

# Uvažavanje čovječnosti u integralnoj dimenziji sestrinske skrbi

---

**Domitrović, Ivan**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2021**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:100210>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-08-31**



*Repository / Repozitorij:*

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine  
Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**

**MEDICINSKI FAKULTET**

**SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Ivan Domitrović**

**Uvažavanje čovječnosti  
u integralnoj dimenziji sestrinske skrbi**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2020.**

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Ivan Domitrović

Uvažavanje čovječnosti  
u integralnoj dimenziji sestrinske skrbi

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2020.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, pod mentorskim vodstvom prof. dr. sc. Ane Borovečki, dr. med., prof. i sumentorstvom izv. prof. dr. sc. Suzane Vuletić, te je predan je na ocjenjivanje u akademskoj godini 2020./2021.

## SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. ANTROPOLOŠKI PRISTUP HUMANO-USMJERENOG SESTRINSTVA I INTEGRALNA DIMENZIJA SESTRINSKE SKRBI.....	3
2.1. Definijsko određenje antropološkog pristupa sestinstva i integralne dimenzije sestrske skrbi .....	4
2.2. Potreba uvažavanja holističkih dimenzija zdravlja, bolesti i patnje bolesnika .....	8
2.3. Profesionalna odgovornost i zakonske odrednice profesionalnog i etičkog djelovanja medicinske sestre u odnosu prema pacijentu kao dio holističkog pristupa .....	9
3. DEPERSONALIZACIJSKA MEDICINA I KRIZA INTEGRATIVNOG PRISTUPA SESTRINSKE SKRBI .....	13
3.1. Depersonalizacija i rutinizacijski pristup bolesniku.....	13
3.2. Diskriminacija bolesnika.....	15
3.3. Birokratizacijski čimbenici sestrskog opterećenja kao otežavajući element personalističkom pristupu bolesniku .....	16
4. ETIKA VRLINA U SESTRINSTVU.....	18
4.1. Poželjne moralno-karakterne vrline medicinske sestre u odnosu prema pacijentu...	19
4.2. Nepoželjne osobine profesionalnih značajki medicinskih sestara .....	22
4.3. Poštivanje, uvažavanje i granice u partnerskom odnosu sestra-pacijent.....	23
5. STRATEGIJA INTEGRALNE SESTRINSKE SKRBI.....	26
5.1. Poštivanje normi dobre kliničke prakse i etičkih kodeksa struke za ostvarenje čovječnosti u integralnoj sestrskoj dimenziji .....	26
5.2. Poštivanje prava pacijenata za ostvarenje humanosti i stručnosti integralnog sestrskog pristupa .....	27
5.3. Teorija kulturne različitosti i univerzalnosti sestrske skrbi u integralnoj dimenziji	28
5.4. Humanističko obrazovanje i bioetička edukacija medicinskih sestara usmjerena prema čovječnosti u sestrskoj skrbi.....	30
6. ZAKLJUČAK.....	32
7. ZAHVALA .....	34
8. LITERATURA .....	35
9. ŽIVOTOPIS.....	39

Napomena:

*Termin „medicinska sestra“ korišten je kroz ovaj rad za ženski i za muški rod (osim u dijelovima gdje je striktno naveden termin „medicinska sestra/tehničar“). Bez obzira na rodno značenje, pojam „medicinska sestra“ obuhvaća na jednak način muški i ženski rod.*

## Uvažavanje čovječnosti u integralnoj dimenziji sestrinske skrbi

### SAŽETAK

Pacijent bi uvijek trebao biti u središtu sestrinskog zbrinjavanja. Usprkos tome, medicinske sestre uslijed usmjerenosti na razne profesionalne obveze često potisnu vlastiti primarni interes usredotočenosti na humane dimenzije čovječnosti i uvažavanje svih holističkih elemenata integralne dimenzije sestrinske skrbi.

Tradicijski gledano, sestrinstvo je nastalo na temeljima skrbi za drugoga, slabijeg, bolesnog, siromašnog, napuštenog i današnji razvoj usmjeren, na izvršavanje mnogih tehničkih, administrativnih i birokratskih zadataka, ne bi smio nikako potisnuti cjeloviti antropološki pogled na bolesnog čovjeka. Na to posebice ukazuje etika vrlina, koja medicinsku sestru usmjerava na stavljanje fokusa na pacijentovu cjelovitost, zbrinjavanje njegovih fizičkih, psiholoških i duhovnih potreba. Takav, višedimenzionalan pristup u radu, postaje standard sestrinske vokacije. Zahvaljujući njemu, pacijent u procesu zdravstvene skrbi ostvaruje autonomno uvažavanje svojih preferencija i izbora u postupku liječenja, suodlučujući u izvođenju zadataka usmjerenih njegovoj dobrobiti, koje medicinske sestre poštuju, slijedeći prava pacijenata propisana Zakonom o sestrinstvu i Etičkim kodeksom medicinskih sestara.

Ova je tema iznimno važna u suvremenim okolnostima u kojima se odvija zdravstvena skrb, gdje se često bolesnika ne percipira kao partnera u procesu zdravstvene skrbi, nego ga se tretira kao objekt rada. Objektiviziranjem, pacijent postaje podložan diskriminaciji, rutinizaciji i psihološkom napuštanju za vrijeme hospitalizacije, gdje prevlast preuzima egzistencijalna patnja i „totalna bol“. Naspram takvog redukcionističkog pristupa, poštivanjem norme dobre kliničke prakse, etičkih kodeksa profesije i pacijentovih prava, medicinska sestra stvara čvrsto tlo za razvoj pacijento-centričnog odnosa i poštivanja oboljelog kao subjekta u procesu rada. Stoga je važno stalno iznova poticati medicinske sestre na cjeloživotnu edukaciju i samorazvoj kako bi novim znanjima i iskustvima doprinjele pacijentovoj najvećoj mogućoj dobrobiti. I ovaj diplomski rad je dio takve strategije.

**Ključne riječi:** *sestrinstvo, empatija, čovječnost*

## **An appreciation of humanity in the integral dimension of nursing care**

### **SUMMARY**

The patient should always be at the center of nursing care. Nevertheless, nurses, due to their focus on various professional commitments, often suppress their own primary interest in focusing on the human dimensions of humanity and appreciating all the holistic elements of the integral dimension of nursing care.

Traditionally, nursing was created on the basis of caring for another, weaker, sick, poor, abandoned and today's development focused on performing many technical, administrative and bureaucratic tasks should not in any way suppress the holistic anthropological view of the sick man. This is especially indicated by the ethics of virtues, which directs the nurse to focus on the patient's integrity, taking care of his physical, psychological and spiritual needs. Such a multidimensional approach to work is becoming the standard of nursing vocation. Thanks to him, the patient in the health care process achieves autonomous respect for his preferences and choices in the treatment process, co-deciding in performing tasks aimed at his well-being, which nurses respect, following the rights of patients prescribed by the Nursing Act and the Code of Ethics for Nurses.

This topic is extremely important in modern circumstances in which health care takes place, where often the patient is not perceived as a partner in the health care process, but is treated as an object of work. By objectifying, the patient becomes subject to discrimination, routine, and psychological abandonment during hospitalization, where existential suffering and "total pain" take over. In contrast to such a reductionist approach, by respecting the norm of good clinical practice, ethical codes of the profession and patients' rights, the nurse creates a solid ground for the development of patient-centric relationship and respect for the patient as a subject in the work process. It is therefore important to constantly re-encourage nurses to lifelong education and self-development in order to contribute new knowledge and experiences to the patient's greatest possible well-being. And this thesis is part of such a strategy.

**Key words:** *nursing, empathy, humanity*

## 1. UVOD

Ljudskost je temelj humanosti. Altruizam, empatija, suosjećanje, naklonost, lijepa riječ, osmijeh, dodatni trenutak vremena... Ljudskost cijenimo i tražimo od drugih, ali smo je također dužni i profesionalno pružati, napose profesije, koje su inicijalno razvijane na temeljima čovječnosti, kao što je sestrinstvo.

Ljudskost, čovječnost ili humanost, pojam je koji predstavlja određeni skup pozitivnih ili negativnih vrijednosti koje čine čovjeka (pacijenta) onome što on u trenutku jest (1), i za čim napose teži u stanju vulnerabilnosti.

Sestrinstvo ovog vremena, više nego ikad prije, usmjereno je sve više na tehničko-egzekutivne zahvate, tehnološki napredak i promicanje sestrinstva kao profesije, zaboravljajući na holističke, višeslojne potrebe bolesnika, koje trebaju biti u centru sestrinskog bivanja i primarnog interesa rada. U trenu kada je pacijentu pružena pomoć važnija od dostojanstva prilikom obavljanja iste, javlja se zaboravljena potreba za čovječnosti u svakodnevnom radu.

Tradicionalno sestrinstvo počiva na skrbi za bolesne, ranjene, siromašne i napuštene. U pokušaju profesionalnog utemeljenja, autonomije u radu i većem akademskom priznanju, sestrinstvo od tradicionalnog njegovanja kreće prema profesiji koja postaje zasebna disciplina prepoznatljivog procesa rada, neovisna od drugih disciplina u sustavu zdravstvene zaštite (2), čije se težište sve više usmjerava na kvantitetu pruženih usluga, što veću i bržu obavljenost zahtijevanih zadataka, zanemarujući pritom neke temeljne etičke i moralne odrednice integralne sestrinske skrbi.

Medicinskoj sestri, kao zdravstvenom profesionalcu nisu dovoljni samo razvoj i unaprjeđenje tehničkih vještina i tehnologije, nego i primjena nemjerljivih čimbenika: empatija, humana naklonost, suosjećanje, edukacija i savjetovanje, kroz interpersonalnu komunikaciju bez potrebe za umanjivanjem važnosti tehnologije i tehničkih vještina. Iz toga proizlazi kako je sestrinstvo moralno relevantna praksa koja ne može biti striktno definirana isključivo kognitivnim niti tehničkim kompetencijama ili kroz koncepte efikasnosti, već kao specifičan odnos između pacijenta i medicinske sestre (3).



Bolesnik je cjelovito, integralno biće. Njegove fizičke, psihičke i duhovne karakteristike te problemi koji iz njih proizlaze, ne mogu se rastaviti na dijelove, odijeliti jedni od drugih. Stoga su medicinske sestre i tehničari, kao i svi drugi zdravstveni djelatnici, dužni provoditi integralnu medicinsku skrb, kako iz moralne dužnosti, tako iz odgovornosti prema sebi, profesiji, bolesnicima i njihovoj obitelji. I to nije dano na vlastiti izbor medicinskim sestrama nego je propisano i one su dužne pridržavati se toga, radi najbolje moguće dobrobiti i očuvanja dostojanstva bolesnika. To se posebice naglašava kroz važnost etike sestrištva, kojom se ocrta dužnost svakodnevnog provođenja etičkih načela u radu, naspram današnje vrhunske primjene kliničke medicine te njenog napretka u budućnosti (4).

Podizanjem svijesti o uvažavanju pacijenta kao subjekta, isticanjem kreposti/etike vrlina, učenjem o personalističkoj bioetici i antropologiji u sestrištvu te razvoju kulture uvažavanja različitosti, ponovo bi osvijestili važnost pacijento-centričnog sustava, jer emocije, znanje, prihvaćanje i međusobni odnosi igraju važnu ulogu u skrbi, budući da sestrištvo kao poziv, poistovjećujemo s činjenjem dobra i osjećajem ljubavi (5). Ljubav i suosjećanje kao temelj znanstvene profesije specifično je za sestrištvo naspram ostalih struka (6). Stoga, medicinska sestra ne smije nikada izgubiti viziju integralne skrbi kroz uvažavanje čovječnosti kod osoba koje su joj povjerene na brigu i skrb.

## 2. ANTROPOLOŠKI PRISTUP HUMANO-USMJERENOG SESTRINSTVA I INTEGRALNA DIMENZIJA SESTRINSKE SKRBI

Moderna medicina rastavlja se na sve uže specijalizacije te se istovremeno ponosi sve složenijim i profinjenijim postupcima. U tom procesu bolesnik se rastače na ogranke specijalizacije bez mogućnosti potpunog razvoja terapijskog odnosa. Liječnik je, pod pritiskom sustava, sve više postao znanstvenik, upravitelj, osoba koja odrađuje tehnički zahtjevniji dio posla. U tom je procesu ostalo prazno mjesto holističkog uvažavanja višeslojnih potreba bolesnika, između liječnika i pacijenta. I takvim se odnosom bolesnik osjeća napuštenim u kompleksnosti sustava, nedovoljno educiran, osamljen, rastavljen na dijelove.

