

## Konceptualni modeli sestrištva i načela sestrišne prakse

### Conceptual models of nursing and principles of nursing practice

Dijana Gavranić<sup>1</sup>, Vedrana Iveta<sup>2</sup>, Joško Sindik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dom za starije i nemoćne osobe Majka Marija Petković, Ulica 33 4, 20271 Blato. E-mail:dijagavranic@gmail.com

<sup>1</sup>Center for the elderly and infirm persons Mother Marija Petkovic, Ulica 33 4, 20271 Blato

<sup>2</sup>Dom zdravlja Dubrovnik, Ante Starčevića 1, 20000 Dubrovnik, Hrvatska. E-mail: vedrana.iveta@gmail.com

<sup>2</sup>Health center Dubrovnik, Ante Starčevića 1, 20000 Dubrovnik, Croatia

<sup>3</sup>Institut za antropologiju, Ljudevita Gaja 32, 10000 Zagreb, Hrvatska

<sup>3</sup>Institute for Anthropological Research, Ljudevita Gaja 32, 10000 Zagreb, Croatia

#### Sažetak

U članku se opisuje teorijska jezgra i osnovni modeli sestrištva. Iz opće teorije sestrištva, stare nekoliko desetljeća, grade se konceptualni okviri i razvijaju najpoznatiji modeli sestrištva: Model životnih procesa (Life processes model), Model samoskrbi (Self-care model), Prilagodbeni model (Adaption model) te Model sustava ponašanja (Behavioral System model). Uz konceptualne modele na kojima se temelji sestrišna praksa, važno je poznavati i psihologiju pacijenata i psihosocijalne potrebe pojedinaca. Naime, ti pojedinci imaju pravo na zdravlje, ali im je ono ugroženo bolestima. Stoga su znanja i vještine stečene sestriškom edukacijom iznimno bitne da bi medicinske sestre mogle uspješno obavljati sestrišnu praksu i ispuniti očekivanja koja pred njih postavlja društvena zajednica, ali i vlastita profesionalna etika. U tom je kontekstu važno poštovati načela sestrišne prakse, koja se detaljnije opisuju. Najvažnija karakteristika kvalitete zdravstvene njege je odnos između osobe koja tu skrb pruža i osobe koja tu skrb prima, odnosno između medicinske sestre/tehničara i pacijenta.

**Ključne riječi:** obrazovanje • potrebe pojedinca • sestrišna struka • vještine i znanja

**Kratki naslov:** Konceptualni modeli i sestrišna praksa

#### Abstract

The article describes the theoretical core and basic nursing models. From the general theory of nursing, lasting from several decades, a conceptual framework is built and best-known models of nursing are developed: Life processes model, Self-care model, Adaption model and Behavioral System model. Along with conceptual models on which is nursing practice based, it is important to know the psychology of patients and psycho-social needs of certain individuals. In fact, these individuals have the right to be healthy, but their health is threatened by diseases. Therefore, the knowledge and skills acquired through nursing education are extremely important, to enable the nurses to successfully perform their nursing practice and to meet the expectations that are given to them by the community, as well as the expectations requested by their own professional ethics. In this context, it is important to respect the principles of nursing practice, which are described in more details. The most important characteristic of the quality of health care is the relationship between the person who is providing the care and the person who is receiving the care, i.e. between nurses / technicians and patients.

**Keywords:** education • the needs of the individual • nursing profession • skills and knowledge

**Running head:** The conceptual models and nursing practice

Received November 6<sup>th</sup> 2015;

Accepted December 12<sup>th</sup> 2015;

**Autor za korespondenciju/Corresponding author:** Joško Sindik, PhD., Assistant Professor, Institute for Anthropological Research, Ljudevita Gaja 32, 10000 Zagreb, Croatia • Tel; 385-1-55 35 100 • Fax; 385-1-55 35 105 • E-mail: josko.sindik@inantro.hr

