine u Subotici. Srednju medicinsku školu završila je u Subotici. Diplomirala je 2004. godine na Višoj medicinskoj školu u Beogradu, na smeru viša medicinska sestra –opšti smer.

Posle završene srednje škole radni staž započinje u Opštoj bolnici u Subotici. Od 2002. godine radi na Institutu za psihijatriju gde je radila na stacionaru i u dnevnoj bolnici. U toku 2008. godine prelazi u Gradski zavod za javno zdravlje Beograd i radi u Centru za planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite u bolničkom odseku.

Autor je i koautor više radova iz oblasti sestrinstva. Učesnik u mnogim workshop-ovima, cuntry prezentacijama sa domaćim i međunarodnim učesćem.

2006. godine – Budimpešta, Regionalno savetovanje o kvalitetu i efikasnosti u zdravstvenom sistemu – Semmelweis university, Svetska banka i Svetska zdravstvena organizacija

2006. i 2007. godine – Politika primarne zdravstvene zaštite na Balkanu – CIDA

2007. godine – Atlas – Nurses in mental health WHO

Kampanja „Ostavi i pobedi 2008“, dr Gordana Tamburkovski, Danijela Kuljanin

2009. godina – Structural indicators of Environmental Factors impacting mental health: Scoping seventeen European regions/Questionnaire

2007–2011. godina – Kontinuirana aktivnost u kampanjama promocije zdravlja

2008–2009. godina – WHO Global Programme on Scaling up Nursing and Midwifery Capacity to Contribute to the Millennium Development Goals

2010. godina – Menadžment u sestrinstvu i razvoj zdravstvene nege –Projekat finansira EU

Stručni radovi objavljeni u domaćim časopisima „Sestrinstvo“, „Sestrinska reč“, „Zdravstvena zaštita“. Govori engleski i mađarski jezik. Poznaje osnove rada na računaru Microsoft office i internet okruženje.

CURRICULUM VITAE – Danijela Kuljanin / Registered Nurse

Date of Birth 21th February 1977

City of Birth Subotica

Marital status Married

Summary

A participant in many workshop's, Cuntry presentations with local and international participation (2006) Budapest Regional Conference on the quality and efficiency in the health system-Semmelweis University, World Bank and the World Health Organization (2006-2007) The Politics of Primary Health Care in the Balkans - CIDA (2007) Atlas - Mental Health Nurses -WHO (2008) "Quit and win 2008" Gordon Tamburkovski, Daniel Kuljanin (2009) Structural indicators of environmental factors impacting mental health: Scoping seventeen European regions / Questionnaire (2007-2011) Continuous activity in health promotion WHO Global Programme on Scaling up Nursing and Midwifery Capacity to Contribute to the Millennium Development Goals (2008-2009)

Career History

2008- Institute of Public Health of Belgrade.

2002-2008 - Institute of Psychiatry-KCS

Siže

Pokazatelji kvaliteta rada zdravstvenih ustanova utvrđuju se prema nivoima zdravstvene delatnosti, vrstama zdravstvenih ustanova i medicinskim granama.

Pokazatelji kvalitete obuhvataju i pokazatelje kvaliteta rada zdravstvenih ustanova, koji se odnose na rad komisije za unapređenje kvaliteta rada, sticanje i obnovu znanja i veština zaposlenih, vođenje lista čekanja, bezbednost pacijenata, zadovoljstvo korisnika uslugama zdravstvene službe i zadovoljstvo zaposlenih.

Na osnovu člana 203, stav 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Službeni glasnik Republike Srbije“ broj 107/05 i 72/09 dr. zakon), Ministarstvo zdravlja donosi Pravilnik o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite. Pravilnik je objavljen u „Službenom glasniku Republike Srbije“ 49/2010 od 21.07.2010. godine.

U Institutu za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ u toku je izrada metodološkog uputstva za primenu pokazatelje kvaliteta

Kvalitet rada stacionarnih ustanova u Beogradu prati se za 26 državnih bolnica. Sve beogradske bolnice, izuzev specijalnih bolnica spadaju u ustanove tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite. Pored upoznavanja sa teoretskim konceptima i prikaza pojedinih pokazatelja zdravstvene nege u vremenskom setu od 2007. do 2010. godine, posebna pažnja će biti posvećena kvalitetu prikupljanja podataka jer oni čine suštinu validnosti samih pokazatelja. Veoma važan segment kvaliteta je unapređenje kvaliteta zdravstvene nege, postiže se implementacijom programa prevencije. Ključne mere prevencije su: procena rizika – primena skala za procenu rizika, vizuelno obeležavanje pacijenata koji su pod visokim rizikom, edukacija pacijenata i članova njihove porodice o preventivnim intervencijama.

Ključne reči:

Mere prevencije, mere bezbednosti, pokazatelji kvaliteta, pacijent, bolnica

Apstract

For the Health care System and Health care Institutions quality is a way to create sustainable development and to focus their efforts to provide the improvement of patient's satisfaction with provided services, to reduce costs and increase productivity, to support the improvement of practice and innovations, to improve risks identification and risk management and also to increase Social Responsibility.

The regulation on the indicators of the health care quality (Službeni glasnik Republike Srbije no 49/2010)

In Instiutu of Public Health of Serbia “Dr Milan Jovanovic Batut” during the come out of methodological guidelines for the use of quality indicators

In Belgrade, in 26 government hospitals durin hospitalization we are monitoring quality indicators. All Belgrade hospital, except for special hospitals, including facilities in tertiary health care. A very important element of quality is to improve the quality of health care is achieved by implementing prevention progrm.The key preventive strategies aimed at safe and efficient health care include: a regular assessment of the risk using predictive scales, visual identification of patients at high risk , education of patients,family members and staff about fall prevention interventions.

References

Službenom glasniku Republike Srbije“ 49/2010.

Metodološko uputstvo za postupak izveštavanja zdravstvenih ustanova o obaveznim pokazateljima zdravstvene zaštite Beograd : Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“.

Patients' falls and injuries during hospitalization as quality indicators of work in hospitals .

Milutinović Dragana^a, Martinov-Cvejic Mirjana^b, Simić Svetlana^c

National Patient Safety Agency Trips and falls in hospitals-Raport,2007

The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), American Nurses Association, 2011

Keywords

quality of care; prevention; risk assessment; patient , hospitals

LITERATURA:

[1] „Službeni glasnik Republike Srbije“, 49/2010. godina.

[2] Metodološko uputstvo za postupak izveštavanja zdravstvenih ustanova o obaveznim pokazateljima zdravstvene zaštite Beograd : Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ ,

[3] Padovi i povrede hospitalizovanih pacijenata kao pokazatelji kvaliteta rada bolnica, Milutinović, Dragana, Martinov Cvijetin Mirijana, Simić, Svetlana, 2009. godina.

[4] National Patient Safety Agency Trips and falls in hospitals-Raport, 2007. godina.

[5] The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), American Nurses Association, 2011. godina.

31.

„ACTIVITIES OF PROFESSIONAL NURSES IN THE CONTROL OF QUALITY CARE IN SURGERY ROOM“

„AKTIVNOSTI STRUKOVNE SESTRE U KONTROLI KVALITETA ZDRAVSTVENE NEGE U OPERACIONOJ SALI“

Milena Milisavljević¹, Radmila Vasiljević²

¹ Kliničko-Bolnički Centar Zemun

² Visoka Zdravstvena Škola Strukovnih Studija – Zemun

BIOGRAFIJA – Milena Milisavljević



Diplomirala je na Visokoj zdravstvenoj školi strukovnih studija u Beogradu 2006. radila je kao sestra u jedinici intenzivne nege od 1987 do 1997, od tada do 2010 radila na mestu instrumentarke u operacionoj Sali, trenutno je glavna sestra Polikliničke službe Kliničko bolničkog centra Zemun. Saradnik iz oblasti praktične nastave na Visokoj zdravstvenoj školi strukovnih studija u Beogradu. She graduated from the High Health School of Professional Studies in Belgrade in 2006. She worked as a nurse in the intensive care unit from 1987 to 1997, from then until 2010 worked in the operating room as a nurse. Currently she is the head nurse of Polyclinic service at Clinical Center Zemun. Associate in the field of practical training at the High Health School of professional studies in Belgrade.

Apstract:

Quality management is an integrative process in which all employees participate. It is "measurable" model calculating efficiency of health services at all levels .

Quality health care in the surgery room is the domain of operating room nurses. We will explore only the human factor, his work, the product – a service that is subject to constant and intermittent control. This study, we focused the following activities of the operating room nurses as key:

- Communication ms-ms, within intradepartment communication
- Communication ms-surgeon, interdepartment communication
- Control the availability of human resources in the work process,
- Communication that takes place in a vertical and a horizontal line.

Key words: Quality management, nurses, surgery room

Siže:

Upravljanje kvalitetom je integrativni proces u kom učestvuju svi zaposleni . To je "merljiv" model izračunavanja efikasnosti pružanja zdravstvene usluge po svim nivoima specifičnosti. Kvalitet zdravstvene nege u operacionoj Sali je domen rada medicinske sestre operacione sale. Ovde ćemo istraživati samo ljudski faktor, njegov rad , proizvod – uslugu koja je podložna stalnoj i intermitentnoj kontroli. U tom istraživanju smo fokusirali sledeće aktivnosti medicinske sestre operacione sale kao ključne :

- Komunikacija m.s.-m.s., unutar intraoddeljenska komunikacija,
- Komunikacija m.s.- hirurrg, interoddeljenska komunikacija,
- Kontrola raspoloživosti ljudskih resursa u procesu rada,
- Komunikacija koja se odvija po vertikalnoj i horizontalnoj liniji.

Ključne reči: Upravljanje kvalitetom, medicinska sestra , operaciona sala.

1.Uvod:

Današnje mesto medicine u životu savremenog čoveka se može opisati kao: nezaobilazno, stalno prisutno, opšte potrebno, kvalitetno. Život čoveka je od rođenja pa do smrti vezan za primanje medicinskih usluga. Nikad u istoriji

ljudskog roda zdravlje nije više bilo predmet izučavanja, podučavanja, uspeha, sveopšte potrebe i dostupnosti. Nema dileme da će budućnost ljudi biti direktan proizvod njihove sposobnosti da svoje zdravlje sačuvaju, unapređuju, a bolest pobeđe kao pojedinci tako i kao zajednica.

XX vek je čovečanstvu doneo neslućeni svakojaki napredak. Bez obzira što se svakodnevno granice medicine pomeraju tehnološkim dostignućima, koja iziskuju sestrinsku intimizaciju sa istim, davno proklamovani principi humanosti i moralnosti su nezaobilazni čuvari naše profesije. Sestrinstvo začeto u bolnici, Svetog Tomasa, 1860-te suočeno je sa pregršt izazova: permanentna edukacija, visoke norme kvaliteta, visokim moralnim zahtevima.

Posle I svetskog rata u timski rad hirurga uključuje se i medicinska sestra, kao standard, nasuprot dotadašnjim timovima hirurga. Potreba je uslovljena novim kvalitetom usluga koji se zahteva usled: složenosti operativnih zahvata, povećanju broja pacijenata, specijalizacijom lekara, te uvođenjem "stand-by" stanja operativne sobe. Teško je osporiti da današnja sestra operacione sale, iako potekla iz zajedničkog stabla medicinskih sestara nema svoju izraženu specifičnost u radu sa pacijentom i lekarom-hirurgom, koja se ogleda u oskudnoj komunikaciji sa pacijentom, koji je najčešće u opštoj anesteziji, što pojačava njenu odgovornost i svesnost da pruža neophodnu pomoć ljudskom biću koje trenutno nemoćno i vulnerabilno. Nevidljiva za pacijenta, osiromašena za empatijski odnos, odnos poverenja i zahvalnosti koji se uspostavlja između pacijenta i medicinske sestre, krije opasnost pojave profesionalne otuđenosti, te se od nje traže visoki standardi ličnosti, jake moralne crte. Odnos sa hirurinom opterećen je viktorijanskim i patrijahalnim modelom odnosa sestra-lekar. Taj model opterećuje timski rad i jedini njegov cilj, optimalna pomoć pacijentu, jer ne retko u prvi plan stavlja, člana tima-hirurga. Takav odnos učestao u našim operacionim salama, traži od sestre op. sale da pronađe pravi način da ostane profesionalna, svoja, da bi rezultat njenog rada bio dobar po pacijenta. Treba istaći povišen stepen samostalnosti u radu, koji prati ovo radno mesto kroz uspostavljanje i održavanje optimalnih uslova za lečenje i negu pacijenata u operacionoj Sali. Njena samostalnost u sprovođenju svih mera koje će dovesti i očuvati aseptičan rad u operacionoj Sali ne podleže, hijerarhijskim odnosima, niti bilo kojim kompromisima. Zato samostalnost zahteva potpunu odgovornost, koja nema samo moralne, već i pravne karakteristike i posledice. U slučaju odsustva iste, posledice po pacijente su nesagledive. Kontinuitet procesa rada, prožet je svim karakteristikama timskog rada traži 24-časovno, 365.-dnevnu prisutnost. Tim kao skup individua koji zajedno rade na istom zadatku, svako u domenu stručne osposobljenosti, je onoliko jak, koliko mu je jaka najslabija karika. Zato je za dobro funkcionisanje tima potrebno stvoriti klimu međusobnog uvažavanja, dobre komunikacije i stalnog uvežbavanja. Stalno prisutne tehnološke novine u operativnim zahvatima, traže adaptabilnost ličnosti instrumentarke kao i permanentnu edukaciju u primeni novih tehnoloških izazova i ispunjavanju sve složenijih kriterijuma kvaliteta lečenja. Zahtevima vremena, koji iziskuju podizanje nivoa pružanja zdravstvene nege i terapije, kontroli kvaliteta pruženih usluga, tehnološke inovacije u radu, se može odgovoriti kroz kontinuiranu edukaciju koja pomaže pri osvežavanju ranije stečenih znanja, usvajanje novih, familirizovanje sa novim aparatima, instrumentima, materijalima, koji sa sobom donose i nove postupke rada.

Evropska povelja o kvalitetu kaže da, Lanac kvaliteta povezuje sve ekonomske i društvene igrače, da je kvalitet briga za svakog i zahteva da svi budu uključeni u taj lanac. Centralna figura, kada govorimo o kvalitetu zdravstvene nege, je pacijent a osnovno merilo njegovo zadovoljstvo. Ako bi spojili sve učesnike u lancu, kvalitet bi imao kao svoje prerogative: zadovoljnog pacijenta, zadovoljnog terapeuta ishodom lečenja, zadovoljno osiguranje koje plaća pruženu uslugu, zajednicu koja dobija aktivnog člana. Za kvalitet se može reći da je: stepen izvrsnosti, ispunjenje ili premašivanje očekivanja pacijenta, da se najbolje ogleda u svojoj odsutnosti. Najiscrpniju definiciju kvaliteta dali su sami korisnici zdravstvenih usluga koji ističu; razumevanje terapeuta, poštovanje, dobru komunikaciju, pravovremene i tačne informacije, privatnost, stručnost zdravstvenih radnika, prijatno okruženje, dobar ishod lečenja. Ova ko poredjani prioriteti govore u prilog očekivanja pacijenta da u primanju usluga od zdravstvenih radnika prioritet daju humanim, etičkim i empatiskim odnosima.