„*Sindrom napuštenog bolesnika*“, kako ga naziva Colosanti, nastao je zbog poteškoće u integrativnom pristupu između osobe kojoj je potrebna pomoć i osobe koja tu pomoć pruža (7). To se nikada ne bi smjelo uviđati u sestrinskoj humanoj skrbi.

„Prazni prostor“ između liječnika i pacijenta trebala bi po svoj službenoj dužnosti, ali i etičkoj predispoziciji, popunjavati medicinska sestra. Sestrinstvo je oduvijek predstavljalo humano zvanje, utemeljeno na tradiciji i praksi negovanja i skrbi za potrebite, što u početku nije nužno uvijek zahtijevalo znanje, ali je oduvijek uključivalo plemenit, etičan i human pristup skrbi. Prostor u kojem se ohrabruje, tješi i brine za čovjeka u njegovoj cjelovitosti (8).

Ponekad imamo osjećaj da su sestre, pod obavezom provođenja sve više tehničkih vještina, u nemogućnosti provesti kvalitetan odnos s bolesnikom (9). Terapijski dodir i vrijeme posvećeno uz pacijenta predstavljaju revolucionarno potrebnu, a pomalo zaboravljenu promjenu prema boljitku u odnosu sestra-pacijent. Sestrinstvo se bazično temelji na potrebama čovječanstva i osjećaju za pomoć. Prepoznavanje ljudskih potreba i trpljenje pojedinca ponovo postaje žarište sestrinske skrbi. A skrb za čovjeka, posebice za oboljelog, specifični je međuljudski odnos koji, osim moralnog segmenta, zahtijeva i stručni segment utemeljen na dokazima. Dugoročno, cilj nije samo najbolja moguća fizička skrb, liječenje i ozdravljenje, nego postizanje optimalnog zdravlja i unutarnjeg mira, utjehe, osjećaja sigurnosti te pomaganje bespomoćnima, potrebitima kao i njihovim članovima obitelji (3, 10).

Stručnjaci koji se bave kompetencijama medicinske sestre spominju je kao posrednika između bolničkog i osobnog svijeta, između pacijenta i liječnika, kao i između pacijenta i ostalih zdravstvenih stručnjaka.

Osim što je medicinska sestra u radu metaforički „most“ između svih prethodno nabrojanih relacija, svaki pacijent trebao bi biti otok za sebe, jedinstven i unikatan. Tom mišlju bi trebala biti protkana sestrinska profesija. Skrb za pojedinca joj je primarni fokus i izvorna vrijednost.

Za uspješno pluriperspektivno obavljanje zadataka, medicinska sestra trebala bi osigurati unutarne faktore profesionalizma (sposobnost, obrazovanje, motiviranost, iskustvo, empatija) i vanjske preduvjete za profesionalni rad (pravnu i autonomnu poziciju u timu, jasno razgraničenih kompetencija) uz znanstveno i obrazovno potkrepljenje (7).

Prema Swicku i suradnicima, profesionalizam u medicini sastoji se od ponašanja kojim demonstriramo da smo dostojni povjerenja koje nam daju pacijenti i javnost jer radimo na njihovu dobrobit. Oni identificiraju devet ponašanja koja su esencijalna za medicinski profesionalizam: podređivanje svojih interesa interesima drugih ljudi, visoki etički standardi, socijalni ugovor između medicine i društva u smislu dužnosti i obaveza, humanističke vrijednosti (briga, suosjećanje, iskrenost, integritet), odgovornost prema kolegama i pacijentima, posvećenost izvrsnosti te razvijanje reflektivnih i deduktivnih vještina za pružanje zdravstvenih usluga na pravedan i objektivan način (11). Sestrinski profesionalizam kao zasebna cjelina odražava se kroz prizmu medicinskog profesionalizma istim esencijama kao i ostale zdravstvene grane.

## **2.1. Definijsko određenje antropološkog pristupa sestrinstva i integralne dimenzije sestrinske skrbi**

Sestrinstvo je istodobno i umijeće i znanost. Primjenjuje bazično znanje iz humanističkih, društvenih, medicinskih i bioloških znanosti. Vođeno je racionalnim shvaćanjem, ali i osjećajima, potkovano iskustvom, specifičnim vještinama i interakcijom s drugima (12).

Najraširenija i međunarodno najkorištenija definicija sestrinstva i medicinske sestre ona je Virginie Henderson. „Jedinstvena uloga medicinske sestre je pomoći pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će doprinijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti (13).“ Henderson pacijenta shvaća kao subjekta, integralnog sudionika vlastitog liječenja koji svojim doprinosom sudjeluje u postizanju samostalnosti i ostvarivanju najvišeg mogućeg stupnja zdravlja.

Stewart i Dock u priručniku „Kratka povijest sestrinstva“ sestrinstvo spominju kao spoj znanosti, duhovnosti i umijeća (vještina), te mu definiraju četiri uloge: preventivnu, obrazovnu, kurativnu i suosjećajnu (14).

U početku je teorijska podloga bila isprepletena biološkim, psihološkim i sociološkim teorijama (15). Najčešće upotrebljavane su: Maslowljeva teorija motivacije, Eriksonov razvojni model, teorije stresa, opća teorija sustava i bihevioristički model krizne intervencije (10). Posljednjih desetljeća stvara se opća teorija sestrinstva na kojoj se grade konceptualni okviri i razvijaju sestrinski modeli (5). Najpoznatiji teoretičari sestrinstva su: Florence Nightingale, Martha E. Rogers, William Barrett, Richard W. Cowling, Jean Watson i dr. koji, svatko na svoj način pokušava objasniti sestrinsku srž i nit koja vodi kroz proces rada. Ta sestrinska srž svoju bazu pronalazi u čovjeku, onomu čije se karakteristike ne mogu svesti na jedan odjeljivi dio ili zbroj dijelova. Po teoretičarima, čovjekov identitet putem cjelovitosti i osobne sposobnosti nepovratno evoluirao i ulazi u interakciju s okolinom, drugim ljudima, profesijama, kako bi se ostvario cilj sestrinske prakse: dobrobit pacijenta (5).

Sestrinstvo, kao struka, danas ima zacrtan kontinuum obrazovnog procesa. Kao i kod drugih profesija, napredovanjem prema višim stupnjevima obrazovanja ono postaje sve kompleksnije i sofisticiranije (5). Današnje sestrinstvo, u pokušajima čvršće profesionalizacije, u akademskom obrazovanju kreće se u smjeru sestrinstva kao grane prirodne znanosti do ideje sestrinstva kao primijenjene znanosti (2). Sestrinstvo se sve više počinje doživljavati kao zasebna disciplina, profesija, koja ima prepoznatljiv proces rada i koja je neovisna od drugih disciplina u sustavu zdravstvene zaštite.

Osnovni smisao i srž sestrinstva obuhvaća pomoć u svim fazama životnog procesa i tijekom raznih životnih situacija. Osim primarno autonomne uloge, kako dolaze u kontakt s bolesnicima, ali i sa svim drugim zdravstvenim i nezdravstvenim radnicima, sestre također postaju i posrednici između zdravstvenih stručnjaka, te pacijenata i njihovih članova obitelji. Nipošto pasivni, već aktivni sudionici koji svojim znanjem i vještinama spajaju dijaloške nesuglasice te autonomnom sestrinskom praksom ostvaruju najbolji ishod za pacijenta i daju mu humanističku važnost.

Današnji sestrinski teoretičari profesionalnu autonomiju medicinskih sestara nastoje dokazati tvrdnjom da je današnja medicina skup više struka u timskom radu predvođenim

liječnikom, prvim među jednakima. Sestrinstvo bazirano na skrbi najsigurniji je put da kao autonomna zdravstvena profesija ostane vjerna svojim originalnim idealima (4).

Kompleksnost današnjeg sestrinstva proizlazi iz mnogih zahtjeva za utvrđivanje i rješavanje bolesnikovih problema. Oni uključuju: kompetenciju, znanje, nadležnost, iskustvo, umijeće, unutarnju motivaciju, ponekad taktičnost, verbalnu snalažljivost i hrabrost (16).

Kompetencije za cilj imaju pružanje sigurne, učinkovite i na etičkim načelima zasnovane zdravstvene njege. One uključuju: znanje, razumijevanje, prosudbu, vještine (kognitivne, tehničke, psihomotorne i komunikacijske), karakterne osobine, stavove i razvoj međuljudskih odnosa (17).

Višedimenzionalan pristup u radu standard je sestriinskog posla. Razumijevanje, pomoć i suosjećanje. Ne samo u fizičkom smislu, nego psihološka i socijalna potpora. Bez obzira na višedimenzionalnost rada, pacijent je u sestriinskim očima cjelina (18). Integralnom zdravstvenom skrbi sestra uvažava čovjeka kao neodjeljivu jedinku i prihvaća kao ravnopravnog člana tima koji odlučuje za sebe.

Tijekom razvoja sestrinstva tj. procesa profesionalizacije, medicinske sestre pokušale su se osamostaliti kao samostalna disciplina koja skrbi za potrebe pacijenta kroz zdravstvenu njegu. Zdravstvena njega srž je sestrinstva i temelj sestriinskog posla. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), kvalitetna zdravstvena njega opisuje se „stupnjem do kojega zdravstvene službe za osobe i populacije povećavaju vjerojatnost željenog zdravstvenog učinka.“ SZO nalaže da zdravstvena njega bude učinkovita, efektivna (zasnovana na dokazima i potrebi), prihvatljiva i usmjerena na pacijenta, sigurna i nediskriminirajuća (19). Zakon o sestriinstvu Republike Hrvatske NN 121/03, članak 5 nalaže da je zdravstvena njega „javna djelatnost te podliježe kontroli zadovoljenja standarda obrazovanja. Provođenje zdravstvene njege mora se temeljiti na potrebama stanovništva, a u skladu s planom i programom mjera zdravstvene zaštite. (20)“

Bez obzira na (ne)priznati društveni status, medicinske sestre uvijek su imale istančanu svijest prema suosjećanju, brizi, ohrabrenju i uzdizanju onih o kojima su skrbile (4). A odnos između onih koji skrbu i onih o kojima se skrbi je najvažnija, a često najčešće zaboravljena karakteristika kvalitetne zdravstvene njege. Često je to uzajaman odnos gdje medicinska sestra razvija i potiče bolesnikovu samostalnost dok istovremeno, skrb omogućava medicinskoj sestri razvoj autonomije i samosvijesti budući da skrb utječe na osobni razvoj (3).

Gay A. M. Widdershoven opisuje tri aspekta skrbi.

- Prvi prikazuje zdravstvenu skrb kao potpuno vladanje potrebnim vještinama te specifičnost odnosa između osobe koja skrb pruža i osobe koja skrb prima, što posebice opisuje teoretičarka sestrinstva, Patricia Benner.
- Drugi aspekt, opisuje Randy Spreen Parker, kao zajedničko stvaranje i interakciju između davatelja i primatelja skrbi.
- Treći aspekt skrbi definira Joan C. Tronto kao dobru praksu zasnovanu na zajedničkoj odgovornosti (3).

Također, postoje i proširene dimenzije, kroz četiri značenja zdravstvene skrbi.

- Prvo, medicinska skrb kao samilost prema oboljelom. Potrebna je doza suosjećanja i dirnutost stanjem druge osobe te iskrena želja da joj se olakša situacija u kojoj se trenutno nalazi.
- Podrška u životu, drugo je obilježje zdravstvene skrbi. Spremnost da se oboljeloj osobi pomogne u čemu ona ne može: oblačenje, kupanje, šetanje, presvlačenje, hranjenje, održavanje osnovne higijene, zadovoljavanje osnovnih životnih potreba, od psihičkih, emocionalnih, fizičkih i socijalnih.
- Treće značenje vezano je za osjećaj sigurnosti oboljelog prema zdravstvenim radnicima. Bolesna osoba mora znati da je medicinska sestra tu za nju, da joj je posvećena u trenu dok je uz nju i da je spremna učiniti sve u svojim okvirima po pitanju rješenja njenih problema.
- Zadnje značenje predstavlja stručnost u svim procedurama.