#### Uvod/Introduction

Sestrištvo je i struka i znanstveno utemeljena disciplina koja pomaže ljudima ostvariti zdrav i produktivan život, odnosno omogućiti im da se na najbolji mogući način nose s nedostacima ili narušenim zdravljem, bolestima i ozljedama, koristeći se pritom na znanju utemeljenim vještinama [1]. Međunarodna organizacija rada definirala je profesionalnu medicinsku sestru kao osobu koja je educirana i osposobljena i ovlaštena za izvršavanje složenih i odgovornih funkcija [2]. Medicinska sestra je odgovorna i ovlaštena za izravno pružanje sestrišne skrbi. Sestrištvo je razmjerno mlada disciplina, unatoč činjenici da je njegovanje bolesnih, ranjenih, nemoćnih i siromašnih, kao oblik

pomaganja, prisutno tijekom duge povijesti čovječanstva [1]. Drugim riječima, sestrištvo ima korijene u potrebama čovječanstva i temelji se na idealu pružanja pomoći. Cilj nije samo liječenje bolesnih ili ozdravljenje ranjenih osoba, nego postizanje zdravlja i mira, olakšanje i utjeha, pružanje zaštite, njege i drugih oblika prakse, te pomaganje svima bespomoćnima ili hendikepiranima, mladima, starima, nezrelima [1]. Svrha sestrištva sprečavanje je bolesti i očuvanje zdravlja te je vezana uz sve društvene institucije koje djeluju na tom polju. Medicinska sestra ne vodi računa samo o njezi pojedinca, nego se brine za zdravlje pučanstva u cjelini [3].

Razvoj sestrinstva kroz povijest i u različitim zemljama uvjetovan je mnogim čimbenicima, ali u najvećoj mjeri razvojem znanosti i tehnologije, društvenim zbivanjima i odnosima u društvu općenito te sustavom vrijednosti koje društvo formalno ili neformalno promovira, kao i mogućnostima i kvalitetom međunarodne suradnje i komunikacije. Sestrinstvo i danas, pod utjecajem navedenih čimbenika, doživljava stalni razvoj i promjene [1]. Profesionalna sestrinska skrb, s naglaskom na individualiziranoj skrbi, obuhvaća spoznajna i kulturološki naučena ponašanja koja omogućuju pojedincu, obitelji i zajednici da poboljšaju ili održe zdravstveni status (Fayram, 1990) [1].

## Teorijska jezgra i konceptualni modeli sestrinstva

Medicinskoj sestri, kada bi ona bila samo pomoćnica liječnika koja nema vlastitog profesionalnog identiteta, ne bi bila potrebna visoka naobrazba s posebnom teorijskom osnovom na kojoj će temeljiti svoju praksu. Takav je model danas zastario i struku medicinske sestre danas nitko ne osporava [4]. Sestrinstvo kao struka danas zahtijeva jasno zacrtano obrazovanje, a što se ide prema višim stupnjevima, obrazovanje postaje sve kompleksnije i sofisticiranije [4]. Većina vodećih teoretičara suvremenog sestrinstva nastoji profesionalnu autonomiju medicinskih sestara dokazati tvrdnjom, da medicina danas podrazumijeva timski rad više medicinskih struka, koje su u ravnopravnom odnosu kao suradnici i kolege, a liječnik je samo "primus inter pares". Spomenuti teoretičari ističu da je teorijska podloga sestrinske prakse u početku bila isprepletena teorijama iz različitih bioloških, psiholoških i socioloških škola, „biopsihosocijalnih znanosti“ [5] te bihevorističkog modela krizne intervencije [4]. Najčešće se upotrebljavaju: teorija motivacije Abraham Maslowa, Eriksonov razvojni model, teorije stresa, opća teorija sustava i bihevoristički model krizne intervencije [1].

Abraham Maslow pripada skupini zagovaratelja teorije motivacije u zadovoljavanju ljudskih potreba [6]. Teoretičari motivacije opisuju pojedince kao integrirana, cjelovita bića koja su motivirana unutarnjim i vanjskim potrebama koje stvaraju tenziju. Pojedinaac teži zadovoljenju specifičnih potreba, kako bi smanjio tenziju [5]. Maslow [6] najčešće je ljudske potrebe svrstao u pet kategorija i predstavlja ih piramidom po njihovoj važnosti. Piramida ljudskih potreba počinje u svojoj bazi s osnovnim ljudskim potrebama, zatim potrebom za sigurnošću, pa ljubavlju i pripadanjem, za štovanjem i priznanjem te potrebom za samopoštovanjem i samoostvarivanjem. Svaka kategorija mora biti razmjerno zadovoljena, počevši od baze prema gore kako bi omogućila zadovoljavanje drugih kategorija koje slijede [6]. Hijerarhija potreba po Maslowu može se primijeniti na sve komponente sestrinskog procesa, posebice na procjenu, utvrđivanje prioriteta i definiranje sestrinske dijagnoze [1, 6].

