

Primjena teorije skrbi o čovjeku u području pedijatrijske sestrinske skrbi

Mudri, Andrea

Master's thesis / Diplomski rad

2020

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/um:nbn:hr:105:289409>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-10**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Andrea Mudri

**Primjena „Teorije skrbi o čovjeku“ u području
pedijatrijske sestrinske skrbi**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2020.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Andrea Mudri

**Primjena „Teorije skrbi o čovjeku“ u području
pedijatrijske 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 vodstvom izv.prof.dr.sc. Ane Borovečki, dr. med., prof. i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2019./2020.

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Razvoj „Teorije skrbi o čovjeku“	3
2.1 Od faktora njege prema procesima kliničke (nesebične) njege	5
2.2 Humanističko - altruistička vrijednost teorije	7
3. Profesionalno sestrinstvo	8
3.1 Sestrinstvo kao znanost i filozofija o skrbi	10
4. Primjena „Teorije skrbi o čovjeku“ u pedijatrijskom sestrinstvu	12
4.1 Uloga emocija u razvoju odnosa medicinska sestra-dijete-obitelj	18
4.2 Uloga okoliša i u procesu skrbi	19
4.3. Samoaktualizacija	22
5. Zaključak	24
6. Zahvale	26
7. Literatura	27
8. Životopis	31

Sažetak

Sestrinstvo je profesionalna disciplina usredotočena na proučavanje ljudskog zdravlja i liječenja putem sestrinske skrbi. Zadaća sestrinstva je njega bolesnika i zaštita zdravih osoba.

Postoje razne teorije zdravstvene njege. Jedna od njih je „Teorija skrbi o čovjeku“ autorice Jean Watson. Teorije u sestrinstvu temelj su znanja koja su strukturirana i organizirana kao podrška praksi u radu medicinskih sestara. „Teorija skrbi o čovjeku“ podupire važnost pacijentove percepcije sestrinske skrbi.

U ovome radu prikazana je ukratko „Teorija skrbi o čovjeku“ te njena primjena u području pedijatrijske sestrinske skrbi.

Hospitalizacija djeteta uzrokuje brojne emocionalne i socijalne promjene u obitelji, dovodeći do promijenjenih odnosa u obitelji i potrebe prilagođavanja roditeljske uloge novonastaloj situaciji.

Watson naglašava važnost holističkog pristupa, transpersonalne povezanosti između medicinske sestre i roditelja te ulogu emocija u razvoju odnosa medicinska sestra – roditelj – dijete.

U pedijatrijskoj sestrinskoj skrbi važna je briga o cijeloj obitelji. U pristupu roditeljima medicinska sestra/tehničar treba se prilagoditi individualnim potrebama pojedine obitelji, njihovom emocionalnom stanju, stupnju obrazovanja i kulturalnim osobitostima. Medicinska sestra prvenstveno mora biti svjesna i dobro upoznata s pacijentovim potrebama za njegom.

Ključne riječi: sestrinstvo, sestrinske teorije, „Teorija skrbi o čovjeku“, pedijatrijska sestrinska skrb, Jean Watson

Summary

Nursing is a professional discipline focused on the study of human health and treatment through nursing health care. The task of nursing is to care for the sick and to protect healthy people.

There are various theories in nursing, one of which is Jean Watson's "Theory of Human Caring". Nursing theories are the foundation of knowledge that is structured and organized to support practice in the work of nurses.

The paper presents the development of the "Theory of Human Caring" and presents the application of the theory in the field of pediatric nursing..

Watson emphasizes the importance of a holistic approach, the transpersonal connection between the nurse and the parent, and the role of emotions in the development of the nurse-parent-child relationship. Hospitalization of the child causes numerous emotional and social changes in the family, leading to changed relationships in the family and the need to adjust the parental role new situation.

In pediatric nursing care, caring for the whole family is important. In approaching parents, the nurse / technician should adapt to the individual needs of each family, their emotional state, level of education and cultural characteristics. The nurse must primarily be aware of and well acquainted with the patient's care needs.

Keywords: nursing, nursing theories, "Theory of human care", pediatric nursing, Jean Watson

1. Uvod

Sestrinstvo je profesionalna disciplina usredotočena na proučavanje ljudskog zdravlja i liječenja putem sestrinske skrbi (1).

Prema definiciji iz *Hrvatske enciklopedije* sestrinstvo je „zvanje koje je poteklo iz skrbi za nemoćne i bolesne članove zajednice, koju su provodile žene koje su svoja umijeća prenosile usmenom predajom, danas je to zvanje kojemu je uloga njega bolesnih i zaštita zdravih osoba, a obavljaju ga medicinske sestre“(2).

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije „Sestrinstvo podrazumijeva pružanje zdravstvene njege samostalno ili u timu, svim dobnim skupinama, pojedincu, obitelji i zajednici, bolesnima ili zdravima u svim okolnostima“(3).

Sestrinstvo se kroz povijest smatralo strukom koja pruža pomoć i njegu bolesnima, nemoćnima, ranjenima i siromašnima te se smatralo kako za pružanje te pomoći nije potrebno neko posebno stručno znanje i metode. Međutim, od Florence Nightingale pa sve do danas, pojavila se potreba za stručnom naobrazbom njegovatelja, odnosno, njegovateljica (4).

Praksa sestrinstva temelji se na znanju sestrinstva koje se sastoji od filozofije, teorija, koncepata, principa, istraživačkih nalaza i prakse. (1)
Postoje razne teorije u sestrinstvu. Jedna od njih je „Teorija skrbi o čovjeku“ autorice Jean Watson. Prema Watson (2008.) ova je teorija pokušaj pronalaženja i produbljivanja jezika specifičnog za razvoj odnosa medicinska sestra - pacijent.(1)

Nakon što se spoznalo da se dijete razlikuje od odrasle osobe, stvorena je posebna grana u medicini koja proučava djecu – pedijatrija.(2) Prvo je medicinsko zbrinjavanje djece u Europi zabilježeno u XVIII. st., a prva bolnica za stacionarno liječenje djece osnovana je 1802. u Parizu.(2) U Republici Hrvatskoj, početci zdravstvene zaštite djece javili su se u drugoj polovici XIX. st. Bečki su liječnici potkraj XIX. st. u Velom Lošinj i Rovinju osnovali prve bolnice za klimatski oporavak djece, koje su opstale sve do danas (2). U početku XX. st. pojavili su se prvi moderni pedijatri. Najznačajniji je bio Radovan Marković, koji je u zagrebačkoj Bolnici sestara milosrdnica 1904. godine osnovao prvi dječji odjel u Hrvatskoj (2). U okviru novoosnovanoga Medicinskoga fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Ernst Mayerhofer 1923. godine utemeljio je prvu Kliniku za pedijatriju na području bivše Jugoslavije, koja djeluje i danas, i koja je bila rasadištem moderne pedijatrije širom zemlje.(2)

Hospitalizacija djetetu može puno teže pasti nego odrasloj osobi. Među pojedinim elementima bolničkog zbrinjavanja djece mnogobrojna istraživanja pokazuju da roditelji najveću važnost pridaju odnosu zdravstvenog osoblja prema bolesnom djetetu i njegovim roditeljima, kao i dosljednom, točnom i potpunom načinu informiranja roditelja. Na drugom je mjestu prema važnosti mogućnost zajedničkog boravka s djetetom ili otvorene mogućnosti posjeta bolesnomu djetetu. (2) Kroz davanje informacija o stanju djeteta zdravstveni djelatnici iskazuju i empatiju s roditeljem bolesnog djeteta te se u procesu razgovora zdravstvenog djelatnika i roditelja cijela obitelj postepeno oslobađa straha, dobivajući dojam sigurnosti i povjerenja u osoblje.

U Republici Hrvatskoj je u svibnju 1999. pokrenuta akcija „Dječji bolnički odjeli - prijatelji djece“. Akcija je u organizaciji Saveza društava „Naša djeca“, Hrvatskog društva za socijalnu i preventivnu pedijatriju i Hrvatske udruge medicinskih sestara – pedijatrijska sekcija. Program je razrađen u 12 koraka koje trebaju ostvariti dječji odjeli da bi nakon ocjenjivanja mogli dobiti naslov „Dječji bolnički odjeli - prijatelji djece“. Inicijativa je izazvala veliki odaziv dječjih bolničkih odjela, te se 35 odjela u Hrvatskoj do sada priključilo navedenoj inicijativi. (5)

Ovom inicijativom razvija se novi pristup djetetu u bolnici te se nastoji bolnička sredina učiniti što više prijateljskom za dijete, posebna briga vodi se o indikacijama za hospitalizaciju i o načinima zbrinjavanja djece u dnevnim bolnicama, posjete su neograničene, omogućen je zajednički boravak djece i roditelja u bolnici, djeci se pružaju i ostale zanimljivi i korisni sadržaji, a zdravstveni djelatnici su posebno educirani kako pristupiti djetetu i roditelju te na razumljiv i prihvatljiv način dati potrebne informacije. (5)

Hospitalizirana djeca uživaju u istim dobrobitima igara kao i zdrava djeca, međutim, postoje neke dodatne igre koje hospitaliziranoj djeci mogu olakšati boravak u bolnici. Jedna od ključnih dobro bitnih igri za hospitaliziranu djecu jest odvlačenje pažnje i razonoda. Djetetu se kroz igru može pomoći da razumije, prihvati i navikne se na hospitalizaciju. U igri se odražavaju dječji strahovi, napetosti i snovi. Djeca se igrom izražavaju ako im nedostaje riječi ili ako ne mogu govoriti nakon invazivnog postupka ili tretmana. Igra može poboljšati suradnju između djece i osoblja bolnice, što može dovesti do lakšeg povjeravanja svojih osjećaja i briga medicinskom osoblju. (6)

Također, hvale vrijedna pomoć hospitaliziranoj djeci je i Udruga Klaunovi doktori-Crveni nosovi osnovana 2010. godine s ciljem pružanja psihosocijalne podrške pomoću humora i životne radosti. Svojim pristupom, u bolničko okruženje unose novi način komunikacije s djecom otklanjajući pažnju od bolesti putem smijeha, životne radosti i igre.