Kompetencija je važna za razvoj svake profesije, ali ako medicinska sestra ostane samo na kompetenciji, bez uvažavanja dimenzije humanosti, tada se sestrinstvo razvija znanstveno, ali bez čovječnosti, cilja kojem idemo. Tada shvaćamo da je sestrinstvo nepotpuno bez uključivanja svih elemenata skrbi (21). Sestrinska praksa, kao jedan dio cjelokupne medicinske skrbi, ne smije se razdvajati od drugih medicinskih dijelova, nego treba biti integrirana u smislenu cjelinu (4).

Suvremeno sestrinstvo u svom se stručnom radu vodi i konceptom „skrbi zasnovane na dokazima“ (engl. *evidence based care*) koje dijelimo na medicinski dio (engl. *evidence based medicine*) i sestrinski dio (engl. *evidence-based nursing care*). Zdravstvena skrb zasnovana na dokazima, po *MESH-u*, definira se kao: „način pružanja sestrinske skrbi koja se vodi integracijom najboljih dostupnih znanstvenih spoznaja sa sestrinskom stručnošću. To je pristup koji zahtijeva od medicinskih sestara da kritički procijene relevantne znanstvene podatke ili istraživačke dokaze

i primijene visokokvalitetne intervencije u svojoj sestrijskoj praksi“. Iz dokaza se izvode smjernice (engl. *guidelines*) za aktivnosti iz područja zdravstvene njege i tako smanjuje šansa za pogreške. Kroz korake postavljanja problema, traženje dokaza, kritičke prosudbe istih, primjene dokaza i vrednovanje, može se osigurati znanstveno ispravniji izbor postupaka. Postupke je važno donijeti s pacijentom, autonomnim korisnikom zdravstvene usluge imajući na umu holističku dimenziju čovječnosti kao nit vodilju koja se provlači kroz sestrijsku praksu (3).

## **2.2. Potreba uvažavanja holističkih dimenzija zdravlja, bolesti i patnje bolesnika**

Holizam je pristup u kojem se čovjek doživljava kao cjelina i dio cjeline. Holistički pristup je uvažavanje pojedinca kroz sve njegove komponente: fizičke, psihičke, duhovne i društvene, te njegovo cjelokupno okruženje.

Holizam u sestrijskom pristupu odražava se uvažavanjem pacijentove cjelovitosti, njegovih cjelokupnih potreba i drugih neodjeljivih čimbenika koji ističu osobnost individue. Osim na osobu kao jedinku, holizam se proteže i na obitelj i životni stil, socio-ekonomski status, religiju, posao i zajednicu te na sve čimbenike koji imaju važnost za pojedinca.

Holistički pristup ne isključuje načelo jedinstvenosti pacijenta i individualiziranog pristupa. Svaka je osoba jedinstvena na svoj način i svoje će potrebe zadovoljavati drugačije od drugih (10). Iste metode liječenja ne moraju nužno davati iste rezultate kod različitih osoba. Ljudsko je tijelo cjelina koja sukladnom i uzajamnom silom pokreće osobu. Ako zataji jedan dio ili organ, čitava cjelina je ugrožena (22).

Pristupajući bolesnom čovjeku prizmom integriranih temelja, sestrijsvo shvaća važnost holističkog pristupa i kvalitetne procjene cjelokupne situacije, jer razumije povezanost svih međusobnih čimbenika i ne razdvaja mentalno zdravlje od fizičkog, osobu od zajednice, tijelo od čovječnosti (10). Uzimajući čovjekovu cjelinu kao faktor, Virginia Henderson opisuje 14 osnovnih ljudskih potreba baziranih na Maslowljevoj piramidi potreba. Ona smatra da medicinska sestre treba pomagati bolesniku ovisno o 14 osnovnih ljudskih potreba (23). One su:

- 1. pomoć pri disanju*
- 2. pomoć pacijentu pri konzumiranju hrane i tekućine*
- 3. pomoć pacijentu pri eliminaciji*
- 4. pomoć pacijentu prilikom kretanja i promjeni položaja*

5. pomoć pri odmoru i spavanju
6. pomoć prilikom izbora odgovarajuće odjeće i obuće
7. pomoć pacijentu u održavanju normalne tjelesne temperature
8. pomoć pacijentu prilikom održavanja osobne higijene
9. pomoć pacijentu pri izbjegavanju opasnosti i osiguranje sigurnosti
10. pomoć pri komunikaciji
11. pomoć pacijentu da prakticira svoju religiju
12. pomoć u radu
13. pomoć pri rekreativnim aktivnostima
14. pomoć pacijentu pri učenju.

Ako grupiramo osnovne ljudske potrebe, prvih devet i trinaesta odnose se na fizičku dimenziju, a deseta, dvanaesta i četrnaesta odnose se na psihičku, a jedanaesta na duhovnu dimenziju bolesnika. Sve potrebe služe medicinskim sestrama kao kompas prema uvažavanju čovječnosti i njihovom implementacijom kao prihvaćanje individualnosti pojedinca naspram drugih.

Teoretičarka sestrinstva, Henderson smatra da bi medicinska sestra trebala moći prepoznati problem i pomoći pojedincu kao „nadomjestak za ono što mu nedostaje“ sve dok ne postane „kompletan“, „cjelovit“ ili „neovisan“ shvaćajući da kod oboljelog postoji manjak fizičke snage, nedostatak volje ili znanja do postizanja zdravlja (23).

### **2.3. Profesionalna odgovornost i zakonske odrednice profesionalnog i etičkog djelovanja medicinske sestre u odnosu prema pacijentu kao dio holističkog pristupa**

Profesionalnost sestrinstva, vođena je zakonskim propisima. Sestrinstvo kao profesija ima svoje vlastite strukovne propisane zakone kojih se mora pridržavati, napose, *Zakon o sestrinstvu* (NN 121/03, NN 117/08, NN 57/11).

Zanimanja na koja se odnosi Zakon u sestrinstvu su: medicinska sestra/tehničar opće njege, medicinska sestra/medicinski tehničar, medicinska sestra/tehničar općeg smjera, medicinska sestra-medicinski tehničar specijalist (uz dodatak naziva specijalizacije), viša medicinska sestra,



viša medicinska sestra bolničkog smjera, viša medicinska sestra dispanzersko-patronažnog smjera, prvostupnica sestrinstva, stručna prvostupnica sestrinstva, sveučilišna prvostupnica sestrinstva, prvostupnica sestrinstva specijalist (uz dodatak naziva specijalizacije), magistra sestrinstva, diplomirana medicinska sestra te doktor znanosti sestrinstva.

Zakon o sestrinstvu ima 37 članaka i grupiran je na opće odredbe u sestrinstvu, djelatnost medicinskih sestara, obrazovanje, uvjete za obavljanje djelatnosti medicinskih sestara, dužnosti medicinskih sestara, kontrola kvalitete, privatna praksa u sestrinstvu, Hrvatska komora medicinskih sestara te kaznene odredbe u radu.

Vezano za važnost ovog rada, čovječnost i zdravstvenu skrb, zadaće medicinske sestre opisane su u članku 3. i u članku 16. Zakona o sestrinstvu. Kroz te članke naglašava se prihvaćanje individualnosti, uvažavanje čovječnosti od početka života do mirne smrti, zauzimanje interesa pacijenta uvažavajući sve čovjekove dimenzije te rad usmjeren najboljoj pacijentovoj dobrobiti.

Članak 3. „Djelatnost medicinskih sestara obuhvaća sve postupke, znanja i vještine zdravstvene njege. Medicinska sestra u provođenju svoje djelatnosti dužna je primjenjivati svoje najbolje stručno znanje, poštujući načela prava pacijenata, etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravlja stanovništva i svakog pacijenta osobno. Medicinska sestra je kao profesionalnu tajnu dužna čuvati sve podatke o zdravstvenom stanju pacijenta (20).“

Članak 16. „Dužnosti medicinske sestre su: primjena svih dostupnih znanja iz područja sestrinstva, primjena metoda rješavanja problema u provođenju zdravstvene njege koje zahtijevaju vještinu analitičkog kritičkog pristupa, postupanje po utvrđenim pravilima i protokolima za provođenje postupaka u zdravstvenoj njezi, provedba zdravstvene njege po utvrđenom planu njege, (...) provedba postupaka iz područja zaštite zdravlja i prevencije bolesti, (...) pristupanje postupku oživljavanja u slučaju odsutnosti liječnika, čuvanje profesionalne tajne, poštivanje prava bolesnika, poštivanje etičkog kodeksa medicinskih sestara, poštivanje vjerskih načela pacijenta, suradnja sa svim članovima tima (...) i djelovanje u interesu bolesnika (20).“

Osim Zakonom o sestrinstvu, etičnost medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj također je definirana *Etičkim kodeksom medicinskih sestara*. Godine 1995. Hrvatska udruga medicinskih sestara (HUMS) objavila je Etički kodeks medicinskih sestara Hrvatske, a 2005. godine objavljuje ga i Hrvatska komora medicinskih sestara. Etičkim kodeksom održava se kontrola normi profesionalne etike, budući da je stručnost autonomije nemoguća bez moralne samokontrole i savjesnog rada pojedinog stručnjaka (2). Etički kodeks definira osnovna načela profesionalnog

ponašanja medicinske sestre, odnos prema pacijentu, suradnju s timom, poštivanje profesionalne tajne, trajno usavršavanje, poštivanje ugleda staleža, zaštitu pacijenta od rizika, osiguranje od odgovornosti, način rješavanja etičkih pitanja i odnose prema drugim medicinskim sestrama.

Kodeks, u članku 2.2., nalaže da „medicinska sestra mora poštivati pacijenta kao ljudsko biće, poštivati pravo pacijenta na njegov fizički i mentalni integritet, poštivati osobnost i privatnost pacijenta, poštivati svjetonazor, moralna i vjerska uvjerenja pacijenta, provjeriti da je pacijent dao pristanak prije obavljanja bilo kakvog liječenja ili zdravstvene njege, čuvati profesionalnu tajnu, surađivati s ostalim članovima tima, održavati svoje stručno znanje i sposobnosti, biti osoba od povjerenja, djelovati tako da prepozna rizik kod pacijenata i svede ga na najnižu moguću razinu, štiti i podržavati zdravlje pacijenata te održavati i povećavati dobar ugled profesije medicinskih sestara (24).“

Sestrinska etika kao posebna područna etika tj. profesionalna etika, dio je opće normativne etike u posebnom području ljudskog rada i definira se kao skup etičkih i bioetičkih pitanja iz perspektive sestrinske teorije i prakse vođene moralnosti te usmjerene humanosti u radu. Tumači se kao moralna praksa provođena zahvaljujući moralnim standardima profesije i vjerovanjem u vlastita profesionalna načela. Sestrinska etika služi kao moralna vodilja u nastalim situacijama vezano za ljudsku dobrobit (25). Prikazuje njegu bolesnika kao privilegiranu osobnu vrijednost koja potiče medicinsku sestru da skrbi za potrebitog s visokom dozom suosjećanja, motivacije i postojanosti (3).

U kompleksnom, tehnički uznapredovalom i tehnološki sofisticiranom sistemu, etika sestrinstva utvrđuje vrijednosne kriterije i postaje potreba časne profesije.

Biomedicinska etika, prema kojoj etika sestrinstva i nagingje, izjednačava se s četiri načela: pravednost, dobročinstvo, neškodljivost i poticanje autonomije. Iako nagingje prema njoj, sestrinska etika ne može se svesti na biomedicinsku etiku s obzirom na to da svojim specifičnostima usmjerenim prema skrbi za bolesne izlazi iz „formalnog“ liječenja bolesnika koji nastaje na znanstvenim aspektima liječničke prakse (4).

Rita Manning određuje pet elemenata koji sačinjavaju etiku skrbi: moralnost, odgovornost, razumijevanje, savjesnost i prilagodbu.

- Moralnost se odnosi na pravac kojim se vode medicinske sestre u radu s pacijentima prilikom zadovoljavanja njihovih osnovnih životnih potreba. Da bi se ostvarila mogućnost

za moralnim činom, medicinska sestra mora imati znanje, vrijeme i mogućnost kako bi pružila kreposnu skrb.