Postupci merenja kvaliteta zdravstvene usluge se vrše:

- Licenciranjem (zdravstvenih ustanova i zdravstvenih terapeuta, lekara i sestara)
- Akreditacijom (ustanova od strane nezavisnih tela procinjavanjem ispunjenja standarda kvaliteta)
- Sertifikacijom (postupak procene kvaliteta u odnosu na ISO standarde

Standardi kvaliteta su Izjave koje opisuju nivo na kojem će se pružati usluge. To su osnovne poluge za proces ispunjavanja kvaliteta.

- Akreditacioni standardi su skup izjava .
- Klinički vodiči su izjave primenjivane u specifičnim kliničkim uslovima radi lečenja.
- Procedure su zadatci razloženi po nivoima pružanja svake usluge pojedinačno.

Medicinska sestra operacione sale kao deo hirurškog tima, učestvuje u pružanju usluge pacijentima, čiji kvalitet procesa rada zavisi od: nivoa znanja, motivacije, efikasnog tima, kao i dobre komunikacije koja se odvija unutar tima po horizontalnim i vertikalnim nivoima.

2. CILJ RADA

1. Proceniti značaj strukovne medicinske sestre u kontroli kvaliteta rada u op. Sali
2. Proceniti značaj strukovne medicinske sestre u kontroli kvaliteta komunikacije operativnog tima.

3. ZADACI RADA

1. Utvrditi nivo znanja medicinskih sestara operacione sale.
2. Proceniti ulogu i mesto medicinske sestre operacione sale u operativnom timu.
3. Utvrditi nivo motivisanosti medicinskih sestara operacione sale u radu.
4. Utvrditi kvalitet komunikacije u operacionom timu.
5. Utvrditi mesto i značaj rada strukovne medicinske sestre u operacionoj Sali.

4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

1. Populacija i uzorak
 - medicinske sestre i tehničari operacionog bloka
 - lekari
2. Uzorak istraživanja
 - 50 medicinskih sestara i tehničara operacionog bloka
 - 20 lekara hirurških specijalnosti
3. Metode istraživanja
 - anketa
 - test
 - deskriptivna metoda
4. Instrument istraživanja
 - anketa
 - test znanja
 - intervju
5. Vreme i mesto istraživanja
 - 2007. godina KBC Zemun i KBC Zvezdara
 - 2008. godina KBC Zemun i KC Srbije Hirurška Klinika
 - 2010. godina KBC Zemun

5. REZULTATI I DISKUSIJA ISTRAŽIVANJA

1. Zanimanje medicinske sestre operacione sale visokim procentom pripada ženskom polu, čak 98%.
2. Nivo obrazovanja instrumentarki od 2007. kada se ovim poslom bavilo 97% sestara sa srednjom stručnom spremom, pokazuje blagi porast do 2010-te, kada među sestrama operacione sale ima 11% sestara sa visokom strukovnom školom.
3. Znanje koje one pokazuju na teoriskim pitanjima je veoma visoko, 99%, što govori u prilog njene odgovornosti, jer aseptičan rad nedopušta kompromise.
4. Pitanja koja oslikavaju praktična znanja nose manji procenat uspeha, od 2007-me kada se na praktična pitanja odgovara u 78% tačno do 2010-te procenat neznatno raste 85%, što govori u prilog ostacima prošlih vremena sa puno improvizacije, a uporedo sa time i nedovoljnog insistiranja da se u praksu uvedu jednobrazni Vodiči dobre prakse, preporuke koje bi etablirale normative u svakodnevnom radu, koje bi nedvosmisleno osigurale i bolji kvalitet rada u operacionim salama, a samim ti i kontrolu istog.
5. Značajno raste procenat sestara operacione sale koje uzimaju aktivno učešće u svojoj nadogradnji kroz po-hadjanje kongresa, seminara, edukativnih sastanaka od 2007-me kada su rezultati gotovo poražavajući, 49% je u proseku jednom godišnje odlazilo na skupove koji su namenjeni profesionalnoj nadogradnji, dok od 2008-me i na-dalje procenat drastično raste do 100%. Uvodjenje licence dalo je podstrek sestrama da aktivnije pristupe profesiji kroz permanentno učenje. Primećuje se još uvek na žalost nedostatak inventivnosti, da u većem broju budu autori istraživačkih radova, da spoznaju širinu i izazove svoje profesije. Kontakti sa inostranstvom su zanemarljivo mali, o radu koleginja izvan naših granica saznaje se posredstvom medija, interneta.
6. Motivacija zaposlenih koja predstavlja njihov odgovor na aktivnost menadžmenta, da svoja znanja, sposobnosti i ponašanje usmere na dobrobit tiskog rada nije na zavidnom nivou. Zadovoljstvo mestom i značajem koji mu menadžment bolnice pridaje, njihovo učešće u kreiranju poslovne klime, prve među jednakima, visina zarade kao i

položaj u društvu koje još uvek ne prepoznaje značaj, važnost, težinu ove profesije većito u senci prvih saradnika, hirurga, goruća su pitanja na kojima ispitanici visokim procentom (76%) odgovaraju sa negativnim emocijama tražeći satisfakciju za težak, odgovoran rad koji obavljaju, a nalazeći se na marginama društva. Motivatori gotovo da nepostoje, a sestre operacione sale izlaz traže u lepoti ovog za sestru prestižnog zanimanja, kao i dinamici i mogućnosti za stalno napredovanje i usavršavanje u radu.

7. Jednoglasno svi ispitanici, lekari i instrumentarke, rad u Sali kvalifikuju kao timski rad. Za uspeh tima važna je njegova homogenost, uskladenost, dobra komunikacija medju članovima, uigranost koja se uvežbava permanentno. Drugim rečima tim je jak onoliko koliko mu je najslabija karika jaka, koliko su kao celina, a ne pojedinci dobri. Visok procenat hirurga 90%, svoj autoritet stavlja kao apsolutni, neprikosnoven za dobro funkcionisanje tima. Njih 75% u nama vidi dobre saradnike ali u 82% kontrolišu naš rad. Skoro svi 98% posećuju seminare gde se obučavaju za nove procedure, ali svega 35% smatra da je poželjno da na istim postoje edukativni programi za instrumentarke. Sestre u 30% smatraju da je autoritet hirurga nebitan za dobre rezultate tima, visok procenat njih se izjašnjava (85%) da im je polje rada sve više ugroženo uplivom hirurfovog autoriteta, u 95% mišljenja su da im je mesto, kao dela tima, na seminarima uz svoje saradnike. Iz navedenog se može povući paralela da je timski rad ugrožen stavljanjem u prvi plan jednog njegovog člana, hirurga, koji po poziciji zaslužuje mesto vodje, ali čiji ego neretko preči da ugrozi osnovne postulate njegovog funkcionisanja. Sestre u Srbiji su dodatno opterećene patrijahalnim, viktorskim modelom odnosa lekar-sestra, nalaze se u njegovoj senci ali sve više osećajući višedecenisku nepravdu uzdizu svoju poziciju, traže i grade ravnopravne odnose kroz edukaciju, obrazovanje na fakultetskom nivou.

8. Interpersonalna komunikacija koja se odvija sa i bez reči (verbalna, neverbalna) koja ima svoje komunikacione kanale, iziskuje medjusobno uvazavanje, ravnopravne odnose takodje se nalazi pod bremenom hirurškog autoriteta. Zbog toga je sestre u visokom procentu (85%) ocenjuju kao jednosmernu (od hirurga ka sestri) naredbodavnu (sadrži niz zahteva i neostavlja prostor za povratnu informaciju). Za konflikte koji se javljaju i lekari i sestre optužuju lošu organizaciju (menadžment, načelnike, šefove, glavne sestre) u 55%, a potom jedni druge. Da li se iza ovakvih odgovora krije alibi za sopstvenu neinventivnost i sposobnosti za preuzimanje lične odgovornosti. U 75% sestrama se pripisuju greške koje nisu plod njihovog rada što ukazuje dodatno na potrebu uvodjenja striktnih procedura koje bi pomogle da kvalitet rada svakog člana tima bude merljiv egzaktnom metodom, da se isključi postojeće kolektivne odgovornosti ili postojanje institucije dežurnog krivca. Ovakav način komunikacije u operacionom timu sestru operacione sale stavlja u poziciju pukih izvršioca naredbi, one gube svoje polje delovanja kao profesionalci što neminovno dovodi do frustracije te je jedno od čestih foskula fraza: "Mi smo tu da poneseemo sav teret i krivicu". Još jedna potvrda neravnopravnih odnosa koji su temelji dobroj komunikaciji, je da svega u 10% sestre prisustvuju sastancima, brifinzima na kojima se razmatra strategija operativnog zahvata pre, a po operaciji i postignut učinak kao i primedbe članova tima. Podsetiću da je ovo nezaobilazan segment funkcionisanja jednog operativnog tima u Americi.

6. ZAKLJUČAK

Kvalitet je proces a ne događaj. To je dugoročan cilj kome predhodi opsežan posao zbog čega na njemu treba otpočeti s radom odmah. Uvodjenje sistema kontrole kvaliteta je proces praćen brojnim otporima, proces koji zahteva korenitu promenu načina razmišljanja i ponašanja zdravstvenih radnika. U našem okruženju koje pokazuje uvrežene, krute, dogmatske pozicije lekar-sestra, inertnost usled nedostatka motivatora medju kojima prednjači materijalna satisfakcija, a kod sestara dodatno nepostojanje poštovanja od najbližijih saradnika koji neprepoznaju celokupan rad sestara operacione sale (onaj koji se odvija mimo operativnog programa ostaje nevidljiv a samim tim ne vrednovan) strukovnoj sestri koja uvodi, prati kvalitet rada u operativnoj Sali u mnogome je otežan posao. To je gotovo nemoguća misija koja više nezavisi samo od njenog znanja, koje je u istu ruku obavezuje da se kontrolom kvaliteta bavi, entuzijazma čije se postojanje nedovodi u pitanje jer su sestre radeći i u najtežim uslovima pokazale visok stepen moralnosti, etičnosti, istrajnosti, već je u mnogome misija koja mora biti podpomognuta nacionalnim planom i učešćem državnih institucija koje će problem izdići na nacionalni značaj, a ona će svoje znanje, neprocenljivo iskustvo implementirati i doprineti aktivnim učešćem u njegovom donošenju potom sprovođenju.

Alternativa kvalitetu nepostoji. Kultura kvaliteta neophodna je baza za izgradnju istog.

7. Bibliografija

- [1] Dorothy Fogg. Standards, Recommended Practices and Guideline, 2003
- [2] Vukašin Ilić., "Upravljanje kvalitetom", Megatrend Universitet, 2009
- [3] Vukašin Ilić., "Upravljanje istraživanjem i razvojem", Megatrend Universitet, 2010
- [4] Mića Jovanović, "Interkulturni menadžment", Megatrend Universitet, 2009
- [5] Milena Milisavljević, "Uloga više medicinske sestre u prevenciji faktora rizika aseptičnog rada operacione sale", Visoka Medicinska škola, Zemun 2007
- [6] M. Milisavljević, D. Kekuš, J. Stoilković, "Uzroci i načini prevazilaženja problema u komunikaciji operacionog tima", Kongres Zdravstvenih radnika, Zlatibor 2009

32.

BEZBEDNOST NA RADU- PROCENA FAKTORA RIZIKA

Nataša Zagorac
Opšta bolnica Subotica

SAFETY WORK- RISK FACTORS REVIEW

Natasa Zagorac
General Hospital Subotica



BIOGRAFIJA – Nataša Zagorac

Nataša Zagorac završila je Višu medicinsku školu 2007. u Beogradu. Radi na odeljenju neonatologije-jedinica intenzivne nege u Opštoj bolnici u Subotici. Kontinuirano napreduje u svojoj profesionalnoj karijeri. Autor je i koautor više radova iz oblasti sestrinstva. Moderator u programu „Program o sebi” Ministarstva prosvete i Ministarstva zdravlja Republike Srbije.

CURRICULUM VITAE – Natasha Zagorac

Natasha Zagorac finished Medical School 2007th in Belgrade. She works in the neonatology ward-intensive care in the General Hospital in Subotica. Continually progressing in his professional career. She has authored or co-authored several papers in the field of nursing. Moderator in the “Program of themselves, “ In the Ministry of Education and Ministry of Health of Serbia.

BEZBEDNOST NA RADU- PROCENA FAKTORA RIZIKA

Siže

Bezbednost na radu podrazumeva obezbeđivanje takvih uslova rada kojima se, u najvećoj meri, smanjuju povrede na radu, profesionalna oboljenja i oboljenja u vezi sa radom i koji pretežno stvaraju pretpostavku za puno fizičko, psihičko i socijalno blagostanje zaposlenih.

Svetska statistika poseduje tačne podatke o Broj smrtno nastradalih na radu ili u vezi sa radom; Broj ljudi koji dožive tešku telesnu povredu na radu; Broj osoba koji dožive profesionalno oboljenje. Neki od podataka dostupni su i u Republici Srbiji i biće prikazani u prezentaciji.

Svakako treba staviti akcenat i na promocija kulture prevencije u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu:

1. Strategija bezbednosti i zdravlja na radu u R.Srbiji (2009.-2012.)
2. Zakon o bezbednosti i zdravlju na radu (“Službeni glasnik RS”, br.101/05), podzakonski i drugi propisi za oblast bezbednosti i zdravlja na radu
3. Konvencija MOP-a
4. Osnovna direktiva Saveta Evrope 89/391EEC

Zakonom o bezbednosti i zdravlju na radu uređuje se sprovođenje i unapređivanje bezbednosti i zdravlja na radu lica koja učestvuju u radnim procesima, kao i lica koja se zateknu u radnoj okolini, radi sprečavanja povreda na radu. Povrede na radu su uzrok odsustvovanja sa posla (apsentizma), invalidnosti, i u najtežim slučajevima, gubitka života. Zbog povreda na radu se gube i ogromna finansijska sredstva utrošena na lečenje, rehabilitaciju, nadoknadu za vreme odsustvovanja sa posla i za slučaj invalidnosti, osiguranje i drugo. Povrede na radu imaju za posledicu i promenu kvaliteta života nastradalog i njegove porodice, pre svih, a potom i šire okoline.

Preventivni pristup je izražen u nizu obaveza koje je potrebno realizovati. Procena rizika o mogućnosti nastanka povrede na radu je osnovni zadatak.

Bezbednost i zdravlje na radu bazira se na proceni i upravljanju rizicima koji se odnose na: radnu okolinu, sredstva za rad, opremu za ličnu zaštitu, opasne materije, organizaciju rada, psihičke, fizičke, socijalne faktore koji mogu doprineti stresu. i drugi faktori rizika.

Istrazivanje će obuhvatiti medicinske sestre u Opštoj bolnici u Subotici; slučajni uzorak u periodu aprila meseca 2011, godine. Instrument istraživanja je anketni upitnik koji će poseban akcenat staviti na procenu rizika na odeljenjima intenzivne nega pri korišćenju lične zaštitne opreme. Utvrdiće se da li su medicinske sestre upoznate sa rizicima nepravilnog korišćenje lične opreme, ako jesu u kojoj meri, koliko ti rizici utiču na njihovu bezbednost i zdravlje i kako se nose sa njima. U skladu sa rezultatima istraživanja primeniće se korektivne mere na intenzivnim negama.