Međutim, u posljednjih nekoliko desetljeća formira se opća teorija sestrinstva na kojoj se grade konceptualni okviri i razvijaju **modeli sestrinstva** [4]. To su:

- a) Model životnih procesa (Life processes model)
- b) Model samoskrbi (Self-care model)

- c) Prilagodbeni model (Adaption model)
- d) Model sustava ponašanja (Behavioral System model) [4].

### a) Model životnih procesa

Taj je model razvila Martha Rogers [7]. Karakteristika mu je u pristupu čovjeku kao organskoj cjelini. Autorica drži da je cilj znanstvene jezgre sestrinstva opisati, objasniti i predvidjeti ono što je bitno za ljudsku vrstu kako bi se razvijale teorije sestrinstva koje najbolje služe neposrednoj sestrinskoj praksi. Za ovu teoriju sestrinstva bitno je **pet obilježja čovjeka** [7]:

- Cjelovitost - čovjek je integralno biće, te ima karakteristike koje se ne mogu svesti na jedan njegov dio ili pak na neki zbroj tih dijelova
- Interakcija - čovjek neprestano sa svojom okolinom izmjenjuje materiju i energiju
- Evolucija - ljudski životni procesi teku jednosmjerno i nepovratno u određenom vremenu i prostoru
- Identitet - određenje uzorima i organizacijom, elementima koji utječu na njegovu promjenjivost.
- Sposobnosti - čovjek je obdaren sposobnostima apstraktnog mišljenja, govora, likovnog izražavanja i emocijama [7].

Ako teorija sestrinstva promatra čovjeka kroz navedena obilježja, cilj sestrinske prakse postaje briga za unapređenje interakcije između pacijenta i njegova okruženja i to na način da se za pacijenta što više koristi energija i potencijali samog pacijenta [4]. Model životnih procesa temelji se na holističkoj teoriji zdravlja i jedinstvu čovjekova bića. Podatci koje sestra skuplja radi svoje dijagnoze (sestrinske dijagnoze), izvedeni su iz cjelovite strukture činjenica koje čine zdravstveni potencijal osobe [7]. Na osnovu njih moguće je ustanoviti kratkoročne i dugoročne zdravstvene ciljeve za pojedinca, njegovu obitelj i društvo te odrediti sestrinsko djelovanje da bi se ciljevi i ostvarili. Takvim djelovanjem sestra pomaže pacijentu da restrukturira svoje odnose sa samim sobom i okolinom, kako bi u najvećoj mjeri mogao koristiti svoje potencijale [4]. Primjena i provjera ovog modela u praksi te njegovo kritičko vrednovanje, nedvojbeno će koristiti razvoju sestrinske znanosti [4-5].

### b) Model samozbrinjavanja

Model samozbrinjavanja stavlja naglasak na potrebu ljudi da brinu o sebi samima. U zadovoljavanju te potrebe nastaju aktivnosti kojima je cilj održavanje života, zdravlja i dobrog stanja u cjelini. Ova koncepcija razvijala se petnaest godina (od 1971. do 1985.), a utemeljila ju je Dorothy E. Orem [8]. Usmjerena je na prepoznavanje korisnikovih potreba samozbrinjavanja i sestrinskih radnji, kako bi se te potrebe zadovoljile. Osnova je modela uvjerenje da su ljudi biopsihosocijalna bića, koja su voljna i sposobna provoditi samozbrinjavanje [1].

Samozbrinjavanje kao način ponašanja, izvodi osoba sama za sebe s ciljem održavanja života i dobrobiti. To je naučeno ponašanje koje se rabi za zadovoljenje potreba. Sestrinska pomoć i terapijsko samozbrinjavanje nužno je kada pojedinac ne može zadovoljiti, odnosno ispuniti zahtjeve

samozbrinjavanja. Potrebe samozbrinjavanja dijele se u tri skupine [8]:

- Univerzalne potrebe samozbrinjavanja: to su one aktivnosti koje svi pojedinci, bez obzira na životnu dob ili razvoj, trebaju za održavanje života i normalno funkcioniranje. Povezane su s održavanjem životnih procesa, strukturalnog integriteta i funkcioniranja. To su: zrak, voda, hrana, ravnoteža između aktivnosti i odmora, eliminacijski procesi, ravnoteža između samoće i društvene interakcije, sigurnost, funkcioniranje i razvoj unutar socijalnih skupina.
- Razvojne potrebe samozbrinjavanja jesu potrebe vezane uz razvojne procese i stanja koja se događaju tijekom životnog ciklusa. Dvije su kategorije samozbrinjavanja:
  - održavanje stanja koja podržavaju životne procese i promiču razvoj
  - sprječavanje štetnih učinaka na ljudski razvoj.
- potrebe samozbrinjavanja kod poremećaja zdravlja odnose se na povećane zahtjeve u pojedinca, koji zbog bolesti ili ozljede zahtijevaju medicinsku skrb (Orem (1995).

Orem razlikuje šest specifičnih potreba samozbrinjavanja [8]:

- traženje i osiguravanje medicinske pomoći
- prepoznavanje stanja koja zahtijevaju pomoć i pravilnu brigu tijekom njihova trajanja
- pravilnu primjenu propisanih mjera i postupaka
- praćenje i prepoznavanje učinaka medicinskih postupaka
- prihvaćanje stanja i mijenjanje slike o sebi
- učenje kako živjeti u životnom stilu koji promiče stalni razvoj i uz stanje promijenjena zdravlja.

Kad osoba nije u stanju odgovoriti zahtjevima samozbrinjavanja, nastaje potreba za sestrinskom intervencijom. Potreba za sestrinskom skrbi može biti u rasponu od minimalne, preko djelomične, do potpune [8].

Prema kriteriju manjka sposobnosti, Orem je opisala tri sustava samozbrinjavanja [8]:

1. Sustav potpune zamjene, odnosno, potpuni kompenzacijski sustav; primjenjuje se za korisnike koji ne mogu ili ne smiju izvoditi radnje, brinuti se o sebi, donositi odluke.
2. Sustav djelomične zamjene, odnosno parcijalno kompenzacijski; primjenjuje se kada korisnik neke aktivnosti može, ne smije ili ne zna obavljati. Ovaj sustav uključuje zajednički rad sestre i korisnika, a sestra pomaže prema potrebi. Cilj je uvijek osposobljavanje za samostalan život.
3. Edukativni sustav i sustav potpore primjeren je za one korisnike kojima je potrebna pomoć u odlučivanju, kontroli ponašanja, stjecanju znanja ili vještina, a sestra pomaže putem vođenja, potpore i učenja [8].

### c) Adaptacijski ili prilagodbeni model

U modelu sestre Calliste Roy, ključna je prilagodba pojedinca na podražaje tj. održavanje ravnoteže, stabilnosti

i harmonije između pojedinca i okoline [9]. Svaka osoba osjetljiva je na stresore i kao jedinstveni biopsihosocijalni sustav, koristi se tim istim mehanizmima, dakle biološkim, psihološkim i socijalnim, u interakciji i prilagodbi okolini [9]. Svaki sustav unutar osobe, teži k fiziološkoj i bihevioralnoj homeostazi, odnosno ravnoteži fizioloških funkcija i konstantnosti funkcioniranja, kako bi se organizam održao na optimalnoj razini [1]. Tri skupine podražaja izazivaju adaptivne reakcije: fokalni ili žarišni (trenutačno su prisutni), kontekstualni podražaji (prisutni su u osobi ili okolini, odnosno predstavljaju kontekst u kojem se pojavljuje žarišni problem) i rezidualni (koji izvire iz prošlih iskustava i uključuju uvjerenja, stavove ili svojstva koji utječu na sadašnju situaciju osobe) [9]. Adaptivna reakcija je bihevioralni odgovor [9]. Postoje četiri modusa adaptacije ili odgovora koji utječu na ponašanje. Jedan je modus fiziološki, a tri su psihosocijalna. Ponašanje osobe određuje je li adaptacija učinkovit ili neučinkovit odgovor na podražaj [9]. Fiziološki modus uključuje postizanje homeostaze disanjem, prehranom, eliminacijom, aktivnostima i odmorom. Tu se još ubraja i integritet kože, osjeti, tekućina, elektroliti te neurološke i endokrine funkcije. Psihosocijalni modusi su: samosvijest (odnosi se na razumijevanje vlastita ponašanja i odnosa s drugima), modusi izvršavanja uloga (uključuje uloge i položaj pojedinca u socijalnom okruženju, očekivanja obitelji i drugih bitnih osoba) te međuovisnost (podrazumijeva bliski odnos ljudi i uključuje sposobnost davanja i primanja osjećaja ljubavi, poštovanja, prihvaćanja, zatim vrednovanje drugih, brigu za druge, primjerenu osjećajnost, sustav potpore i slično) [9].