Svakom djetetu, bilo u igri, bilo u njezi i skrbi treba pristupiti individualno jer je ono na sebi svojstven način specifično i osjetljivo. Kako bi se boravak djeteta u bolnici odvio što bezbolnije za samo dijete, potrebna je posebna psihološko socijalna komunikacija s djecom i roditeljima. Maksimalno uključivanje roditelja u postupke liječenja i zdravstvene njege, uvelike smanjuje nesuradnju, tjeskobu i stres kod djeteta. Kvalitetna informiranost u skladu s dobi i pozitivno bolničko okruženje čak i bez obzira na ozbiljnost bolesti značajno olakšavaju suočavanje s novonastalom situacijom. Važnost boravaka roditelja uz dijete u bolnici, ukoliko je to moguće, neupitna je i rezultira povoljnijim tijekom liječenja i oporavka. Prije svega priprema djeteta na svaki nepoznati postupak počevši već od samog dolaska u bolnicu izuzetno je važno i kasnije opisuje daljnji doživljaj nastale promjene u svakodnevnom funkcioniranju. (7)

Odgoda u davanju egzaktnog odgovora, nestrpljivost i razdražljivost u komunikaciji, lažne ili reducirane informacije, korištenje pretjerano stručnog jezika najčešći su prigovori od strane roditelja na komunikaciju sa zdravstvenim djelatnicima. Ograničavanje prava roditeljima na posjet i kontakt s djetetom, neugodan ton pri komunikaciji šalju poruku roditeljima da nisu dovoljno kompetentni. (9)

Jedan dio sestrinstva uključuje također i brigu o djeci i vezan je uz sestrijsku pedijatrijsku skrb. Svakom djetetu treba pristupiti individualno, što znači da medicinska sestra/ tehničar treba biti sposoban prilagoditi se pojedinom djetetu i njegovim potrebama te se upoznati s njegovim emocionalnim stanjem, stupnju obrazovanja i kulturalnim osobitostima.

„Teorija skrbi o čovjeku“ nadopunjuje skrb o pacijentu i obitelji te ima važnu ulogu i u pedijatrijskom sestrinstvu. U ovome radu ukratko je prikazan razvoj „Teorije skrbi o čovjeku“ te primjena teorije u području pedijatrijske sestrijske skrbi.

2. Razvoj „Teorije skrbi o čovjeku“

Sestrijske teorije temelj su znanja koja su strukturirana i organizirana kao podrška praksi u radu medicinskih sestara. Danas u svijetu postoji razlika između teorije i prakse sestrinstva, što znači da se teorijski modeli rijetko koriste. Upravo zbog toga se u nekim državama, poput Sjedinjenih Američkih Država povećava broj studija koje izučavaju teoriju i praksu. Ove studije sugeriraju da približavanje medicinskih sestara pacijentima putem teorije skrbi ima pozitivne posljedice, poput povećanja zadovoljstva pacijenata i rada medicinskih sestara, omogućujući poboljšanje standarda kvalitete cijelih institucija. Stoga teoretski okviri u

sestrinstvu postaju prepoznatljivi po svom pozitivnom utjecaju na praksu. Teoretski okviri utemeljeni na znanosti o skrbi doprinijeli su poboljšanju u ekonomičnosti njege pacijenata, komunikaciji i obrazovanju, napretku sestrijskih istraživanja, prepoznavanju i uvažavanju medicinskih sestara kao profesionalca. (10)

Jean Watson 1979. godine predstavila je svoju teoriju pod nazivom *Theory of human caring*; „Teorija skrbi o čovjeku“. Cijela teorija bila je zasnovana na deset faktora skrbi:

1. formuliranje humanističko-altruističnog sustava vrijednosti,
2. ulijevanje nade i vjerovanja,
3. njegovanje osjetljivosti za sebe i druge,
4. razvoj odnosa pomoći i povjerenja,
5. promicanje i prihvaćanje izricanja pozitivnih i negativnih osjećaja,
6. sistematična uporaba kreativnih znanstvenih metoda rješavanja problema kao temelj za donošenje odluka,
7. promicanje interpersonalnog podučavanja i učenja,
8. osiguravanje podržavajućeg, zaštitničkog i korektivnog mentalnog fizičkog, sociokulturnog i spiritualnog okruženja,
9. dostojanstvena pomoć pri zadovoljavanju ljudskih potreba,
10. uključivanje egzistencijalističkih, fenomenoloških i spiritualnih snaga) za koje se smatra da su temelj sestrijske profesije. (11)

Deset originalnih faktora skrbi ostaju bezvremenska strukturna jezgra teorije. Faktori skrbi pružili su okvir za razvoj discipline i profesije sestrijsva, te pružili dublju viziju i etičku predanost ljudskim dimenzijama skrbi u sestrijsvu - umjetničkom i humanističkom znanju.(12)

Teorija skrbi o čovjeku je nastala iz težnje da Jean Watson unese novo značenje i dostojanstvo u rad i svijet sestrijske i bolesničke skrbi. (9)

Njezin rad proizašao je iz njezinih vlastitih vrijednosti, uvjerenja, viđenja i iskustva vođen retoričkim pitanjima kao na primjer, što znači biti čovjek? Što znači briga? Što znači liječiti?

Teorija koju je razvila Jean Watson stavlja znanost o skrbi na početnu točku sestrinstva kao discipline, nudeći temelj za profesiju i skrb temeljen na metafizičkim, filozofskim i moralnim paradigmama, poštujući značaj ljudi u njihovoj individualnosti i umu (cjelovitost tijela i duha).

2.1 Od faktora njege prema procesima kliničke (nesebične) njege

Zdravstvena skrb mora biti posebno usredotočena na međuljudske odnose, jer je trenutak pružanja njege izraz interakcije dvoje ili više ljudi. Za Jean Watson razvoj ovih interakcija može se dogoditi transpersonalno. (13)

Faktori skrbi identificirani su kao suština profesionalne sestrinske prakse, kojom se identificira i održava profesionalna skrb i njezin bezvremenski disciplinarni stav u pogledu brige u društvu. (10)

U nastavku razvoja svoje teorije Jean Watson promijenila je izraz faktori skrbi u karitativne faktore odnosno u faktore kliničke karitativne njege odnosno procese kliničke nesebične njege.

Kroz ono što Watson naziva faktorima kliničke karitativne njege zrcali se interakcija znanosti i humanizma organizirana u smjernice za svjesnu praksu sestrinske skrbi. (12)

(Tablica 1). (Krajnović F., Franković S., Radošević D., Tepavac M., 2008.) Tablica 1 Od faktora njege ka procesima kliničke karitativne njege

Faktori njege	Faktori kliničke karitativne njege (procesu kliničke nesebične njege)
Humanističko-altruistički sustav vrijednosti	Praksa ljubavi, ljubaznosti i smirenosti
Ulijevanje nade i vjerovanja	Autentično prisustvovanje i omogućavanje dubokog sustava vjerovanja i samosvjesnog subjektivnog života
Njegovanje osjetljivosti za sebe i druge	Njegovanje vlastitih spiritualnih praksi i transpersonalne osobnosti

Razvoj odnosa pomoći i povjerenja	Autentični odnos pomoći, povjerenja, brižnosti i njege
Prihvatanje pozitivnih i negativnih osjećaja	Prisustvovati i podržati izražavanje negativnih i pozitivnih osjećaja, kao načina povezivanja vlastite duhovne osobnosti i onoga kojeg negujemo
Uporaba znanstvenih metoda u rješavanju problema	Kreativna uporaba vlastite osobnosti i svih različitih znanja te umijeća kao dijela procesa njege
Interpersonalno podučavanje i učenje	Angažiranje podučavanja i učenja čije iskustvo ujedinjuje bivanje i značenje te ostaje u okvirima drugoga
Osiguravanje podražavajućega, zaštitničkog i kreativnog okruženja	Stvaranje okoliša koje ima izlječiteljski potencijal na svim razinama (fino fizičko i ne fizičko energetsko okruženje te okruženje svijesti u kojem je značajna snaga cjelovitosti, ljepote, utjehe, dostojanstva i mira)
Pomoć pri zadovoljavanju ljudskih potreba	Pomaganje pri zadovoljavanju ljudskih potreba s punom sviješću o bitnim zadaćama njege koja ujedinjuje jedinstvenost postojanja, cjelovitost svijesti/tijela/duha
Uključivanje egzistencijalističkih, fenomenoloških i spiritualnih snaga	Otvaranje prema duhovno-mističnim i egzistencijalnim dimenzijama vlastitog života i smrti; usredotočenost na vlastite duhovne potrebe/ potrebe druge osobe

Ovih deset Faktora je Jean Watson identificirala kao temeljne aktivnosti i usmjerenja koje profesionalna medicinska sestra koristi prilikom pružanja skrbi. To su uobičajene i potrebne profesionalne aktivnosti koje održavaju i otkrivaju sestinstvo kao posebno brižnu profesiju, a ne kao grupu tehničara. Medicinske sestre primjenjuju faktore njege (karitativne faktore) stalno, ali ih nisu svjesne niti su ih nužno imenovala, nemaju jezik za njihovu identifikaciju. (10)

Koncept percepcije skrbi definiran je kao „mentalni“ proces kojim pacijent i medicinska sestra dobivaju značajne trenutke skrbi tijekom interakcije na način na koji pacijent razumije.

Percepcija skrbi i kakva je interakcija ovisi o zajedničkom ostvarenju prijedloga promjena za dostojanstvo ljudi ili za jačanje njihove autonomije, što je zapravo ono što je namjera skrbi. Medicinska sestra stvara lakoću i dostupnost kako bi se međusobno približila, imala vremena slušati, ljubazno komunicirati i uspostaviti empatičan odnos s pacijentom i obitelji. Za Jean Watson empatija je sposobnost doživljavanja, a samim tim i razumijevanja, opažanja i osjećaja druge osobe, kao i sposobnost da se to razumijevanje prenosi. (11)

Humanizirana njega temelji se na znanstvenim spoznajama, tehničkim sposobnostima i terapijskim odnosima koje medicinska sestra uspostavlja s pacijentom.