- Odgovornost predstavlja medicinsku sestru kao osobu koja je ovlaštena činiti sve što je u najboljem interesu pacijenta. Humanim radom, uvažavanjem osobnosti i čovječnosti, medicinska sestra odgovorno pristupa svakoj individui oslušujući i prepoznavajući potrebe skrbi.
- Razumijevanje pacijenta kao dio etike skrbi doseže svoj vrhunac kada medicinska sestra prepoznaje potrebu prije nego što ju oboljeli verbalizira.
- Prilagodba identificira sve trenutne okolnosti i kvalitetan rad u zatečenom stanju, dok se savjestan odnos radnika prema zdravima i bolesnima očituje jedinstvenim odnosom i uvažavanjem svakoga ponaosob, ne radeći razlike, bez diskriminacije ili povrede bolesnika (26).

Svi navedeni elementi prethodno razmatranih naslova, prve cjeline ovog završnog rada, potiču medicinsku sestru da kroz primjenu svog stručno-profesionalnog i etično-humanog pristupa bolesniku, koji joj je povjeren, ostvaruje holistički i integrativan pristup.

Mnogi su izazovi za takvim principom djelovanja u konkretnoj stvarnosti, stoga će se u sljedećoj cjelini, nastojati analizirati neke od najučestalijih prijetnji uvažavanja čovječnosti u integralnoj skrbi, kroz depersonalizaciju i objektivizaciju „pacijenata“.

### **3. DEPERSONALIZACIJSKA MEDICINA I KRIZA INTEGRATIVNOG PRISTUPA SESTRINSKE SKRBI**

Vrline medicinske sestre, kao humanista i stručno educiranog profesionalca, primijete se u obavljanju svih holističkih aktivnosti provedbe integralne skrbi, vezanih uz pacijente. Primjerenim radom i uvažavanjem čovječnosti u skrbi, medicinska sestra doprinosi uvažavanju dostojanstva, nepovredivosti i vrijednosti ljudskog života, stvarajući neraskidivi odnos humanosti. Sestrinstvo, moralnim postupanjem i etikom skrbi pokazuje kako svi imaju pravo na kvalitetnu zdravstvenu njegu, humanistički pristup i jednak tretman (7).

Međutim, u pojedinim se situacijama, tehnološki propagirane medicine, zasnovane na tehničko-administrativnim modelima, isključivo, biomedicinskog pristupa, ponekad u praksi, zna primijetiti, određeno odstupanje od svih zacrtanih parametara integralne skrbi. Time dolazi do depersonalizacije, objektivizacije i rutinizacije.

#### **3.1. Depersonalizacija i rutinizacijski pristup bolesniku**

Iako medicina strahovito napreduje, mnogi zdravstveni djelatnici još uvijek ne percipiraju pacijenta kao partnera u procesu zdravstvene skrbi, nego ga tretiraju kao objekt skrbi.

Paternalistički stav povijesno je bio dominantan odnos zdravstvenih radnika prema bolesniku. Iako je takav model prevladan, budući da je dovodio u pitanje pacijentovu autonomiju, ljudskost, dostojanstvo i osobnost (27), pokušajima unaprjeđenja suvremenijeg holističkog pristupa, otišlo se u drugu krajnost, gdje su prevlast postupno preuzele neke parcijalističke i redukcionističke paradigme.

Zbog pretjerane sub/specijalizacije i prevelikih administrativno-tehničkih očekivanja u svakodnevnom kliničkom radu medicinske sestre, dovodi se u pitanje holistički pristup integrativne njege. Ne uvažavanjem cjelokupnih elemenata integrativne skrbi, pacijentove osobnosti i ljudskosti, pacijent postaje depersonaliziran. Depersonalizacija u radu očituje se kao gubitak idealizma, razvoj bešćutnog i ciničnog odnosa prema bolesnicima, negativnim stavom prema poslu, kao i gubitkom osjećaja vlastitog identiteta (28).

Osim ne percipiranja pacijenta kao člana tima, razvoj tehnologije i fokusiranje na tehničke djelatnosti umanjuje shvaćanje pacijenta kao integriranog bića.

U radu objavljenom 1990. godine, „Depersonalizacija medicinskih sestara u kontekstu bio tehnologijski zasnovane medicine“, prof. dr. sc. Orešković govori o optimizmu kojim je tada prihvaćena tehnologizacija s ciljem otvaranja vrata komunikaciji pacijent-zdravstveno osoblje. No suprotno očekivanom rezultatu, naspram viška vremena za komunikaciju i utjehu, tehnologizacija je promijenila odnose medicinska sestra–pacijent–liječnik i dovela zdravstveno osoblje do toga da budu „priključak“ aparatima. Sada, ovisni o tehnologiji, pacijente promatraju kroz prizmu mehanizacije i proletarizacije profesije.

Usavršavanjem manualnih i tehničkih vještina stvaramo okruženje u kojem se medicinska sestra i liječnik osjećaju sigurno. Činjenica je da ponavljanje istih radnji vodi do usavršavanja profesije i postizanja kvalitete u izvršavanju manualnih vještina. No, zaboravlja se da, ponavljajući iste postupak, nasuprot medicinske sestre bude bolesna osoba koja nas vidi prvi puta. Uvježbane i vođene rutinom, zaboravljaju osvijestiti pacijentovu čovječnost i individualnost. S minimumom mogućnosti kreiranja radnog procesa u već ustaljenoj podjeli rada, pacijent ostaje predmet rada, objekt identičan drugom (29).

Da bi se izbjegla rutinizacija u sestrinskom pristupu, treći članak Etičkog kodeksa medicinskih sestara nalaže da „medicinska sestra mora prepoznati i poštovati ulogu pacijenata kao partnera u zdravstvenoj njezi te njegov doprinos toj njezi (24).“ To zahtijeva uvažavanje pacijentovih odabira, suglasnost za provedbu određenih postupaka, a napose individualna pristup.

Primjerice, često smo kroz obrazovanje upozoreni da ne oslovljavamo pacijente brojem sobe ili dijagnozom, da bismo se s time redovito susreli u praksi u bolnicama. Oslovljavajući pacijenta u njegovom prisustvu kao dijagnozu ili broj sobe, dehumaniziramo ga, postaje objekt naše skrbi a ne stvarna osoba u očima osoblja. Pacijent, svjestan da se o njemu govori, osjeća se zbunjeno i/ili uvrijeđeno, ne uspijeva (kao „Bubreg“ ili „Osmica do prozora“) ostvariti potrebni kontakt s medicinskom sestrom. Dehumaniziran, neizvjestan zbog ishoda svoje bolesti, u strahu od postavljanja pitanja o novonastaloj situaciji ostaje usamljen, needuciran i opterećen.

Situacija postaje još ne primjerenijom, ako pri tom dođe i do diskriminacije bolesnika.

### 3.2. Diskriminacija bolesnika

Diskriminaciju definiramo kao „nejednako postupanje prema društvenim skupinama ili pojedincima u nekom društvu; samovoljno i nepravedno dijeljenje stanovništva na skupine koje imaju i na one koje nemaju pravo na isti društveni postupak (31).

Primijenjeno na kliničku stvarnost u kojoj medicinske sestre obavljaju svoje profesionalne aktivnosti, diskriminacija se očituje kao izdvajanje bolesnika na temelju njegove nacionalnosti, religije, spola, rase, socijalnog položaja te fizičkih i psihičkih (ne)mogućnosti, te se smatra kršenjem dostojanstva, osnovnih i zakonom reguliranih prava svake osobe (30).

U Etičkom kodeksu medicinskih sestara, u članku 3.2., Hrvatska komora medicinskih sestara oglasila se o jednakosti i diskriminaciji: „medicinska sestra osobno je odgovorna u djelokrugu svoga rada za promicanje i zaštitu interesa i dostojanstva pacijenata, bez obzira na spol, dob, rasu, sposobnosti, seksualnu orijentaciju, ekonomski status, životni stil, kulturna, religijska ili politička uvjerenja (24).“

Međutim, u praksi dolazi do prekoračivanja uvažavanja tih elemenata čovječnosti, pacijenti se grupiraju u „ladice“ na temelju njihovih obilježja (socijalni status, pretpostavljena seksualna orijentacija, boja kože...).

Iako podložni životnom učenju i kontinuiranoj profesionalnoj edukaciji, medicinske sestre i dalje podliježu stereotipnim pretpostavkama u radnoj procjeni. Stereotipno mišljenje dovodi do krive procjene bolesnika i često nedovoljne komunikacije te propusta u zdravstvenoj njezi. Primjerice, u strci posla, pacijenti se grupiraju na „dobre“ i „gundave/loše/naporne“. „Naporni pacijenti“ ne pridržavaju se protokola, rade po svome, hodaju hodnikom i pričaju s drugim pacijentima, često su socijalni slučajevi, alkoholičari, zapušteni, napadni. „Nepopularni pacijenti“ izazivaju gnušanje. Istraživanje (Tringo, 1970) pokazuje da se u zdravstvenom sustavu najčešće stigmatiziraju psihijatrijski bolesnici, bolesnici s intelektualnim poteškoćama, pacijenti s kožnim oboljenjem, ovisnici te infektivni pacijenti (33). Poseban naglasak treba staviti na diskriminaciju psihijatrijskih bolesnika i bolesnika s intelektualnim oštećenjima jer su, uz već prisutnu bolest, u nemogućnosti samoobrane. Podvrgnuti toj „ladici“ iz koje ne mogu van, ostaju prepušteni sami sebi, gurnuti diskriminacijom u samodestruktivnost (34).

Etiketiranje pacijenta omalovažavajućim pridjevima stvara otpor prema bolesniku i umanjuje realan odnos poštovanja i suosjećanja.

Naspram diskriminirajućeg pristupa, svaki bi bolesnik trebao imati osjećaj jedinstvenosti bića, ugodnog ozračja i sigurnosti. Iako prisutna, diskriminacija se ne smije dopustiti u radnom procesu (32).

Otegotna okolnost personalističkom pristupu pacijentu i suzbijanju depersonalizacije i diskriminacije je birokratizacija, koja, uz sve prednosti zahtjeva vremenski trud koji je obrnuto proporcionalan vremenu posvećenom pacijentu.

### **3.3. Birokratizacijski čimbenici sestrinskog opterećenja kao otežavajući element personalističkom pristupu bolesniku**

Iz današnje perspektive, medicinske sestre moraju udovoljiti svim atributima zdravstvenog sustava (pacijentima, kolegama zaposlenicima i administrativnom djelu). Radilište je postalo prepuno najnovijih smjernica i protokola, pristup pacijentu postao je informatiziran. Preopterećenost obavezama postala je sestrinska svakodnevnica.

Nerijetko, medicinska sestra uzima sestrinsku anamnezu leđima okrenuta pacijentu, rukama i glavom usmjerena prema ekranu. Dokumentacija je postala elektronička te se bez provjere u sustav ništa ne radi s pacijentom. Također, uredsko opterećenje, nedostatak vremena i osoblja, neodgovarajući omjer medicinskih sestara i pacijenata, financijski problemi i sestrinske migracije ne idu u prilog interakciji skrbi.

Izvršavanje opetovanih zadataka bez mogućnosti kreacije i rutinski pristup, dijelovi su radne depersonalizacije. Također, parcijalizacija rada dovela je do osobne nelagode u razgovoru o područjima kojima se medicinska sestra ne bavi. Smatrajući da nitko od medicinskih sestara nema cjelokupnu viziju pacijentove obrade i plana rada, dolazi do gubitka cjelovitosti i stvaranja obrambenog sustava prema odgovornosti i prosljeđivanja upita prema hijerarhijskoj ljestvici (29).

Takav „poslovni“ oblik ophođenja prema pacijentu nameće osjećaj nepovjerenja i straha. Nametnuta je važnost pravilnog ispunjavanja svakog obrasca, a ne kvalitetno posvećivanje bolesnikovim potrebama. Čak i prostor u kojem bi medicinske sestre imale vremena za posvećivanje pacijentu zna biti uzalud iskorišten jer postoji raskorak između sestrinstva koje se provodi uz bolesnikovu postelju, s fokusom na njega kao osobu, i sestrinstva koje je uz bolesnikovu postelju usmjereno na rješavanje zadatka.

Profesionalizirana sestrinska praksa stvara osjećaj poduzetničke klime i umanjuje važnost uspostavljanja humanističkog odnosa između djelatnika i bolesnika. Suosjećanje i ljubav, prijašnji temelji sestrinske skrbi, sada postaju endemi sestrinskog poziva (35).

