

**PRIRUČNIK
ZA DODATNU
EDUKACIJU IZ
ZDRAVSTVENE NJEGE
U ZAJEDNICI**



PRIRUČNIK ZA DODATNU EDUKACIJU IZ ZDRAVSTVENE NJEGE U ZAJEDNICI

Sarajevo, 2025.

Autori:

Mediha Avdić, *magistra nauka u oblasti menadžmenta u zdravstvu, dipl. medicinska sestra*
Elma Sokić-Begović, *prim. dr. stom., spec. socijalne medicine*
Vildana Doder, *prim. dr. stom., spec. socijalne medicine*
Sandra Đurić, *odgovorna medicinska sestra/tehničar*
Larisa Gavran, *profesor na katedri za porodičnu medicinu, Medicinski fakultet Univerziteta u Zenici*
Zaim Jatić, *prof. dr. sci., specijalista porodične medicine*
Ljubica Krišto, *magistra sestrinstva*
Ljevak Ivona, *doc. dr. sc.*

Fatima Bećirović, *magistra nauka*
Adisa Mehić, *diplomirani pravnik i magistar kriminalistike*

Recenzija

izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberg

Izdavač

Fondacija fami, Sarajevo
Višegradska 24
www.fondacijafami.org

Za izdavača

Ena Bučan

Lektor

Zlatan Peršić

Štampa

Dobra Knjiga d.o.o., Sarajevo

Tiraž

55

Dizajn i DTP:

ISBN 978-9926-9005-3-3

CIP zapis dostupan u COBISS sistemu Nacionalne i univerzitetske biblioteke BiH pod
ID brojem **67099398**

Autori



Avdić Mediha – magistra nauka u oblasti menadžmenta u zdravstvu, diplomirana medicinska sestra, uposlenica JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo, odgovorna sestra Službe porodične medicine OJ DZ Vogošća, dugogodišnji predavač i mentor u oblasti porodične medicine, predavač u oblasti mentorstva i zdravstvene njege u zajednici. Višegodišnji stručni/spoljni saradnik Više medicinske škole, zatim Visoke zdravstvene škole (u zvanju asistenta do 2014. godine). Autor i koautor više stručnih radova, promotivno-preventivnih vodiča, priručnika i monografija.



Sokić-Begović Elma – prim. dr. stom., spec. socijalne medicine s organizacijom i ekonomikom zdravstvene zaštite, voditelj Odjela za organizaciju zdravstvene zaštite i ekonomiku zdravstva u Službi za socijalnu medicinu Zavoda za javno zdravstvo FBiH. Do 2024. godine radila u Federalnom ministarstvu zdravstva na poslovima stručnog savjetnika za kvalitet u zdravstvu u Sektoru za analitiku, plan i upravljanje resursima u zdravstvu, te na poslovima stručnog savjetnika za zdravstveno planiranje i organizaciju bolničke zdravstvene zaštite u Odsjeku za organizaciju i razvoj zdravstvene zaštite Sektora za organizaciju i razvoj zdravstvenog sistema. Učestvovala u izradi sestrinske dokumentacije u oblasti sestrinstva u zajednici/polivalentne patronaže, te u obradi i analizi podataka samoprocjene patronažnih medicinskih sestara/tehničara u pilot istraživanju novoizrađenih i usaglašenih opisa poslova patronažne medicinske sestre i doktorant na doktorskom studiju, te je autor i koautor više stručnih radova objavljenih u domaćim i međunarodnim časopisima.



Doder Vildana – prim. dr. stom., spec. socijalne medicine s organizacijom i ekonomikom zdravstvene zaštite, šef Odsjeka za organizaciju i razvoj zdravstvene zaštite u Sektoru za organizaciju i razvoj zdravstvenog sistema. Kao dugogodišnji uposlenik Federalnog ministarstva zdravstva koordinirala i aktivno učestvovala u razvojnim programima i projektima posebno u oblasti primarne zdravstvene zaštite, kao i u procesima evaluacije učinka reforme primarne zdravstvene zaštite, koordinirala aktivnosti vezane za stvaranje formalnih preduvjeta za provođenje kontinuiranog stručnog usavršavanja unutar zdravstvenog sistema (posebno u oblasti porodične medicine, zdravstvenog menadžmenta, ranog rasta i razvoja, kvaliteta u zdravstvu, javnog zdravstva, IKT). Upravljala razvojnim projektima u saradnji sa Svjetskom bankom i ostalim međunarodnim donatorima.



Đurić Sandra – završila studij za stjecanje visoke stručne spreme na Medicinskom fakultetu u Tuzli, odsjek Visoka zdravstvena škola 2012. godine, na kojoj je angažirana kao asistent na predmetu Medicinska dijetetika od 2021. godine. Zaposlena u JZNU "Dr. Mustafa Šehović" Tuzla, na radnom mjestu odgovorna medicinska sestra/tehničar Odjeljenja za zdravstvenu njegu u zajednici i vanbolničku palijativnu njegu.



Gavran Larisa – redovni profesor na katedri za porodičnu medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Zenici. Medicinski fakultet u Sarajevu završila je 1991. godine, magistrirala je 2008., a doktorirala 2011. godine na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Tuzli. Specijalizaciju iz opće medicine završila je 2000. godine, a specijalizaciju iz porodične medicine 2001. godine u Sarajevu. Od 2011. godine radi u Edukativnom centru Doma zdravlja Zenica kao voditeljica centra, glavni mentor i komentor na specijalizacijskom programu, te kao koordinator Programa dodatnog treninga

za ljekare i medicinske sestre ZDK i SBK. Autorica je osam udžbenika, dva priručnika, tri praktična vodiča i oko 100 naučnih i stručnih radova objavljenih u domaćim i inostranim medicinskim časopisima, te zbornicima domaćih i inostranih skupova, kao i preko 50 javnih predavanja kod nas i u Evropi iz oblasti porodične medicine.



Jatić Zaim – prof. dr. sci., specijalista porodične medicine, zaposlen u Domu zdravlja Kantona Sarajevo. Šef Katedre za porodičnu medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu, predavač na izbornom predmetu "Kompleksni pacijenti u porodičnoj medicini", predavač na ljetnoj školi u organizaciji Northwestern University (Evanston, Ill., United States of America) i Univerziteta u Sarajevu: „Comparative Public Health: Serbia & Bosnia and Herzegovina“, predavač na „Kontinuiranoj profesionalnoj edukaciji iz oblasti zdravstvenog menadžmenta“. Autor brojnih stručnih i naučnih publikacija i dobitnik više nagrada za humanitarni, stručni i naučni rad.