Ključne reči:

1. Promocija kulture prevencije u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu
2. Procena rizika o mogućnosti nastanka povrede na radu
3. Bezbednost i zdravlje na radu
4. Procena pravilnog korišćenja lične zaštitne opreme
5. Primena edukacije i korektivnih mera

Apstract

Work safety imply to develop such a working conditions that can arrange lower and developed good psychological and social health of working people.

Word Statistics:

1. Number of accidents that resulted with death of the worker.
2. Number of accidents that as result have a major injury of the worker.

Number of persons that have developed some professional disease. Some of the data access in the Republic of Serbia and will be shown in the presentation.

Promotion of culture prevention in section of safety work and health on work.

1. Safety strategy and professional health in Republic of Serbia (2009.-2012.)
2. Code of professional safety, undercodes and acts of professional safety
3. Convection MOP-a
4. EEC 89/391

The law on safety and health at work shall be implementation and promotion of health and safety of the persons involved in work processes, as well as persons in the working environment, in order to prevent injuries at work. Occupational accidents are a cause of absenteeism from work (absenteeism), disability, and in severe cases, loss of life. Due to injuries at work are lost, and huge financial resources spent on treatment, rehabilitation, compensation for the period of absence from work and in case of disability insurance and more. Occupational accidents have resulted in a change of quality of life of the victim and his family, first of all, and then analyzed.

Professional safety and good health are based on changes and on risk managing.

Eevaluation of risks factorswe are prevent:

Professional dangerous situations, education of workers, tuition of workers, organization and providing necessary measures

Presentation of research results:

This research consist nurses of general hospital in Subotica.

The survey instrument is a questionnaire that will focus on risk assessment in the intensive care in the use of personal protective equipment. Determine whether the nurses understand the risks of improper use of personal equipment, if so to what extent, how those risks affect their safety and health and how to deal with them.

Goal: to affirm if nurses are introduced with different risk factors on their work place. If they are, how many of those risks influe on their safety and their professional health, and how are they manage it. Preventive measures can be provided

LITERATURA:

1. Mikov M., Mikov I. : Medicina rada, udžbenik za studente, Novi Sad 2007.
2. Vidaković A. i saradnici : Osnovi medicina rada, Beograd 2002.
3. http://www.who.int/topics/occupational_health/en/
4. http://www.icn.ch/publications/occupational_health_and_safety/
5. <http://www.minrzs.gov.rs/cir/index.php>

33.

NURSES PARTICIPATION IN THE ACCREDITATION OF HEALTHCARE INSTITUTIONS

PARTICIPACIJA MEDICINSKI SESTARA U PROCESU AKREDITACIJE ZDRAVSTVENIH USTANOVA

Svetlana Drča

Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije



BIOGRAFIJA – Svetlana Drča

Rođena je 1964. godine u Užicu. Završila Višu medicinsku školu u Zemunu 2002. godine. Visoku zdravstvenu školu strukovnih studija – Osnovne strukovne studije-odsek strukovna medicinska sestra, završila 2010. godine. Trenutno pohađa Specijalističke strukovne studije iz oblasti Javnog zdravlja. Od avgusta 2009. godine radi u Agenciji za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije, kao Stručni saradnik za saradnju sa zdravstvenim ustanovama.

Tokom 2007. godine završila obuku za spoljašnje ocenjivače u postupku akreditacije. U okviru projekta „Politika primarne zdravstvene zaštite na Balkanu“, od 2007-2009- godine prošla edukaciju iz oblasti menadžmenta u zdravstvu. Kroz Projekat „Podrška Agenciji za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije“ od 2009- 2010. godine edukacija o upotrebi pokazatelja kvaliteta, kao deo procesa akreditacije; edukacija iz oblasti bezbednosti pacijenta; edukacija o proceni zdravstvenih tehnologija.

CURRICULUM VITAE – Svetlana Drca

Svetlana Drca is a registered nurse, currently she is studing the Specialist professional studies in Public Health. Since August 2009. she works in the Agency for the Accreditation of Health Care institutions in Serbia, as an expert for cooperation with medical institutions. In 2007. she completed training for external examiners in the accreditation process. Within the project "Primary Health Care Policy in the Balkans, from 2007 to 2009 she completed education in the the field of Management in health care. Through the project "Support to the Accreditation of Health Care institutions in Serbia" from 2009 - 2010. she had: The education on the use of individual quality indicators, as part of the accreditation process, training in the field of patient safety, education on health technology assessment.

Apstract

Accreditation is the procedure of assessment of the quality of work of a health care facility, on the basis of implementation of the optimal level of the established standards of work of a health care facility in a certain area of health care, or branch of medicine (Article 213. Health Care Law). During self-assessment, as part of accreditation process, through multidisciplinary team work employees assess healthcare quality. Nurses as part of a multidisciplinary team apply their knowledge to actively participate in improving the quality of work. In the process of external evaluation, so called peer review, required team member is a nurse, as an experienced professional, trained to work in a team with strong interpersonal abilities. In order to obtain accreditation it is necessary to develop a quality culture, which implies the engagement of health workers at all levels. Due to the constant presence of nurses required during the treatment of patients, nurses have a unique opportunity not only to observe how the patient responds to the provided care, but also have first-hand insight into the obstacles and problems that hinder and delay the process of providing health care. In this manner, the role of nurses is crucial in the process of healthcare quality improvement, which in turn will result in better patient satisfaction, primarily based on high quality services provided by nurses.

Siže

Akreditacija je postupak ocenjivanja kvaliteta rada zdravstvene ustanove, na osnovu primene optimalnog nivoa utvrđenih standarda rada zdravstvene ustanove u određenoj oblasti zdravstvene zaštite, odnosno grani me-

dicine. (član 213 Zakon o zdr. zaštiti). Tokom samoocenjivanja zaposleni kroz multidisciplinarni timski rad ocenjuju kvalitet rada ustanove. Medicinske sestre kao deo multidisciplinarnog tima primenjujući svoja znanja aktivno učestvuju u unapređivanju kvaliteta rada. U procesu spoljašnjeg ocenjivanja, tkz. peer review- kolegijalno ocenjivanje, obavezan član tima je medicinska sestra, kao iskusen profesionalac, edukovana za rad u timu sa izraženim interpersonalnim sposobnostima. Da bi postupak akreditacije bio uspešan potrebno je razviti kulturu kvaliteta, čime se podrazumeva angažovanje zdravstvenih radnika na svim nivoima. Zbog neophodnog stalnog prisustva sestara tokom procesa lečenja pacijenata, medicinske sestre imaju jedinstvenu priliku ne samo da posmatraju kako pacijent reaguje na pruženu negu, već imaju uvid iz prve ruke u prepreke i probleme, koji ometaju i usporavaju uspešne procese pružanja zdravstvene zaštite. Na taj način uloga medicinske sestre je ključna u procesu unapređivanja kvaliteta zdravstvene zaštite, što će zauzvrat rezultirati većim zadovoljstvom pacijenata, koje se prvenstveno bazira na kvalitetnom pružanju zdravstvenih usluga od strane medicinskih sestara.

KLJUČNE REČI: Akreditacija, medicinske sestre, timski rad, unapređenje kvaliteta

UVOD

Verovatno jedan od najvećih izazova sa kojima se suočavaju zdravstveni sistemi jeste kako ići u korak sa novonastalim promenama i razvijati kulturu kvaliteta pri pružanju zdravstvenih usluga. Akreditacija zdravstvenih ustanova predstavlja jedan od načina za unapređenje kvaliteta, efektivnosti i efikasnosti rada zdravstvenih ustanova, uključujući njihovu strukturu, procese i ishode. Akreditacija je postupak ocenjivanja kvaliteta rada zdravstvene ustanove, na osnovu primene optimalnog nivoa utvrđenih standarda rada zdravstvene ustanove u određenoj oblasti zdravstvene zaštite, odnosno grani medicine. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije, član 214)

Osnovne komponente akreditacije zdravstvenih ustanova čine: standardi koji predstavljaju željeni nivo učinka koji je moguće dostići i sa kojim se može porediti postojeći nivo učinka i proces akreditacije, koji obuhvata fazu samoocenjivanja i fazu spoljašnjeg ocenjivanja.

Danas, postoji sve veći zahtev za spoljašnjom, nezavisnom procenom uspešnosti pružanja zdravstvenih usluga. Akreditacija, kao najstariji i najpoznatiji oblik spoljašnje procene rada zdravstvenih ustanova širom sveta, primenjuje standarde izvrsnosti i pomaže zdravstvenim ustanovama da otkriju sopstvene prednosti i mogućnosti napretka, a ujedno da bolje razumeju ciljeve i složenost svog rada. Kada to uvide, ustanove mogu da se posvete kratkoročnim i dugoročnim planovima za poboljšanje rezultata rada i počnu sa korišćenjem raspoloživih resursa na najefikasniji mogući način.

Svakako najvažniji kapital zdravstvenih ustanova su ljudski resursi. Kvalitetna zdravstvena zaštita se oslanja na sve individue sa profesionalnim obrazovanjem kao i ne-profesionalce koji su uključeni i učestvuju u pružanju usluga zdravstvene zaštite pojedincima i populaciji. Uključivanje istih u program akreditacije obezbeđuje timski pristup u radu na unapređenju kvaliteta i bezbednosti pacijenta. Samim tim omogućava se stvaranje atmosfere za sprovođenje promena koje predstavljaju ključ uspešno obavljenog procesa akreditacije.

Proces akreditacije

Proces akreditacije obuhvata četiri karakteristične etape:

1. pripremu i samoocenjivanje preduzeto od strane ustanove;
2. ocenu spoljašnjih ocenjivača o usklađenosti rada ustanove sa standardima za akreditaciju;
3. pripremu finalnog izveštaja i odluku o dodeli akreditacije od strane Agencije za akreditaciju;
4. kontinuiranu procenu i praćenje izvršenja plana za unapređenje kvaliteta.

Samoocenjivanje

Samoocenjivanje je proces ocenjivanja kvaliteta rada ustanove radi evaluacije nivoa usklađenosti sa postavljenim standardima koji sprovode zaposleni u zdravstvenoj ustanovi. Samoocenjivanje pruža mogućnost organizaciji da preispita svoj rad i da ga proceni u skladu sa akreditacionim standardima, odnosno da proceni:

- gde se ustanova nalazila ranije,
- gde je trenutno i
- kako sebe vidi u budućnosti.

Samoocenjivanje predočava zaposlenima šta dobro rade i koje su to oblasti koje treba unaprediti, odnosno koje su to snage i slabosti unutar organizacije.

Timovi za samoocenjivanje

Timove za samoocenjivanje je potrebno formirati kako bi se sprovelo jasno i sveobuhvatno samoocenjivanje.

Samoocenjivanje sprovode članovi multidisciplinarnih timova. Deo tima su medicinske sestre kao zdravstveni profesionalci koji poseduju stručna znanja, znanja iz oblasti stalnog unapređenja kvaliteta, kao i kapacitet za tim-

ski rad. Takav pristup pruža mogućnost da svaki član tima ravnoopravno učestvuje u planiranim aktivnostima i odgovoran je za sprovođenje istih. Timovi za samoocenjivanje su osnovne jedinice za ostvarivanje zadataka u kojima se povezuju i dopunjuju sposobnosti, iskustva i domišljatost ljudi koji čine tim.

Da bi timovi kvalitetno radili, potrebno je:

- Odvojiti vreme. Postoji ogroman pritisak da se ostvare rezultati u rekordnom vremenu. Efikasan rad zahteva i vreme i jasan cilj. Forsiranje članova timova može da rezultira nefunkcionalnim ponašanjem i lošim rezultatima.
- Primeniti selekciju i proces razvoja. Promene članova mogu da dovedu do regresije tima u pogledu rada. Zaposleni treba da unapređuju svoja znanja kako bi postali efikasni članovi tima.
- Omogućiti integritet između delovanja i vrednosti. Sve što je u suprotnosti sa postojećim vrednostima i principima vodi ka smanjenju optimalnog učinka. Sloboda u inovacijama će odrediti kolika će biti uspešnost implementacije.

Timovi za samoocenjivanje formiraju se na osnovu standarda koje obuhvataju kliničke i nekliničke oblasti u ustanovi. Kliničke oblasti su u vezi sa lečenjem/uslugama pruženim pacijentu. Nekliničke oblasti se odnose na životnu sredinu, rukovodstvo, ljudske resurse, upravljanje infomarcijama i standarde upravljanja.

U toku samoocenjivanja mnoge veštine i alati su potrebni zaposlenima da bi obavili poverene zadatke.

Spoljašnje ocenjivanje

Spoljašnje ocenjivanje je proces nezavisnog ocenjivanja kvaliteta rada zdravstvene ustanove u odnosu na utvrđene standarde za određenu oblast zdravstvene zaštite, odnosno granu medicine, od strane edukovanih spoljašnjih ocenjivača. Spoljašnji ocenjivači su određeni od strane Agencije za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije i u procesu akreditacije, za vreme posete zdravstvenoj ustanovi, ocenjuju kvalitet rada i sastavljaju izveštaj. Obavezan član Tim za spoljašnje ocenjivanje kvaliteta rada zdravstvenih ustanova je medicinska sestra/ tehničar koja ima profesionalno iskustvo u sistemu zdravstvene zaštite. Neophodno je da poseduju visoko/ više obrazovanje, adekvatno poznavanje nacionalnih akreditacionih standarda i procesa ocenjivanja. Osobine spoljašnjih ocenjivača su: objektivnost, tačnost, preciznost, pripremljenost, umeće diplomatije, profesionalnost, dobre interpersonalne sposobnosti, sposobnost rada u timu, fleksibilnost, upornost.

Spoljašnje ocenjivanje sprovodi se u zdravstvenoj ustanovi i realizuje se:

- pregledom pripremljene dokumentacije i zdravstvene dokumentacije;
- razgovorom sa organima upravljanja zdravstvene ustanove;
- razgovorom sa zaposlenima koji su učestvovali u postupku samoocenjivanja (timovi za samoocenjivanje kvaliteta rada zdravstvene ustanove);
- obilaskom zdravstvene ustanove i pregledom prostornih kapaciteta;
- pregledom opremljenosti zdravstvene ustanove medicinskom opremom.

Na osnovu Odluke o imenovanju edukovanih spoljašnjih ocenjivača Agencije za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije od novembra 2010. godine formirana je lista edukovanih spoljašnjih ocenjivača. Na zvaničnoj listi nalazi se i dvadeset medicinskih sestara (od ukupno 91 spoljašnji ocenjivač), koje su završile neophodnu edukaciju i ispunile sve kriterijume za izbor spoljašnjih ocenjivača. Tokom edukacije medicinske sestre kao i ostali polaznici osposobljavaju se da naprave razliku između profesionalnih uloga i uloga u timu za spoljašnje ocenjivanje, da razviju veštine uspostavljanja ravnoteže timskih uloga, identifikuju izvore moći i uticaj u timu kao i blokada timskog rada.