Fitzgerald i Hooft smatraju da „trenutni zapadni stil zdravstvenog sustava ograničava sestrinsku praksu na takav način da ograničava profesionalne mogućnosti njege i ljubavi.“ Ljubav u sestriinstvu shvaćena je kao spremnost u predanju, dobro drugoga i bez uzajamno stavljanje oboljelog ispred sebe. Pojam „ljubav“ u sestrinskom kontekstu sugerira predanost i stavljanje potreba oboljelih ispred vlastitih. To je odnos u kojem se tolerira volja drugoga (slabijeg) ako je potkrepljeno zdravstvenom teorijom. Ljubav postavlja medicinske sestre korak više nego što posao zahtjeva (36).

Kako bi se smanjila diskriminacija, depersonalizacija i drugi oblici ne poštivanja pacijenta kao osobe u svakom smislu riječi, potrebna je konstantna edukacija i re-edukacija iz područja etike vrlina i nebrojeni pokušaji implementiranja iste u svaki dio sestrinske prakse.



#### 4. ETIKA VRLINA U SESTRINSTVU

Esencija sestrinske profesije počiva na temeljima etike vrlina. Za nju su fundamenti: izvrsne karakterne predispozicije i visoka razina stručnosti, pružanjem i bivanjem uz oboljelog i/ili njegovu obitelj kroz razna stanja i tijekom svih životnih postaja. Pri tom se posebno naglašava čovjekoljublje i spremnost na požrtvornost, koji su duboko su ukorijenjeni u sestrinskoj praksi. Ono se posebno profilira kroz etički temelj, na kojem se treba graditi sveukupan odnos medicinske sestre s pacijentom, kao i medicinske sestre s drugim osobljem s ciljem osiguravanja pravilne bolesnikove zaštite (10).

Kako bi se održala razina čovječnosti i morala u skrbi, medicinske sestre moraju neprestano raditi na održavanju i revitalizaciji vlastitih vrlina. McKinnon definira vrline kao „odabrano raspoloženje da se razmišlja, osjeća i djeluje na način koji je na dobrobit sebi i/ili drugima, a čineći to zato što osoba smatra da tako ljudska bića trebaju misliti, osjećati i ponašati se“ (37). Etika vrlina odražava moralnu svijest u skrbi za pacijenta kao vlastitu moralnu vrijednost a ne kao formalno poslovno načelo (38). Virginia Henderson kaže da je medicinska sestra „privremeno svijest osobe bez svijesti, ljubav prema životu osobe sklone samoubojstvu, noga osobe kojoj je amputirana, oči slijepe osobe, sredstvo kretanja dojenčeta, znanje i samouvjerenost mlade majke, glasnogovornik onih koji su preslabi ili povučeni u sebe“ (23).

Bez obzira na prevladavajuću sestrinsku teoriju, svako djelovanje prema pacijentu trebalo bi biti usmjereno k njegovoj dobrobiti kroz njegu i skrb sa svrhom pokušaja dosezanja vlastite samostalnosti.

Međutim, u praksi medicinske sestre nailaze na dvojbe postupanja prema profesionalnom standardu ili specifičnim željama oboljelog. U teškim životnim situacijama, umiranju ili nošenju s neizlječivim bolestima, kao i gubitkom člana obitelji, medicinska sestra, svjesna da nema univerzalnog pravila, načela, uputa niti kodeksa koji ju vodi, mora pronaći sama svoj smisao kako bi učinila ono što je u najboljem interesu za pacijenta.

Suočene s jedne strane s profesionalnim djelovanjem, a s druge strane s pacijentovim željama, medicinske sestre moraju pronaći onu nit vodilju koja je subjektivna za svakoga i ovisna o drugim čimbenicima. Svaki je čovjek jedinka za sebe i to mora biti nit vodilja sestrinskog poziva.

Pružanjem trenutno najboljeg za pacijenta, suosjećanjem, izbjegavanjem nanošenja boli, pravilnom komunikacijom udruženom sa znanjem medicinska sestra pridonosi stvaranju vrijednosti profesije u očima oboljelog. Medicinska sestra najdulje je uz pacijenta te uz njega stječe iskustvo i snalažljivost za osiguravanje kvalitete života putem kvalitetne skrbi (4).

Čovjekoljublje i skrb vrijednosti su sestrinstva. Pristup čovjeku, osobni osjećaji za ljudske vrijednosti, međusobni odnosi i vlastito iskustvo grade lik medicinske sestre. Lik koji je iznad oboljelog i koji ga vodi, ali s njim stvara ravnopravni, međusobno ovisni odnos. Tada bolesnik shvaća važnost sestrinstva, važnost posvećivanja i lijepe riječi u danu bez posjeta, osmijeh u tuzi, stisak ruke u nemoći i strahu, ohrabrivanje i podrška čak i kada pacijent ne verbalizira potrebu. Tako se gradi lik, poželjnih osobina medicinske sestre.

#### **4.1. Poželjne moralno-karakterne vrline medicinske sestre u odnosu prema pacijentu**

Prof. Štifanić istaknuo je kako je „svaka medicinska sestra vrijedna za svoju struku, zdravstvo i zajednicu onoliko koliko su njezini osjećaji, misli i djela nesebično usmjereni na osiguravanje optimalnih uvjeta obrazovanja, rada i ugleda vlastite profesije čiji je najvažniji cilj: dobrobit pacijenta (39).“ I u tom se očituje temeljna misija humane skrbi, ali i profesionalnog pristupa.

Osiguravanje optimalnih uvjeta i odnosa prema pacijentu prožeto je vrlinama koje su medicinske sestre imale i/ili izgradile kroz posao. Kvalitetnu medicinsku sestru odlikuje ljubav, žrtva, krepost, prijateljstvo i nesebičnost (40). Od medicinske sestre očekuje se razvoj osobina koje će doći do izražaja u odnosu prema pacijentu i njegovoj zajednici, a ne samo u cjelokupnosti njene osobnosti.

Tri izdvojene skupine osobina koje bi jedan optimalni „profesionalac“ u primjeni uvažavanja čovječnosti u integralnoj skrbi primjene holističke medicine trebao imati su: osobine usmjerene na samu medicinsku sestru, osobine koje obuhvaćaju bolesnika, njegovu obitelj i poslovne suradnike te svjesnost vlastitog poslanja kroz odgovornost prema radu (41).

Postoje mnoga istraživanja i teorije koje pretpostavljaju vrline i karakterne crte koje bi medicinske sestre trebale imati. Vrine nisu samo nešto što bi trebala imati određena medicinska sestra kako bi se popravila bolnička praksa. Vrine bi trebale biti baza sestrinskog poziva/profesije.

Razvoj vrlina povećava brigu za pacijenta i razumijevanje njegovog stanja, a ne visoka sposobnost izvršavanja tehničkih zadataka (42).

Armstrong govori o tri ključne vrline: suosjećanje, hrabrost i poštovanje (43). Suosjećanje povezujemo s uključivanjem u patnju druge osobe, razumijevanje njene boli te želja da joj se pomogne. Smatramo ju kao jednim od temeljnih karakternih linija za shvaćanje i kvalitetan rad. U radu, medicinske sestre suosjećaju i tako smanjuju osjećaj bespomoćnosti i ograđenosti. Pacijenti i njihovi članovi obitelji suosjećanje percipiraju kao najveće dobro koje nudi medicinska sestra (44). Iako je centralna karakteristika sestrinstva, teorijski i praktično stvara probleme u shvaćanju i kreiranju plana rada kao i u samom definiranju suosjećanja u sestrinstvu. Često se zamjenjuje suosjećanje s empatijom. Ona je više od emocionalnog odgovora na patnju drugih. Empatija predstavlja pogled iz očiju oboljelog i tako stvara mogućnost da se emocionalno razumiju osjećaji drugih. Bolesnik osjeća da netko uz njega suosjeća s njim često u trenu društvene otuđenosti (2). Tako medicinska sestra postaje osjetljivija za pacijentove osjećaje, potrebe, misli koje bolesnik nosi u sebi, ali ne izražava ili izražava sa zadržkom.

Kroz identifikaciju, medicinska sestra osjeća pacijenta i s pacijentom. No, medicinska sestra treba znati kada prestati „gledati kroz pacijentove oči“ kako ne bi pomiješala percepciju realnosti i stvorila vlastito radno preopterećenje (45). Za takav rad, medicinska sestra mora biti emotivno pripremljena i psihički stabilna, pogotovo ako se uz suosjećanje veže jaka patnja, bol pacijentova prolaznost ili umiranje. Možemo opisati suosjećanje kao prizmu sastavljenu od emocije, svjesnosti i provedene aktivnosti pomiješanu s toplinom i ljubavi prema pacijentu (3). Suosjećanje, samilost i pružanje pomoći u bolesnikovoj potrebi stvara odnos, koji osim moralnog aspekta zahtjeva i spoj stručnog rada utvrđenog znanstvenim činjenicama (46).

Hrabrost je nužna osobina kako bi medicinska sestra mogla zastupati pacijenta kojemu je to potrebno. Hrabrost zahtjeva da imamo vlastitu snagu, viziju za promjene i prihvaćanje novina u radu. Istraživanja su pokazala da je i hrabrost na vrhu kvaliteta koje medicinske sestre trebaju imati i koju javnost od njih očekuje. Biti hrabar znači djelovati s integritetom, kao zastupnik pacijenta, glas koji oboljeli dosad nije imao. Glas pacijenta ali i njegove obitelji ili osobe koje skrbe o oboljelom (47).

Stručni termin za medicinsku sestru u tom pogledu je „odvjetnik pacijentima“ iako smatram da taj pojam nosi preveliku težinu sestrinstvu. Zbog težine pojma, medicinske sestre bježe od tog termina, kao i svega što on nosi jer nije dovoljno definiran, kao niti prikazan u praksi.

Osim zakonom određenog, poštovanje drugih razvija se subjektivno u nama, naučeno od ljudi s kojima smo odrastali i koji su nas formirali. Poštovanje daje pacijentu moć kako bi mogao izraziti potencijalne probleme te kako bi se osjećao kako dio tima. Pacijenti koji su bili tretirani s poštovanjem imali su veći subjektivni dojam kvalitete zdravstvene njege kao i bolje kliničke ishode skrbi (49).

Ljubaznost je početak svakog odnosa, privatnog ili poslovnog. „Čarobne“ riječi, osmijeh, točnost, stavljanje sebe na raspolaganje. Oslovljavanje bolesnika s gospodine ili gospođu odlika je manira. U praksi se često mogu čuti hipokoristici: „bako, djede, dušo, ljubavi, zlato i sl“. Takvo je ponašanje neprimjereno i trebalo bi ga izbjegavati (41).

Neverbalnim znakovima prepoznaju se vedrina, mir i otvorenost. Njima se ohrabruju drugi i lakše ostvaruje povjerenje.

Bolesnik u medicinskoj sestri budi emocije i široku lepezu osjećaja. Često su to pozitivne reakcije (sreća, vedrina, toplina), ali mogu se ispoljiti i negativne emocije (nestrpljenje, grubost u zahvatima, odbijanje). Pacijenti osjete neiskrenost ili hladnoću u odnosu (2). Ako ih se ne sluša aktivno, ako se tipka, čita nešto sa strane, gleda druge pacijente. Sve to govori pacijentu kako medicinska sestra nije zainteresirana za njega. Kako bi izbjegla taj problem, medicinska sestra mora posjedovati komunikacijske vještine, verbalne i neverbalne, kako bi prikupila i odaslala što više informacija (50).

Odgovornom komunikacijom, pacijentu pruža osjećaj razumijevanja, drži do njegova dostojanstva, poštuje njegova prava i njegovu osobnost u cjelini. Samo uvažavajući pacijenta kao cjelovitog subjekta možemo upoznati osobu o kojoj se skrbimo i potaknuti pozitivne emocionalne reakcije kako bi ostvarili pacijentocentričan odnos.

Ostale ne nabrojane osobine medicinske sestre su: savjesnost u radu i vođenost moralnim načelima dobre sestrinske prakse, otvorenost za slušanje pacijenta kako bi on bio spreman verbalizirati strahove, bez kompromisna povjerljivost čak i za stigmatizirajuće teme unutar odnosa; strpljenja za sve, naročito starije osobe kojima je ionako već pomalo težak put (2).