Krišto Ljubica – magistra sestrinstva, savjetodavni terapeut/realitetna psihoterapija, psihoterapeut i psihoterapijski savjetnik/integrativna psihodinamska psihoterapija. Uposlena u Centru za mentalno zdravlje i koordinator za kvalitet u Domu zdravlja Livno, vanjski ocjenjivač i facilitator Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH (AKAZ). Član mnogobrojnih nacionalnih i evropskih udruženja i stručnih komora.



Ljevak Ivona – doc. dr. sc, nakon višegodišnjeg kliničkog iskustva u Sveučilišnoj kliničkoj bolnici Mostar, 2015. godine započela s radom na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru na kojem je trenutno pročelnica katedre za zdravstvenu njegu. Autor je jedne univerzitetske knjige, koautor dva univerzitetska udžbenika i tri priručnika sa standardnim operativnim procedurama za medicinske sestre/tehničare. Objavila je više stručnih i naučnih radova u inostranim i domaćim časopisima.



Bećirević Fatima – magistra nauka, socijalna radnica, supervizorica u psihosocijalnom radu, Geštalt psihoterapeutica u edukaciji pod supervizijom. Radno iskustvo u vladinom i nevladinom sektoru, dugogodišnje iskustvo u direktnom radu sa žrtvama nasilja, počiniteljima nasilja i žrtvama ratne traume, individualna psihoterapija u edukaciji pod supervizijom, individualna i grupna supervizija psihosocijalnog rada različitih stručnih profila, iskustvo stručne podrške u formiranju i jačanju kantonalnih koordinacijskih tijela i općinskih multisektorskih timova za prevenciju i postu-

panje u slučajevima nasilja, te edukatorica za oblast nasilja u porodici, nasilja nad ženama i rodne ravnopravnosti. Učestvovala u različitim istraživanjima, konferencijama, okruglim stolovima, nau-

čnim skupovima, autorica i koautorica više analiza iz oblasti nasilja u porodici i rodne ravnopravnosti.



Mehić Adisa – diplomirani pravnik i magistar kriminalistike, s višegodišnjim iskustvom u sektoru zdravstva i oblasti zaštite ljudskih prava. Autor i koautor niza priručnika, trening paketa i vodiča namijenjenih zdravstvenim radnicima i saradnicima, uključujući pitanja rodne ravnopravnosti i rodno zasnovanog nasilja, edukator u navedenim oblastima, kroz prizmu međunarodnog i domaćeg pravnog okvira, s fokusom na ljudskim pravima, i kroz prizmu preporuka SZO za odgovor sektora zdravstva na rodno zasnovano nasilje. Članica Koordinacijskog tijela za praćenje Strategije borbe protiv nasilja u porodici, kao i drugih tijela Vlade Federacije BiH koja prate primjenu potpisanih međunarodnih konvencija.

SADRŽAJ

UVOD	8
RECENZIJA	9
POGLAVLJE I - Primarna zdravstvena zaštita i polivalentne patронаžne sestre/tehničari u zajednici	11
1.1. Sistem zdravstvene zaštite u Federaciji BiH	12
1.2. Primarna zdravstvena zaštita, zdravstvena njega u zajednici i polivalentna patронаža/ sestrinstvo u zajednici, kontinuitet njege i horizontalna uvezanost	22
1.3. Socijalna zaštita i organizacija službi socijalne zaštite, nevladine i humanitarne organizacije	42
POGLAVLJE II - Mikrokontekst, socijalno-psihološki aspekt primarne zdravstvene zaštite i sestrinstvo u zajednici	53
2.1. Komunikacija spacijentom/porodicom	54
2.2. Starenje i društvo	63
2.3. Ljudi i bolest	70
2.4. Porodica	76
2.5. Porodica/prijatelj kao njegovatelj	85
2.6. Suočavanje s tugom i smrću	91
POGLAVLJE III - Javno zdravlje, zdravlje porodice, žene i djeteta	99
3.1. Epidemiologija, vakcine i kontrola infekcija	100
3.2. Socijalna medicina (javno zdravlje, okoliš i zdravlje – situacija u zemlji)	111
3.3. Profiliranje zajednice – rad s lokalnom zajednicom, korištenje pristupa procjena zdravstvenih potreba	124
3.4. Planiranje porodice i zdravlje žene	134
3.5. Zdravlje djeteta i majke	146
POGLAVLJE IV - Sadržaj zdravstvene njege u zajednici	159
4.1. Procjena pacijenta	160
4.2. Planiranje zdravstvene njege - planiranje u partnerstvu s pacijentima i porodicom	171
4.3. Vođenje sestrinske dokumentacije i standardne operativne procedure (SOP) za polivalentnu patронаžu	181
4.4. Zdravlje i zaštita medicinske sestre/tehničara u zajednici pri radu	192
4.5. Nastavak i provođenje bolničkih vještina u kući	200
4.6. Zdravstvena njega pacijenta s različitim kliničkim stanjima (kardiovaskularne bolesti, karcinomi, respiratorne bolesti, diabetes mellitus, neurološka oboljenja, infektivne bolesti)	205
4.6.1. Zdravstvena njega pacijenata s kardiovaskularnim oboljenjima	206
4.6.2. Zdravstvena njega pacijenata oboljelih od karcinoma	213
4.6.3. Zdravstvena njega pacijenta s respiratornim oboljenjima	222
4.6.4. Zdravstvena njega pacijenata oboljelih od diabetes mellitusa (DM)	232
4.6.5. Zdravstvena njega pacijenata s neurološkim oboljenjima	245
4.6.6. Zdravstvena njega pacijenata s infektivnim oboljenjima	248
4.7. Njega bolesnika u terminalnoj fazi bolesti	255
4.8. Aplikacija lijekova	271