Uloga je sestre u opisanom modelu prilagođavanje pacijenta putem svih navedenih modusa, upotrebljavajući tijekom njihova zdravlja i bolesti četiri glavne komponente procesa zdravstvene njege: a) utvrđivanje; b) planiranje; c) izvršavanje i d) ocjenjivanje ili evaluaciju [9]. Kod utvrđivanja sestra dobija uvid u učinkovitost pacijentovih sposobnosti da se bavi stimulativnim metodama za svoje prilagođavanje. Planiranjem se ustanovljuju zadaci za promjenu slabog adaptivnog ponašanja u učinkovito, odnosno djelotvorno ponašanje. Nakon toga, nastupa faza provedbe plana i na kraju dolazi evaluacija [9]. Model C. Roy primjenjuje se u nekoliko američkih bolnica i razvija u više škola za medicinske sestre u SAD, međutim, još je u fazi kritičke provjere i dokazivanja vrijednosti za praksu sestrinstva [5].

### d) Model bihevioralnih sustava

Model bihevioralnih sustava polazi od ljudskog ponašanja (behavior) kao bitne čovjekove odrednice te na toj osnovi konstruira sestrinsko djelovanje. Dorothy E. Johnson [10], autorica ovog modela, čovjeka definira kao „sustav ponašanja“ (*behavioral system*), koji nastoji konstantno balansirati između sebe i okoline, koja je kao i on sam, promjenjiva. Kad sustav ispadne iz ravnoteže, javlja se potreba za sestrinskom njegom. Ravnoteža se uspostavlja prilagođenim ponašanjem između čovjekove unutrašnje i vanjske sredine [10]. Zahvaljujući toj sposobnosti ponašanje je predvidljivo, staloženo i odlučno u namjeri da se ponovo uspostavi optimalna organizacija i cjelovitost pacijentova ponašanja [4].

U praksi i u teoriji postoje i drugi modeli (vojni model, advokatski model, interpersonalni model, sistemni model, itd.),

ali su prethodno navedena četiri modela najpoznatiji dijelovi konceptualnog okvira modernog sestrinstva [4]. Budući da se navedeni modeli najčešće primjenjuju u praksi, često se provode i njihove teorijske modifikacije i prilagođavanje potrebama sestrinske prakse i struke, što neminovno dovodi do razvijanja novih modela. Mišljenje je eksperata da znanost o sestrinstvu, utemeljena na konceptualnom modelu, pruža studentima sestrinstva opći okvir za njihovu njegovateljsku praksu unutar koje oni mogu profesionalno i autonomno djelovati i kroz iskustvo širiti svoja sestrinska znanja [4-5]. Uz konceptualne modele koji su uključeni u sestrinsku praksu, solidno poznavanje psihologije pacijenata i psihosocijalnih potreba pojedinaca, koji imaju pravo na zdravlje, ali im je ono ugroženo bolestima, medicinskim sestrama omogućuje uspješno obavljanje sestrinske prakse i ispunjenje očekivanja koja pred njih postavlja društvena zajednica, ali i njihova vlastita profesionalna etika [4].

## Načela sestrinske prakse

Osnovni smisao i bit sestrinstva jest pružanje pomoći ljudima tijekom svih faza životnoga ciklusa i u raznim stanjima zdravlja. Humanost i altruizam duboko su ukorijenjeni u sestrinsku praksu, a humanistička i etička načela temelji su na kojima se gradi cjelokupan odnos sestre i korisnika, sestre i suradnika i svih drugih koji pomažu da se pruži optimalna zaštita [1].