Misija medicinskih sestara je brinuti se o zdravlju pojedinaca, obitelji i zajednica u svim fazama njihovog životnog puta i u njihovim razvojnim procesima. (14)

Sestrinske intervencije baziraju se na znanstvenim, humanističkim i etičkim principima, temeljenim na poštivanju života i ljudskog dostojanstva. Tehnološki napredak posljednjih desetljeća doveo je do značajnog porasta tehničkog znanja, za razliku od sporog razvoja strategija povezanih s faktorima ili uključenim socijalnim i ljudskim aspektima, što dovodi do neravnoteže u zdravstvu s izraženim naglaskom na dijagnozi i liječenju bolesti i nedovoljno razmatranje humanizirane skrbi. (14)

Koncept teorije skrbi o čovjeku je odnos transpersonalne skrbi, koja je duhovno sjedinjenje dvoje ljudi koje nadilazi „osobu, vrijeme, prostor i životnu povijest svakog od njih“(10). Ta transcendencija omogućuje i pacijentu i medicinskoj sestri da uđu u fenomenološko polje onog drugog. (14)

2.2 Humanističko - altruistička vrijednost teorije

Faktori njege formiranju sustav humanističko - altruističkih vrijednosti i dalje postavljaju temelj skrbi kao znanosti. Skrb mora biti utemeljena na nizu univerzalnih ljudskih vrijednosti: ljubaznosti, brizi i ljubavi prema sebi i drugima. (14). Ovakav skup vrijednosti u svakom pojedincu u svom izvornom i evolucijskom smislu odaje počast davanju mogućnosti dijeljenja i primanja s ciljem da se voli i cijeni cijela životna raznolikost i njegova individualnost sa svakom osobom. Takav sustav nam pomaže tolerirati različitost i gledati druge kroz njihov subjektivni svjetonazor. Bez obzira je li pojedinac svjestan vlastite filozofije i sustava vrijednosti, a to utječe na odnose i trenutke koje imamo sa sobom i drugima. Spomenute humanističko altruističke vrijednosti mogu se razviti kroz mnoštvo životnih iskustava: rano djetinjstvo, izloženost različitim jezicima i kulturama, povijesti. Ove emocije ljubavi, ljubaznosti, nježnosti,

suosjećanja, izjednačenosti i slično, svojstvene su svim ljudima. Navedene emocije i iskustva suština su onoga što nas čini ljudskim i onoga što produbljuje našu ljudskost i našu povezanost s ljudskim duhom. Ta je svjesnost ono što nas povezuje s "izvorom" iz kojeg crpimo svoj sveti dah za sam život. Ovdje imamo pristup svojoj energiji i kreativnosti za život i bivstvovanje, u ovom modelu se dajemo onome što je veće od našeg pojedinačnog ego-ja, podsjećajući nas da pripadamo univerzumu čovječanstva i svim živim bićima. (12)

Prema Watson, povod skrbi je trenutak u kojem medicinska sestra i druga osoba žive zajedno na takav način da se stvori prilika za brigu o ljudima. Obje osobe, koje imaju jedinstvena fenomenološka polja, imaju mogućnost da se spoje na ljudsko-ljudsku transakciju. Za Watson, fenomenološko polje odgovara okviru osobe ili sveukupnom dosljednom ljudskom iskustvu, osjećajima, tjelesnim senzacijama, mislima, duhovnim uvjerenjima, očekivanjima, ekološkim razmatranjima i smislu / značenju samoopažanja - a sve se temelji na prošlosti i zamišljenoj budućnost sebe. Watson inzistira na tome da medicinska sestra, koja pruža njegu, također mora biti svjesna vlastitog znanja i autentične prisutnosti da bude u trenutku skrbi sa svojim pacijentom. (12)

Upravo kada u svoj rad i život uključimo brigu i ljubav, otkrivamo i potvrđujemo da je sestrinstvo više od posla. Riječ je o pozivu i karijeri za cijeli život i osobni rast. Sazrijeva u buđenju i svjesnosti da sestrinstvo čovječanstvu može ponuditi mnogo više od pukog proširivanja zastarjelog modela medicine i znanosti o medicinskim tehnološkim lijekovima. Zdravstvena njega pomaže u održavanju ljudskog dostojanstva i samog čovječanstva, istodobno doprinoseći razvoju ljudske svijesti, pomažući se kretanju prema humanijoj i brižnijoj moralnoj zajednici i civilizaciji. Od medicinskih sestara se traži da ponovno spoje disciplinski izvor sestara s njegovom plemenitom baštinom, kako drevnom tako i kozmologijom u nastajanju - kozmologijom koja energiju univerzalne brige i ljubavi poziva i pozdravlja u naš život i svijet. Takvo razmišljanje izaziva osjećaj poštovanja i svetosti prema radu, životu i svim živim bićima. Uključuje umjetnost, znanost i duhovnost dok se redefiniiraju. (9)

3. Profesionalno sestrinstvo

Profesionalna sestrinstvo uključuje sustavnu logiku, uz maštu i kreativnost (19). Proces sestrinstva prepoznat je kao sustavni proces koji usmjerava donošenje odluka medicinskih sestara. Razvijena medicinska sestra kliničke (nesebične) njege slavi proces skrbi kao

kreativan, intuitivan, estetski, etički, osobni, čak duhovni proces, kao i profesionalni empirijsko-tehnički proces. (12)

Medicinske sestre imaju povijest rada sa postavljenim ulogama i funkcijama, fiksnih načina kako biti i raditi, a da te metode ne moraju nužno biti znanstvene. Unatoč naprednom obrazovanju, znanstvenim praksama i promjenama uloga, danas se na svoj način pojavila robotska tendencija u ubrzanom institucionalnom sustavu, pojačavajući staru tendenciju pridržavanja strogih tehničkih sklopova uma i medicinsko - tehnoloških institucionalnih zahtjeva. Ovaj uobičajeni institucionalni sklop uma događa se bez svjesnosti, bez zaustavljanja kritike, bez dovođenja čitave svijesti i namjere da se iskoristi raspoloživim, dostupnim proširenim znanjem, vrijednostima i ljudskom dinamikom potrebnim za reflektirajući model prakse koji prihvaća najbolje od znanosti i umjetnosti. (12)

„Teorija skrbi o čovjeku“ izričito iznosi da postoji razlika među podacima, informacijama i znanju. Informacije nisu znanje; samo znanje ne znači razumijevanje; čak i razumijevanje, izolirano, ne uključuje nužno uvid, promišljanje i mudrost. (14)

Krajnji ciljevi sestrinske skrbi, znanosti o skrbi i istraživanja su pružanje kvalitetne, humane njege (19). Metoda pružanja kvalitetnog, humanog znanstvenog i umjetničkog brižnog izlječenja zahtjeva formalnu upotrebu kreativnog postupka rješavanja problema i sustavnu upotrebu kognitivne, racionalne logike, zajedno sa svim načinima spoznaje. (11)

Znanost o skrbi odaje počast različitim izvorima znanja, više metodologija i proširenim pogledima na relacijsku ontologiju. To uključuje brižnu etiku, kao i empirijske dokaze: umjetnost i znanost skrbi, liječenja i zdravlja. Razvoj i prakse sestrinstva i znanost o skrbi su sofisticirane i složene. Skrb neprestano sazrijeva, napreduje i razvija se u svojoj znanstvenoj orijentaciji prema brižnim praksama i istraživanjima. Preispitujući skrb temeljenu na dokazima ranije u povijesti sestrinstva bilo je strogo pridržavanje linearnog prikaza procesa sestrinstva. Danas se veliki fokus stavlja na „praksu zasnovanu na dokazima“(14). Medicina utemeljena na dokazima (engleski Evidence Based Medicine), koja je utjecala na sestrinstvo utemeljeno na dokazima (engleski Evidence Based Nursing), proizlazi iz klinički kontroliranih studija i statističkih koncepata kao empirijsko-tehničke osnove sustava znanja. Svaki oblik dokaza može pružiti različite oblike znanja koji se odnose na određene situacije i predmete analize: unutarnje ili vanjske pojave. Jedan oblik dokaza ne mora biti u skladu s drugim oblikom dokaza potrebnim za adekvatno donošenje odluka. Kongruencija između različitih oblika dokaza nužna je za razumijevanje ljudskih iskustava u ovom živom ljudsko - okolišnom polju složenosti, nejasnoća i nepoznanica. Iako je kritično posjedovanje dokaza i znanstveno - tehničkog, empirijskog znanja za profesionalnu praksu, fenomen njegovateljskih dokaza mora

se proširiti i produbiti u najpotpunijem smislu te riječi kako bi se dogodila profesionalna njega; na taj način, pojam i postupak dokazivanja trebaju biti kritizirani, raspravljeni i raspoređeni za najbolju praksu. (12)

3.1 Sestrinstvo kao filozofija i znanost o skrbi

Rad Jean Watson odnosi se na prevođenje duboke etike, autentičnog sustava vrijednosti, zajedno s teorijom i znanjem, u žive modele skrbi i ozdravljenja u svijetu i u svakodnevnom radu medicinskih sestara. U pozicioniranju sestrinstva unutar evoluiranog rada i svijeta ozdravljenja doprinosi izlječenju sebe i drugih, razvijajući se prema moralnoj zajednici. Ova evolucija usklađuje ljudsku brigu i iscjeljenje s mirom. Medicinske sestre to ne rade po nekoj velikoj shemi ili u udžbeniku teorije, u nekom dalekom modelu fantazije. Medicinske sestre to žive u svojoj svakodnevnoj praksi, u trenutnim susretima sa drugom osobom. To rade kroz disciplinirani pristup sestrinskoj osobnoj praksi, koji zauzvrat postaje zreliji profesionalni model pristupa energetskim vezama čovjeka i svemira kao dijela evolucije. U ovom karitativnom modelu sestrinstva kao filozofije i znanosti o skrbi, mogu se identificirati najmanje dvije vrste usluge čovječanstvu(12):

1. Vanjska služba - vanjski svijet kliničke prakse na tjelesnoj, materijalno-tehnološkoj razini medicinskih usluga, zadataka, postupaka. Ova razina takozvane uobičajene ili redovite njege djelovala bi iz svijesti koja se više fokusira na bazni energetski, fizički tjelesni sustav s ne reflektivnim ego sklopom.