Participacija medicinskih sestara

Malo je poduhvata koji se mogu delotvorno i efikasno ostvariti bez timskog rada, bar u nekim fazama. Sposobnost i razvijanje veština rada u timu su veoma važne posebno u oblastima u kojima je neophodna bliska multidisciplinarna saradnja. U oblasti unapređenja kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti naglašava se kompleksnost većine procesa u zdravstvenoj zaštiti tako da oni ne mogu biti pod kontrolom pojedinca i jedini efikasan način da se procesi unaprede je kroz timski rad.

Učešće medicinskih sestara u timovima za samoocenjivanje i spoljašnje ocenjivanje značajno utiče na kvalitet, inovativnost i motivaciju u njihovom radu. Kroz timski rad afirmiše se i njihova participacija vezana za radne procese, radne zadatke, probleme organizacije, efikasnosti i kvalitet. Za uspeh participacije važna je inicijativa, dosledna podrška i lično učešće medicinskih sestara. Participacija ima efekta samo kada su u pitanju kompetentni saradnici, informisani, obučeni i motivisani u odnosu na konkretan zadatak ili oblast poslova. Da bi mogao da bude deo delotvornog tima svaki član treba da razume pojedinačne uloge i ponašanja i na koji način se mogu iskoristiti za dobrobit tima i njegovih ciljeva. Kada se timski rad razvije i kada se njime upravlja na odgovarajući način, on poboljšava procese rada i brže daje rezultate kroz slobodnu razmenu ideja, informacija, znanja i podataka.

Participacija medicinskih sestara je neizostavan instrument kojim se stvara podsticajna radna sredina. Ukoli-

ko medicinske sestre uzmu učešće u radu više timova, stvaraju se uslovi za razvoj samoinicijative, samokontrole i odgovornosti čime se povećava efikasnost i kvalitet pruženih usluga.

Postoje brojne studije i istraživanja širom sveta čiji rezultati potvrđuju činjenicu da akreditacija predstavlja pouzdan mehanizam za unapređenje kvaliteta rada zdravstvenih ustanova. Zabeležen je porast zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga, unapređen je timski rad i saradnja zdravstvenih radnika, razvoj zajedničkih vrednosti, bolja iskorišćenost raspoloživih resursa i usklađivanje sa potrebama zajednice i partnera.

ZAKLJUČAK

Zbog neophodnog stalnog prisustva sestara tokom procesa lečenja pacijenata, medicinske sestre imaju jedinstvenu priliku ne samo da posmatraju kako pacijent reaguje na pruženu negu, već imaju uvid iz prve ruke u prepreke i probleme, koji ometaju i usporavaju procese pružanja zdravstvene zaštite. To im daje mogućnosti da daju značajan doprinos unapređenju kvaliteta i kroz proces akreditacije. To će rezultirati zadovoljstvom pacijenata koje se prvenstveno bazira na kvalitetnom pružanju zdravstvenih usluga od strane medicinskih sestara.

Akreditacija podstiče međuprofesionalnu edukaciju u kojoj zdravstveni radnici uče da promovišu međusobnu saradnju, razumevanje i poštovanje prema drugim profesijama

Promenljiva priroda zdravstvene zaštite sve više se od zdravstvenih radnika zahteva nove veštine, koje se primenjuju u radu multidisciplinarnih timova, kao i konstantno obnavljanje i usavršavanje umeća i veština.

Akreditacija zdravstvenih ustanova predstavlja pristup kojim se uvodi stalna kultura kvaliteta, što podrazumeva kontinuirano usavršavanje kadrova, koji će svojim teorijskim i praktičnim znanjima dati doprinos razvoju mehanizama za stalno unapređenje kvaliteta i bezbednosti pacijenta.

Filozofija kvaliteta kao odgovornost svakog pojedinca i podrška rukovodstva preduslov su za uspešno sprovođenje aktivnosti na unapređenju kvaliteta rada zdravstvene zaštite. Organizaciona kultura zdravstvenih ustanova postavlja uslove za unapređenje kvaliteta, kao i ulogu medicinskih sestara u tom pogledu. Sve veći zahtevi koji se nameću zdravstvenim ustanovama u pogledu aktivnosti na unapređenju kvaliteta rada, istovremeno podrazumevaju veću participaciju i značaj medicinskih sestara na tom polju.

LITERATURA

[1] Pravilnik o akreditaciji zdravstvenih ustanova, Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije, Beograd 2009. godine

[2] Vodič za samoocenjivanje, Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije, Beograd 2010. godine

[3] Vodič za spoljašnje ocenjivanje, Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije, Beograd 2010. godine

[4] The role of Nurses in Hospital Quality Improvement, Health System Change, March 2

Prepreke za unapređenje bezbednosti pacijenta

Prepreke postoje na brojnim nivoima od nacionalne politike do individualnog zdrav. radnika. Na implementaciju takođe utiču nivoi resursa, opšti pristup kvalitetu i percepcija. Potencijalne prepreke su date u Tabeli 1.

Tabela 1. Potencijalne prepreke za implementaciju

	Politički nivo	Institucionalni/ rukovodstvo	Individualni
Finansijske	<ul style="list-style-type: none"> Konkurentni zdravstveni prioriteta Neuspeh da se demonstrira (makro-) ekonomska korist 	<ul style="list-style-type: none"> Troškovi infrastrukture Troškovi alkoholnih dezinficijensa Neuspeh da se ubede menadžeri i lideri o (mikro-) ekonomskim koristima Nedovoljno osoblja Dizajn ustanove 	Nema finansijske inicijative da se modifikuju performanse (kontinuirana edukacija)
Kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> Nedostatak posvećenosti Nedostatak infrastrukture Neposvećenost edukaciji 	<ul style="list-style-type: none"> Nedostatak posvećenosti Postojeća kultura ne pruža podršku Neuspeh da se ubede menadžeri i lideri o zdravstvenim koristima Vreme za obuku osoblja Nedostatak vremena za monitoring sprovođenja 	<ul style="list-style-type: none"> Nedostatak zdravstvenih radnika(?) Kampanje nisu dobro orijentisane Nepostojanje učešća pacijenata i ovlašćivanja Postojeća kultura ne pruža podršku
Percepcija	<ul style="list-style-type: none"> Nedostatak svesti o teretu bolesti Nedostatak infrastrukture Percepcija da higijena ruku više nije problem 	<ul style="list-style-type: none"> Postojeća organizaciona kultura ne pruža podršku 	<ul style="list-style-type: none"> Nedostatak institucionalnih lidera(?) Nedostatak svesti o problemima Percepcija da higijena ruku više nije problem Neuverenost u vrednost higijene ruku u pogledu uticaja na ishod kod pacijenta

ZAKLJUČAK

Bezbednost bolesnika je zauzima centralno mesto u pogledu kvalitetne zdravstvene zaštite. To je pristup koji zahteva strogo poštovanje procedura, procenu pacijenta, obuku osoblja, komunikaciju i bezbedno okruženje u kontinuitetu lečenja i nege.

Ključni deo bezbednosne kulture je proaktivni pristup. Potencijal neopasnosti se identifikuju i analiziraju tako da se razvijaju procedure za bavljenje onim što bi se moglo dogoditi, kao i onim što se dogodilo u prošlosti. Prijavlivanje i izveštavanje o incidentima kao ispitivanje incidenata, pronalaženje i otklanjanje uzroka su osnovni koraci za unapređenje bezbednosti.

U oblasti zdravstvene nege sve ove aktivnosti mogu se samo delimično ostvariti i to u ustanovama gde je sestrinski kadar edukovan za primenu procesa i dokumentacije zdravstvene nege. Osiguranje bezbednosti pacijenta zahteva unapređenje kvaliteta sestrinske prakse.

Literatura

- Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije. Službeni glasnik Republike Srbije 2005:107.
- Currie, L. (2008). Fall and injury prevention. In R.G. Hughes (Ed.), Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses (pp. 195-)
- Tijanić M, Đuranović D, Rudić R, Milović Lj. Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo. Beograd 2008
- Westrum R, Adamski AJ. Organizational Factors Associated with Safety and Mission Success in Aviation Environments. In: Garland DJ, Wise JA, Hopkin VD, ed. Handbook of Aviation Human Factors. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 1999.
- Hudson PTW. Safety management and safety culture: the long, hard and winding road. In: Pearse W, Gallagher C, Bluff L, eds. Occupational health and safety management systems. Melbourne: Crown Content, 2001:3–32.,

34.

NURSES PARTICIPATION IN THE ACCREDITATION OF HEALTHCARE INSTITUTIONS

PARTICIPACIJA MEDICINSKI SESTARA U PROCESU AKREDITACIJE ZDRAVSTVENIH USTANOVA

Svetlana Drča

Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije



BIOGRAFIJA – Anđelka Kotević

Anđelka Kotević diplomirana je medicinska sestra. Radila je 28 godina u Domu zdravlja Novi Beograd. Od 1999. i dalje radi kao koordinator polivalentne patronažne službe u Gradskom zavodu za javno zdravlje u Beogradu. Usavršavala se u zemlji i inostranstvu, bila učesnik i predavač na mnogim skupovima. Koautor je knjiga Vodič dobre prakse polivalentne patronažne sestre u porodici, Prve godine života traju večno, Priručnika za roditelje, Priručnika za rad u zajednici sa roditeljima dece sa smetnjama u razvoju. Od 2006. godine upravnik je Nacionalne kancelarije za zdravu porodicu i odseka Halobeba u Centru za promociju zdravlja u Gradskom zavodu za javno zdravlje u Beogradu. Autor je više od sto radova u časopisima za razvoj deteta i član stručnog saveta časopisa Mama. Član je Internacionalnog udruženja za promociju zdravlja, Evropske i Svetske asocijacije za javno zdravlje. Dobitnik je nagrade za životno delo iz oblasti sestrinstva Milica Tijanić.

CURRICULUM VITAE – Andjelka Kotevic

Anđelka Kotevic is a graduate nurse. She worked as a nurse at the Health Center New Belgrade for 28 years. Since 1999. , and still, she works as a coordinator of visiting service in the Department for Public He-

alth of Belgrade. She was a participant and speaker at many conferences. Co-author of the book "Guide to Good Practice for visiting nurses in the family", "The first year of life lasts forever", "The Handbook for Parents", "Manual for the community with parents of children with disabilities". Since 2006, she is the head of the National Office for a healthy family and department "Hellobaby" at the Center for Public Health in Belgrade. Author of more than one hundred papers in journals in child development expert and member of the Council magazine Mom. Member of the International Association for the Promotion of Health, European and World Association of Public Health. Winner of Award for lifetime achievement in the field of nursing "Milica Tijanac".

Apstract

"Halobeba" call center is a telephone counseling service for help and support to families with pregnant women, mothers, newborn babies and small children.

It has been working already for nine years, thanking to the full technical and logistic support of UNICEF in Belgrade and the consent of the Ministry of Health and Environmental Protection. Since then it has been working in continuity, in three shifts - 24 hours every day of the year (Saturdays and Sundays and holidays as well). The work is managed by a team from the City Institute of Public Health in Belgrade, where the center is situated.

Telephone counseling is placed in a specially prepared and secluded room and, on the two phones and phone / fax lines, on call, one shift a week, there are previously well educated, senior community health and pediatric nurses from health centers in Belgrade (50).

The overall objective of the telephone counseling service is to constantly improve the quality of health care for mother and child in Belgrade and Serbia, through wider openness and accessibility of health services to family and community, and the standardization of the application of modern professional attitudes, as well as strengthening the capacity of families with small children.

Telephone counseling, among other services, provides coordination of work among the medical institutions of Belgrade, especially maternity hospitals and health centers, which takes place every day through the reception of applications on release of mothers and their babies from the hospitals, checking the residential addresses and submitting the data to the corresponding Visiting Nurse Service of Health.

The success of education of parents who are not only from Belgrade, but also from all over Serbia and around the world (15%), is confirmed by large number of satisfied parents as well as achieved number of telephone advices, especially in the first days after hospital discharge

The most common advices refer to: support to mothers to exclusively breastfeed their children, monitoring of growth and development, early stimulation of development of their children, advancement of knowledge and parental skills regarding the care of sick children. The reduction of unnecessary visits of parents with children to health centers (5%) is evident, and that is a significant indicator of success of the Centre.

Center also performs an early identification, registration and monitoring of children born with certain risk factors and the application of appropriate intervention measures.

Continuous promotion in media (presentation on radio and television channels, as well as newspaper articles, information, instructions) is being conducted in order to inform the public about the possibilities of providing rapid, complete and accurate information about the content from the area of comprehensive care of mother and child.

Phone numbers of the Centre are published among important telephone numbers in the newspapers "Politika", "Danas" and "Blic", and magazines, "Mama," "Pregnancy" and "Baby's Choice", "Baby planet". For more information parents can visit the website WWW.HALOBEBA.RS or submit a query by email to: halobeba@beotel.rs

Good cooperation between the institutions and services that provide care for children, excellent team work, achievements in work and especially, satisfied parents are the steps which we are taking in order to meet the needs of parents and fulfill their parenthood with pleasure and joy.

Siže

"Halobeba" je telefonsko savetovalište za pomoć i podršku porodicama sa trudnicama, porodiljama, novorođenim bebama i malom decom. Radi već devet godina, zahvaljujući tehničkoj i logističkoj podršci Unicefa u Beogradu i saglasnosti tadašnjeg Ministarstva zdravlja i zaštite životne okoline. Od tada radi u kontinuitetu, u tri smene – 24 sata svakoga dana u godini (subotom i nedeljom i praznikom). Radom rukovodi tim iz Gradskog zavoda za javno zdravlje u Beogradu, gde je centar i smešten.

Telefonsko savetovalište je u posebno izdvojenoj i pripremljenoj prostoriji i pored dva telefona i tel/fax linije, dežuraju nedeljno po jednu smenu iskusne više patronažne i pedijatrijske medicinske sestre iz beogradskih domova zdravlja (oko 50), posebno prethodno dobro edukovane.

Opšti cilj telefonskog savetovališta je stalno unapređivanje kvaliteta zdravstvene zaštite majke i deteta u Beogradu i Srbiji kroz veću otvorenost i dostupnost zdravstvene službe ka porodici i zajednici i ujednačavanje primene savremenih stručnih stavova, te jačanje kapaciteta porodice sa malom decom.

Telefonsko savetovalište, između ostalog, obezbeđuje koordinaciju u radu među zdravstvenim ustanovama Beograda, posebno porodilištima i domovima zdravlja što se odvija svakodnevno kroz prijem prijave o otpustima mama i njihovih beba iz porodilišta, proveru adresa na kojoj borave i predaju podataka, pripadajućoj patronažnoj službi doma zdravlja.

U prilog uspešnoj edukaciji roditelja ne samo iz Beograda već i iz cele Srbije, te iz celog sveta (15%), govore zadovoljni roditelji i ostvareni broj telefonskih saveta, posebno u prvim danima posle otpusta iz porodilišta.

Najčešći saveti odnose se na podršku majkama da isključivo doje svoju decu, praćenje rasta i razvoja, ranu stimulaciju razvoja svoje dece, unapređenje znanja i veština roditelja vezano za negu bolesne dece.