4.9. Tretman rane	279
4.10. Inkontinencije	287
4.11. Zdravstvena njega osoba treće životne dobi/rad s porodicom	299
4.12. Prevencija i menadžment dekubitusa	317
4.13. Zdravstvena njega stoma	326
4.14. Zdravstvena njega pacijenata s mentalnim poteškoćama	333
4.15. Rehabilitacija	340
4.16. Tretiranje hitnih slučajeva u kućnim uvjetima	347
4.17. Sigurnost i kvalitet zdravstvene njege	355
POGLAVLJE V - Očuvanje i unapređenje zdravlja	363
5.1. Obučavanje pacijenta/porodice	364
5.2. Prevencija i rano otkrivanje bolesti (screening)	370
5.3. Savjetovanje	378
5.4. Zdravlje u vrtićima i školama	383
5.5. Ishrana	390
5.6. Zloupotreba psihoaktivnih supstanci	399
5.7. Utjecaj klimatskih promjena na zdravlje	405
POGLAVLJE VI - Ostale oblasti od značaja za djelatnost zdravstvene njege u zajednici	411
6.1. Rod i zdravlje	412
6.2. Prepoznavanje i postupanje u slučajevima rodno zasnovanog nasilja	419
6.3. Socijalna inkluzija i sprječavanje diskriminacije	432
6.4. Etički aspekti zdravstvene njege	437
6.5. Rani rast i razvoj djeteta	444
6.6. Evaluacija naučenog i instrukcije za završni rad	458
Prilozi	465

Priručnik za dodatnu edukaciju medicinskih sestara/tehničara iz zdravstvene njege u zajednici nastao je na osnovu nastavnog plana i programa i pripadajućeg pravilnika za dodatnu edukaciju iz zdravstvene njege u zajednici („Službene novine FBiH“, broj 23/23). Prvenstveno je namijenjen predavačima i polaznicima dodatne edukacije iz zdravstvene njege u zajednici, te će biti stavljen na raspolaganje domovima zdravlja koji su na osnovu Rješenja Federalnog ministarstva zdravstva ovlašteni da provode ovu dodatnu edukaciju. Sastoji se od šest poglavlja i 44 nastavne jedinice. Ovo je prvi priručnik iz oblasti sestrinstva u FBiH koji obrađuje aspekte rada medicinskih sestara/tehničara u zajednici.

Zdravstvena njega u zajednici je usmjerena na zdravstvenu negu izvan zdravstvene ustanove, tj. u domu pacijenata/građana ili na drugim mjestima gdje ljudi žive, borave, rade, uče ili se igraju. Osnovno djelovanje medicinskih sestara/tehničara u zajednici je zdravstveni odgoj, edukacija, informiranje i obrazovanje s ciljem promocije zdravlja i prevencije bolesti, posebno u najosjetljivijim periodima života. Njihov djelokrug rada posebno je usmjeren na pružanje i provođenje zdravstvene njege u određenoj životnoj dobi, te specifičnim stanjima i posebnim životnim okolnostima. Medicinska sestra/tehničar u zajednici primarno pruža negu za novorođenčad, dojenčad, hronično bolesnu i rizično ugroženu djecu, trudnice i porodilje, pacijente s hroničnim bolestima, starije osobe, osobe s invaliditetom, socijalno ugrožene osobe, korisnike zdravstvene njege u kući, palijativne njege, kao i sve ostale grupe.

Osim prvobitne edukativne svrhe, ovaj priručnik će biti i od velike pomoći u radu svake medicinske sestre/tehničara u zajednici s ciljem olakšanja ili rješavanja zdravstvenih tegoba kod korisnika zdravstvenih usluga, kao i za provođenje promotivno-preventivnih aktivnosti.

U izradi Priručnika učestvovalo je deset eminentnih stručnjaka. Nastavne jedinice su ujednačene sadržajno i metodološki, a također i prilagođene idejnom konceptu priručnika i potrebama predavača i polaznika dodatne edukacije iz zdravstvene njege u zajednici.

RECENZIJA

Priručnik za dodatnu edukaciju iz zdravstvene njege u zajednici sadržava šest poglavlja, uključujući predgovor i privitke, a popis relevantne literature nalazi se na kraju svakog poglavlja. Sve nastavne jedinice su ujednačene sadržajno i metodološki. Svako poglavlje na početku ima jasno definirane ciljeve i kratki sadržaj, razradu kroz tematske cjeline, popis literature te pitanja za završni ispit koja će polazniku pomoći kod polaganja istog. Svaka tematska cjelina unutar teksta jasno se ističe kroz sadržaj i kontekst. Autori su u svako poglavlje uključili ne samo praksu temeljenu na znanstvenim dokazima, već i ključne poruke/preporuke čime ova publikacija ima posebnu vrijednost.

Priručnik smatram kvalitetnim edukativnim materijalom u obrazovanju i razvoju kompetencija patronažne sestre/tehničara/medicinske sestre/tehničara u zajednici, ali isti predlažem koristiti u radu svake medicinske sestre/tehničara koja provodi promotivno-preventivne aktivnosti.

Ne postoji ovako opsežan i specifičan nastavni materijal i stručna literatura, osobito na području Bosne i Hercegovine i Republike Hrvatske iz patronažne djelatnosti, te je vrijednost ovog priručnika time i značajnija.

Tekst je podijeljen na naslovljene dijelove, tematske cjeline su razvidne kroz stil pisanja i način izlaganja svakog poglavlja. Priručnik nudi konkretne i znanstveno utemeljene činjenice, doprinosi profesionalnom i osobnom razvoju medicinskih sestara/tehničara, unapređuje kvalitetu skrbi za pacijente, te pozitivno utječe na dobrobit svih uključenih u zdravstveni sustav.

Sveukupno, sadržaj je edukativan i pruža korisne smjernice onima koji će pohađati dodatnu edukaciju iz zdravstvene njege u zajednici, zdravstvenim djelatnicima, ali treba istaknuti da odgovore na brojna pitanja ovdje mogu naći i obitelji korisnika skrbi.