2. Suptilna služba - unutarnji svijet prakse na nivou srca, razvijajući se prema višoj svijesti koja njeguje buđenje srca i uma, prihvaćajući najfiniji medicinizirani, tehnički vanjski svijet, dok svjesno njeguje suptilne unutarnje prakse evolucije našeg vlastito čovječanstvo. Budući da medicinske sestre pojedinačno i zajedno sudjeluju u procesu kliničke (nesebične) njege, one postaju magnetsko polje privlačnosti za druge, nudeći novo polje suosjećanja i umirujuću, ljubavnu prisutnost usred životnih prijetnji i očaja. (12)

Kako god se ova evoluirana medicinska sestra zvala, ona nudi paradigmu nade i viziju za čovječanstvo, zdravlje, ljude i sva živa bića, za živi planet i svemir u kojem medicinske sestre stvaraju vlastitu sudbinu i budućnost. Ovo je konačna budućnost za puni doprinos medicinskih sestara društvu. Sestrinstvo se nalazi na ljudskoj i disciplinskoj zrelosti da može priznati i prigrliti nove jezike ljepote, milosti, šarma, milosrđa, čuda, misterije. Sestrinstvu je potreban

jezik i diskursi koji vibriraju na višoj frekvenciji, koji sestrinstvo proteže u novim dubinama značenja, novim evokativnim razumijevanjima, metaforama, mitovima, pričama i mudrim slikama koje konvencionalni, vanjski tehnički svjetovi i riječi ne mogu prenijeti, ali koji su potrebni za dodir duboke ljudske dimenzije sestrinstva. Riječ „medicinska sestra“ može biti jedna takva riječ s paradoksalnim vibracijama. Djeluje i u otvorenom i u suptilnom energetskom svijetu i u riječima. To je više uspostavljeno i razvijeno u modelu otvorenog materijala vanjskog osnovnog energetskog rada; tek treba njegovati jezik i radnje koje odražavaju sljedeću evoluciju i zrelo sestrinstvo, što odražava suptilno energetsko polje nesebične njege. Razvijena medicinska sestra kliničke karitativne njege okreće se „stvarima duha“ kao i materijalnom obliku. (14)

Kada se sestrinstvo pojedinačno i kolektivno bavi njegom i iscjeljujućim praksama na ovoj višoj, dubljoj, suptilnoj, ali snažnoj vibracijskoj razini, medicinska sestra će se obratiti riječima i djelima koja vibriraju na višoj razini - riječima i radnjama koje njeguju duh i ljudsku dušu u radu medicinskih sestara. (12)

Što se tiče sestrinstva, ovaj razvoj omogućava prihvaćanje znanja i novih spoznaja na različite načine - oni objektivno poznati i oni pristupi koji tek izlaze iz ne fizičke sfere. Na primjer, razumijevanjem različitih sfera/kvadranta znanja, možemo prilagoditi sestrijsku dijagnozu/taksonomiju i konkretne fizičko-tehničke procesne radnje s jedne strane, duhovnom i filozofskom, subjektivnom, namjernom, simboličkom, brigom/nesebičnom njegom i bivanje s druge strane.(19) Stoga je medicinska sestra sposobnija komunicirati između različitih žarišta i kroz različite i raznolike leće koje njeguje i medicinske sestre dovode u svijet akademske i profesionalne prakse. Može se reći da je znanost o skrbi model razmišljanja i prakse u kojem se biomedicinska znanost i tehnički dokazi ne kombiniraju samo s kliničkom nesebično njegom, već da se biomedicinska znanost i dokazi sami po sebi nalaze u etičkoj dimenziji kao prvobitno razmatranje - ona koja prepoznaje „lice“, izvan „svakog slučaja“. U tom pogledu, „znanost o skrbi“ može se definirati kao „etično-epistemičko polje koje se razvija i koje je utemeljeno u disciplini sestrinstva i o kojem se informiraju srodna područja“. (12)

Kad se skrb stavi u etički znanstveni model, on automatski utemeljuje pojavu kao relacijsku etiku i mitologiju epistemologije koju je iznio Palmer. Kao što nas podsjeća filozof Levinas (1969.), etika postaje prvo načelo i na taj način obavještava našu ontologiju i epistemologiju, a ne obrnuto. Činjenica da se sestrinstvo bavi fenomenima ljudske skrbi, odnosa, bolesti, života, umiranja, boli, patnje i svih poroka ljudskog postojanja prisiljava medicinsko obrazovanje i praksu da priznaju i dodatno razvijaju prošireni pogled na znanost. Kako bi sestrinstvo utemeljilo na principima nesebične kliničke njege u modelu znanosti o skrbi

možemo reći da su biomedicinska znanost i njena objektivistička epistemologija i separatistička ontologija pozvani još jednom da uzmu u obzir „lice“ drugoga, jedinstvenost drugih. U modelu znanosti o skrbi „slučaj“ mora biti prepoznat u primjeru etike o skrbi i profesionalne prakse. Isto tako, ontologija znanosti o skrbi nije jedna udaljenost i odvojenost, već odnos, svrha, povezanost i stvaranje značenja s drugim, osobno lice iza bezličnog pacijenta-drugog. Ovo gledište ima očigledne implikacije i doista izazove na sestrinstvo kao brižnu profesiju i na obrazovni etos koji bi trebao promovirati tu etiku i svjetonazor. Jean Watson zalaže se za profesionalno utemeljenje u području društvenih i humanističkih znanosti (9), orijentacija na obrazovanje medicinske sestre presijeca umjetnost i humanističke znanosti i srodna područja studija, izvan uobičajenih kliničkih i mediciniziranih pogleda na zdravlje. Ovo gledište također odražava evolucijsku perspektivu za sestrinsku profesiju i prirodu samog znanja, odaje stvarnost da informiranje nije nužno znanje, da samo znanje ne mora nužno dovesti do razumijevanja i da razumijevanje nije isto što i mudrost ili traženje mudrosti (21). Ovaj nas pogled poziva na buđenje razvijajuće ljudske svijesti kliničke nesebične njege, poštujući razlike između faza spoznaje, dok krećemo prema mudrosti i integraciji cjeline. Dok preispitujemo sestrinstvo u široj etici-ontologiji-epistemologiji-kozmiologiji, shvatili smo da su naši pristupi našem učenju i podučavanju i praksi premali i ograničavajući kako bi omogućili uvažavanje dubljih aspekata našeg rada. Stoga se obrazovni, epistemološki i etički modeli moraju uzdići do prilika dvadeset i prvog stoljeća kao moralni poziv i odgovornost za stvaranje novih ili barem različitih obrazovnih i pedagoških opcija za znanost i društvo. Znanost o skrbi i svijesti o kliničkoj nesebičnoj njezi pomaže u obnavljanju i vraćanju vrijednosti i duboke čežnje koje se mogu integrirati u sestrinsku znanost, epistemologiju te praksu obrazovanja i poučavanja i učenja. Riječi koje nisu podržane energijom osobnih iskustava imaju mnogo manje snage od riječi utemeljenih osobnim iskustvom koje posjeduje energiju, ljubav i skrb. U ovom su modelu više energetske misli poput ljubavi i skrbi dovele energiju više frekvencije u prostor za učenje, čak i ako prostor nije lokalni. Iako je moć učitelja od presudnog značaja za stvaranje svijesti zajednice učenjaka i suradnika, važnija je moć grupe, zajednice, kruga učenja. Dakle, pojedinačno i kolektivno uključivanje u vlastito učenje utječe na snagu i energičan tok koji podupire sadržaj. (12)

4. Primjena „Teorije skrbi o čovjeku“ u pedijatrijskom sestrinstvu

Humana skrb u pedijatriji izuzetno je važna, s obzirom da su djeca najranjivija skupina (14, 15)

Djeca imaju ograničeno razumijevanje bolničkog okruženja i liječenja, kao i ograničenu kontrolu nad onim što im se događa. Zbog toga su ranjivi kad su primljeni u bolnicu. Istraživanja su pokazala da je učestalost kroničnih stanja u porastu među pedijatrijskim pacijentima.

Skrb o djeci mora biti prilagođena tome da im pomogne u nužnom prilagođavanju bolničkom okruženju. Ovo će pomoći djeci da se postigne bolja suradnja u njezi kao i medicinskim aktivnostima koje poboljšavaju brz oporavak. (16)

Brižna sestra više je od općeg pojma davanja, dijeljenja i sudjelovanja u poštovanju, empatiji i ljubavi. Percepcija pacijenata o tome kako žele biti zbrinuti ogleda se u mnogim studijama o kvaliteti skrbi. Teorija Jean Watson o ljudskoj skrbi fokusirana je na paradigmatu ljudi i njegovatelja te nastoji osigurati ravnotežu i harmoniju između zdravlja i bolesti djece. Tvrdi da ljudsko biće ne može biti ozdravljeno kao objekt. U ovoj je teoriji okoliš definiran ugodnim, lijepim i mirnim mjestom, a skrb je moralni ideal koji podrazumijeva međusobno povezivanje uma i tijela. Brižno ponašanje definirano je kao ponašanje koje pokazuju medicinske sestre u skrbi o pacijentima. Deset najvažniji brižnih načina ponašanja su: pažljivo slušanje, utjeha, iskrenost, strpljenje, odgovornost, pružanje informacija, dodir, osjetljivost, poštovanje, oslovljavanje pacijenta imenom. (16)

Za pedijatrijsku skrb vrlo je važna skrb o cijeloj obitelji. Teorija skrbi o čovjeku podupire važnost pacijentove percepcije sestrinske skrbi koja je poduprta teorijom skrbi o čovjeku. Skrb usmjerena na obitelj je koncept koji se koristi za opisivanje pristupa brizi o djeci i njihovim obiteljima unutar zdravstvenih službi u kojima se planira skrb oko cijele obitelji, a ne samo o pojedinom djetetu ili mladoj osobi i u kojoj su svi članovi obitelji prepoznati kao primatelji skrbi. Glavni element skrbi usmjerene na obitelj je uključivanje ili sudjelovanje roditelja u skrbi o djetetu. Bolest djeteta može imati traumatičan učinak i na obitelji i na dijete.(14)

Pedijatrijska skrb prihvatila je filozofiju skrbi usmjerenu na cijelu obitelj kako bi se maksimalizirala dobrobit pedijatrijskih pacijenata. Filozofija se temelji na suradnji medicinskih sestara i obitelji u planiranju pružanja i procjene skrbi. Medicinske sestre moraju raditi s obitelji kako bi razvile najbolji plan zbrinjavanja djeteta. Na bolesnike i obitelji gleda se kao na vrijedan izvor informacija koji objašnjavaju utjecaj bolesti njihove djece na njihov život i kvalitetu skrbi koju im obitelj pruža. Ove njihove perspektive mogu se koristiti za oblikovanje učinkovitih rješenja i ciljno poboljšavanje iskustva u pružanju skrbi. Kvaliteta njege iz perspektive roditelja igra važnu ulogu u razvoju i poboljšanju učinka i imidža zdravstvenih usluga. Zadovoljstvo roditelja ili pacijenata značajan je pokazatelj kojim se ocjenjuje kvaliteta skrbi koju pružaju zdravstvene usluge. (17)