Evidentno je smanjenje nepotrebnih odlazaka roditelja sa decom u dom zdravlja (5%), što je značajan pokazatelj uspešnosti rada Centra.

Obavlja se i pravovremena identifikacija, registracija i praćenje dece rođene sa nekim od faktora rizika, uz primenu neophodnih interventnih mera.

Radi informisanja javnosti o mogućnostima obezbeđenja brze, potpune i tačne informacije u vezi sa sadržajem iz oblasti sveobuhvatne zaštite zdravlja majke i deteta, sprovodi se kontinuirana medijska promocija (prezentacija na radijskim i televizijskim kanalima, te napisi, informacije, uputstva u štampi).

Telefoni Centra se štampaju među važnim telefonima u dnevnim listovima "Politika", "Glas javnosti" i "Blic" i časopisima "Mama" „Trudnoća“ i "Bebin izbor", „Bebi planeta“.

Roditelji se opširnije mogu informisati na sajtu WWW.HALOBEBA.RS ali i uputiti pitanje elektronskom poštom na mail: halobeba@beotel.rs

Dobra saradnja između ustanova i službi koje se bave brigom o deci, odličan timski rad, postignuti rezultati u radu i naročito zadovoljni roditelji koraci su kojima idemo u susret potrebama roditelja kako bi im roditeljstvo bilo zadovoljstvo i radost.

KLJUČNE REČI

Mama i beba, telefonska komunikacija, povezivanje, saveti, podrška

UVODNE NAPOMENE

Zdravo i produktivno društvo temelji se na zdravom razvoju deteta. Zdravlje u najranijim godinama, počevši od stanja buduće majke, jača razvojne sisteme koji omogućavaju deci da napreduju i odrastaju u zdrave ljude.

Prateći savremene tokove u domenu racionalizacije zdravstvene službe i stečena pozitivna iskustva, putem telefonske komunikacije koja se ostvaruje u telefonskom savetovalištu postiže se "otvaranje" doma zdravlja ka porodici i zajednici.

Telefonsko savetovalište namenjeno je porodicama sa novorođenom decom i zadovoljavanju njihovih potreba za intenzivnijom zaštitom i negom, ali i svim drugim zainteresovanim porodicama i njihovim članovima koji, pozivajući ovo savetovalište, traže savet, podršku ili odgovor na pitanje koje ih interesuje.

OPŠTI CILJ TELEFONSKOG SAVETOVALIŠTA

Stalno unapređivanje kvaliteta zdravstvene zaštite majke i deteta u Beogradu kroz veću otvorenost zdravstvene službe ka porodici i zajednici i ujednačavanje primene savremenih stručnih stavova, posebno u domenu promocije zdravlja.

POTCILJEVI TELEFONSKOG SAVETOVALIŠTA

Poboljšanje koordinacije u radu zdravstvenih ustanova u Beogradu, posebno između porodilišta i doma zdravlja, i jačanje integracije zdravstvenog sa socijalnim i drugim sektorima i organizacijama.

Edukacija roditelja za pravilnu brigu o deci, a posebno u prvim danima posle otpusta iz porodilišta, vezano za ranu stimulaciju razvoja, praćenje rasta i razvoja dece, negu bolesne dece.

Pravovremena identifikacija, registracija i praćenje dece rođene sa nekim od faktora rizika, uz primenu neophodnih interventnih mera

Podrška racionalnom planiranju porodice i bezbednom materinstvu.

Smanjenje nepotrebnih odlazaka u dom zdravlja.

Edukacija o veštinama smanjivanja i eliminisanja faktora rizika i o zdravim stilovima života.

Podrška majkama da isključivo doje svoju decu.

ORGANIZACIJA RADA

Jedno poslepodne



Telefonsko savetovalište „Halobeba“ smešteno je u Gradskom zavodu za javno zdravlje u Beogradu u posebnoj prostoriji, sa dve direktne telefonske linije, jednom faks-komunikacijom i kompjuterom koji se koristi za unos u bazu podataka.

Pored telefonskih linija (dva telefona 011/3237-357 i 011/ 3237-358 i tel/ faks 011/3237-359), 24 časa svakog dana u mesecu (uključujući i subotu i nedelju i praznike), u tri smene (od 7 do 13; od 13 do 19 i od 19 do 7 časova) dežuraju iskusne više medicinske sestre iz beogradskih zdravstvenih ustanova. Među patronažnim i pedijatrijskim sestrama izabrane su one koje su osposobljene za vrlo visok nivo neophodnih veština komunikacije značajnih za ovaj posao (brzo, jasno, precizno i stručno pružanje informacija, davanje saveta i odgovora na postavljena pitanja). Angažovane medicinske sestre imaju uspešno završene sledeće edukativne seminare: „Životne poruke – zdravlje porodice“, „Psihosocijalna podrška porodici“, „Zaštita dece od zlostavljanja i zanemarivanja“, „Reproduktivno zdravlje“, „Veštine uspešne telefonske komunikacije“. Kroz koordinativne sastanke sestre se kontinuirano edukuju kako bi saveti bili u skladu sa najnovijim stručnim i naučnim dostignućima, ali i prema potrebama porodica.

Na osnovu dosadašnjeg iskustva u telefonskom savetovalištu, procenjuje se da je za kontinuiran rad neophodno oko 50 viših medicinskih sestara, uz pretpostavku da svaka sestra radi 4-5 smena uz dežurni telefon u toku mesec dana. Pri tom u domu zdravlja, gde su u stalnom radnom odnosu, ove sestre ostvaruju puno radno vreme, odnosno njihovo angažovanje u telefonskom savetovalištu ostvaruje se van radnog vremena. Iskustvo uči da je njihov rad u telefonskom savetovalištu višestruko koristan za njihov svakodnevni posao (kućne posete i rad u ambulanti), za ostvarivanje neposredne veze i ujednačavanje kvaliteta rada.

Eksperti – konsultanti (pedijatar, ginekolog, psiholog, dečiji neuropsihijatar, socijalni radnik) angažovani su za pitanja i situacije koje medicinska sestra u telefonskom savetovalištu „Halobeba“ ne može samostalno da reši.

METOD I SADRŽAJ RADA – PROTOKOL AKTIVNOSTI

1. MEDIJSKA PROMOCIJA

Radi informisanja javnosti o mogućnostima obezbeđenja brze, potpune i tačne informacije u vezi sa sadržajem iz oblasti sveobuhvatne zaštite zdravlja majke i deteta, sprovodi se kontinuirana medijska promocija (prezentacija na radijskim i televizijskim kanalima, te napisi, informacije, uputstva u štampi, priprema obaveštenja i drugo prema potrebi). Do sada je ostvareno oko 150 radio- uključanja, blizu 100 TV nastupa i oko 80 novinskih članaka, stalna rubrika u časopisima „Mama“, „Trudnoća“, „Bebi planeta“, „Bebin izbor“, a povremena u dnevnom časopisu „Blic“ i nedeljnom „Blic žena“. Do sada je objavljeno više od 100 stručnih tekstova s temom ranog rasta i razvoja deteta.

2. USKLAĐIVANJE RADA DEŽURNIH MEDICINSKIH SESTARA

Imajući u vidu da angažovane sestre u zdravstvenoj ustanovi uglavnom rade po smenama svakoga radnog dana, uključujući i subotu, te da imaju i planirana nedeljna dežurstva, raspored njihovog rada u telefonskom saveto-

valištu priprema se neposredno za svaku nedelju u mesecu. Svakodnevno se prati i kontroliše poštovanje dnevnog rasporeda, redovnost i tačnost dolaska medicinskih sestara u Telefonsko savetovalište. Ako ima potrebe, prave se i izmene rasporeda u toku dana ili nedelje.

3. PRIJEM INFORMACIJA O OTPUSTU MAJKI SA BEBAMA IZ PORODILIŠTA

Iz porodilišta u toku prepodneva, svakoga radnog dana i u dane vikenda i praznika, dobijaju se informacije o otpustima majki sa bebama kući. Spisak majki, sa adresama na koje one odlaze i kontakt telefonima, dostavlja se telefonskom savetovalištu iz pet porodilišta putem faksa ili telefonom. Do sada je primljeno više od 140.000 otpusta majki sa bebama (u proseku 42 dnevno).

4. POZIVANJE MAJKI KOJE SU OTPUŠTENE IZ PORODILIŠTA

U vreme kada se očekuje da je majka sa bebom stigla kući, medicinska sestra iz telefonskog savetovališta započinje pozivanje majki, prema brojevima telefona koji su navedeni iz porodilišta. Ona proverava da li je majka stigla kući, kako se osećaju ona i njena beba, interesuje se za razvoj laktacije i daje osnovne, kratke savete i odgovore na eventualna pitanja. Posebnu pažnju sestra posvećuje tačnosti i potpunosti adrese na kojoj se majka nalazi (ulica, broj, ulaz, sprat, interfon i slično) i najavljuje majci da će sledećeg dana imati posetu patronažne sestre iz pripadajućeg doma zdravlja. Sestra iz Telefonskog savetovališta takođe proverava da li majka zna za ovo savetovalište i ističe mogućnost upućivanja pitanja na određeni broj telefona. Do sada uspostavile kontakt sa 136.154 porodica.

Ako ne postoji mogućnost telefonskog kontakta sa majkom, odnosno porodicom, tj. nema prijavljenog broja telefona u kući, na poslu ili mobilnog telefona, informacija o otpustu majke sa bebom, njeno ime, prezime i adresa (onako kako su dostavljeni iz porodilišta) prenose se patronažnoj službi u pripadajućem domu zdravlja.

5. POZIVANJE PATRONAŽNE SLUŽBE IZ DOMA ZDRAVLJA RADI PRENOSA INFORMACIJA O OTPUSTU MAJKI IZ PORODILIŠTA

Posle razgovora sa majkom i provere adrese, poziva se patronažna služba iz doma zdravlja. Njoj se prenose svi podaci o otpustu majki (datum otpusta, ime i prezime majke, adresa, kontakt telefon i drugi podaci dobijeni u razgovoru).

Na taj način je moguće da patronažne sestre iz doma zdravlja izvrše posetu majci i novorođenom detetu, odnosno ostvare uvid u njihovo zdravstveno stanje, uslove stanovanja, moguće zdravstvene i socijalne faktore rizika u porodici i slično. Obuhvat porodilja ostvaren zahvaljujući ovom vidu povezivanja sa početnih 62% povećan je na 97%.

6. POVEZIVANJE TRUDNICA SA PATRONAŽNOM SLUŽBOM

Trudnice u devetom mesecu trudnoće obavljaju kontrolni pregled krvi u prijemnoj ambulanti Gradskog zavoda za javno zdravlje u Beogradu i tom prilikom se uzimaju osnovni podaci kako bi se preko telefonskog savetovališta „Halobeba“ povezali sa pripadajućom patronažnom službom doma zdravlja. Dežurna sestra najavljuje posetu patronažne sestre i sestra obilazi trudnicu kako bi je, koliko je to moguće pripremila za odlazak u porodilište i kasnije za dolazak sa bebom kući.

Pošto se s tim vidom povezivanja započelo tek prošle godine, rezultati su sasvim zadovoljavajući i to oko 700 trudnica na mesečnom nivou.

7. PRIJEM POZIVA IZ PORODICE

U okviru rada na prijemu poziva, medicinske sestre u telefonskom savetovalištu odgovaraju na pozive upućene iz porodice. One daju odgovore na pitanja, preporuke za negu i podršku, savete, uče veštinama, upućuju u odgovarajuću zdravstvenu i/ili socijalnu ustanovu. U slučaju potrebe one konsultuju eksperta i ponovo pozivaju porodicu, radi davanja kompletnog odgovora. Od početnih 40 poziva dnevno došlo se do maksimuma od 320 poziva koliko mogu primiti i dati odgovore na dva telefona. Do sada ostvareno oko 700.000 odgovora na telefonski poziv a razloga je bilo znatno više, pa je kvota od 1,000.000 odavno premašena. Pozivi izvan Beograda se ostvaruju oko 15%, a na one iz celoga sveta oko 1,5% datih odgovora. Najveći broj poziva odnosi se na decu uzrasta do šestog meseca, ali raste učešće poziva za uzrast preko godinu dana. Najčešće postavljena pitanja odnose se na: značaj dojenja i tehniku podoja; stanja sa povišenom telesnom temperaturom; funkciju pražnjenja creva; akutne respiratorne infekcije gornjih disajnih puteva i mešovitu ishranu. Pored uobičajenih ima i pitanja koja zahtevaju konsultacije ali i onih veoma, veoma neobičnih.

Od 2002. godine postavljen je na internetu sajt „WWW.HALOBEBA.RS” a roditelji se služe i elektronskom poštom halobeba@beotel.rs. Do sada je odgovoreno na više od 1500 pitanja.

8. POZIVANJE PORODICE RADI PROVERE EFEKATA DATIH SAVETA

Ovi pozivi se odnose na praćenje i proveru stanja, odnosno efekata primene predloženih saveta, sa ciljem ohrabrenja roditelja i potvrde prijateljskog, humanog i stručnog pristupa. Dakle, pozivaju se, po potrebi, one porodice (majka, otac) kojima je na njihovo pitanje već dat odgovor, savet ili su upućene sa detetom u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu (dom zdravlja, noću u dežurnu bolnicu); preporučeno im je da pozovu ekipu hitne medicinske pomoći ili je najavljena poseta patronažne sestre radi direktnog uvida i obilaska bolesnog deteta ili majke

9. RANA DETEKCIJA DECE SA SMETNJAMA U RAZVOJU

Deca rođena sa faktorima rizika po razvoj, koja čine oko 7%–10% ukupnog broja živorođenih, svakako zahtevaju posebnu pažnju i intenzivniji tretman.

Sa ciljem neposrednog uvida u zastupljenost pojedinih faktora rizika i koordinacije rada na zdravstvenoj zaštiti ove dece, obavlja se mesečno prikupljanje obrasca "List za novorođenče". Iz porodilišta se ovi obrasci za decu rođenu pod rizikom dostavljaju Telefonskom savetovalištu. Posle izvršene kontrole ispravnosti dostavljenih lista, vrši se unos podataka u Registar dece rođene pod rizikom.

Istovremeno se majke dece rođene pod rizikom za razvoj pozivaju iz Telefonskog savetovališta, upućuju u mere zaštite zdravlja svoje dece. Majke se usmeravaju na pedijatre u domu zdravlja i razvojna savetovališta, odnosno druge specijalizovane zdravstvene ustanove. Pošto ova deca imaju veće potrebe, majke bivaju pozivane dva puta: jednom, odmah po dolasku kući, a za mesec dana drugi put. U slučaju potrebe porodica se poziva i više puta. Ukoliko nije moguće doći do "Lista za novorođenče", podaci o deci rođenoj sa faktorima rizika po razvoj uzimaju se iz protokola porodilišta ili podataka o obavljenim kućnim posetama patronažne sestre.

10. EVIDENCIJA I DOKUMENTACIJA

U Telefonskom savetovalištu se vodi odgovarajuća evidencija i dokumentacija, koja je izgrađena na osnovu potreba u praćenju i izveštavanju i o dokumentovanju rada u celini.