Sadržaj priručnika temelji se na suvremenim znanstvenim spoznajama i praksi, što se očituje u primjeni aktualnih teorijskih smjerova. Priručnik donosi nove uvide, metode i inovativne pristupe relevantne za profesionalce. Njegova primjenjivost u svakodnevnom radu ogleda se u najnovijim podacima iz zakona u BiH, brojnim primjerima iz susjednih zemalja i Europe te jasno definiranim postupcima i alatima kojima će se služiti medicinske sestre/tehničari u zajednici. Priručnik usmjerava polaznika ka aktivnom učenju, potiče kontinuiranu edukaciju i cjeloživotno učenje, čime jača profesionalne kompetencije i otpornost medicinskih sestara/tehničara na izazove svakodnevnog rada u zajednici što je od iznimne važnosti za stabilnost i kvalitetu zdravstvenog sustava u suvremeno doba. Iznimno je vrijedno što na kraju edukacije polaznik tijekom predmeta Evaluacija naučenog i instrukcije za završni rad ponavlja naučeno s nastavnikom, ima mogućnost postaviti pitanja i dobiva jasne smjernice za pismeni i usmeni ispit pri Federalnom ministarstvu zdravstva.

Ovaj priručnik podiže standarde skrbi za bolesnika, ali i zdravu osobu u zajednici, jasno obuhvaća sve dimenzije rada medicinske sestre/tehničara u zajednici, njihov opseg rada kao i težinu. Ujedno, priručnik stručno i znanstveno obrađenim temama pomaže razvoju profesionalnog ponašanja, promiče vrijednosti solidarnosti, razumijevanja i humanosti u zajednici, stvarajući temelje za bolju i pravedniju zdravstvenu skrb za sve.

izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberg

Poglavlje I

**Primarna zdravstvena zaštita i polivalentne
patronažne sestre/tehničari – medicinske
sestre/tehničari u zajednici**

1.1. Sistem zdravstvene zaštite u Federaciji BiH

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Sistem zdravstvene zaštite u FBiH	– Predavanje – 45 minuta – Diskusija – 15 minuta

1.1. Sistem zdravstvene zaštite u Federaciji BiH

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- opisati sistem zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine;
- razumjeti funkcije zdravstvenoga sistema;
- definirati mjere zdravstvene zaštite;
- upoznati se sa strateškim dokumentima kao i osnovnim zakonima koji reguliraju pitanje zdravstvene zaštite i sestrinstva u Federaciji BiH;
- navesti ulogu medicinske sestre/tehničara u zdravstvenom sistemu Federacije BiH u skladu sa stručnim obrazovanjem i kompetencijama.

Sadržaj:

Opisuju se strateški dokumenti i zakoni koji reguliraju zdravstvenu zaštitu u Federaciji BiH. Opisuju se i definiraju funkcije zdravstvenog sistema, kao i mjere zdravstvene zaštite. Definiraju se koncepti prava pacijenata generalno. Predstavljaju se zakonski akti vezano za prava, dužnosti i obaveze pacijenata u Federaciji BiH. Prezentiraju se svi ključni dokumenti međunarodnih institucija vezani za razvoj sestrinstva – perspektive Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) iz oblasti zdravstvene njege, Bečka i Minhenska deklaracija, Rezolucije, Strateški pravci djelovanja, dokumenti Međunarodnog vijeća medicinskih sestara (ICN) i dokumenti Evropske unije (EFNA).

1.1.1. Strateški dokumenti i zakoni koji reguliraju zdravstvenu zaštitu u Federaciji BiH

Na osnovu ustavnih nadležnosti, doneseni su sistemski federalni zakoni iz oblasti zdravstva. Sistemski zakoni koji reguliraju oblast zdravstva su: Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH”, br. 46/10 i 75/13), Zakon o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije BiH”, br. 30/97, 7/02, 70/08, 48/11, 36/18 i 61/22) i Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata („Službene novine Federacije BiH”, broj 40/10).

U okviru sektora zdravstva primjenjuju se i drugi zakoni koji uređuju posebne oblasti. No, na sektor zdravstva se reflektiraju i zakoni iz drugih sektora, posebno sektora finansija. Ažurirana lista važećih zakonskih i podzakonskih akata koji se primjenjuju u oblasti zdravstva nalazi se na stranici Federalnog ministarstva zdravstva

(<https://fmoh.gov.ba/uploads/files/LISTA%20PROPISA%20-%20za%20WEB%20-azurirana%2020072023.pdf>).

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti definirana je društvena briga za zdravlje stanovništva, a koja obuhvata: očuvanje i unapređenje zdravlja, otkrivanje i suzbijanje faktora rizika za nastanak oboljenja, stjecanje znanja i navika o zdravom načinu života, promociju zdravih stilova života, sprječavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti, pravovremenu dijagnostiku i liječenje, rehabilitaciju oboljelih i ozlijeđenih, te informacije koje su stanovništvu ili pojedincu potrebne za odgovorno postupanje i za ostvarivanje prava na zdravlje. Također, ovim Zakonom su definirani i principi zdravstvene zaštite i to: princip pristupačnosti zdravstvene zaštite, princip pravičnosti zdravstvene zaštite, princip solidarnosti u zdravstvenoj zaštiti, princip sveobuhvatnosti zdravstvene zaštite, princip kontinuiranosti zdravstvene zaštite, princip specijaliziranog pristupa, princip stalnog unapređenja kvaliteta i princip efikasnosti zdravstvene zaštite. Ovim Zakonom utvrđeno je da se zdravstveni radnici **obavezno** udružuju u komore kao strukovna udruženja, i to, između ostalih, u komoru zdravstvenih tehničara svih profila i komoru diplomiranih medicinskih sestara. Komora štiti prava i zastupa interese svojih članova i jedan je od strateških partnera vlasti u kreiranju politika i zakona.

Zakon koji regulira sestrinsku profesiju je Zakon o sestrinstvu i primaljstvu („Službene novine Federacije BiH“, broj 43/13). Ovim Zakonom se uređuje: djelatnost medicinskih sestara/tehničara, način vršenja i organiziranja djelatnosti, standard obrazovanja i uvjeti za vršenje djelatnosti medicinskih sestara i primalja, prava, obaveze i odgovornosti medicinskih sestara i primalja, te kontrola sigurnosti i kvaliteta rada medicinskih sestara i primalja u Federaciji Bosne i Hercegovine. Djelatnost medicinskih sestara i primalja sastavni je dio zdravstvene djelatnosti od interesa za Federaciju, a obavlja se pod uvjetima i na način propisan ovim Zakonom i drugim propisima iz oblasti zdravstvene zaštite.