## Holizam i holističko poimanje čovjeka

Holizam i holističko poimanje čovjekapristup je u kojemu se čovjek doživljava kao cjelina i kao dio cjeline. Ovo načelo proizlazi iz biološke teorije, prema kojoj je svaki organizam, kao cjelina, nešto bitno drugačije i više od pukog zbroja svih njegovih dijelova, te kao cjelina usmjerava sve svoje fizikalno-kemijske životne pojave [1]. Holistički pristup uključuje i sagledavanje i uvažavanje cjelokupnog okruženja čovjeka, ponajprije obitelji i zajednice u kojoj pojedinac živi. Osobito značenje ima obitelj kao čimbenik svekolike potpore: tjelesne, emocionalne i socijalne. U njoj se odvija rast i razvoj, socijalizacija, stječu znanja i formiraju stavovi i ponašanja. Obitelj isto tako može biti izvor i uzročni faktor nastanka bolesti i poremećaja [1]. To znači da se osim na osobe, holizam proteže i na obitelj i na stil življenja, socijalno-ekonomski status, religiju, zajednicu i sve ostale čimbenike koji imaju značenje za korisnika. Iako se sestrinska procjena koristi redukcionističkim pristupom ispitivanja pojedinih dijelova osobe za identifikaciju problema, sestre uz naučeno znanje brzo steknu iskustvo da kvalitetno procijene cjelokupnu korisnikovu situaciju, jer razumiju da su svi ti pojedini dijelovi u međusobnoj vezi i zavisnosti [1]. Holistički pristup ne isključuje načelo individualiziranog pristupa u sestrinskoj praksi. Ovo načelo temelji se na činjenici da je svako ljudsko biće jedinstveno i neponovljivo i da će osnovne potrebe zadovoljavati na sebi svojstven način. Ovo načelo treba poštovati tijekom cjelokupnog procesa sestrinske skrbi, osobito prilikom procjene, jer ona je temelj za planiranje i provedbu [1].

## Poštovanje svakog pojedinca i njegove osobnosti, potreba i vrijednosti

Poštovanje svakog pojedinca jedno je od osnovnih etičkih načela koji prožimaju cjelokupan odnos sestra-korisnik. Poštujući ovo načelo, sestra i korisnik grade i održavaju partnerski odnos tijekom cjelokupnog procesa pružanja skrbi. Verbalnom i neverbalnom komunikacijom te načinom na koji provodi pojedine postupke, sestra iskazuje poštovanje prema korisniku te čuva čast i dostojanstvo pojedinca, njegove obitelji i njegova šireg okruženja [1]. Pokazujući iskreno razumijevanje, pažnju, zainteresiranost i empatiju, sestra potiče korisnika na izražavanje vlastitih misli, osjećaja, uvjerenja, stavova, htijenja i očekivanja. Ovo je jedan od osnovnih uvjeta za sudjelovanje korisnika i stvaranje partnerskog odnosa u procesu skrbi i u donošenju odluka o zdravlju. Partnerski odnos gradi se i sa suradnicima koji sudjeluju u procesu skrbi za korisnika [1].

## Načelo jednakosti i pravednosti

Načelo jednakosti i pravednosti jamči jednak pristup i kvalitetu usluga svima, bez obzira na spol, godine života, vjersku i nacionalnu pripadnost, vrstu bolesti ili nedostatka, ili bilo koje drugo svojstvo. Veća osjetljivost uvijek se iskazuje prema ugroženijima i ljudima čije su tjelesne, duševne, socijalne i ostale potrebe veće [1].

Osnovna prava čovjeka, ponajprije pravo na zdravlje i zdravstvenu zaštitu osnova su na kojoj su izgrađena i neka načela sestrinske prakse. To je primjerice, načelo koje se odnosi na priznavanje i prihvaćanje prava korisnika da budu dobro obaviješteni i sudjeluju u odlukama o vlastitoj skrbi, osobito u onim odlukama koje se odnose na unapređenje i očuvanje zdravlja, što je osnovna ljudske potreba tijekom cijelog života [1].