Od mnogih problema koji mogu nastati u sestrinstvu, možda je jedan od najčešćih neuspjeh u uspostavljanju odnosa, neosjetljivost, nesposobnost za povezivanje ili stvaranje saveza s drugim. Glavni problem, prema Watson, je nedostatak promišljene, svjesne svijesti o tome kako nečija prisutnost i svijest prema sebi i drugima mogu utjecati na prirodu i ishod nečijeg odnosa s drugima, bez obzira je li to kolega, pacijent, ili člana obitelji. Poznato je da pacijent koji osjeća da medicinska sestra istinski brine o njemu i za njega i vidi tko stoji iza statusa pacijenta (u pedijatriji u razvoju odnosa medicinska sestra- dijete veliku ulogu imaju roditelji) vjerojatnije će uspostaviti povjerenje, vjeru i nadu i održavati brižnu vezu s medicinskom sestrom. Kad je netko u stanju sudjelovati, slušati i čuti priču druge osobe, to je možda najveći iscjeliteljski dar od svih. Tada je vjerojatnije da će roditelji bolesnog djeteta razgovarati o osjetljivim stvarima - što ih zapravo muči iza površnih riječi ili otvorenog ponašanja. (9)

Medicinske sestre suočene su sa brojnim izazovima u stvaranju brižnog ozdravljajućeg okoliša u bolničkom okruženju, ambulantnom susretu s pacijentima, ustanovama ili čak u bolesničkom domu, jer je sestra tijekom povijesti prvenstveno evoluirala u pružanje zadataka i funkcija skrbi o pacijentima kako je definirano u zdravstvenom sustavu koji se prvenstveno usredotočuje na medicinsku dijagnozu i liječenje pacijenta. Na primjer, tretiranje dijagnoze pacijenta kao suprotnosti pacijentu u cjelini, počast zajedničkom čovječanstvu koje donosi jedinstvo i povjerenje koji medicinsku sestru povezuje s njihovim pacijentom/obitelji. Preispitujući praksu zasnovanu na dokazima o teoriji skrbi o čovjeku, ostaje jaz u razumijevanju utjecaja znanosti o skrbi djece koja su primljena u bolnicu. Taj je jaz nastao zbog nedostatka procjene percepcije skrbi koju je identificirala obiteljska jedinica i medicinskih sestara koje pružaju njegu ove populacije. Proširenjem znanja utemeljenih na znanosti o skrbi na pedijatrijsku populaciju informirat će se tijela upravljanja koja utječu na politiku i propise koji utječu na pedijatrijsku populaciju. (16)

Tijekom boravka u bolnici o svojim pravima, osim zdravstvenih djelatnika, trebala bi na adekvatan način biti upoznata sama djeca i njihovi roditelji kako se ne bi stvarao jaz u percepciji skrbi medicinskih sestara i roditelja. Percepcije se razlikuju s obzirom na komunikaciju, roditeljsku ulogu, i sudjelovanje. Identificiranje roditeljske percepcije skrbi o bolesniku i obitelji usmjerenoj na njegu briga pomaže poboljšati kvalitetu skrbi i utječe na zadovoljstvo roditelja njegovom. Primarne razlike su komunikacija, razmjena informacija i suradničko partnerstvo s roditeljem sudjelovanje u zajedničkom odlučivanju i skrbi. Prepoznavanje roditeljskih percepcija pomaže u poboljšanju stanja. Produljivanje skrbi za pacijenta uz potporu obitelji od vitalne je važnosti za zdravstveni tim koji brine o djetetu, jer su roditelji centar dječjeg svijeta. (17)

Ukoliko roditelji i medicinska sestra na početku skrbi definiraju svoja očekivanja i uloge njihov odnos može olakšati komunikaciju i opću skrb o obitelji, kao i smanjiti prepreke za skrb kod hospitaliziranog djeteta. Partnerstvo osnažuje roditelje te omogućuje sestri da učinkovite radi s roditeljima te da podrže njihov bitni doprinos skrbi o djetetu. Aktivno partnerstvo sa pacijentom i obitelji zahtijevaju vještine slušanja i učenja u planiranju, isporuci i procjena zdravstvene njege. Zadovoljstvo roditelja može se promatrati kao ključan pokazatelj skrbi usmjerene na obitelj koji može unaprijediti kliničku praksu. Uz to, dobrobit obitelji ima značaj za javno zdravlje s obzirom na sve veći broj djece koja su preživjela bolest, veći je udio djece s posebnim zdravstvenim potrebama u pedijatriji i trendom zdravstvenog sustava te se potrebno pouzdati u obiteljske skrbnike za upravljanje složenim medicinskim stanjima. (17)

Prekid jedinstvenog odnosa roditelj - dijete kao rezultat hospitalizacije djeteta te prihvaćanje novonastale situacije je najveći stres za dijete i roditelje. Roditelji moraju revidirati svoje viđenje roditeljske uloge prilagođavajući se djetetovom stanju i okruženju u bolnici. Ponovno uspostavljanje odnosa roditelj - dijete omogućuje roditeljima da nastave svoju vitalnu ulogu njegovanja, situacija koja je terapijska i za njih i za njihovo bolesno dijete, podupire roditeljsko samopoštovanje i može ublažiti stres i povećati zadovoljstvo. (18)

Medicinske sestre u ovom slučaju mogu preuzeti roditeljsku ulogu tijekom djetetovog boravka u bolnici i njegove hospitalizacije. Bolje razumijevanje promjena u roditeljskoj ulozi može pomoći izravnom fokusiranju na obitelj, sestrinske intervencije koje podržavaju, potiču i usmjeravaju roditeljstvo u bolnici. (18)

Procesi kliničke skrbi uključuju praksu iz ljubavi prema ljubaznosti i ravnodušnosti s autentičnom prisutnošću medicinske sestre. Ona postaje glavna komponenta u interakciji s pacijentom i roditeljima. Osjetljivost medicinske sestre na dimenzije života, smrti i patnje je izvor omogućavanja, održavanja i poštivanja tuđeg sustava vjerovanja i izvora nade. Transpersonalna povezanost čovjek – čovjek između medicinske sestre i roditelja i razumijevanje ljudskog duha tijekom boravka u bolnici, što njeguje nadu roditelja. Teorija skrbi o čovjeku nadopunjuje skrb o pacijentu i obitelji, model pružanja skrbi koji žele pacijenti i obitelji, a medicinske sestre cijene. (12)

Medicinske sestre prepoznaju da je obitelji ključna za djetetovu dobrobit i da trebaju biti uključeni u skrb za dijete.

Uspostavljanje i prakticiranje skrbi usmjerene na obitelj iziskuje osobnu predanost medicinske sestre. To je putovanje otkrića i neprestane procjene strategije i ponašanja za suradnju i povezivanje s pacijentom i obitelji na smislene načine. Koncepti skrbi usmjereni na obitelj

možu poboljšati njegu. Jedan temeljni koncept skrbi usmjerene na obitelj je dostojanstvo i poštovanje uz aktivno slušanje medicinske sestre i spremnost da se oda počast pacijentu iz perspektive i izbora roditelja. Pristup planiranju i pružanju skrbi je inkluzivan i cjelovit. Drugi temeljni koncept je pravovremena, cjelovita razmjenjena informacija i nepristrane informacije na način koji je potvrđan i koristan pacijentu i obitelji. To olakšava učinkovito odlučivanje i sudjelovanje u skrbi. Treći koncept je sudjelovanje u skrbi i odlučivanju na razini koju je odabrao roditelj uz ohrabrenje i podršku medicinske sestre. I na kraju, suradnja među pacijentima. (19)

Teorija skrbi o čovjeku je filozofija i etika koja sestre usmjerava u njezi i uspostavljanju ljekovitog odnosa. Zrcalna, svjesna svijest o tome koliko je medicinska sestra autentična i koliko prisutnost roditelja može utjecati na prirodu i ishod odnosa roditelja i sestara je presudna u uspostavi povjerenja, vjere i nade u izlječenje. Medicinske sestre mogu pomoći roditeljima da se osjećaju dobrodošlo i vitalno u skrbi za svoje dijete potvrđivanjem središnje uloge roditeljstva u skrbi, mogu pomoći djetetu i roditeljima da se osjećaju brižno u stresnom, neizvjesnom okruženju prilikom hospitalizacije. (19)

Teorija utjelovljuje čovječnost unutar visoko tehnološkog, biomedicinski fokusiranog intenziteta skrbi. Uključujući roditeljske preferencije, pružajući pravovremene i korisne informacije, zajedničko odlučivanje i sudjelovanje u skrbi su primjer jezgre načela sestriinske skrbi usmjerene na obitelj. Medicinska sestra pruža podršku roditeljskoj ulozi. Suštinski aspekt skrbi usredotočene na obitelj preusmjeravanja na modele i obrasce pružanja bolničke njege. Potrebni su dramatični pomaci unutar ustaljenih obrazaca pružanja skrbi koji sada zahtijevaju orijentaciju, daleko od tradicionalnih bolničkih struktura i njihovih programa industrijske prakse. Tradicionalni model pružanja bolničkog liječenja karakterizirao je sustav pružanja skrbi vođen tehnologijom, dijagnozom i liječenjem akutnih bolesti te upravljanjem linijom proizvoda. Trend promjene se usmjerava prema okruženjima za brigu o skrbištvu, integriranim s naglaskom na njegu i izlječenju. Ovaj trend obećava preobražavanje i prakse i postavki. Novo okruženje skrbi i ozdravljenja sve više ovisi o partnerstvu, pregovorima, koordinaciji, novim oblicima komunikacijskog obrasca i autentičnim vezama. Također je jasno da će se odgovornosti zdravstvene njege i dalje bitno transformirati, slažemo li se s promjenama ili ne. (19)

Roditelji moraju revidirati svoje viđenje i njihovu roditeljsku ulogu, prilagođavajući se djetetovom stanju u bolnici. Ponovno uspostavljanje odnosa roditelj - dijete omogućuje roditeljima da nastave svoju vitalnu ulogu u situaciji koja je terapijska i za njih i za njihovo bolesno dijete. Ponovno postavljanje roditeljske uloge podupire roditeljsko samopoštovanje i može ublažiti stres i povećati zadovoljstvo. (18)

Medicinske sestre su u idealnom položaju da olakšaju roditeljstvo u bolnici. Bolje razumijevanje promjena u roditeljskoj ulozi može pomoći izravnom fokusiranju na obitelj i sestrinske intervencije koje podržavaju, potiču i usmjeravaju roditeljstvo u bolnici. (20)

Procesi kliničke nesebične njege „Teorije skrbi o čovjeku“ Jean Watson vode i poboljšavaju sestrinske brižne i iscjeljujuće prakse i odnose prema pacijentima. U ovom okruženju veza čovjek – čovjek je od vitalne važnosti za pružanje suosjećajnih ljudskih briga za dijete, obitelj i medicinske sestre koje pružaju njegu. Okruženje je stresno kada je dijete hospitalizirano, napose ukoliko je vitalno ugroženo i nalazi se na odjelu intenzivne njege, medicinska sestra podržava roditeljeve osnovne ljudske potrebe u brižnoj, ljubavi, naklonosti i na ovaj način pomaže njegovanju povjerljivih odnosa koji povećavaju njihovu roditeljsku ulogu. (16)

Medicinske sestre prepoznaju da je obitelj ključna za djetetovu dobrobit i da treba biti uključena u skrb. Sestre mogu pomoći roditeljima da se osjećaju dobrodošli i vitalni u brizi za svoje dijete potvrđivanjem središnje uloge roditeljstva u skrbi (18).