Ključ uspješnog odnosa medicinske sestre i pacijenta je neosuđujuće slušanje i sposobnost prenošenja topline i razumijevanja. Medicinska sestra koja njeguje svoj rad i razvoj često ponovo otkriva davno naučene vrijednosti, ali sada implementirane u novim tehnički zahtjevnijim poslovima. Sve što radi vodi pacijentovoj dobrobiti (40). Medicinska sestra ostvaruje se u pacijentu.

Naspram navedenih osobina, u kliničkoj stvarnosti se susrećemo i s nepoželjnim značajkama.

#### **4.2. Nepoželjne osobine profesionalnih značajki medicinskih sestara**

Pacijenti nerijetko imaju viziju o tome kako bi medicinske sestre trebale raditi i/ili kako bi se trebale odnositi prema njima. Na temelju njihovih zaključaka, predrasuda i stavova ocjenjuju medicinsku sestru kao „dobru“ ili „lošu“ radnicu tj. osobu.

Teško je govoriti o lošim sestrinskim osobinama. Medicinska sestra koja ima loše osobine zapravo nema razvijene vrline odnosno karakterno-moralno-etičke osobine. Pacijentu ne pristupa holistički i radi isključivo po dužnosti koja joj pripada.

Godine 1990. provedena je lista ispitivanja o medicinskim sestrama koja pokazuje da pacijenti percipiraju da su medicinske sestre: osorne, hladne, poslovne, hladnokrvne, imune na patnju, neemocionalne, bezosjećajne itd. (51)

Postavlja se pitanje je li medicinska sestra koju ne zanima dobrobit pacijenata nego vlastita zarada, nekompetentna medicinska sestra? Nekompetentni profesionalac na poslu u kojem se nekompetencija primijeti od strane pacijenata, drugih medicinskih sestara, ali i ostalih zdravstvenih i nezdravstvenih radnika. Nekompetencija je konstantno pravljenje iste pogreške, tehničke ili etičke, bez želje za popravkom i trudom za stjecanjem novih znanja (52). Nekompetencija također predstavlja osnovu za izražavanje mana poput nepoštivanja, nemara, površnosti, indiferencije, neosjetljivosti.

Nema skale kojom se može izmjeriti griješe li medicinske sestre više na tehničkom ili etičkom polju, ali sigurno je da se pacijenti više žale na etičke nego tehničke propuste (42).

I kompetentne medicinske sestre bivaju rastrgane između uloge tehničke funkcije terapeuta i potisnute uloge „brižnog anđela“. Nastaje poslovna rutinizacija zadataka, automatizam i hladan odnos prema bolesnicima.

### 4.3. Poštivanje, uvažavanje i granice u partnerskom odnosu sestra-pacijent

Bolesnik i medicinska sestra grade i održavaju partnerski odnos tijekom cjelokupne skrbi. Odnos medicinska sestra-pacijent-liječnik odavno je skinuto s paternalističkog trona i sada je u tranziciji prema odnosu u kojem će se skrb provoditi s pacijentom, a ne za pacijenta.

Poštivanje pacijenta jedno je od osnovnih etičkih načela. Odnosu u kojem pacijenti nisu pasivni promatrači nego aktivni sudionici. Time se izgrađuje pacijento-centrični pristup, koji treba biti okrenut pacijentu, njegovom fizičkom i psihičkom stanju, stupnju dostojanstva i međusobnom uvažavanju svih sudionika skrbi (2).

Zdravstvena njega smatra se interaktivnim odnosom između jedinstvene medicinske sestre i jedinstvenog pacijenta. U tom uzajamnom odnosu postoji tanka nit koja se profesionalno ne prelazi. U svakom trenu medicinska sestra mora poštovati pacijentovu autonomiju, integritet i pacijenta kao živo biće (3). Članak 3.3. Etičkog kodeksa medicinskih sestara nalaže da: „medicinska sestra uvijek i u svako doba mora održavati profesionalne granice u odnosu s pacijentom. Mora jamčiti da se svi aspekti odnosa isključivo tiču potreba pacijenata (24).“ S dozom opreza u radu, medicinska sestra mora paziti da ne stvori bolesnika ovisnog o sebi budući da sve svoje aktivnosti usmjerava prema bolesniku i njegovim problemima uzrokovanim bolešću. Odnos koji se uspostavi između osobe koja skrb daje i skrb prima mora biti u skladu s najboljim interesom, dogovorene između osoba koje skrbe za bolesnika i bolesnika samoga (3).

Za postizanje partnerstva potrebno je ispuniti pravne preduvjete: prava bolesnika moraju biti dobro zaštićena da se pacijenti osjećaju jednakopravnima, zdravstveni radnici moraju biti upoznati s pravima kako bi ih se mogli pridržavati te interese pacijenata treba zastupati bez vlastitog interesa (53).

Dobrim partnerskim odnosom stvara se bolja komunikacija, aktivna i podijeljena odgovornost te bolja suradnja u svim pravcima skrbi (32).

Medicinska sestra vodi, organizira, započinje i završava komunikaciju. Vodi pacijenta kroz bolničke prostore, educira ga, orijentira, čini nepoznati prostor kratkotrajnim domom (50). Ta prva komunikacija može biti uspješna ili manje uspješna, ovisno o stručnosti iste. Pri prvom kontaktu, medicinska sestra mora biti stručna ali topla, susretljiva ali profesionalna. U kontaktu bolesnika s liječnikom, medicinska sestra često je prevoditelj. Bolestan čovjek često je misaono okupiran na bolest i suočen naglo s novim informacijama, te mu treba vremena za prilagodbu, pisane upute te

kasnija re-edukacija po potrebi. Prožet strahom daljnje sudbine, čovjek često razmišlja kojim će smjerom njegov život ići i kako će bolest utjecati na njega, njegovu obitelj, radno okružje i zajednicu (39).

Aktivnim uključivanjem pacijenta u vlastitu skrb, medicinska sestra osposobljava pacijenta da iskoristi sve svoje mogućnosti i ostvari najveću moguću neovisnost.

Danas se bolesnici suočavaju sa sve više komorbiditeta kao i sofisticiranim liječenjem koje je često doživotno i isprepletено s velikim brojem terapijskih zahvata i medikamenata. U tom procesu poznavanje jedne kvalitetne medicinske sestre i više je nego dovoljno za bolesnika. Razumijevanje i prijateljstvo kao vrlina poželjno je na liječenjima koje se odvija na duge staze, čak i kada nema izlječenja nego samo djelomičnog ozdravljenja kako bi se omogućilo kvalitetniji život i zadovoljstvo bivanjem neovisno o nepotpunoj funkcionalnosti (40). Postoji potreba za svijetom u kojem bi medicinske sestre oslušivale pacijenta, poštivale njegove potrebe za privatnošću kao i za otvaranjem.

Nekoliko je razloga zašto je odnos medicinske sestre i pacijenta važan. Radom na odnosu, pacijent pronalazi priliku za ispoljavanje svojih strahova i težnji, smanjuje izoliranje i dehumanizaciju. Medicinska sestra zagovara pacijente koji ne mogu sami, ranjive i društveno napuštene, njeguje suradnju i razumijevanje. Pomaže pacijentu u procjeni i rješavanju problema kao i učenju o nošenju s vlastitim bremenom. Nalazi načina kako bi ga osamostalila te mu pomaže u situacijama u kojima ne može sam obaviti osnovne aktivnosti ljudskih potreba. Medicinske sestre skrbe za terminalne pacijente sve do njihova kraja te skrbe za zdrave pojedince promičući zdravstveno obrazovanje za svijet koji se mijenja (9).

Osim za pacijenta, beneficije za zdravstveni sustav su mnogobrojne. Iz raznih istraživanja možemo zaključiti da je zadovoljan pacijent odan sustavu, rjeđe ulazi u sudske sporove s bolnicom. Jedan zadovoljan pacijent prenijet će informaciju o zadovoljstvu na četiri odrasle osobe, dok jedan nezadovoljan na deset drugih. Pacijentu kojem se stanje poboljšalo u našoj smjeni čini i nas sretnijima (54).

Medicinske sestre mogu isključivo prosperirati održavanjem moralnog kompasa. One se ostvaruju u radu s pacijentom. Radom za tuđu dobrobit, služenje bolesnom, edukacijom interesnih grupa i drugim aktivnostima medicinske sestre doprinose društvu, profesiji i vlastitom ostvarenju. Zadovoljstvom i motivacijom za rad, medicinske sestre postaju nepresušan izvor pomoći, snaga koja je potrebna bolesniku kako bi mogao napraviti potrebni korak prema ozdravljenju.

Povjerenje koje pacijent daje medicinskoj sestri utječe na njegovo samopouzdanje. Vođen samopouzdanjem, pacijent uzima aktivnu ulogu u svom liječenju, postaje kreativan u donošenju odluka i voljan poduzeti korake koji su mu savjetovani.

Posavjetovan s liječnikom, pacijent želi sam odlučivati o svojoj skrbi uz konstantnu podršku medicinske sestre. Najviše se otvara prema njoj, izražava stavove i strahove. Medicinska sestra motivira ga da postane autonoman zbog vlastite dobrobiti i boljeg ishoda liječenja (55).



## **5. STRATEGIJA INTEGRALNE SESTRINSKE SKRBI**

Provođenje kvalitetne integralne sestrinske skrbi postalo je nužnost zdravstvenih ustanova. Skrb u zdravstvenoj njezi nije pasivni čin, nego aktivno zajedničko sudjelovanje. Svaki je pacijent autentičan, svaka je zdravstvena njega individualna kao što je i svaka medicinska sestra jedinstvena u svom radu, stečenom znanju i iskustvu. To su temelji strateški osmišljenog modela integralne sestrinske skrbi, utemeljenog na normama dobre kliničke prakse.

### **5.1. Poštivanje normi dobre kliničke prakse i etičkih kodeksa struke za ostvarenje čovječnosti u integralnoj sestrinskoj dimenziji**

Uspješnom i kvalitetnom skrbi smatra se rad s pacijentom, a ne rad za pacijenta. Elementi kvalitetne zdravstvene skrbi moraju biti višeznačni i višedimenzionalni. Moraju biti prikladni u onome što je bolesniku stvarno potrebno, pristupačni i pravedni u pružanju usluge, prihvatljivi u pacijentovim očekivanjima, djelotvorni i prilagodljivi (39).

Prilagodba pacijentu koji je uključen u proces zdravstvene skrbi zahtjeva vještinu nastalu iskustvom u radu i stručnost u razvoju etičkih vrlina. Medicinska sestra razvijenih etičkih vrlina pokušava ostvariti krajnji cilj, dobrobit pacijenta, bez obzira je li to ozdravljenje ili pružanje pomoći kroz proces bolesti, te vođenje prema kraju životnog puta, budući da se obolijevanjem mijenja čovjekov identitet. Od osobe širokog raspona snova i prioriteta, javlja se, kao najveća želja, potreba za održavanjem osnovnih životnih funkcija uz pomoć druge osobe. Medicinske sestre u toj širokoj lepezi pomoći ne moraju znati kako sve zadatke riješiti. One moraju, naravno, u skladu s vlastitim kompetencijama, donositi i izvršavati zadatke u pacijentovom najboljem interesu. Moraju znati prepoznati i prioritizirati pacijentove prisutne probleme, a van njihove nadležnosti, kako bi mogle obavijestiti stručnjake koji se bave tim poljem rada. Slikovito, one stvaraju put između nekoliko perspektiva i biraju onaj za koji misle da je najbolji za bolesnika s individualnim problemima (3).

Iako je ovaj rad fokusiran na sestrinsku skrb u kojoj se koriste izmiješane nijanse srca i glave, nema vrline ili postupka koji bi bio više ili manje važan u dosezanju krajnjeg bolesnikovog cilja.

Vođene Etičkim kodeksom medicinskih sestara, medicinske sestre trebale bi širiti ideale vrijednosti profesije i izvršavati dužnosti moralnih normi na koje nailaze. Važnost dužnosti i vrijednosti postaje presudno u određenim situacijama kad se dođe do moralnih ograničenja koja povlače etička i pravna pitanja.

Medicinske sestre, poznavajući prava i dužnosti, ponekad bi morale izaći iz profesionalne uloge, biti pristupačnije, fleksibilnije i pune razumijevanja kako bi ispunile pacijentove životne potrebe. Njegovanjem fizičkih, emocionalnih i psihičkih dimenzija, medicinska sestra motivirana željom pružanja pomoći, razvija se kao profesionalac koji daje najkvalitetniju zdravstvenu njegu. Zadovoljavanjem bolesnikovih potreba nastaje račvanje između medicine utemeljene na dokazima i medicine koja je usmjerena ka pacijentu (42).