1.1.2. Sistem zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine

Zdravstveni sistem ili sistem zdravstvene zaštite može se definirati kao skup svih organizacija, institucija i resursa koji su posvećeni akcijama čiji je primarni cilj poboljšanje zdravlja.

Postoji još definicija, a ovdje izdvajamo sljedeće dvije:

- Zdravstveni sistem je “normativno prihvaćen stav društvene zajednice i države u oblasti zaštite i unapređenja zdravlja stanovništva, pri čemu svi faktori koji ga realiziraju djeluju organizirano i u stalnom su razvoju u smislu međusobne podjele rada, kao sastavni dijelovi općedruštvenog sistema” (Hrbač,T., 1972)
- “Zdravstveni sistem je skup svih organizacija, institucija i resursa čija je primarna svrha unapređenje zdravlja” (Svjetska zdravstvena organizacija - SZO)

Svaki zdravstveni sistem za svrhu ima unapređenje zdravlja ljudi osiguravanjem zdravstvenih usluga stanovništvu kako moderne, tako i tradicionalne medicine na efikasan način, a koje su u isto vrijeme dostupne i prihvatljive ljudima. Zdravstveni sistemi oslanjaju se na Međunarodne pravne izvore koji reguliraju zdravstvenu zaštitu i to: Evropsku konvenciju o ljudskim pravima i temeljnim slobodama te njenim protokolima – neprikosnoveno pravo svakog čovjeka je pravo na zdravstvenu zaštitu koja mu mora biti pružena, bez obzira na njegovu vjersku, nacionalnu i rasnu pripadnost, te isto ne može biti ograničeno političkim, finansijskim, geografskim i drugim barijerama; Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića po pitanju primjene biologije i medicine; Konvenciju o ljudskim pravima i biomedicini i dodatni protokoli; Deklaraciju o pravima pacijenta; Međunarodnu konvenciju o pravima djeteta; Standardna pravila za izjednačavanje mogućnosti za osobe s invaliditetom u dijelu koji se odnosi na zdravstvenu zaštitu, a koje je usvojila Generalna skupština UN 23.12.1993. godine, a Vijeće ministara BiH je prihvatilo iste svojom Odlukom od 30.09.2003. godine.

Osnovni ciljevi zdravstvenog sistema su da: unaprijedi zdravstveno stanje stanovništva, odgovori očekivanjima ljudi te pruži finansijsku zaštitu od troškova zbog bolesti. Svaki zdravstveni sistem ima za svrhu: pružanje usluga, stvaranje/kreiranje različitih resursa (objekti, kadrovi, oprema...), finansiranje, te vođenje/upravljanje zdravstvenim sistemom. Posmatrajući istraživanje zdravstvenih sistema širom svijeta, možemo postaviti sljedeće pitanje: „Koliko zdravstvenih sistema postoji“? Kratko možemo odgovoriti: „Isto onoliko koliko postoji i država“! Svaki od njih se razvijao postepeno i pod utjecajem različitih faktora: nacionalna historija, kultura, dominantna politička ideologija, lokalni geografski i klimatski uvjeti, a najznačajnije je, svakako, socijalno-ekonomski razvoj jedne zemlje. Sistemi zdravstvene zaštite su u svijetu veoma različiti. Razlike među sistemima su u tome na koji način je stanovništvu osigurana dostupnost i pokriće troškova za zdravstvene usluge, koliko je uključen sistem solidarnosti, kakvi su načini upravljanja, organizacija, finansiranje te koliki su raspoloživi resursi. Svaki zdravstveni sistem ima svoje zdravstvene ishode i mehanizme zaštite od finansijskog rizika. Unutar zdravstvenog sistema prati se zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga, a što je ujedno i jedan od kriterija performansi zdravstvenog sistema. Zdravstvene sisteme čine: građani, zdravstveni radnici i saradnici, ministarstva zdravstva, fondovi zdravstvenog osiguranja, zdravstvene ustanove, farmaceutska industrija, te istraživanja. Indikatori zdravstvenog stanja stanovništva i faktori vezani za zdravlje ukazuju na efikasnost zdravstvenog sistema, što se prati kroz indikatore zdravstvene politike, socijalne i ekonomske indikatore, indikatore zdravstvenog stanja, kao i organizaciju zdravstvene zaštite.

Osnovne karakteristike zdravstvenog sistema u Federaciji BiH

U skladu s Ustavom Federacije BiH, u Federaciji BiH je uspostavljen decentralizirani sistem zdravstva koji podrazumijeva da se oblast zdravstva nalazi u podijeljenim nadležnostima između Federacije BiH i kantona. Federacija BiH je odgovorna donositi federalne politike i zakone iz ove oblasti, a implementiranje istih obavlja se na nivou kantona, koordinirano od federalne vlasti. Dakle, Federalno ministarstvo zdravstva je odgovorno za donošenje zdravstvenih politika, strategija i legislative iz oblasti zdravstva i ima koordinirajuću ulogu s kantonalnim ministarstvima zdravstva. Kantoni su implementatori utvrđenih politika i zakona. Odgovorni su za organizaciju, finansiranje i pružanje zdravstvene zaštite. Svaki od deset kantona ima ministarstvo zdravstva, fond zdravstvenog osiguranja i zavod za javno zdravstvo.