Teorija skrbi o čovjeku utjelovljuje čovječanstvo unutar visoko tehnološkog, biomedicinsko fokusiranog intenziteta skrbi te je isprepletana u suosjećajnoj i pažljivoj skrbi za pacijenata koja je orijentirana na cijelu obitelj. Uključujući roditeljske preferencije, pružajući pravovremene, korisne informacije, zajedničko odlučivanje i sudjelovanje u skrbi su primjer jezgre načela sestrinske skrbi usmjerene na obitelj. (21)

4.1 Uloga emocija u razvoju odnosa medicinska sestra – dijete – obitelj

Utvrđena je činjenica da misli i emocije igraju središnju ulogu u iskustvima i ponašanju ljudi. Poznavanje psihologije i psihodinamike kao i uobičajena životna iskustva, pomažu da razumijemo i shvatimo snagu i važnost emocija. Odavno je priznato da su emocije jedne od glavnih obilježja ljudi. Može se shvatiti da intelektualno razumijevanje informacija i emocionalno razumijevanje iste te informacije mogu biti i obično su sasvim različite. Pojedinac obično traži dosljednost između različitih misli i osjećaja kad se pojavi takav nesklad; traži se dosljednost s ciljem pronalaženja smisla, sklada i ravnoteže u životu i svijetu. Kad se nedosljednost ili disonanca nastave ili eskaliraju, čovjek postaje više anksiozan, plašljiv, zbunjen, pod stresom. Nekonzistentnost i emocionalno-kognitivna disonanca mogu utjecati na stavove, razumijevanja i ponašanje. U međuljudskom odnosu, a posebice u situacijama povezanim sa zdravljem i bolešću, često je emocionalni aspekt presudan za uspješnu komunikaciju, da sudionici mogu čuti jedni druge, slušati i uspostaviti odnos. Ova dinamika razumijevanja ljudskog ponašanja osnova je za izgradnju i održavanje odnosa onih koji pomažu i vjeruju. (12)

Hospitalizacija je stresni događaj za roditelje, koji također može negativno utjecati na djecu prijeteći dječjem osjećaju blagostanja, sigurnosti, neovisnosti i samokontrole.

Ono što je često najviše zabrinjavajuće u izgradnji odnosa jest da netko reagira negativno, kada se osjećaji druge osobe čine neracionalnim, remetilačkim, prijetećim, ljutim ili neprikladnim za situaciju. Ti su slučajevi upravo kada se prisutnost, otvorenost i prihvaćanje uđu u igru na najvažniji, osjetljivi način. Omogućujući i olakšavajući razvoj emocija i njihovo izražavanje, medicinska sestra doprinosi procesu poštovanja i prihvaćanja svojih osjećaja, istovremeno stvarajući svijest prema kojoj se osjećaji mogu kretati kroz pojedinca na puštanje na konstruktivan način. Osobi se na taj način pomaže isprazniti, oslobađajući prolazne osjećaje koji su pridonijeli zbunjenosti, strahu, bijesu. U psihoanalitičkim i svakodnevnim iskustvima poznato je da svijest o svojim osjećajima može ukloniti dio neracionalnosti emocionalnih ispada i pružiti još samokontrolu nad mislima i ponašanjem. Ako je netko svjestan svojih osjećaja, lakše će ih prihvatiti, razumjeti ih i vidjeti kako oni utječu na ponašanje. Nema ispravnih ili pogrešnih osjećaja; oni jednostavno jesu. Način na koji prihvaćamo, poštujemo i reagiramo na naše osjećaje čini razliku u našem emocionalnom i kognitivnom životnom svijetu. Jednom kada smo u stanju ispoštovati svoje osjećaje, dati sebi dozvolu da ih osjećamo, postali smo svjesni osjećaja. Tada možemo bolje razumjeti dublje emocije i situaciju koje su mogle pokrenuti specifične osjećaje. Na kraju razumijemo da su osjećaji

univerzalni, da ne postoji takav osjećaj kao dobar ili loš. Samo spoznaja može osloboditi osobu, omogućavajući ravnodušnost, oprost i nježnost prema sebi. Osjećaji dolaze i odlaze, ali ljudi shvaćaju da nisu njihovi osjećaji. Tada je slobodno odgovoriti na situaciju jasnije, primjerenije, čak i osjećajem ljubavi i suosjećanje. Istinski slušanje i prihvaćanje priče druge osobe ne samo da pomaže toj osobi da izrazi svoje osjećaje, nego postaje i sam sebi iscjeliteljski dar, dar iscjeljenja drugima. Medicinska sestra u određenom trenutku može biti jedina osoba koja je sposobna čuti i primiti priču i osjećaje druge osobe, pomažući toj osobi da pronađe dublji smisao u svojoj situaciji. Ukoliko osjećaji, i pozitivni i negativni, mogu i promijene mišljenje i utječu na nečiji odnos prema sebi i drugima, praksa skrbi mora biti sustavno pažljiva prema osjećajima ljudi. (12)

4.2 Uloga okoliša i sigurnosti u procesu skrbi

Okoliš bolnica, iako se dramatično poboljšao u posljednja dva desetljeća, još uvijek je previše nefleksibilan i vezan tradicijom, kontrolama, rasporedom i rutinama kako bi udovoljio individualnim potrebama pacijenata i članova obitelji.

Druga dublja razina razmatranja udobnosti uključuje kontrolu boli i ljudske patnje, koji su vrlo subjektivni i pod utjecajem pacijentovog iskustva, sustava vjerovanja i značenja boli - uključujući duhovna i kulturna značenja i povezanosti s obzirom na bol i patnju općenito. Težište zabrinutosti zasebno je područje koje zahtjeva pažnju punog radnog vremena. Ovdje je važno naglasiti da sestra poštuje i priznaje duhovno i kulturni značaj boli i patnje u životu osobe (bez obzira na nečiji kulturni sustav vjerovanja) oblik su ugone sami po sebi. Medicinske sestre imaju priliku, kao i obvezu, upoznati se s duhovnim, kulturnim i vjerskim značenjima koja su povezana s bolom, utjehom i skrbi. (12)

Zadovoljstvo medicinskom skrbi, uključujući njegu, je višedimenzionalni koncept koji je definiran na različite načine i ovisi o stupnju podudarnosti između ispunjavanja očekivanja pacijenta i njegove obitelji i percepcije skrbi koju im pružaju. To je također važan pokazatelj zadovoljstva sa sveobuhvatnom bolničkom skrbi. U slučaju djeteta, zadovoljstvo pruženom skrbi ocjenjuju roditelji ili staratelji, koji imaju pravo biti prisutni, sudjelovati i odlučivati o pitanjima medicinske skrbi. Osjećaj roditeljskog zadovoljstva brigom određuje njihove individualne potrebe, iskustva prethodnih hospitalizacija i promjena vanjskih čimbenika, uključujući sistemske čimbenike. Na zadovoljstvo roditelja mogu utjecati i drugi čimbenici kao što su zdravstveno stanje djeteta i njegov utjecaj na funkcioniranje obitelji, djetetovo

emocionalno stanje, klinički stadij bolesti i održavanje kontinuiteta skrbi od prijema u bolnicu do otpusta, uključujući pripremu roditelja za stalnu njegu u kućnom okruženju. Procjena zadovoljstva roditelja važan je dio holističke njege pedijatrijskog pacijenta koji omogućava pronalaženje roditeljskog odnosa prema uslugama koje im se pružaju kao i poštivanje pacijentovih prava tijekom hospitalizacije. U takvom kontekstu procjena zadovoljstva sestričskom skrbi također ima važnu kontrolnu funkciju i omogućava zaštitu pacijenata i njihovih obitelji. Mišljenja korisnika također su neprocjenjiv izvor informacija koji omogućuju analizu stanja i uvođenje promjena radi optimizacije aktivnosti liječnika u skladu s dokumentiranim pretpostavkama. (12)

Analiza znanstvenih izvješća sugerira da provedba evaluacije zadovoljstva medicinskom skrbi, uključujući njegu u zdravstvenim ustanovama, treba biti prioritet, jer bi to omogućilo pronalaženje odrednica i optimiziranje aktivnosti usredotočenih na potrebe djeteta i njegove obitelji. (22)

Pristup skrbi orijentirani na obitelj pružaju podršku i brigu za cijelu obitelj. Iz dječje perspektive u kontekstu pružanja zdravstvenih usluga povijesno su shvaćene kao nevažne. Na njih se gleda kao na neinteligentne, nesposobne da učinkovito podijele ili ispričaju svoja iskustva ili u potpunosti sudjeluju u njihovoj skrbi, što potencijalno rezultira osjećajem dehumanizacije. (20)

Nenamjerna, dehumanizirajuća obilježja prakse mogu se posredovati poticanjem uključivanja dječje perspektive u životni svijet i učiniti prostor za njihov glas u skrbi i istraživanju. Davanje vrijednosti teorijskom okviru naglašava područja za potrebe male djece. Djeca se ne navikavaju na bol, već se smanjuje dječji strah ako se dijete upoznaje sa situacijom odnosno okolinom. (15)