Obim i sadržaj rada telefonskog savetovališta prati se kroz mesečnu evaluaciju i na osnovu terenskog uvida u rad, način vođenja evidencije i dokumentacije i ispitivanje satisfakcije korisnika. Takođe se ostvaruju stalni telefonski kontakti između koordinacionog tima u Gradskom zavodu za zaštitu zdravlja u Beogradu sa patronažnim službama domova zdravlja.

Uz pažljivo praćenje kvaliteta i stalnog unapređivanja, rad telefonskog savetovališta „Halobeba“ ispunjava, ali i prevazilazi planirane aktivnosti i očekivanja, kako zaposlenih tako i roditelja, a sve radi dobrobiti naših najmlađih i najdražih – dece.

Pripremom i sprovođenjem efikasnih programa i politika ranog detinjstva, društvo može da obezbediti deci snažnu osnovu za produktivnu budućnost.

11. OSVRT NA DOSTIGNUĆA

- Na predlog Unicefa, Svetska zdravstvena organizacija je telefonsko savetovalište „Halobeba“ proglasila za najbolji primer dobre prakse za Balkan u 2009. godini.
- Edukovali delegaciju iz Hrvatske koja organizuje telefonsko savetovalište po uzoru na našu „Halobebu“.
- Sa Unicefom održali aukciju lutkica koje su napravili poznati – zarađeni novac utrošen za škole za potrebe škola za roditeljstvo, pisanje i štampanje „Priručnika za rad tima u školi za trudnice i roditelje na nivou primarne zdravstvene zaštite“.
- Sa udruženjem „Roditelj“ promovisemo dojenje u okviru nedelje dojenja, edukujemo mame o dojenju.
- Napisali i u partnerstvu sa Niveom štampani „Priručnik za roditelje“, koji se deli na teritoriji cele Srbije svakoj porodilji prilikom prve posete patronažne sestre.
- Dizajnirali sa Kikom štampani liflet o „Halobebi“.
- U prodavnicama „Enci-menci“ i „Leto“ jednom mesečno subotom sestre iz „Halobebe“ daju savete roditeljima.
- Sa Kikom i časopisom „Blic“ darivali blizance.
- Sa Kikom aukcija dečijih crteža a od zarađenih para kupljeni aparati za merenje hemoglobina kod beba za Novi Sad i Kragujevac.
- Edukacija mama o masaži beba.
- Sa sekretarijatom za socijalnu zaštitu štampani i delili liflet – obaveštenje o pravima porodilja.
- Sa vodom „Rosa“ štampani liflet „Šta poneti u porodilište“.
- List za novorođenče štampa se svake godine za beogradska porodilišta po 20.000 primeraka i napravljen u elektronskoj formi za potrebe porodilišta.
- Učestvovali na dva dečija sajma.
- Sa časopisom „Mama“ već treću godinu u „Mamaparku“ na Adi Ciganliji.
- Nastavna baza za studente Visoke škole za strukovne studije i specijalizante iz oblasti javnog zdravlja.

LITERATURA

1. Matijević, D. i saradnici: "Vodič dobre prakse za polivalentne patronažne sestre za rad u porodici"
2. Family Health in Program standards, Mandatory Health Programs and Services Guidelines, Ministry of Health of Canada/Public Health Branch, Dec. 1997. godina.
3. Stručno metodološko uputstvo o sprovođenju Uredbe o zdravstvenoj zaštiti žena, dece, školske dece i studenta, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije, Beograd, 1997. godina.
4. Candian Community Health Nursing Standards of Practice, Final Draft, Community Health Nurses Association of Canada, April, 2003. godina.
5. Diane B. McNaughton, M.N.,R.N.: A Synthesis of Qualitative Home Visiting Resrearch Research, Public Health Nursing Vol.17 No. 6, pp. 405-414.
6. Nicholas Cunningham, Harriet Kitzman: Seminar on Post-partum Home Visitation, May 9-13 th, 2001. Tallin, Estonia

35.

URGENTNI CENTAR KROZ OKO MEDICINSKE SESTRE

Biljana Lipovac¹, Jagoda Stojiljković², Danijela Ivković³

^{1,3}Urgentni centar - Klinički centar Srbije

²Visoka zdravstvena škola strukovnih studija

EMERGENCY DEPARTMENT THROUGH THE EYE OF A NURSE

Biljana Lipovac¹, Jagoda Stojiljković², Danijela Ivković³

^{1,3}Emergency center, Clinical Center of Serbia

² High Health School of Professional Studies in Belgrade

Sažetak

Centar za prijem i zbrinjavanje urgentnih stanja - Urgentni centar

je koncipiran kao centar nivoa A, jedinstvena visokospecijalizovana ustanova koja se bavi lečenjem teško povredjenih i kritično obolelih pacijenata. Svi dijagnostički postupci i lečenje obavljaju se u najkraćem roku i bez zakazivanja. Pacijentu je u svakom momentu na raspolaganju tim specijalista svih grana medicine, koji je obučen da reaguje brzo i efikasno u svim kritičnim i vanrednim okolnostima. U Urgentnom centru se odvijaju i razni oblici naučne delatnosti, kao i osnovne i specijalizovane medicinske edukacije.

Bolnički deo ima kapacitet od oko 300 postelja, od kojih 80% postelja pripada intenzivnim negama i specijalizovanim jedinicama. Centar radi 24 sata, 365 dana u godini (u vreme vikenda, državnih i verskih praznika).

U centru je zaposleno oko 700 medicinskih sestara – tehnicara a zdravstvena nega je područje profesionalnog rada medicinske sestre. Principi na kojima počiva zdravstvena nega kao posebna disciplina jesu:

- princip humanosti
- princip poštovanja ličnosti
- princip individualizacije u pristupu nezi
- princip socijalizacije nege
- princip pozitivnih doživljaja
- princip pomoći radi samopomoći
- princip dobrovoljnosti
- princip kontinuiranog usavršavanja
- princip fleksibilnosti i
- princip primerenost

Zdravstvena nega se osigurava kroz sam rad zdravstvenih institucija kao i osoblja koje radi u zdravstvu kao i kroz organizovanje i implementaciju zdravstvenih aktivnosti u zdravstvenim institucijama.

Uloga zdravstvene nege je da zadovoljiti potrebe bolesnih i bespomoćnih.

Cilj rada:

Prikazati izuzetnu angazovanost i opterećenost medicinskih sestara – tehnicara u Urgentnom centru ali i ukazati na nase vizije budućnosti.

Zaključak:

Urgentni centar je izuzetno kompleksno i tesko radno mesto za medicinske sestre – tehnicare ali je i "rasad-

nik` visoko edukovanih i iskusnih koleginica koje se profesionalno sa lakocom prilagodjavaju na svako drugo-radno mesto.

Sestre, zdravstvena nega, Urgentni centar

Apstract

Center for receiving and Medical Emergencies - Emergency Center is conceived as a center of level A, a highly unique institution that deals with treating severely injured and critically ill patients. All diagnostic and treatment procedures are carried out promptly and without an appointment. The patient is at any time at their disposal a team of specialists from all branches of medicine, who is trained to respond quickly and effectively in all critical and emergency situations. The Emergency Center is taking place to various forms of scientific activity, as well as basic and specialist medical education.

The hospital has a capacity of about 300 beds, of which 80% belongs to the intensive care beds and specialist units. Center is open 24 hours, 365 days a year (during the weekend, national and religious holidays).

The center employs about 700 nurses. Principles of the health care as a separate discipline are:

- The principle of humanity
- The principle of respect for personality
- The principle of individualization in the approach to care
- The principle of socialization of care
- The principle of positive experiences
- The principle of self-help works
- The principle of voluntariness
- The principle of continuous improvement
- The principle of flexibility and
- The principle of appropriateness

Medical care is provided through the very work of health institutions and staff working in healthcare and organization and implementation of health activities in health institutions.

The role of health care is to meet the needs of the sick and helpless.

Objective:

Show exceptional engagement and the burden on nurses - technicians in the Emergency Center and to emphasize the vision of our future.

Conclusion:

ER is extremely complex and difficult jobs for nurses - technicians, but the nursery `` `` highly skilled and experienced colleagues who are professional to easily adapt to any other job

Centar za prijem i zbrinjavanje urgentnih stanja - Urgentni centar

Jedinstvena visokospecijalizovana ustanova koja se bavi lečenjem teško povredjenih i kritično obolelih pacijenata

ORGANIZACIJA UC

KLINIKA ZA URGENTNU HIRURGIJU (188 POSTELJA)

KLINIKA ZA URGENTNU INTERNU MEDICINU (110 POSTELJA)

ALI! U Urgentnom centru 2/3 participiraju druge klinike Kliničkog centra Srbije što otežava organizaciju rada 156 postelja intenzivne nege (nivo 2)

38 postelja specijalne intenzivne nege (nivo 3)

Centar radi 24 sata, 365 dana u godini, a od osnivanja 2. decembra 1987. godine, nikada nije zatvorio vrata pacijentima

Pacijentu je u svakom momentu na raspolaganju tim specijalista svih grana medicine i medicinskih sestara / tehničara, koji je obučen da reaguje brzo i efikasno u svim kritičnim i vanrednim okolnostima.

ZLATNI SAT

ZLATNI SAT JE PERIOD OD POVREĐIVANJA DO SLOMA FUNKCIJE FIZIOLOŠKIH MEHANIZAMA

U centru je zaposleno oko 700 medicinskih sestara – tehničara a zdravstvena nega je područje profesionalnog rada medicinske sestre

Zdravstvena nega ima za cilj da zadovolji potrebe povredjenih bolesnih i bespomoćnih

POLIVALENTNOST

TRIJAZA

AMBULANTNI PREGLEDI

JEDINICE INTENZIVNE NEGE

JEDINICE SPECIJALNE INTENZIVNE NEGE

OPRACIONI BLOK
MENADŽMENT
KONTINUIRANA EDUKACIJA
TRIJAZA POVREDENIH I OBOLELIH

TRIJAZA je razvrstavanje povredjenih i obolelih prema vrsti povrede ili oboljenja ali i hitnosti potrebne medicinske pomoći

Trijažom se obezbeđuje redosled u zbrinjavanju

BRZA PROCENA

STRUČNOST

UIGRANOST TIMA

VISPRENOST

AMBULANTNI PREGLEDI

PRIJEM U AMBULANTU

ANAMNEZA

ASISTIRANJE PRI PREGLEDU

ASISTIRANJE PRI TRETIRANJU RANE

MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

INTENZIVNA NEGA

Intenzivna nega zahteva visok nivo znanja, veština ali i humanosti jer se ovde u toku jedne smene uradi veliki broj medicinsko tehničkih intervencija i to od najjednostavnijih do visokospecijalizovanih dijagnostičko terapijskih procedura

*Procena stanja svesti

*Praćenje vitalnih parametara

*Ordinirana terapija po određenoj satnici i kontinuirano

*Uzorkovanje biološkog materijala za laboratorijske analize

*Priprema i transport pacijenata radi izvodjenja dijagnostičkih procedura

*Nega i održavanje venske linije (CVK – asistiranje pri plasiranju, IV kanila)

*Umivanje i nega usne duplje (endotrahealnog i orotrahealnog tubusa)

*Aspiracija

*Promena položaja

*Kupanje i nega tela

*Regulacija pražnjenja mokraćne bešike (noćne posude, urinarni kateter – nega i održavanje)

*Regulacija pražnjenja debelog creva (laksativi, evakoklizme)

*Zdravstveno vaspitni rad (sa pacijentom, sa porodicom)

*Nega rane

*Nega traheostome

*Priprema materijala i instrumenata za sterilizaciju

*Vodjenje sestrinske dokumentacije

*Održavanje - dezinfekcija radnih površina i aparata u JIN (monitori, respiratori i creva, kolica...)

OPERACIONI BLOK

SPECIFIČNOST RADA INSTRUMENTARKI I ANESTETIČARA KOJI SU NA DIREKTOJ "LINIJI" IZMEĐU ŽIVOTA I SMRTI

MENADŽMENT

DA BI SVE RADILO KAO SAT NEKO TREBA I DA NAS ORGANIZUJE

LIDER ILI MENADŽER ?

Liderstvo predstavlja proces putem koga neki članovi grupe utiču na ostale u pravcu ostvarivanja grupnih ili organizacionih ciljeva

Lider

Interpretativna moć

Upravljanje svešću

Kreira i vodi promene

Kreira viziju

Cilj: efektivnost

Turbulentni uslovi

Menadžer

Resursna moć

Hijerarhijska pozicija

Planira, organizuje i kontroliše

Sprovodi viziju

Cilj: efikasnost

Stabilni uslovi

KONTINUIRANA EDUKACIJA SESTARA-TEHNIČARA

U Urgentnom centru od decembra 2009.godine - formalno

Tim čine Koordinator za UC , edukator zdravstvene nege Klinike za Urgentnu hirurgiju , Klinike za Urgentnu internu medicinu, operacioni blok ali i mentori koji su neophodni u svakoj organizacionoj jedinici

Edukacija je proces u kome društvo prenosi akumulirano znanje, veštine i vrednosti, s generacije, na generaciju. Inovacije u medicini su gotovo svakodnevica a medicinske sestre su u obavezi da prate novine i aktivno učestvuju u promenama koje iz toga proizilaze.