Osvrt na reformu zdravstvenog sistema u Federaciji BiH

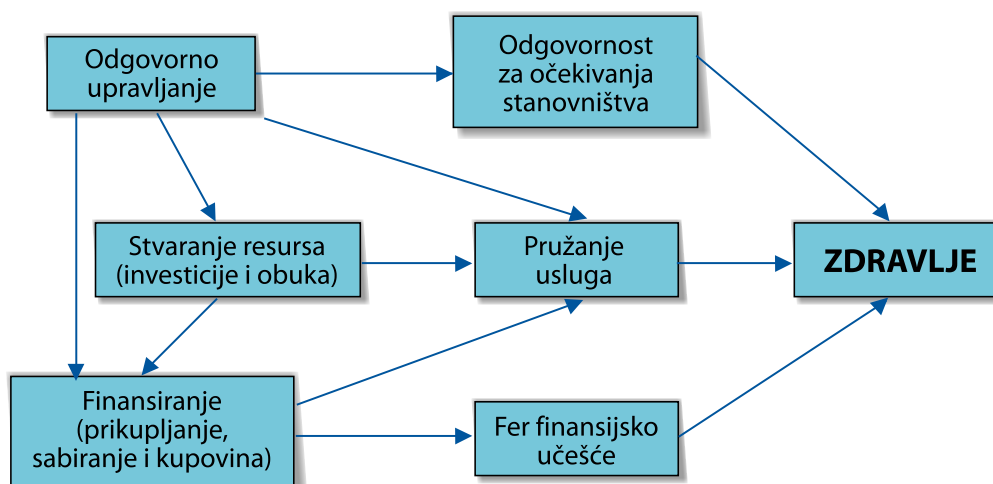
U Federaciji BiH od poratnog perioda provodi se reforma zdravstvenog sistema. Bitno je istaći da je na osnovu svojih nadležnosti Parlament Federacije BiH u 2008. godini donio Strateški plan razvoja zdravstva Federacije BiH za period 2008-2018. godine, koji je bio osnova za strateško planiranje sektora zdravstva i zdravstvenog sistema, te temelj za realizaciju postavljenih općih i specifičnih ciljeva. Nastavak reforme utemeljen je u Strategiji razvoja Federacije BiH (2021-2027) koja je između ostalog definirala osnovne pravce djelovanja koji su u sektoru zdravstva usmjereni na povećanje pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem, kontinuirano osiguravanje i poboljšavanje kvaliteta zdravstvenih usluga, teritorijalno ravnomjernije pružanje zdravstvenih usluga, jačanje preventivne medicine, kao i jačanje vertikalne i horizontalne koordiniranosti i spremnosti, posebno u kriznim javnozdravstvenim situacijama, što će se osigurati adekvatnijim finansiranjem usluga za poboljšanje javnog zdravlja kao i daleko boljim ekonomiranjem alociranih sredstava. Također, naglašena je važnost cjeloživotnog učenja o zdravlju, zdravom životnom stilu i zdravim izborima, zaštititi reproduktivnog zdravlja mladih, daljem jačanju službi u zajednici na nivou primarne zdravstvene zaštite, gdje se pored porodične medicine trebaju nastaviti razvijati kapaciteti u oblasti mentalnog zdravlja, sestinstva u zajednici kao i kapaciteti potrebni za kvalitetnije usluge ranog prepoznavanja i osnova intervencije u oblasti ranog rasta i razvoja.

Dosadašnja reforma zdravstva bila je fokusirana na jačanje mehanizama neophodnih za uspostavljanje efikasnog i savjesnog upravljanja u zdravstvu; usklađivanje zakonodavnog okvira s reformskim ciljevima i propisima EU; jačanje zaštite prava pacijenata i zdravstvenih profesionalaca; unapređenje upravljanja zdravstvenim sistemom; ***dalje jačanje primarne zdravstvene zaštite orijentirane ka porodici i zajednici baziranoj na promociji zdravlja i prevenciji bolesti.***

Neophodnost nastavka reforme zdravstvenog sistema temelji se na nekoliko ozbiljnih problema s kojim se zdravstveni sistem Federacije BiH i dalje suočava: izmijenjeni socijalno-ekonomski i demografski uvjeti, izmijenjene potrebe i zahtjevi pacijenata, ograničena sredstva i resursi, nedovoljno planiranje ljudskih resursa, spora reforma finansiranja, još uvijek nedovoljno savjesno upravljanje zdravstvenim ustanovama, te nedostatak objektivnog mjerenja učinka zdravstvenog sektora i rezultata dosadašnje reforme u odnosu na zacrtane strateške ciljeve.

1.1.3. Funkcije zdravstvenoga sistema – upravljanje, resursi, pružanje usluga i finansiranje

SZO definira okvir sadržaja zdravstvenog sistema koji opisuje četiri glavne funkcije za dostizanje ciljeva u zdravstvenom sistemu, tj. opisuje funkcionalnu perspektivu zdravstvenog sistema, a to su: odgovorno upravljanje, finansiranje, stvaranje resursa i pružanje usluga. Zdravstveni sistem treba jačati razumijevanjem interakcije i veza koje postoje između funkcija sistema. Izvršenjem ovih funkcija ispunjavaju se tri primarna cilja za zdravstveni sistem: dobro zdravlje, odgovornost za očekivanja stanovništva i fer finansijsko učešće (Slika 1). Prema ovoj podjeli funkcija, pružanje zdravstvenih usluga je ono što zdravstveni sistem „radi“, a ne ono što zdravstveni sistem „jest“.



Slika 1. Funkcije izvršenja u zdravstvenom sistemu

Odgovorno upravljanje

Odgovorno upravljanje je osnovna funkcija u zdravstvenom sistemu. SZO je definirala odgovorno upravljanje (stewardship) u zdravstvu kao “funkciju vlada koje su odgovorne za dobrobit stanovništva vodeći brigu o povjerenju i legitimitetu koju su im povjerili njihovi građani”. Zdravstveni sistem treba da teži dostizanju socijalno željenih ciljeva, da zadovolji stvarne zdravstvene potrebe, kao i očekivanja svojih stanovnika u okviru raspoloživih resursa. Osnove dobre prakse u vodstvu i upravljanju zdravstvenim sistemima uključuju: definiranje zdravstvenih politika, strategija i planova koji postavljaju jasne pravce razvoja sektora zdravstva; donošenje zakonskih propisa i njihovo efektivno provođenje; dijalog s drugim vladinim sektorima čija djelovanja utječu na glavne determinante/odrednice zdravlja (npr. obrazovanje, okoliš, socijalni status); mehanizmi i institucionalni aranžmani za usmjeravanje donatorskih sredstava i njihovo usmjeravanje prema prioritetima. Prioriteti u zdravstvenoj politici trebaju biti razrađeni od državnog do nivoa lokalne zajednice, definiranjem jasnih ciljeva koje je potrebno ostvariti. Pri tome je potrebno voditi računa o ostvarivosti ciljeva, mogućnosti finansiranja, ulaganju u ljudske resurse i kapitalna ulaganja.