Prema roditeljima, djeca doživljavaju više tjeskobe i straha nego boli. Anksioznost i strah pojačavaju djetetovu bol, ali ako dijete razumije što se događa i može smisliti nešto pozitivno i lijepo. S druge strane, djetetov strah se može smanjiti, a samim time se smanjuje i bol. Ograničavanje djece tijekom medicinskih postupaka stvara ljutnju, nelagodu i uzrokuje da se dijete odupire. Mlađa djeca i oni koji zahtijevaju postupke koji se smatraju hitnim moraju se održati (18). Mogućnost iskustva donošenja odluka i odluka daje osobnu slobodu i osjećaj važnosti. Ako se oduzme mogućnost slobode može se umanjiti osjećaj osobnosti, a samim tim i osobni osjećaj ljudskog dostojanstva. Čineći djecu pasivnima, može im se u krajnjoj mjeri oduzeti ljudsko dostojanstvo, a manje ekstremni oblici pasivnosti mogu u određenom stupnju zamračiti osjećaj osobne zastupljenosti, u krajnjem slučaju to se može doživjeti kao dehumanizirajući. (18)

Brižni i povjerljivi odnosi često ovise o ovom aspektu održavanja ljudskog dostojanstva. Podržavanje nečijeg prava na privatnost često može usaditi vjeru i nadu, pomažući u održavanju brižnih i povjerljivih odnosa. U procesu kliničke (nesebične) njege koncept i pojam okoliša prolaze rekonceptualizaciju, što rezultira transformacijom. Dok još uvijek medicinske sestre sudjeluju u uobičajenim fizičkim i okolišnim pitanjima i problemima, ne fizički pojmovi sada dolaze u obzir: na primjer, koncepti kao što su svijest, intencionalnost, energija i svjesnost sestara. (12)

Od Florence Nightingale pa nadalje, medicinske sestre odavno su prepoznale da fizičko tijelo nije „vječni aspekt“ ljudske prirode, već je „vozilo“ duha ili duše čovjeka koja živi unutar tijela, unatoč tome, naginjanje tjelesnom stanju često je postalo središte skrbi za pacijenata (7). U ovom se modelu potreba za skrbi i pristup tjelesno - ne fizičkoj skrbi ne mogu odvojiti od mreže drugih odnosa - socijalnih, okolišnih, ekoloških, sustavnih, duhovnih. Prvo djelo Jean Watson (1979.) povezano s ovim faktorom skrbi organiziralo je osnovne potrebe u potrebe nižeg i višeg reda, koristeći Maslowljevju teoriju kao predložak. Medicinske sestre imaju čast ulaska u tuđe privatno fizičko-okolišno okruženje, kao i pristupu nečijem svetom, privatnom i fizičkom prostoru (12). Medicinske sestre u taj prostor ulaze kada vrše djela, postupke i funkcije skrbi za drugoga što osoba/obitelj često provodi u privatnosti i intimnosti svojih domova. Dok medicinska sestra provodi ove osnovne potrebe skrbi koja njeguje ljubav, što je možda konačan dar osobi, ona unosi duh u fizički plan, pomažući drugom da ima prostora za „prebivanje“ u svom tijelu tako i u institucionalnom okruženju. (12) Ova sestrinska svijest stvara nove veze između osnovnih potreba i evoluirajući duhovnih potreba, namjerno svjesna da svaki fizički čin dodiruje duh te u tom trenutku mijenja život u toj osobi. Međutim, svaka prisutna potreba može se povezati sa samo oživljavanjem, čak i ako je egzistencijalno-duhovna priroda; ljudske potrebe nisu ograničene na biofizičke u uobičajenom smislu „osnovnih potreba“. (10)

Svaka osnovna potreba na fizičkom planu može se smatrati potrebom utjelovljene duše. U prošlosti se općenito pretpostavljalo da se osoba može brinuti ili pomoći drugoj osobi u zadovoljavanju osnovnim fiziološkim potrebama, odvojeno od čitave ljudskosti i energetskog polja životne snage pojedinca. Briga o duši kao i fizička skrb potrebna je kako bi se odgovorilo na sve potrebe, tako da je cjelina duha u svakoj fizičkoj i ne fizičkoj potrebi i utjelovljena u fizičkoj ravnini tijela Medicinska sestra zadovoljava pacijentove potrebe i shvaća ih kao privilegiju, čast i sveti čin pomaganja drugoj osobi. Medicinska sestra u procesima kliničke (nesebične) njege cijeni da se u ovom činu povezuje i doprinosi duhu te osobe, ali i sebi samoj.

Medicinske sestre su često one koje utječu na kvalitetu interakcija s osobom tijekom bolesti. Stoga su medicinske sestre od vitalnog značaja za skrb u vezi s potrebom za pripadnošću. Takva svijest i razumijevanje ove potrebe na mnogim razinama su neophodni za vođenje sestrinske skrbi. (12)

4.3 Samoaktualizacija

Pojam samoaktualizacije smješten u suvremeni energetski okvir kliničke njege poziva na druga razmatranja koja stvaraju nove i šire veze između unutarnjeg i vanjskog okoliša u samorazvoju između čovjeka i svemira koji idu dalje izvan konvencionalnog separatističkog mentalnog sklopa zapadnog svijeta. (10)

Medicinska sestra kliničke (nesebične) njege otvorena je za druga događanja višim redoslijedom čak i usred moderne znanosti i konkretnog liječenja. Iznenađna promjena života kao rezultat bolesti djeteta, dijagnoze, bolesti, traume ili nagle životne okolnosti zahtijeva potpuno preispitivanje nečijeg života: postavljaju se pitanja što je najvažnije. Koji su prioriteti? Što je važno kada se mora zaustaviti usred uobičajenog života? Ta su pitanja egzistencijalno-duhovne prirode i na njih se daje odgovor na temelju fenomenološkog životnog stajališta osobe. Svatko reagira različito ovisno o svojim iskustvima, vrijednostima, sustavu vjerovanja, percepcijama, značenju stanja, situaciji, sustavima potpore, hrabrosti, odlučnosti i tako dalje - a sve to daje im snagu da se suoče sa životom i njegovim vratolomijama promjena i prolaznost. Osobne borbe i unutarnje krize doživljavanja patnje i nemira u životu i zdravlju predmet su proučavanja psihologije te psihijatrije. One su po prirodi egzistencijalne i nepoznate, jedinstvene za pojedinca i njegove životne okolnosti. Znanost o skrbi, a ne medicinska znanost, može pružiti drugi način gledanja na čovječanstvo i ljudsko stanje. (12)

Njega djece treba biti usmjerena tome da im pomogne u prilagodbi za hospitaliziranu njegu. Ovo će pomoći djeci da mogu bolje surađivati sa sestrinskim i medicinskim aktivnostima za poboljšanje zdravlja i što brži oporavka. Medicinske sestre pomažu bolesnom djetetu i obitelji da se što bolje prilagode na sestrinsku i medicinsku skrb dok prolaze kroz bolničko iskustvo. (19)

Njega je profesija pomaganja, u njezi – kao svojoj srži također je kategorizirana kao humanitarna znanost i okarakterizirana je kao profesija koja izvodi osobnu, znanstvenu, etičku i estetsku praksu. (19)

Prema Jean Watson skrb je skup univerzalnih humanističkih altruističkih vrijednosti (12). Te vrijednosti uključuju ljubaznost, empatiju, zabrinutost i ljubav prema sebi i drugima. Vrijednosti su izvedene iz djetinjstva i iskustva poboljšana su vjerovanjima, kulturom i umjetnošću. Altruističke vrijednosti proizišle iz opredjeljenja i zadovoljstvo primanja kroz davanje. Izrada smisla za nečiji život kroz vjerovanje i odnosi s drugim ljudima. Humanističko-altruistički osjećaji čine prvo i najosnovniji čimbenik znanosti i etike skrbi. (12)

Deset najboljih brižnih ponašanja, dobivenih iz literature o sestrinstvu, su pažljivo slušanje, utjeha, iskrenost, strpljenje, odgovornost, pružanje informacija kako bi pacijent mogao donijeti informiranu odluku, dodir, osjetljivost, poštovanje, nazivajući pacijenta imenom. (15)

5. Zaključak

U ovom radu prikazali smo važnost „Teorije skrbi o čovjeku“ u sestrinstvu u pedijatriji. „Teorija skrbi o čovjeku“ fokusirana je na paradigmu ljudi i medicinske sestre/njegovatelje te nastoji osigurati ravnotežu i harmoniju između zdravlja i bolesti djece.

Za Jean Watson sestrinstvo je obilježeno holističkim pristupom te u središte skrbi smješta zdravstvenu njegu i iskustva zdravlja i bolesti. Za pedijatrijsku skrb vrlo je važna briga o cijeloj obitelji. Teorija skrbi o čovjeku podupire važnost pacijentove percepcije sestriinske skrbi koja je poduprta teorijom skrbi o čovjeku. Naglašava važnost skrbi usmjerene na obitelj, a ne samo skrb o pojedinom djetetu ili mladoj osobi. Jean Watson smatra da sestra mora biti svjesna i dobro upoznata s pacijentovim potrebama za njegom (19). U području pedijatrijske sestriinske skrbi postoje razlike između percepcije roditelja i medicinskih sestara o pacijentu i bolesniku prakse skrbi usmjerene na obitelj koje odražavaju jaz u shvaćanju medicinskih sestara i roditelja. Vrlo je važno da roditelji i medicinska sestra na početku skrbi definiraju svoja očekivanja i uloge kako bi se postigla što bolja komunikacija i opća briga o obitelji, kao i smanjile prepreke za skrb kod hospitaliziranog djeteta. Procesi kliničke (nesebične) njege „Teorije skrbi o čovjeku“ vode i poboljšavaju sestriinske brižne i iscjeljujuće prakse i odnose s pacijentima roditeljima koji imaju dijete primljeno u bolnicu. U ovom okruženju veza čovjek – čovjek je od vitalne važnosti za pružanje suosjećajnih ljudskih briga i iscjeljivanja usluga za pacijenta, obitelj i medicinske sestre koje pružaju njegu. Transpersonalna povezanost čovjeka i čovjeka između medicinske sestre i roditelja i razumijevanje ljudskog duha tijekom boravka u bolnici, njeguje nadu roditelja. Jean Watson naglašava važnost emocija u razvoju odnosa medicinska sestra – dijete – obitelj.