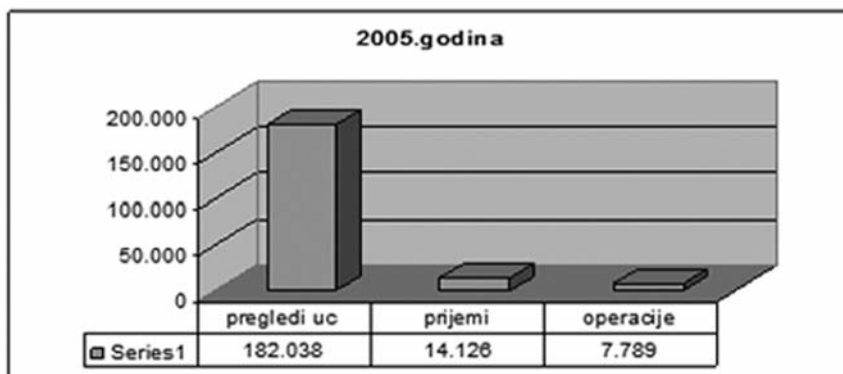
2010. GODINE URGENTNI CENTAR IMA OKO 30% VIŠE MEDICINSKIH SESTARA-TEHNIČARA NEGO 2005.GODINE

TAKOĐE VEĆI JE I BROJ VIŠIH MEDICINSKIH SESTARA – TEHNIČARA I TO ZA 6% VEĆI BROJ SESTARA/TEHNIČARA KOJI SU VISOKO OBRAZOVANI JE REZULTAT VELIKIH NAPORA NA POLJU MOTIVACIJE I PODSTREKA MLADIM KOLEGINICAMA I KOLEGAMA VIŠE ZNANJA – ZDRAVIJA KONKURENCIJA

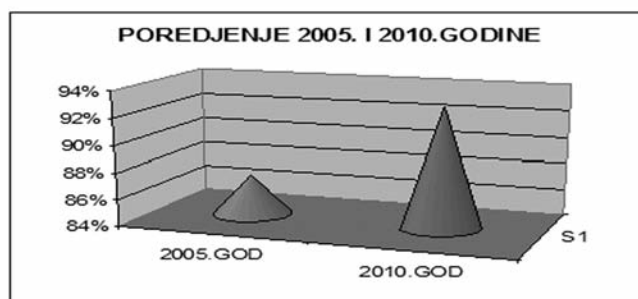
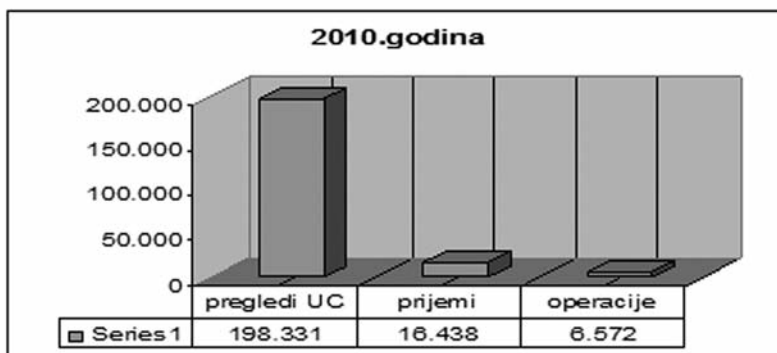
Nove koleginice i kolege se edukuju i pripremaju za samostalan rad u organizacionim jedinicama Urgentnog centra po planu a pod nadzorom glavnih sestara i edukatora zdravstvene nege

Pripravnici se sve češće odlučuju za našu ustanovu, svesni šta sve mogu da vide i nauče

Br 1



Br 2



STOPA ISKORIŠĆENOSTI POSTELJNOG FONDA

ZAKLJUČUJEMO

Centar za prijem i zbrinjavanje urgentnih stanja - Urgentni centar je izuzetno kompleksno i teško radno mesto za medicinske sestre – tehničare ali je i "rasadnik" visoko edukovanih i iskusnih koleginica koje se profesionalno sa lakoćom prilagođavaju na svako drugo radno mesto.

Naša vizija budućnosti je integracija obrazovanja i prakse!

Naša vizija budućnosti je da sestre/tehničari ne rade duže od 5-7godina u Urgentnom centru

Naša vizija je i da u budućnosti Služba hitne medicinske pomoći i Urgentni centar budu integrisani i rade zajedno u interesu građana

36.

RESPECT FOR THE DIGNITY AND PRIVACY RIGHTS OF PATIENTS IN TERMS OF STUDENTS

POŠTIVANJE DOSTOJANSTVA I PRIVATNOSTI PACIJENATA SA ASPEKTA STUDENATA ZDRAVSTVENE NEGE

Barbara Kegl

Milena Pišlar

Doc. dr. Majda Pajnkihar

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

Kegl Jernej

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

BIOGRAFIJA – Barbara Kegl

Barbara Kegl, diplomirana medicinska sestra. Sa univerzitetskom diplomom radi kao organizator, na Univerzitetu u Mariboru na Fakultetu zdravstvenih nauka.

Obrazovala se u srednjoj medicinskoj školi Juga Polak u Mariboru, a zatim studirala na Višoj Getavai medicinskoj školi Univerziteta u Mariboru i na Visokoj školi Medicinskog fakulteta u Ljubljani. Nakon diplomiranja i obavljenog staža, dobila je posao u Domu zdravlja, dr Adolf Drolc Maribor u Dispanzeru za predškolsku decu. Godine 2004, diplomirala je na Fakultetu organizacionih nauka. Godine 2005, u Visokoj zdravstvenoj školi Univerziteta u Mariboru stekla zvanje predavača za oblast zdravstvene nege. Iste godine se zaposlila u Visokoj zdravstvenoj školi, gde učestvuje u izvođenju predmeta Zdravstvena nega deteta i adolescenata sa pedijatrijom i Zdravstvena nega u oblasti pedijatrije.

Aktivno učestvuje na brojnim međunarodnim i domaćim konferencijama, simpozijumima i kongresima iz područja zdravstvene nege.

CURRICULUM VITAE – Barbara Kegl,

Graduate nurse, as university graduate she works as organizer at the University of Maribor at the Faculty of Health Science. Her first nursing education she obtains at High health school Juga Polak at Maribor, further she studies at Medical high school "Getaway" at the University of Maribor and Higher School of the Medical faculty of Ljubljana. After graduating and completing internship, she took a job at Health Centre "Dr. Adolph Drolc" Maribor at the department for preschool children. In 2004, she graduated at the Faculty of Organizational Science. In 2005, she acquired the title of lecturer for the subject area of health at High school for health science at University of Maribor. Same year she got employment at High school for health science, where she takes part in course of Health care for children and adolescent also in the domain of pediatric health care. Actively participate in its numerous international and local Conference, symposiums and congresses in the domain of health care.

Abstract

Introduction: Dignity is part of the human personality and of social recognition, which is expressed in their mutual relations, and it sees each individual differently. Dignity and privacy is also one of the important ethical principles in health care. The most significant view of the ethical importance of health care is to accept a patient such as it is and help him without recrimination, to preserve their integrity and dignity. Health care must be implemented in a way that includes the patient as a single unique personality with all its peculiarities, in all states of health, illness and death. Respect patients' dignity and privacy impact on patients' self-esteem both as providers of health care.

Methods: This search was conducted to determine how nursing students understand the principle of dignity and privacy, and how they take this into account in their work in clinical practice. We have included 50 students in the second and third year of graduate study program in Nursing first degree from the Faculty of Health Sciences, University of Maribor.

Results: Nursing students are familiar with the principle of dignity and privacy, and you try to include it in the treatment of patients and their families in clinical practice.

Discussion: Students of Nursing offers a Code of Ethics for Nurses and Nurse support in formulating their own ethical and moral views, personal growth, satisfaction of working with patients and they also provide a source of knowledge and reflection. Students in clinical practice providing health care in a way that includes the dignity and privacy of the patient is a human basic needs and rights expressed in interpersonal relationships.

Keywords: health care, clinical practice, ethical principles, interpersonal relationship

Siže

Teorijski okviri: Dostojanstvo je deo čovekove osobnosti i deo socialnog priznanja, koji se izražava u međusobnim odnosima te ga svaki pojedinac doživljava drugačije. Dostojanstvo i privatnost je također jedno između značajnih etičkih načela u zdravstvenoj njezi. Najznačajniji vidik etičkog značaja za zdravstvenu negu je prihvatiti pacienta takvog kao što jeste i pomoći mu bez optuživanja, da sačuva svoju celovitost i dostojanstvo. Zdravstvenu negu potrebno je izvoditi na način koji uključuje pacienta kao jednokratnu, jednakopravno neponovljivu osobu sa svim njegovim posebnostima, u svim stanjima zdravlja, bolesti i umiranja. Poštovanje dostojanstva pacienta i privatnosti, utječe na samoizgled tako pacijenata kao i izvođača zdravstvene nege.

Metode: Istraživanje smo proveli sa namerom ustanoviti, kako studenti zdravstvene nege razumiju načelo dostojanstva i privatnosti te kako to upotrebljavaju u svom radu u kliničkoj praksi. Uključili smo 50 studenata druge i treće godine dodiplomskog studijskog programa zdravstvena nega 1. stepena na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze u Mariboru.

Rezultati: Studenti zdravstvene nege poznaju načelo dostojanstva i privatnosti te ga pokušaju uključivati kod tretiranja pacijenata i njihovih porodica u kliničkoj praksi.

Diskusija i rasprava: Studentima zdravstvene nege nudi Kodeks etike medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Slovenije oslonac u oblikovanju svojih osobnih etičkih i moralnih stajališta, osobnu rast, zadovoljstvo u radu sa pacijentima te ujedno jim nudi refleksiju i izvor znanja. Studenti na kliničkoj praksi izvađaju zdravstvenu negu na način koji uključuje dostojanstvo i privatnost pacienta koja je čovjekova osnovna potreba i pravo izraženo u međusobnom odnosu.

Ključne riječi: zdravstvena nega, klinička praksa, etička načela, međusobni odnos

1 UVOD

Humanističan pristup u zdravstvenoj nezi (ZN) daje naglasak brige za čoveka, njegove vrednote i postavlja ga u središte događanja. Temelj jednakopravnih partnerskih odnosa u ZN su poštivanje pacijentovog dostojanstva i autonomije. U ZN kod zadovoljavanja potreba pacienta pomaže dobra komunikacija, znanje i spretnost međusobnih odnosa (Pajnkihar i Lahe, 2006, 33). Za očuvanje pojedinačnog dostojanstva je značajna njegova autonomija, koja označava neovisnost, sposobnost prihvatanja odluka, presuđivanje i odlučnost.

Dostojanstvo je deo čovekove osobnosti, deo socialnog priznanja, koje se izražava u međusobnim odnosima. Uspostavljanje međusobnih odnosa je još posebno značajno za vreme bolesti. Nehuman i neprofesionalan odnos uzrokuje dehumanizaciju čoveka, slabo utječe na samopoštivanje, dostojanstvo i poverenje te između tretmana onemogućava aktivno uključivanje i surađivanje pacienta. Ujedno sa time je isključena i porodica, koja bi mogla posle odpušta brinuti za njega, ako bi imali potrebnu informaciju i znanje. Međusobni odnosi su za optimalnu i refleksivnu profesionalnu ZN ključnog značaja. Za lečenje mnogih problema i bolova savremenog čoveka.

Za čoveka je podsticajna komunikacijska okolina velikog ili čak odlučnog značaja (Ule, 2003, 15). Pacient treba komuniciranje sa zdravstvenim osobljem, da može saopštiti svoje prepoznavanje bolesti, dobije savet, informaciju kako se suočiti sa novo nastalom situacijom. Kad je zdravstveno osoblje nepripremljeno poslušati pacienta, neprestano ga prekida, gleda pored njega, daje mu nejasne odgovore na postavljena pitanja, pacienta konačno napuni sa otporom i nepoverenjem (Rakovec-Felser, 2009).

2 POŠTIVANJE DOSTOJANSTVA I PRIVATNOSTI PACIENTA

U zdravstvenom tretmanu je obavezno profesionalno tretiranje pacienta, koje čuva njegovo dostojanstvo i identitet. Svakom pacijentu je potrebno bez razlike jamčiti duševnu te telesnu nedotakljivost i temeljnu slobodu, koja mu po zakonu i moralno-etičkom vidiku pripada.

Razumevanje koncepta dostojanstva je bistvenog značaja za one, koji rade u ZN. Unatoč obrazovanju i usposabljanju zdravstvenih radnika o dostojanstvu, svaki pojedinac interpretira dostojanstvo na svoj način. Dostojanstvo je kočljiv koncept i najbolje razumljiv, kad je izgubljen (Toplak, 2007, 23). ZN je delatnost, koju etiketira međusoban odnos između zdravstvenog tima i pacienta. Već sam odnos može biti izvor poštovanja ili nepoštovanja čovekovog dostojanstva (Dermol Hvala, 2001).

Četvrto načelo Kodeksa etike medicinskih sestara (MS) i zdravstvenih tehničara (ZT) Slovenije (2005) govori o poštivanju dostojanstva i privatnosti pacienta u svim stanjima zdravlja, bolesti i umiranja. Ako MS želi udovoljiti tom načelu mora izvoditi ZN tako, da obuhvaća i poštuje pravo pacienta do privatnosti, pogotovo, kada se radi o

njegovoj intimnosti, nadi, strahu, patnji i bolu. Pacient mora biti u međusobnom odnosu aktivan i u zdravstvenom tretmanu je potrebno obuhvaćati pacijenta kao jednokratnu, neponovljivu osobnost sa svim njegovim posebnostima. Posebnu pozornost i pomoć mora MS posvetiti i pacijentovoj porodici. Očuvanje čovekovog dostojanstva i kvalitete života je najvažniji deo ZN.

Dostojanstvo je individualno pravo, kojem pojedinac daje malo pozornosti, dok ne postane ranjiv i ovisan i dok se ne snađe u određenoj situaciji (bolest, starost, invalidnost,...), u kojoj je nemoćan. U zdravstvu je puno takvih okolnosti, u kojima je dostojanstvo pacijenta ranjivo. MS mora zato princip koncepta dostojanstva prihvaćati svesno i sadržajno (Šmitek, 2006, 29).

3 STUDENT ZDRAVSTVENE NEGE NA KLINIČKOJ PRAKSI

MS izvodi svoju dužnost na različitim stručnim područjima i različitim radnim mestima. Studenti ZN na diplomskom studijskom programu ZN 1. stepena na FZV, UM izvode kliničku praksu na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini u različitim učnim bazama. Tekom kliničke prakse mora student ZN pridobiti osjećaj za diskretnost, taktnost i razumevanje za slučaj, kad se radi i o određenoj neprijatnoj situaciji. Neetičko je šaputanje kraj pacijentovog kreveta, glasno ispitivanje o njegovim problemima u višekrevetnoj sobi, prepunoj čekaonici, hodniku, ne kućanjem na vrata sobe pre što uđemo, objašnjenje pacijentu po nepotrebnom, žaljivom i pokroviteljskom odnosu. Neetički i netaktičan način komuniciranja kod pacijenta uzrokuje nelagođe, nepoverenje što posledično vodi u nepoštivanje njegovog dostojanstva i privatnosti.

Student ZN na kliničkoj praksi može sačuvati pacijentovo dostojanstvo na više načina: npr. sa opštim kulturnim vladanjem, samopoštivanjem pacijenta kao jednakopravnog partnera u međusobnom odnosu, sa poštivanjem pacijenta kao individualno neponovljivo biće, sa tretiranjem pacijenta na način, koji sačuva njegov integritet. Uzdržavanje pacijentovog dostojanstva u ZN student osigurava sa odgovarajućim vladanjem i aktivnim poštivanjem pacijenta te njegove porodice. Rezultat takvog vladanja je pozitivan lik pacijenta, porodice i MS.

Vrednote i pokazatelji dostojanstva bi u kontekstu ZN značilo prihvaćanje i dozvolu ljudima biti to, što jesu, i ne to, što bi morali biti. Čovekova iskustva pokazuju, da je dostojanstvo veoma bitno. Zato mora već student ZN umeći sa poštovanjem postupati prema ljudima i biti svestan njihove individualnosti. MS sa dodatnim znanjem bolje pomaže i prepoznaje slučaje, gdje je dostojanstvo ugroženo. Osiguranje tih vrednota je poštena ZN sa kojom možemo garantovati pacijentove potrebe i očekivanja (Marley, 2005).

4 ISTRAŽIVANJE

U istraživanju je sudjelovalo 7 (14%) muškaraca i 43 (86%) žena, koji su izvodili kliničke vežbe na pedijatričnom i psihijatričnom području. Raspon starosti je bio od 18 godina nadalje. Sudjelovalo je 21 (42%) studenata starijih od 18 do 20 godina, 14 (28%) studenata starijih od 21 do 23 godine, 5 (10%) studenata starijih od 24 do 26 godina i 10 (20%) starijih iznad 26 godina. Sudjelovalo je 30 (60%) studenata druge godine i 20 (40%) studenata treće godine dodiplomskog studija ZN 1. stepena.