## Odnos medicinske sestre i bolesnika

Smatra se da je skrb ključan aspekt cjelokupnog procesa zdravstvene njege, posebice kada je riječ o bolesnoj djeci i osobama starije životne dobi, no ona je važna i za zdrave odrasle ljude [11]. Skrb uvijek podrazumijeva aktivan odnos pa N. Noddings smatra da je proces skrbi autentičan, kada ga je bolesnik sam odabrao i pristao na njega [12]. Bolesnici uvijek najbolje reagiraju u situacijama izmjene osjećaja i stavova s medicinskim sestrama [12]. Upravo mogućnost vrednovanja i povjerenje koje se stvara u takvim situacijama utječu na samopouzdanje bolesnika pa oni postaju kreativni i aktivni u svome liječenju. Odlučivanje, djelovanje i ciljevi svih koji sudjeluju u procesu liječenja i skrbi za bolesnika, neosporno moraju biti autonomni, ali istovremeno i komplementarni s jednim ciljem - najvišom razinom dobrobiti za bolesnika. Zdravstvenu njegu treba gledati u svjetlu interaktivnog odnosa između medicinske sestre i bolesnika (Noddings, 1984) [12]. Najvažnija karakteristika kvalitete zdravstvene njege je odnos između osobe koja tu skrb pruža i osobe koja tu skrb prima. U mnogim slučajevima može se govoriti o uzajamnom odnosu na obostrano zadovoljstvo, jer skrb za bolesnika medicinsku sestru oplemenjuje, omogućava joj razvoj vlastite autonomije i samopoštovanja. Cilj svake medicinske sestre treba biti postavljanje

bolesnika u situaciju u kojoj će sam moći utjecati na svoj život, s velikim povjerenjem prema pomoći koju mu ona pruža. Sestrinska praksa, dakle, počiva na tom temeljnom moralnom osjećaju za dobrobit bolesnika, koju sestrinstvo promiče i ostvaruje kroz medicinsku njegu i skrb [11]. Medicinska sestra mora ostati vjerna i dosljedna načelu najveće moguće dobrobiti. Ona ne smije biti samo puki pasivni provoditelj odluka, nego s jasnim stavom mora biti aktivni moralni subjekt medicinske skrbi [13]. To znači da njezinu moralnu autonomiju ne može dokinuti nikakva liječnička odluka, ako je to po njezinom odgovornom i kompetentnom sudu u najboljem interesu bolesnika. Kada je duboko uvjerena da liječnik djeluje protiv dobrobiti bolesnika, ona sigurnost pacijenta stavlja ispred liječničkog autoriteta i osporava ga [13]. Medicinska sestra najbliže je bolesniku, ona je najdulje s njim i njezina uljudenost, suosjećanje s njim u patnji, vještina u komunikaciji te privrženost, udružena sa znanjem i kompetencijom, pridonose boljoj kvaliteti života, pridonose vrijednosti života [13]. Kvalitetu sestrinske skrbi teško je mjeriti, jer zadire u fizičke, intelektualne, emocionalne i duhovne aspekte ljudskog života. Tako se na primjer postavlja pitanje: kako kod korisnika mjeriti promjenu sustava vrijednosti, stavova, uvjerenja; kako mjeriti preventivne aktivnosti i kako odlučiti jesu li neke promjene rezultat sestrinske skrbi, ili su neki drugi čimbenici u korisnikovu životu pomogli promjeni [1]. Kad je riječ o kvaliteti pružanja sestrinske skrbi, misli se na razinu kakvoće pružanja usluga. Potpuno je jasno da moramo uzeti u obzir mnoštvo čimbenika koji su presudni za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite općenito. To su ekonomski, društveni, politički i profesionalni čimbenici [1]. Pružanje kvalitetne zaštite ponajviše ovisi o znanju, umijeću, stavovima i motivaciji zdravstvenih radnika, ali i o organizaciji rada zdravstvene službe [1]. O kvaliteti rada sestrinske zaštite počelo se više govoriti uspostavom tržišnih odnosa, pri čemu klijent, odnosno korisnik, postaje potrošač zdravstvenih usluga [1].

Za različite subjekte kvaliteta i način njezina mjerenja imaju različito značenje. Tako za zdravstvene profesionalce kvaliteta uglavnom znači kliničku učinkovitost. Društvo prati kvalitetu preko troškova i pravednosti. Za korisnike zdravstvene usluge veoma su važni načini pružanja skrbi kao i postignuti rezultati te skrbi [1]. Kriteriji po kojima se mogu objektivno pratiti i mjeriti rezultati jesu: učinkovitost, djelotvornost, pravednost, humanost, efikasnost, prikladnost usluge, pristupačnost, prihvatljivost i kontinuitet [1]. U praksi unutar svakog kriterija postoji mogućnost praćenja manjih mjerljivih mini-standarda. Svjetska zdravstvena organizacija 1995. godine navodi da postoje tri glavne dobrobiti primjene programa praćenja kvalitete:

- osiguravanje objektivnih dokaza da se javna sredstva koriste promišljeno i efikasno
- osiguravanje alata za rješavanje problema u zdravstvenom sustavu
- olakšavanje procesa inovacije u pružanju zdravstvene zaštite, uključujući tehnološki, organizacijski i interdisciplinarni napredak [1].