## **5.2. Poštivanje prava pacijenata za ostvarenje humanosti i stručnosti integralnog sestrinskog pristupa**

Načela sestrinske prakse izgrađena su na osnovnim pravima svake osobe, na pravu na zdravlje i zdravstvenoj zaštiti pojedinca i zajednice (10).

Osim poštivanja pacijenta kao osobe, prava pacijenata određena su Zakonom o zaštiti prava pacijenata. Kroz 46. članaka opisani su zakoni koji se tiču pacijentovih prava kao i obveza. Zakon je podijeljen na: opće odredbe, prava pacijenata, Povjerenstvo za zaštitu prava pacijenata u jedinici područne (regionalne) samouprave, Povjerenstvo za zaštitu i promicanje prava pacijenata ministarstva nadležnog za zdravstvo, kaznene odredbe i prijelazne i završne odredbe.

Po zakonu, pacijent ima pravo na suodlučivanje, na obaviještenost, na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka. Također, pacijent ima pravo na zaštitu ako se nad njim obavlja znanstveno istraživanje. Ima pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji, na povjerljivost pruženih podataka, pravo na održavanje osobnih kontakata i samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove bez obzira na ishod bolesti, pravo na privatnost i na naknadu potencijalne štete (56).

Medicinska sestra, osim poštivanja pacijentovih prava, ima ulogu vezanu uz razvoj kulture poštivanja prava. Edukacijom o pravima pacijenata, medicinska sestra podučava bolesnike o svjesnosti odgovornosti za sudjelovanje u vlastitom liječenju. Liječnike i drugo zdravstveno osoblje potiče na razvoj svjesnosti o pravima pacijenata kao i o uključivanju pacijenata u tim.

Konstantnom re-edukacijom o pacijentovim pravima, smanjuje se mogućnost ugrožavanja bolesnika, potiče se razmišljanje o bolesniku kao osobi s pravima koja vidi i razmišlja, o skrbi koja mu se pruža. Prava pacijenata ostaju zaboravljena ako su samo napisana na papiru bez da se o njima raspravlja ili razmišlja.

Najčešće kršenje prava pacijenata u bolnici ili drugim zdravstvenim ustanovama odvija se za vrijeme zdravstvene njege. Često prilikom kupanja medicinske sestre zaborave staviti paravane ili zatvoriti vrata te ugrožavaju pacijentovo pravo na privatnost tj. narušava se njihovo dostojanstvo. Pacijentima se presvlače pelene na hodniku, razotkrivajući pritom intimne dijelove tijela. Taj posao se u „žurbi zbog pacijentovog srama“ obavi nedovoljno dobro, pacijent bude izložen pogledima drugih, posramljen te i dalje neuredan. Primjerice, rijetko se može vidjeti dostojanstveni pristup zdravstvenoj njezi. Presvlačenje na hodnicima bez paravana ili ispred drugih ljudi u čekaonici, grubo postupanje s pacijentima, svađanje s dementnim osobama jer su neposlušni, ulaženje svih zaposlenika u sobe kada je pacijentova intima izložena pogledima, odbijanje davanja hrane „zločestim“ pacijentima, postavljanje intravenske kanile ili katetera većeg lumena „lošim“ pacijentima van protokola i bez potrebe za tim, nemar u podjeli terapije, ostavljanje upaljenog svjetla po noći...

Kao i u svakom poslu, „loše“ medicinske sestre su u manjini, no lakše ih se detektira i memorira.

### **5.3. Teorija kulturne različitosti i univerzalnosti sestrinske skrbi u integralnoj dimenziji**

Medicinske sestre ne smiju nikada smetnuti s uma da su svi ljudi jednaki bez obzira iz kakvog okruženja došli ili kojoj podskupini pripadali.

Kako su poslovno okružene s ljudima različitog stupnja obrazovanja, zdravlja, spola, dobi, rase, mišljenja i shvaćanja, medicinske sestre trebaju tijekom školovanja, te radi osobnog rasta, razviti dužnosti poštovanja jedinstvenosti pojedinca i multikulturalnosti zajednice.

Svaki život ima svoju jedinstvenu vrijednost i potrebno mu je pristupiti uvažavajući kulturu skrbi. Ako se pacijentove kulturološke razlike ne prihvaćaju ili naglašavaju, nastaje prostor za diskriminaciju i/ili stigmatizaciju.

Kultura skrbi ima sve širu primjenu s obzirom na migracije te utjecaj socijalnih i drugih promjena koje se zbivaju oko nas. Potrebna je brza integracija pristupa ljudima „drugačijima“ od nas. Bez obzira na anatomske, psihičke ili društvene razlike, sestrinska skrb je univerzalna, svima jednaka, dostupna, čovjeku orijentirana. Medicinske sestre, ulaskom u profesiju, znaju da se od njih očekuje prihvaćanje i solidarnost prema pacijentu, ma tko on bio (3).

Godine 1976. predstavljena je teorija kulture različitosti i univerzalne sestrinske skrbi Madeleine Leininger. Ona promišlja koliko je kulturološko okruženje bitno u svakodnevnom radu s pacijentom.

Bez obzira na univerzalnost zdravstvene skrbi, svaka je skrb povezana s kulturološkim razlikama pojedinca (23).

Osnovne značajke te teorije su: načini, postupci i pristup bolesniku mora biti prilagođeno kulturi koja ga okružuje, razumijevanje i poštovanje temelj je pružanja ili primanja skrbi, multikulturalan pristup trebao bi biti svakodnevica u transkulturalnoj profesiji. Cilj ove teorije je identificirati, analizirati, interpretirati te dokumentirati sve kulturološke faktore koji utječu na zdravlje ili smrt pojedinca uz provođenje postupka koji bi mogli podići stupanj skrbi (7).

Zadaci teorije su: očuvanje, prilagodba i restrukturiranje kulturalne skrbi. Kako bi se bolje shvatila teorija koristi se model *Sunrise* koji identificira faktore koji se uzimaju u obzir prilikom pacijentu okrenute njege. Ti faktori su: tehnološki, religijski, socijalni, kulturološke vrijednosti, običaji, jezik, povijest, politika i zakonodavstvo, ekonomija i sustav obrazovanja.

Zadaci medicinske sestre u transkulturalnoj njezi bolesnika su: motivacija i interes za kulturalne razlike, nepristranost, svijest i sposobnost prihvaćanja kulturoloških razlika, strpljenje i tolerancija, razvoj općeg znanja kroz poznavanje osobitosti stranih kultura, razvoj komunikacijskih vještina i empatije.

Iako je predstavljena 1976. godine, teorija je kod nas tek nedavno krenula iz povoja. Iako još nije zaživjela, svakim danom je bliža. Naše zadaci su vezane za poticanje i edukaciju medicinskih sestara na prihvaćanje i provođenje teorije kulture različitosti i univerzalnosti skrbi.

Zdravstvena njega prilikom koje se uvažavaju svi pacijentovi aspekti i koja je usmjerena pacijentu može se nazvati kvalitetna zdravstvena njega.

#### **5.4. Humanističko obrazovanje i bioetička edukacija medicinskih sestara usmjerena prema čovječnosti u sestrinskoj skrbi**

Razvojem bioetičkog kodeksa vlastite struke, povećalo bi se razumijevanje za pacijenta i kvalitetno uvažavanje njegovih osjećaja, emotivnost i zrelost u radu, nježnost i odgovornost, samostalni i timski rad kao ostvarenje humanog i profesionalnog odnosa.

Odgovorna medicinska sestra treba posjedovati hrabrost i sposobnost kako bi učinila iskorak prema poštivanju humanih, profesionalnih, etičkih vrijednosti i načela koja tu profesiju čine univerzalnom (16).

Također, za pružanje kvalitetne skrbi potrebno je znanje. Razumjeti i znati tko su drugi oko nas, koje su njihove individualne potrebe i kako im pomoći u ostvarivanju istih. Pomoći bolesniku da upozna sebe, mogućnosti i unutaraju snagu, kao i prisutna ograničenja (57).

Da bi medicinska sestra odgovorno pristupila svim spomenutim izazovima sestrinske skrbi i odmaknula se od tehničkog održavanja, osim postojeće edukacije u okviru stručne srednjoškolske i/ili veleučilišne naobrazbe te pravne regulative vlastite profesije, mora raspolagati odgovarajućom akademskom i/ili znanstvenom naobrazbom (16).

Sestrinstvo u praksi nema dovoljno razvijenu edukaciju iz bioetike i pacijentoentričnog sustava. Razvojem tih grana, medicinska sestra mogla bi se ravnopravno uključiti u teorijske aspekte etičke analize, rasprave i vrednovanja (46).

Sestrinska profesija, kao grana „iz povoja“, treba u obrazovni plan i program uključiti više tema koje se dotiču pacijenta u tehničkoj skrbi te ponovnog razvoja odnosa u sestrinstvu koje je isprepletano administracijom, tehnologijom i fokusiranom na zahvate.

Bez obzira na obrađivane teme, studijski program mora osposobiti buduće medicinske sestre na odgovornost u obavljanju poziva, stručnim znanstvenim napredovanjem, te etičko-humanom stavu prema bolesnicima, suradnicima, struci i samome sebi (2).

Osim edukacije kroz obrazovne ustanove, vrline medicinske sestre razvijaju se putem radnih institucija. Zdravstvene ustanove mjesto su gdje medicinska sestra uči kako postati kompetentna u radu i što to dobra profesionalka jest. Taj razvojni zadatak može se ostvariti ako medicinske sestre imaju predispoziciju za moralni razvoj, priliku za kopiranje drugih u radu i modeliranje od drugih.

Bradshaw navodi kako sestrinska praksa mora svoj temelj pronaći na znanju, a medicinska sestra u radu mora imati tehničke kompetencije i karakterne osobine ljubaznosti, pristojnosti i suosjećanja. Ako je institucija u kojoj se medicinska sestra razvija dobro modelirana, male su šanse da ona, kada izlazi iz tog sustava, bude drugačijeg ponašanja od okoline (7).

Medicinska sestra preuzima svu odgovornost, vodstvo i potreban stav u izravnom pružanju sestrinske zaštite. Samostalna je praktičarka odgovorna za pruženu skrb te kompetentna u određivanju osobnih potreba u daljnjem obrazovanju (12).

Svatko bi morao dati svoj doprinos u sestrinstvu kroz čitanje ili pisanje znanstvenih/istraživačkih radova kako bi se ostvario razvoj potencijala struke (16). Naravno, gomilanje nepreglednog stručnog i znanstvenog znanja ne rezultira nužno i pravilnim moralnim kompasom. Zato je nužno integrirati odgoj i obrazovanje putem moralne orijentacije. Trajna bioetička edukacija, kao i radna implementacija, može pomoći u izgradnji i širenju moralnosti, etike skrbi i unaprjeđenju međuljudskih odnosa (7).

Strategija integralne sestrinske skrbi mora biti vođena dobrom kliničkom praksom, razvojem etičkih kodeksa struke, poštivanjem pacijentovih prava, humanističkim obrazovanjem, bioetičkom edukacijom i sestrinskom univerzalnosti u skrbi.

Uz volju, rad i edukaciju mentora, učitelja, glavnih sestara, voditelja timova i radnih kolega moguće je ostvariti integralnu skrb u kojoj bi pacijent, uz zbrinjavanje primarnih zdravstvenih problema, osjetio toplinu i prihvaćanje. To nije posao preko noći. Trebat će vremena i sustavnog rada da se implementira cjelovita etika skrbi, no to je svakako ostvariv zadatak.

## 6. ZAKLJUČAK

S obzirom na to da svaka bolest, u značajnoj mjeri mijenja pacijentovu percepciju i psihofizičko stanje, pripadnici sestrinske profesije u svom svakodnevnom kliničkom radu trebaju biti vođeni uvažavanjem holističkih dimenzija skrbi o bolesniku kako bi osigurali profesionalan i human pristup osobama u skrbi te tako ostvarili integrativnu zdravstvenu skrb.