Grafikon 1. Očuvanje dostojanstva u tretmanu pacijenata

Na pitanje „Na kakav način sačuvate dostojanstvo kod tretmana pacijenta?“ je bilo mogućih više odgovora. 51 (20%) studenata je odgovorilo, da je dostojanstvo pacijenata sačuvalo sa čuvanjem profesionalne tajne, 48 (18%) jih je odgovorilo, da sa adekvatnom komunikacijom pacijenta/porodice te sa time, da jim osiguraju privatnost. U 35 (14%) primera su odgovorili, da sa odlukama, koje prihvaćaju u korist pacijenta. 26 (10%) studenata pacijentima/porodici nudi mogućnost samostalnog izbora u okviru njihovih sposobnosti. 25 (10%) studenata jim to osigurava sa brigom za pacijenta/porodicu. 14 (5%) studenata sa upotrebom izabranog imena i 13 (5%) sa uspostavom neovisnosti pacijenta/porodice. Ostalo: samo jedan od anketiranih odgovorio je, da sačuva dostojanstvo sa poštovanim odnosom.

Na pitanje „Sa kakvim međusobnim odnosom se očuva osećaj dostojanstva kod pacijenta?“ jih je 40 (61%) studenata odgovorilo, da to učini sa poštovanjem, 14 (21%) sa stručnim i 12 (18%) sa dobrim međusobnim odnosom.

Grafikon 3. Karakteristike u međusobnom odnosu, koje pomažu sačuvati osećaj pacijentovog dostojanstva

Na pitanje koje karakteristike vam u međusobnim odnosima pomažu sačuvati osećaj pacijentovog dostojanstva, bilo je mogućih više odgovora. Najviše studenata (44 (19%)) odlučilo se za poverenje i sposobnost empatije. Slede pristojnost i ljubaznost u 40 (18%) slučajeva, zatim u 33 (14%) slučajeva pozornost te nakraju u 30 (12%) slučajeva poštenost. Jedan između anketiranih je ispostavio također i iskrenost.

Grafikon 4. Sačuvanje dostojanstva i privatnosti pacijenta

Na pitanje kako sačuvate dostojanstvo i privatnost pacijenta je bilo mogućih više odgovora. Većina studenata je čak u 49 (16%) slučajeva odgovorilo, da sa privatnošću pacijenta. U 44 (15%) slučajeva sa slušanjem i spremnošću čuti pacijenta, sa akceptiranjem pacijentovih želja i potreba u 41 (14%) slučajeva, u 38 (13%) na način, da intervencije izvode po standardu aktivnosti ZN, u 36 (12%) tako, da se pacijentu predstave. U 28 (9%) slučajeva sa tretiranjem pacijenta kao jednakopravnog partnera i tako, da pacijentima i porodici pokušavaju posredovati infor-

macije. 23 (8%) se predstave porodici a u 13 (1%) slučaja poštuju i njihove želje i potrebe.

Grafikon 5. Vreme za razgovor sa pacijentom/porodicom

Na pitanje dali si uzmete dovoljno vremena za razgovor sa pacijentom/porodicom 37 (76%) studenata odgovorilo sa „da“, 3 (6%) su to negirali i 9 (18%) studenata to čini povremeno.

Grafikon 6. Dozvola za izvođenje intervencija za negu

Na pitanje dali od pacijenta/porodice uvek dobijete dozvolu za izvođenje intervencija za negu, 32 (64%) studenata odgovorili su „da“, 6 (12%) sa „ne“ i 12 (24%) je dozvolu pridobilo povremeno.

Grafikon 7. Kucanje na vrata, kad ulazimo u pacijentovu sobu

Dali uvek pokucate na vrata kada ulazite u pacijentovu sobu, 24 (47%) studenta odgovorilo je „da“, 14 (27%) povremeno i 13 (26%) jih to ne radi nikada. I svih 50 (100%) studenata zatvara vrata sobe, gde vrše ZN.

Grafikon 8. Problemi sa osiguranjem pacijentove privatnosti

Na pitanje dali imate kada probleme sa osiguranjem pacijentove privatnosti, 25 (49%) studenata odgovorilo je da povremeno, 20 (39%) jih sa time nema problema a 6 (12%) se sa takvim problemima susreće redovito. I svih 50 (100%) studenata misli, da je potrebno u ZN uvek akceptirati pravo pacijenta do privatnosti.

Grafikon 9. Privatnost pacijenta u višekrevetnoj sobi

Na pitanje kako osigurate privatnost pacijenta u višekrevetnoj sobi, 48 (74%) jih je odgovorilo da sa zavesom, 12 (18%) studenata zamoli pacijenta na susjednom krevetu, da se odmakne ili okrene na stranu i 5 (8%) jih to osigura sa pokrivanjem pacijenta, zatvaranjem vrata, ...

Grafikon 10. Žalbe pacijenata i porodice u vezi osiguravanja privatnosti

Na pitanje dali se pacijenti i njihova rodbina ikad žale, da nemaju osigurane privatnosti, 36 (69%) odgovorilo je negirajući, 10 (19%) prima žalbe povremeno i 6 (12%) jih je mišljenja, da se pacijenti/podrođica žale stalno.

Grafikon 11. Utećaj Kodeksa etike MS i ZT Slovenije u tretmanu pacijenta

Kodeks etike MS i ZT Slovenije utjeće na tretman pacijenta na različite načine. 31 (36%) jih misli, da jim je to pomoglo u oblikovanju etičkih vrednota, 28 (33%) studenata pomaže tako, da jih usmeri u radu sa pacijentima i 27 (31%) daje osnovu za etičku odluku u ZN.

Grafikon 12. Osećaj osiguranja dostojanstva u tretiranju pacijenta u kliničkoj praksi

Na pitanje, dali studenti u tretmanu pacijenta u kliničkoj praksi sami izgube dostojanstvo, 3 (6%) odgovorilo je sa „da“, 36 (72%) studenata to ne oseća i 11 (22%) studenata to oseća povremeno.

3 studenta, koja su na gornje pitanje odgovorili pozitivno, kao razlog navelo je, da nisu imali mogućnosti osigurati privatnost, jer nije bilo zavese a u sobi je bilo više pacijenata, koji nisu mogli sa kreveta. Pored toga naveli su, da imaju u lekara veće poverenje nego u MS.

5 RASPRAVA

Poštovanje dostojanstva pojedinca jedna je od temeljnih potreba u zdravstvenim institucijama. To predstavlja najvažniji deo ZN. Svaki pojedinac ima pravo do privatnosti, još posebno kada se radi o njegovoj intimnosti, nadi, strahu, patnji i boli. Rad MS ima veliki utecaj na zdravlje i život ljudi. MS sa tim preuzima odgovornost, koja je uvjetovana sa etičkim stavom pojedinca, koja proizlazi iz njenih moralnih vrednota (Kersnić in Filej, 2006). Odredbe, koje sadržava Kodeks etike MS i ZT Slovenije, moraju MS i drugi članovi tima za negu obavezno prihvatiti i po njima se vladati. Njegova namera je, da služi kao smernica MS i ZT pri formiranju etičkih vrednota u praksi ZN (Kersnić in Filej, 2006). Anketirani studenti vide Kodeks etike MS in ZT kao pomoć u formiranju etičkih vrednota, kao smernicu u radu sa pacijentima te jim daje podlagu za etičku presudu u ZN.

U očuvanju dostojanstva kod pacijenta anketirani najčešće su se opredelili, da to čine sa čuvanjem profesionalne tajne, sa adekvantom komunikacijom i sa osiguravanjem privatnosti. Svi anketirani studenti slažu se, da uspostavljanje neovisnosti pacijenta/porodice kao način očuvanja dostojanstva nije najbitnije. Svi studenti su se opredelili, da za očuvanje osećaja dostojanstva kod pacijenta treba uspostaviti međusoban odnos pun poštovanja. Kod karakteristika, koje nam pomažu sačuvati taj međusobni odnos, u prvi plan postavili su sposobnost empatije, poverenje, pristojnost, ljubaznost, pozornost i na kraju poštenost. Redovni i vanredni studenti u očuvanju dostojanstva izpostavili su privatnost pacijenta, pacijenta slušaju i čuju, akceptiraju njegove želje te potrebe, predstave se, tretiraju pacijenta kao jednakopravnog partnera, intervencije za negu izvode po standardu aktivnosti ZN i skroz na kraju akceptiraju i želje porodice. Također Mairis (u Klemenc, 2003) zapisuje, da je održavanje dostojanstva moguće na više načina: sa opštim kulturnim vladanjem, sa poštovanjem pacijenta u međusobnom odnosu, koji je jednakopravan, sa tretiranjem pacijenta kao individualno biće i na način, da očuvamo njegov integritet.

Istraživanja su pokazala, da imaju MS znanje i volju za stručni rad, ali nemaju pravih mogućnosti. Kod poštovanja pacijentove privatnosti postavlja prepreke nedostatak opreme i vremena. Ponekad bi bilo potrebno samo staviti natpis na vrata sobe i upozoriti, gde se vrši ZN ili bar namestiti zavese pored kreveta, koje bi očuvale minimalnu privatnost pacijenta. Pa i to na žalost nestaje (Baillie et al., 2008). Studenti si u proseku uzmu dovoljno vremena za razgovor sa pacijentima/porodicom, većina uspe dobiti dozvolu pacijenta pred izvođenjem intervencija potrebnih za negu. Nešto manje od polovine studenata kuca na vrata pacijentove sobe pre nego uđu. Preostali to

urade povremeno ili nikada. Dve trećine anketiranih uopšte nema ili ima privremene probleme sa osiguranjem pacijentove privatnosti, ostali imaju predstavljene probleme u više navrata. Svi učesnici ankete misle, da je u ZN potrebno poštovati pravo do privatnosti. U višekrevetnoj sobi anketirani u većini slučaja pomažu si sa postavljanjem zavese, tako da pacijenta na susednom krevetu zamole, da se odmakne ili pokrivaju samo deo tela, koje u to vreme neguju. Većina jih uz to zatvori vrata sobe, gde vrše ZN.

Baillie et al (2008) su u istraživanju pokazali, da postoji visoki stepen svesnosti zdravstvenog osoblja do dostojanstva. Potvrdili su pripadnost osoblja ka pristojnoj i brižnoj ZN, te ujedno ispostavili osetljivost zdravstvenog osoblja do mogućih poremećaja pri očuvanju pacijentovog dostojanstva. Spoznaja, da na očuvanje dostojanstva pretežno utiče troje čimbenika (fizička okolina, kultura organizacije, priroda i procedura ZN te odnos i vladanje zdravstvenog osoblja). Također su studenti u istraživanju svesni dostojanstva pacijenta/porodice i dostojne te brižne ZN. Studenti na kliničkoj praksi izvode zdravstvenu negu na način koji uključuje dostojanstvo i privatnost pacijenata.

6 ZAKLJUČAK

Rad u zdravstvu je vezan na rad sa ljudima. Radi toga je veoma bitna velika mera pozornosti poštovanju dostojanstva, privatnosti i pacijentovih prava već u vreme obrazovanja za profesiju diplomirane medicinske sestre/diplomiranog zdravstvenika.

Dostojanstvo je pacijentova potreba i ujedno pravo, zato ga moraju poštovati studenti ZN i svi zdravstveni delatnici. Ako očuvamo dostojanstvo pacijenta, čuvamo također i dostojanstvo MS. Potrebe po ljubavi, međusobnom poštovanju, solidarnosti i dostojanstvu su temeljne potrebe svakog čoveka. Znanje i veštine, koje student ZN tokom studija u teoretičkim i praktičkim sadržajima pridobiva, moraju uključavati poštivanje navedenih potreba. Budući diplomant dodiplomskog studijskoga programa ZN 1. stepena na FZV, UM mora poštivati dostojanstvo i privatnost pacijenta na način profesionalne komunikacije, sa poverljivim međusobnim odnosima i sa jednakopravnim partnerskim odnosima do pacijenata te njegove porodice.

LITERATURA

- [1] Baillie, L., Gallagher, A., Wainwright, P: Defending dignity – Challenges and opportunities for nursing, Royal College of Nursing, London, 2008.
- [2] Dermol Hvala, H: Pomen govornje besede pri delu zdravstvenih delavcev, Obzor Zdr N, 2001; 33: 45-49.
- [3] Kodeks etike medicinskih sestara in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 2005.
- [4] Marley, J: A concept analysis of dignity. In: Cutcliffe RJ, McKennaPH (eds.), Thees sential concepts of nursing: building blocks for practice, 1 st ed, Elsevier, New York, 2005; 77-89.
- [5] Pajnkihar, M., Lahe, M: Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestrom in pacientom. V: Filej B, Kaučič M, Lahe M, Pajnkihar M. (ur.), Kako-ovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege, Založba Pivec, Maribor, 2006.
- [6] Rakovec – Felser, Z: Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja, Založba Pivec, Maribor, 2009.
- [7] Šmitek, J: Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi, Obzor Zdr N, 2006; 1: 23-35.
- [8] Toplak, C: Zgodovina evropske ideje, Državna založba, Ljubljana, 2007.
- [9] Ule, M: Psihologija komuniciranja, Družba Piano, Ljubljana, 2003.

CIP - Каталогизacija y publikaciji
Народна библиотека Србије, Београд

616-083-051(082)

МЕЂУНАРОДНА научна конференција о развоју каријере за наставу, праксу и истраживање у сестринству (5 ; 2011 ; Београд)
Razvoj fokusa za sestrinstvo kroz bolje razumevanje i implementaciju bezbednosti, produktivnosti i unapređena kvaliteta : zbornik predavanja / 5. međunarodna naučna konferencija o razvoju karijere za nastavu, praksu i istraživanje u sestrinstvu, Beograd, maj 2011. = Developing a focus for nursing through better understanding and implementation of safety, productivity and quality improvement : proceedings of lectures / 5th International Scientific Conference on career development for teaching, practice and research in nursing, Belgrade, May 2011. ; urednici, editors Milijana Matijević, Majda Majkihar, Dobrila Pejović. - Beograd : Udruženje medicinskih sestara-tehničara Kliničkog Centra Srbije "Sestrinstvo" : Licej, 2011 (Beograd : Inpress). - 160 str. : ilustr. ; 24 cm

Tiraž 350. - Abstracts. - Bibliografija uz svaki rad.

ISBN 978-86-86361-20-2 (Licej)

a) Медицинске сестре - Образовање - Зборници b) Здравствена нега - Зборници
COBISS.SR-ID 183981836





Udruženje medicinskih sestara – tehničara
Kliničkog centra Srbije
„Sestrinstvo“

Ul. Višegradska 26 11000 Beograd
Tel: 011/366 30 31 Faks:011/ 3615 805
E-mail: umstkcs.sestrinstvo@gmail.com

Izvršni organizator



Kongresni turoperator – Licenca OTP 157/2010
Karađorđeva 7/3, 11080 Beograd–Zemun
Tel/Fax: 011/2608 364, 2608 365
E-mail:predrag.m@pmplus.rs www.pmplus.rs