Ocjenu kvalitete sestrinske skrbi može se donijeti na temelju usporedbe prakse i definiranih standarda, uz primjenu kriterija mjerenja. Skupine stručnjaka moraju se dogovoriti, tko će i kojim metodama provoditi mjerenja. Ona su danas nužnost i potreba, povezana s profesionalnim i društvenim razvojem sestrinstva. Osiguranje kvalitete zdravstvene njege podrazumijeva napore medicinskih sestara i njihovu spremnost da pruže usluge prema prihvaćenim profesionalnim standardima i na način prihvatljiv bolesnicima [1].

## Zaključak/Conclusion

Iz opće teorije sestrinstva, deducirani su temeljni konceptualni okviri i razvijeni najpoznatiji modeli sestrinstva i sestrinske prakse: Model životnih procesa (Life processes model), Model samoskrbi (Self-care model), Prilagodbeni model (Adaption model) te Model sustava ponašanja (Behavioral System model). Međutim, stručnjaci smatraju da je važno znanost o sestrinstvu razvijati prema nekom određenom konceptualnom modelu ili njihovim kombinacijama, jer usustavljena znanja omogućuju studentima sestrinstva posjedovanje općih okvira za stručno i autonomno djelovanje i širenje svojih sestrinskih znanja kroz iskustvo. Uz poznavanje samih konceptualnih modela sestrinstva, važno je poznavati i psihologiju pacijenata kao i psihosocijalne potrebe pojedinaca. Naime, znanja i vještine stečene sestrinskom edukacijom iznimno su bitne za uspješno obavljanje sestrinske prakse, poštovanje načela sestrinske prakse te ispunjavanje očekivanja koja pred medicinske sestre/tehničare postavlja društvena zajednica, kao i vlastita profesionalna etika. Odnos između osobe koja sestrinsku skrb pruža i osobe koja tu skrb prima, odnosno između medicinske sestre/tehničara i pacijenta, glavna je odrednica kvalitete zdravstvene njege.

## Literatura/References

- [1] Mojsović Z. i sur. Sestrinstvo u zajednici. Zagreb: Visoka zdravstvena škola; 2005.
- [2] International Labour Organisation. C149 - Nursing Personnel Convention; 1977 (No. 149) Convention concerning Employment and Conditions of Work and Life of Nursing Personnel. [http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312294](http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:P12100_INSTRUMENT_ID:312294)
- [3] Harmer B. Textbook of the Principles and Practice of Nursing: clinical nursing from an historical perspective. New York: Macmillan; 1922.
- [4] Šegota I. Etika sestrinstva. Smiju li medicinske sestre štrajkati? Društvena istraživanja, 1995; 4(1): 101-124.
- [5] Brunner L., Suddarth D. Textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia: Lipincott; 1988.
- [6] Maslow AH. Motivation and personality. New York: Harper & Row; 1970.
- [7] Rogers M. An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1970.
- [8] Orem DE. Nursing: Concepts of practice (5th ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby; 1995.
- [9] Roy C. The Roy Adaptation Model. In Riehl JP.: Roy C. Conceptual Models for Nursing Practice. Norwalk: Appleton: Century Crofts; 1980.
- [10] Johnson DE. The behavioral system model for nursing. In McEwen M. & Wills E. (Ed.). Theoretical basis for nursing. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 1980.
- [11] Kalauz S. Bioetika u sestrinstvu. Medicina, 2008; 44 (2): 129-134.
- [12] Kalauz S. Organizacija i upravljanje u području zdravstvene njege. Zagreb: Visoka zdravstvena škola; 2008.
- [13] Matulić T. Identitet, profesija i etika sestrinstva. Bogoslovska smotra, 2007; 77(3): 727-744.