„Teorija skrbi o čovjeku“ fokusirana je na paradigmu ljudi i njegovatelja te nastoji osigurati ravnotežu i harmoniju između zdravlja i bolesti djece. Od mnogih problema koji mogu nastati u sestrinstvu, jedan od najčešćih je neuspjeh u uspostavljanju odnosa, neosjetljivost, nesposobnost za povezivanje ili stvaranje saveza s drugim. Jean Watson smatra da je glavni problem nedostatak promišljene, svjesne svijesti o tome kako nečija prisutnost i svijest prema sebi i drugima mogu utjecati na prirodu i ishod nečijeg odnosa s drugima, bez obzira je li to kolega, pacijent, ili član obitelji. Procesi kliničke (nesebične) njege teorije skrbi o čovjeku vode i poboljšavaju sestriinske brižne i iscjeljujuće prakse i odnose s pacijentima roditeljima koji imaju dijete primljeno u bolnici. Ti procesi uključuju praksu iz ljubavi prema ljubaznosti i ravnodušnosti s autentičnom prisutnošću medicinske sestre. Ona postaje glavna komponenta u interakciji s pacijentom i roditeljima. „Teorija skrbi o čovjeku“ je filozofija i etika koja sestre

usmjerava u njezi i uspostavljanju ljekovitog odnosa. Zrcalna, svjesna svijest o tome koliko je medicinska sestra autentična i koliko prisutnost roditelja može utjecati na prirodu i ishod. Odnos roditelja i sestara je presudan u uspostavi povjerenja, vjere i nade u izlječenje.

6. Zahvale

Zahvaljujem mentorici izv.prof.dr.sc. Ani Borovečki, dr. med., prof na podršci i pomoći prilikom izrade ovog diplomskog rada.

Posebno zahvaljujem djelatnicima Nacionalne sveučilišne knjižnice u Zagrebu i Knjižnice „Andrija Štampar“ u pomoći kod pretraživanja i prikupljanja literature.

Zahvaljujem svojoj obitelji, prijateljima, kolegama na poslu, a posebno glavnoj sestri Poliklinike Adarta, Petri Novak na razumijevanju i izlaženju u susret prilikom izrade rasporeda. Ujedno je bila i podrška tijekom studiranja.

Posebna zahvala Anji Uzelac i njezinoj obitelji koja me je potaknula na razmišljanje o odnosu medicinska sestra – roditelj – dijete te malenom Luki koji će uvijek imati posebno mjesto u mom srcu.

Zahvaljujem svima koji su svojim angažmanom i kritičkim mišljenjem imali utjecaj na izradu ovog rada.

7. Literatura

Knjige, članci, zbornici i enciklopedije

1. Marilyn E. Parker, Cappelli Smith M. *Nursing theories and nursing practice*, 3rd ed. F. A. Davis Company, 2010.
2. Henderson V. *Osnovna načela zdravstvene njege*. Zagreb: HUSE HUMS; 1994.
3. Grgurić J. *Program "dječji bolnički odjeli - prijatelji djece"*; Paediatr Croat 2003; 47 (1): 3 - 8. 191 - 192.
4. Grgurić J. *Etički stavovi u liječenju djece*. U: Grgurić J, Paravina E (ur). *Za osmijeh djeteta u bolnici* Zagreb, Zagreb Graf His 2001.
5. Rodrigues dos Santos M, Szylit Bousso R, Vendramim P, Freire Baliza M, Deguer Misko M, Silva L.; *The practice of nurses caring for families of pediatric inpatients in light of Jean Watson*. Rev Esc Enferm USP . 2014; 48(Esp):80-6.
6. Kralj Kovačić E, Kužnik K. *Zbornik radova Hrvatska proljetna pedijatrijska škola XXXIII*. seminar. Preventivne mjere u programu zdravstvene zaštite djece Split, 2016.
7. Krajnović F., Franković S., Radošević D., Tepavac M. *Filozofsko i znanstveno utemeljenje njege/njegovanja: osvrt na teorijun Jean Watson*; u: *Sestrinski Glasnik*; Zagreb; 2008.
8. Lombart B.; *The care in pediatrics*; Nursing research 2015; 122:67 – 76.
9. Kalauz S.; *Bioetika u sestinstvu*; u: *Medicina*. 44 (2): 129 - 134.
10. Watson J.; *Nursing_The_Philosophy_and_Science*; Rev. ed. University Press of Colorado, 2008.
11. Miles MS, Davis DH; *Parenting the prematurely born child: pathways of influence*; *Seminars in Perinatology*; 1997; 21: 254 – 266.
12. Ortiz Luis SR, Hernández Martínez E, *Perception of humanized nursing care (PHCE) by family members of critical care pediatrics* *Nursing & Care*; Open Access Journal; Vol 5; Issue 2019.

13. Becerra-Ortiz I., *Perceptions of Caring in the Pediatric Medically Complex Population*; Doctoral Projects; 2018.; 80. DOI: <https://doi.org/10.31979/etd.4x5a-q6hq>
14. Elbahnasawy HT, Lawend J, Mohammed EK. *Application of Watson Caring Theory for Nurses in Pediatric Critical Care Unit*. I IOSR-JNHS. 1940 Vol. 5, Issue 4 Ver.2016, 56-67.
15. Okunola I, Olaogun AA, Chinma Adereti S, Ajao, Bankole A, Oyibocha E, Olayinka RN *Pediatric Parents and Nurses Perception of Family – Centered Nursing Care in Southwest Nigeria, International Journal of Caring Sciences*; January– April 2017; Vol 10 | Issue 1| Page 67.
16. Evans M.; *Supporting parents with children hospitalized in the pediatric intensive care unit*; ProQuest LLC, 2017.
17. Watson J, Foster R. *The Attending Nurse Caring Model: integrating theory, evidence and advanced caring–healing therapeutics for transforming professional practice*; Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 360 – 365.
18. Cossette S, Cote JK, Pepin J, Ricard N, D’Aoust LX; *A dimensional structure of nurse–patient interactions from a caring perspective: refinement of the Caring Nurse–Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale)*; (2006) Journal of Advanced Nursing 55(2), 198 –214.
19. McCalman J, Heyeres M, Campbell S, Bainbridge R, Chamberlain C, Strobel N, Ruben N.; *Family-centred interventions by primary healthcare services for Indigenous early childhood wellbeing in Australia, Canada, New Zealand and the United States: a systematic scoping review*; BMC Pregnancy Childbirth. 2017; 17 : 71.
20. Kruszecka-Krówka A., Smoleń E., Cepuch G., Piskorz-Ogórek K., Perek M., Gniadek A. *Determinants of Parental Satisfaction with Nursing Care in Paediatric Wards—A Preliminary Report*; Int J Environ Res Public Health; 2019 May; 16(10): 1774.
21. United Nations General Assembly; *Convention of the Rights of the Child*; New York: United Nations, 1989.
22. Alligood MR.; *Nursing theorist and their work*, eight edition. Maryland Heights: Mosby-Elsevier; 2014.
23. Zbornik radova iz *Teorije zdravstvene njege studenata Sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstvo*; Teorijska promišljanja o/u zdravstvenoj njezi 3. Osijek, 2014.
24. Souiral S.; *Analysis and evaluation of Watson's theory of human care*; J Adv Nurs. 1996; 24: 400 - 4

25. Meleis AI.; *Theoretical Nursing: Development and Progress*; 6. izd. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2018.
26. Falk R, Adeline R.; *Watson's Philosophy, Science, and Theory of Human Caring as a Conceptual Framework for Guiding Community Health Nursing Practice*; Aspen Publishers, Inc. Vol. 23 (2), 2000, 34 - 49.
27. Fawcett J., DeSanto-Madeya S. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*; 3. izd. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2013.
28. Sitzman K, Watson J.; *Caring Science, Mindful Practice. Implementing Watson's Human Caring Theory*; 1.ed. New York: Spring publishing company; 2014.
29. Foss-Durant AM; *Science of Human Caring*; Glob Adv Health Med. 2014; 3 (Suppl 1): BPA09.
30. Watson, J.; *Caring Science and Human Caring Theory: Transforming Personal and Profesional Practices of Nursnig and Health Care*; University of Colorado. 2009.
31. Watson J., Smith C.M. *Caring science and science of unitary human beings: a transtheoretical discourse for nursnig knowlegde development*; Blackwell Science. 2002.
32. Suliman W.A., Welmann E., Omer T., Thomas L.; *Applying Watson's Nursing Theory to Assess Patient Perceptions of Being Cared for in a Multicultural Environment*; Journal of Nursnig Research. 2009, Vol. 17, No. 4.
33. Watson J. *Nursing: Human Science and Human Care: a Theory of Nursing*; Jones & Bartlett Learning, 1999.
34. Spichiger E., Wallhagen I.A., Benner; *Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective Margaret I.*; 2 PhD, RN, CS, GNP and Patricia PhD, RN, FAAN, *Scand J Caring Sci*; 2005; 19; 303–309.
35. Cook- Cook, E.J., Elizabeth J.; *Pediatric Nurses' Death Anxiety and Level of Comfort in Approaching Families of Dying Children "Pediatric Nurses' Death Anxiety and Level of Comfort in Approaching Families of Dying Children"* (2011). Masters Theses. GSVU.; 2011.
36. Refina K.; *Relevance of Mindfulness-Based Interventions on Nurses' Well-Being, Kristine Degree*; Thesis Nursing; 2019.

37. Karlsson K., Galvin K., Darci L.; *Medical procedures in children using a conceptual framework that keeps a focus on human dimensions of care – a discussion paper*; Int J Qual Stud Health Well-being. · 2019; 14(1): 1675354.

Mrežne stranice

1. *Hrvatska enciklopedija*, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža – [pristupljeno 23.04.2020.]. Dostupno na: <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=47286>.

2. *World Health Organization*, Nursing – [pristupljeno 05.09.2020.]. Dostupno na: <http://www.who.int/topics/nursing/en/>.

8. Životopis

Andrea Mudri rođena je 10.08.1989. godine u Varaždinu, dok osnovnoškolsko obrazovanje završava u Ivancu, u Osnovnoj školi Ivana Kukuljevića Sakcinskog. Srednju medicinsku školu završila je u Varaždinu. Godine 2009. upisuje Stručni studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci, gdje je diplomirala u srpnju 2012. godine. Nakon završenog preddiplomskog studija sestrinstva obavila je pripravnički staž u Općoj bolnici Varaždin. U travnju 2014. godine položila je stručni ispit. Nakon položenog stručnog ispita, bila je zaposlena u Domu zdravlja Primorsko-goranske županije, ispostava Krk, Turistička ambulanta Krk, na određeno vrijeme od 15. lipnja 2014. do 15. rujna 2014. U prosincu iste godine započinje s radom u Kliničkom bolničkom centru Zagreb, na Klinici za pedijatriju i tamo ostaje sve do 19. ožujka 2019. godine. Trenutno radi u Poliklinici Adarta Varaždin.