Finansiranje u zdravstvu

Finansiranje kao funkcija zdravstvenog sistema podrazumijeva sve mehanizme prikupljanja, odvajanja (alokacije) i raspodjele (distribucije) novca koji je potreban da bi se finansirale aktivnosti u sistemu. Sistem finansiranja u zdravstvu se sastoji od onih koji plaćaju (direktno plaćanje, preko „treće strane” – fondovi zdravstvenog osiguranja); onih koji pružaju usluge; korisnika zdravstvenih usluga te politika i regulativa. Izvori prikupljanja finansijskih sredstava su stanovnici, zaposlenici (poslodavci, institucije, ustanove), domaće i strane nevladine institucije i različiti donatori. Instrumenti prikupljanja finansijskih sredstava su porezi, doprinosi za zdravstvo, lični računi medicinske štednje, direktno plaćanje, krediti, te donacije. Načini finansiranja mogu biti direktni i/ili indirektni, a po obaveznosti mogu biti obavezni i dobrovoljni.

Model ugovaranja usluga između osiguranika i davatelja usluga u zdravstvu je najrašireniji model finansiranja. Ugovornim odnosom definiraju se prava i obaveze između zdravstvenog osiguranja i neovisnih davatelja usluga (Tabela 1).

Mehanizmi plaćanja	Definicija osnovice za plaćanje (jedinica)	Tehnički zahtjevi
Isplata po usluzi	Pojedinačni postupak ili produkt (npr. po bolesničkom danu, po slučaju bolesničkog liječenja, DRG, po epizodi i sl.)	Cjenovnik Proračun troškova, pregovaranje
Plaćanje po slučaju	Pojedinačna dijagnoza slučaja	Cjenovnik
Kapitacija/ glavarina	Sve usluge za jednu osobu u određenom periodu (1 godina)	Proračun, pregovaranje
Plata	Period rada (1 mjesec)	Pregovaranje
Paušalno plaćanje	Procjenjeni budžet	Elementi za vrednovanje usluga Proračun, pregovaranje
Nagradno plaćanje	Za specifične postupke (npr. imunizacija) ili ponašanje (npr. niska stopa propisivanja lijekova)	Lista, budžet
Ravnomjerna stopa	Za odobrene investicije	Lista odobrenih stavki Budžet, pregovaranje

Tabela 1. Glavni mehanizmi plaćanja zdravstvenih usluga

Sistem finansiranja na osnovu socijalnog zdravstvenog osiguranja naziva se i Bismarck model. Zemlje u kojima je uspostavljen sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja su Njemačka, Francuska, Holandija, Belgija, Austrija, Švicarska, Luksemburg. Bosna i Hercegovina, također, ima ovaj sistem finansiranja zdravstva.

Stvaranje resursa u zdravstvu

Tri su velike grupe sredstava/resursa u zdravstvenom sistemu: ljudski resursi – zdravstveni kadar, fizički kapital i potrošni materijal. Pružanje efikasne zdravstvene zaštite zahtijeva dovoljno postojanje svih potrebnih resursa koji su ravnomjerno raspoređeni. Ljudski resursi se konceptijski mogu tretirati na isti način kao i fizički resursi, gdje je obrazovanje i osposobljavanje ključna investicija kojom se određuju potrebna znanja i vještine. Za razliku od fizičkog kapitala, znanje se ne troši ukoliko se više koristi, ali ga je, kao i fizički kapital, potrebno obnavljati dolaskom novih tehnologija. Kontinuiranim edukacijama i obukama u toku rada neophodno je zadržati nivo usvojenih znanja i vještina, te ih i unapređivati u skladu s tehnološkim napretkom.

Sposobnost zdravstvenog sistema da pruža dobre i odgovarajuće usluge, kao i da odgovara prikladno na nove izazove s kojima se suočava, uvjetovana je dostupnošću zdravstvenih radnika s odgovarajućim vještinama i znanjima u dovoljnom broju, koji se nalaze tamo gdje su potrebni i rade u okruženju koje ih motivira i angažira. Jačanje ljudskih resursa u zdravstvenom sistemu je neophodno kako bi zdravstveni sistemi mogli dostići kako državne, tako i globalne zdravstvene ciljeve. Države trebaju razviti politike koja će osigurati dostupnost dovoljnog broja zdravstvenih radnika – prema profilima i broju, s odgovarajućim vještinama, kompetencijama, kao i motivacijom za pružanje zdravstvenih usluga stanovništvu.

Pružanje zdravstvenih usluga

Najčešće se zdravstveni sistem identifikira samo s pružanjem zdravstvenih usluga jer je ova funkcija zdravstvenog sistema najviše vidljiva. Pružanje zdravstvenih usluga kao funkcija zdravstvenog sistema, u tehničkom smislu riječi, podrazumijeva kombinaciju inputa (finansije, kadar, oprema) za proizvodni proces (proces rada) koji se odvija u određenom organizacijskom okruženju (zdravst-

vene ustanove) što dovodi do isporuke serije intervencija. „Pružanje zdravstvenih usluga je osnovni dio onoga što sistem radi, ali nije ono što sistem jeste“ (SZO 2000).

Omogućavanje raspoloživosti zdravstvenih usluga koje su efikasne i efektivne je ključna funkcija zdravstvenog sistema. Zdravstveni sistem svake zemlje treba da pruži odgovarajuće zdravstvene usluge svom stanovništvu kroz sistem zdravstvene zaštite. Efikasne usluge su one koje se pružene na pravi način („doing things the right way“), u skladu s određenim kriterijima izvršenja, a to su blagovremenost i dostupnost usluga. Efektivne usluge su one koje su prave („doing the right thing“) da bi se osigurao izabrani organizacijski kriterij izvršenja, kvalitet i svrsishodnost usluga.