Zadaće medicinske sestre vođene su uvažavanjem pacijentovih potreba putem holističkog pristupa u skrbi, očuvanjem dostojanstva, prihvaćanjem integralnosti i izbjegavanjem diskriminacije.

Pacijent od medicinske sestre očekuje stručnost, brzinu u radu, točnost, sposobnost prožetu humanim djelovanjem i razumijevanjem. Svaki oblik diskriminacije pacijenta, uključujući i ne namjernu diskriminaciju, dovodi do nepovratnog narušavanja odnosa na relaciji medicinska sestra – pacijent. Profesionalan odnos postiže se kada medicinska sestra poštuje pacijentova prava, uvažava njegovu individualnost, etički kodeks profesije i zakonske propise rada.

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

Iz tih je razloga, nužna trajna edukacija medicinskih sestra o humano-etičkom pristupu prema oboljelom. Edukacijom se budi svijest medicinskih sestara o pacijento-centričnom sustavu, onomu u kojem pacijent nije samo objekt primjene skrbi, nego cjelovita osoba fizičke, psihičke i duhovne komponente.

Za uspješno djelovanje unutar sestrinske profesije potrebno je osigurati uvjete koji su usmjereni ostvarivanju integrativnog sestrinstva: obrazovanjem, motivacijom i primjenom naučenog u praksi. Medicinska sestra kao medijator unutar terapijskog postupka mora imati znanja i vještine iz područja zdravstvene njege kao autonomnog područja te iz područja medicine, humanističkih i društvenih znanosti. Uloga posredovanja zahtjeva razumijevanje sadržaja drugih disciplina, analiziranje prioriteta i filtriranje podataka, razvijanje sposobnosti suočavanja s novim situacijama, razvijene komunikacijske vještine i samosvijesti o vrijednostima vlastite profesije.

Kompetentnost u radu medicinske sestre očituje se prepoznavanjem bolesnikovih potreba, razvijanjem čovječnosti u radu, pronalaženjem objektivnog rješenja za pacijentove probleme te holističkom skrbi koja otvara vrata za pacijentove osjećaje (3).

Sestra Lujza u svom dnevniku piše: „*Ona ima srce idealistkinje sa životnom snagom i voljom da oživotvori svoje sanje; njezino tijelo je jako i sposobno za rad; shvaća i ima razumijevanja; vidi život onakav kakav jest, s malo iluzija, ali nije pesimistkinja; poznaje teški put kojeg si je odabrala te ne tuži se na njegove tegobe; praktična je, sposobna i vjerna; njezine se usne smješkaju od žara volje i njezine oči sjaju od vizije dužnosti. Ona stoji u našoj sredini odvažna i živahna, a njezin idealizam grije srca čovječanstva kao mirni i pravilni plamen. Njoj se punim pravom može reći: „Na tamnim putevima života, budi svjetlo.“ (58)*



## 7. ZAHVALA

Zahvalan sam za nebrojene stvari koje život pruža.

Obrazovnoj instituciji koja mi je proširila horizonte i sumentorici izv. prof. dr. sc. Suzani Vuletić  
koja je odredila smjer ovog rada.

Najveće zahvale dugujem obitelji i prijateljima. Hvala im što me usmjeravaju i bodre. Iako nema potrebe da to naglašavam, njihova prisutnost i ohrabrenje vodi me ulicama života. Slatko krivudavim doduše.

Neka ova zahvala uključi sve putnike koji sam pokupio po putu.

Hvala na lijepim lekcijama onima koji više nisu tu.

Zauvijek ću biti zahvalan za smijeh, ljubav i sreću.

Predivne darove od života sam primio.

## 8. LITERATURA

1. Škes M. Nastavni zavod za javno zdravstvo Dr Andrija Štampar [Internet]. 01.09.2014. [pristupljeno 21.09.2020.] Dostupno na: <http://www.stampar.hr/hr/svijet-treba-vise-covjecnosti-svjetski-humanitarni-dan-19-kolovoza>
2. Vuletić, S. Profesionalna autonomija sestrinstva utemeljena na znanstveno humanističkoj odgovornosti. (scripta ad usum privatum), Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Akademska godina 2013/2014.
3. Kalauz S, Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma. Zagreb: Pergamena; 2011.
4. Matulić T, Identitet, profesija i etika sestrinstva. Bogoslovska smotra, 2007;77(3):727-744.
5. Šegota I. Etika sestrinstva. Smiju li medicinske sestre štrajkati? Društvena istraživanja, 1995;4(1):101-124.
6. Večernji list. Na Trsatu obilježen Međunarodni dan sestrinstva. [Internet]. Dostupno na: <https://www.vecernji.hr/vijesti/na-trsatu-obiljezen-medjunarodni-dan-sestrinstva-408848> [pristupljeno 19.19.2020.].
7. Kalauz S. Etika u sestrinstvu, Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
8. Vuletić S. Znanost, filozofija i teorija u sestrinstvu. (scripta ad usum privatum), Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Akademska godina 2014/2015.
9. Castledine G. The importance of the nurse–patient relationship. British Journal of Nursing. 2004;13(4):231-231.
10. Mojsović Z. i sur. Sestrinstvo u zajednici. Zagreb: Visoka zdravstvena škola; 2005.
11. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. Academic Medicine. 2000;75(6):612-616.
12. Salvage J. Sestrinstvo u akciji. Zagreb: Zonta klub Zagreb, 1994.
13. Henderson V. The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education. New York: Macmillan; 1966.
14. Dock L, Stewart I. A short history of nursing. New York: Puntam; 1938.
15. Brunner L. Suddarth D. Textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia: Lipincott; 1988.
16. Kozić S. Odgovoran sestrinski pristup prema pacijentu. Zagreb: Medicinski fakultet, Sveučilišni diplomski studij sestrinstva; 2015.
17. Šepec S. Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.
18. Santrić V, „Osnovni tokovi i problemi profesionalizacije zanimanja: Slučaj sestrinstva“, Revija za sociologiju, 21, (2/1990), str. 311-339.

19. World health organization. Quality of Care. (1st ed.). France: WHO; 2006.
20. Zakon o sestriinstvu NN 121/03
21. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Christian Virtues in Medical Practice. Washington, DC: Georgetown University Press, 1996.
22. Basler T. Holistički pristup psihijatrijskom bolesniku [Internet]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci; 2019 [pristupljeno 10.11.2020.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:853537>.
23. Marriner-Tomey A, Raile Alligood M. Nursing Theorists and Their Work. (5 ed.). USA: Mosby; 2002.
24. Narodne novine. Zakon o sestriinstvu. Broj 121/03. Etički kodeks medicinskih sestara. članak 14. Zagreb: HKMS; 2005. Dostupno na: [http://www.hkms.hr/data/1321863874\\_853\\_mala\\_Eticki%20kodeks.pdf](http://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_Eticki%20kodeks.pdf)
25. Fry, T. S. Toward a theory of nursing ethics, *Advances in nursing science*. 1989;11(4):9-22.
26. Rita C. Manning, *Speaking from the Heart: A Feminist Perspective on Ethics*. Just caring, Rowman and Littlefielt Lanham, 1992.,61-65
27. Babić-Bosanac S, Borovečki A, Fišter K, Patients rights in the Republic of Croatia-between the low and reality, *Medicinski Glasnik*. 2008;5(1):37-43
28. Maslach C, Schaufeli VB, Leiter PM. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001;53:397- 422.
29. Orešković S. Depersonalizacija medicinskih sestara u kontekstu bio tehnologijski zasnovane medicine. *Revija za sociologiju*. 1990;21(2):391-399.
30. Ten have H.A.M.J., Gordijn B. *Handbook of Global Bioethics*. United States: Springer; 2014.
31. «diskriminacija». *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje*. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2020. Pristupljeno 13.10.2020. Dostupno na: <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=15411>.
32. Štifanić M. Ima li nade za kute i pidžame?: položaj pacijenta i liječnika u bolesnom zdravstvu. Rijeka: Udruga Pacijent danas; 2003.
33. Tringo J. L. The hierarchy of preference toward disability groups. *The Journal of Special Education*, 1970;4(3):295–306.

34. Zurak N. Medicinska etika. Zagreb: Merkur ABD; Medicinski fakultet; 2007.
35. Rad M, Mirhaghi A, Shomoossi N. Loving and Humane Care: A Missing Link in Nursing. *Nursing and Midwifery Studies*. 2016;5(2):36-44.
36. Fitzgerald L, Van Hooft S. A socratic dialogue on the question 'what is love in nursing?'. *Nursing Ethics*. 2000;7(6):481-491.
37. McKinnon C. Character, virtue theories, and the vices. Peterborough [etc.]:Broadview Press; 1999.
38. Marinić R. Identitet, integritet i autonomija sestrinske profesije u Republici Hrvatskoj. Varaždin; 2016.
39. Štifanić, M. Što sestre rade na fakultetu!?. Rijeka: Udruga Hrvatski pokret za prava pacijenata; 2011.
40. Brdarević M, Pranjić Kozlek Z. Prijateljstvo kao vrlina u praksi medicinske sestre u odnosu na Aristotelovu etiku. *Journal of Applied Health Sciences*. 2017;3(1):89-98.
41. Vlaović M, Coha B. Moralne osobine medicinske sestre. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*. 2011;7(28):37-38.
42. Trzun Šanje B., Karakterne osobine, etička pitanja i svakodnevni rad medicinskih sestara. diplomski rad. Zagreb: Medicinski fakultet, Sveučilišni diplomski studij sestrinstva; 2018.
43. Armstrong AE. Towards a strong virtue ethics for nursing practice. *Nursing Philosophy*. 2006;7(3):110-24.
44. Heyland DK, Dodek P, Rocker G, et al. What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;174(5):627-33.
45. Ljubičić M. Komunikacija u zdravstvenoj njezi bolesnika oboljelih od ishemične bolesti srca. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*. 2011;7:28
46. Kalauz S. Bioetika u sestrinstvu. *Medicina Fluminensis* [Internet]. 2008 [pristupljeno 25.10.2020.];44(2):129-134. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/26836>
47. Compassion in Practice: Nursing, Midwifery and Care staff - Our Vision and Strategy: Commissioning Board Chief Nursing Officer and DH Chief Nursing Adviser 2012 Dostupno na: <https://www.england.nhs.uk/wpcontent/uploads/2012/12/compassion-in-practice.pdf>
48. United Nations. Universal Declaration of Human Rights. Trocadéro: United Nations; 1948.

49. Joffe S. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. *Journal of Medical Ethics*. 2003;29(2):103-8.
50. Paravlić F. Riječ kao lijek. Sarajevo: Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo (etc); 2006.
51. Mastilica M. »Angels of Mercy« – Stavovi društvenih grupa o medicinskim sestrama. *Revija za sociologiju* [Internet]. 1990 [pristupljeno 25.10.2020.];21(2):341-353. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/155325>
52. Good M-JD. *American medicine: the quest for competence*. Berkeley: University of California Press; 1999.
53. Rušinović-Sunara Đ., ur. (2006): *Sestrinstvo sigurnost i prava pacijenta: Prava pacijenata i partnerski odnosi u sustavu zdravstva*. Zbornik radova. Zagreb: Zdravstveno Veleučilište.
54. Prakash B. Patient satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*. 2010;3(3):151-155.
55. Kalauz S. *Organizacija i upravljanje u području zdravstvene njege*. Zagreb: Visoka zdravstvena škola; 2008.
56. *Zakon o zaštiti prava pacijenata NN 169/04, 37/08*
57. Mayeroff M. *On caring*. Harper Perennial; 1971.
58. Grković-Janović S. *Lujzin dnevnik*. Zagreb: Srednja Europa; 2008.

## 9. ŽIVOTOPIS

Ivan Domitrović, rođen je u Sisku gdje i završava srednju medicinsku školu. Po završetku Zdravstvenog Veleučilišta u Zagrebu obavlja pripravnički staž u Klinici za infektivne bolesti “Fran Mihaljević”. Nakon toga stiče radno iskustvo i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te potom gradi iskustvo u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu “Sestre milosrdnice”. Trenutno radi u centru za klinička ispitivanja „Solmed“.

Zanimanje za sestrinstvo potvrđuje pisanjem radova, provođenjem istraživanja i odlaskom na edukativne tečajeve i kongrese.

Uz primarni posao, Ivanov život se odlikuje dugogodišnjim volonterstvom u raznim organizacijama i vođenjem prve pomoći za podmladak i mladež u sklopu Crvenog križa.