Ključne karakteristike dobrih zdravstvenih usluga su:

1. **Sveobuhvatnost** - Zdravstvene usluge trebaju biti sveobuhvatne i njima se trebaju zadovoljiti potrebe pojedinca/stanovništva, uključujući preventivne, kurativne, palijativne i rehabilitacijske usluge, kao i aktivnosti promocije zdravlja.
2. **Dostupnost** - Usluge trebaju dostupne i bez kulturoloških, geografskih, jezičkih ili finansijskih barijera. Zdravstvene usluge trebaju biti što bliže ljudima, s lakim ulaskom u mrežu primarne zdravstvene zaštite. Usluge se mogu pružati i trebaju biti dostupne u kući, lokalnoj zajednici, školama, radnom mjestu i zdravstvenim ustanovama.
3. **Pokrivenost** - Zdravstvenim uslugama trebaju biti pokriveni svi – i bolesni i zdravi, sve socijalne grupe, sve grupe bez obzira na dohodak. Osnovni paket zdravstvenih usluga omogućava pružanje odgovarajućih zdravstvenih usluga i osobama koje nemaju zdravstveno osiguranje (npr. hitna medicinska pomoć).
4. **Kontinuitet** - Potrebno je osigurati pružanje neprekidne zdravstvene zaštite kroz mrežu zdravstvene zaštite, za sva zdravstvena stanja, sve nivoe zaštite, za stanovništvo u svim životnim dobima, na svim teritorijama, tokom 24 sata.
5. **Kvalitet** - Predstavlja multidimenzionalan koncept, ali se najjednostavnije definira kao pružanje usluga koje svojim kvalitetom imaju pozitivan efekat na zdravlje stanovništva, što podrazumijeva blagovremenu dijagnozu i dobar tretman i ne podrazumijeva uvijek visokosofisticiranu opremu i upotrebu najsavremenijih tehnoloških dostignuća.
6. **Orijentiranost prema ljudima** - Usluge su orijentirane prema pojedincu/stanovništvu, uzimajući u obzir sve determinante/odrednice zdravlja i sagledavajući sve dimenzije zdravlja. Neophodno je učestovanje pojedinaca u pružanju zdravstvene zaštite.
7. **Koordinacija** - Zdravstvene usluge trebaju biti koordinirane kroz sve tipove i nivoe zdravstvene zaštite. Koordinacija podrazumijeva i saradnju s drugim sektorima (socijalne usluge) i partnere (lokalna zajednica).
8. **Odgovornost i efikasnost** - Zdravstvenim uslugama se dobro upravlja kako bi se postigle sve prethodne ključne karakteristike uz minimalna rasipanja sredstava.

1.1.4. Mjere zdravstvene zaštite

Mjere zdravstvene zaštite se definiraju kao standardni medicinski i drugi postupci koji se poduzimaju u cilju postavljanja dijagnoze zdravstvenog stanja i/ili prepoznavanja zdravstvenih potreba; zdravstvene intervencije kojima se modificira tok bolesti i zdravstveni procesi. Prema obuhvatu, mjere zdravstvene zaštite se mogu primijeniti na zdravstvene probleme pojedinaca, grupa i širih zajednica, te se, stoga, dijele na individualne i kolektivne (populacijske) mjere.

1. **Individualne mjere** zdravstvene zaštite podrazumijevaju postupke s pojedincima: npr. terapijski plan za hronične bolesnike (hipertenzija, diabetes mellitus, hronična bubrežna insuficijencija, bronhijalna astma itd.), programi rehabilitacije (fizična rehabilitacija, mentalna rehabilitacija itd.).
2. **Populacijske (kolektivne) mjere** zdravstvene zaštite podrazumijevaju javne, organizirane programe zaštite zdravlja širih zajednica i ugroženih grupa stanovništva s planiranim i dugoročnim djelovanjima i ishodima (program mjera zaštite zdravlja od štetnih faktora okoline, program mjera zaštite zdravlja radnika, program zaštite mentalnog zdravlja itd.).

Prema ciljevima, mjere zdravstvene zaštite se dijele na:

1. **Preventivne mjere** - za cilj imaju sprječavanje nepovoljnog zdravstvenog stanja,

2. **Kurativne mjere** - za cilj imaju liječenje, njegu i rehabilitaciju pacijenta.

Prema učešću, mjere zdravstvene zaštite se dijele na:

1. **Aktivne mjere** - na svoju inicijativu preduzimaju ih stručnjaci i uglavnom uključuju preventivne mjere, a temelje se na zdravstvenim potrebama stanovništva,
2. **Pasivne mjere** - preduzimaju se na zahtjev pacijenata i uglavnom su terapijske/kurativne.

Promocija zdravlja

Uz prevenciju bolesti usko se vezuje pojam promocija zdravlja. „Promocija zdravlja je proces kojim omogućavamo pojedincima da povećaju kontrolu nad svojim zdravljem i da unaprijede svoje zdravlje” (Ottawa Charter 1986). Promociju zdravlja čini intervencija javnog zdravstva i uključuje kombinaciju metoda, a ishodi se mjere ne samo u ultimativnim ciljevima poboljšanja zdravlja, pravičnosti i kvaliteta života, nego u ultimativnim ciljevima intervencije same po sebi, kao što su poboljšanje znanja, stavova, prakse i motivacije. Promocija zdravlja se provodi zdravstvenim akcijama (kampanjama) kojima se šire zdravstvene poruke u zajednici i kojima se ljudi mobiliziraju na provođenje određenih zdravstvenih zadataka.

Mjere za sprječavanje i suzbijanje bolesti (primarna specifična prevencija) Vakcinacija

Sprječavanje i suzbijanje oboljenja je specifična prevencija, jer su mjere usmjerene na sprječavanje određenih oboljenja i specifične su za ta oboljenja. Vakcinacija djece protiv zaraznih oboljenja je najbolji primjer za primarnu specifičnu prevenciju. Pored vakcinacije, u mjere specifične prevencije spadaju dezinfekcija, dezinsekcija, deratizacija i asanacija, kao i preventivna terapija. U Federaciji BiH godišnje se propisuje i ažurira Kalendar imunizacije koji je baziran na smjernicama UNICEF-a i SZO.

Rano otkrivanje bolesti ili skrining

Rano otkrivanje bolesti ili skrining (eng. screening) definira se kao otkrivanje do tada nedijagnosticiranog oboljenja ili stanja (pretklinička faza bolesti, prije pojave simptoma) pomoću različitih metoda (test, pregled, ispitivanja). Rano otkrivanje se provodi primjenom jednog ili više testova na velikom broju ljudi s ciljem da se podijele prema vjerovatnoći da su oboljeli od traženog oboljenja na vjerovatno oboljele i vjerovatno zdrave. Za rano otkrivanje karcinoma koriste se efikasne i validne metode skrininga za populaciju s povećanim rizikom i bez specifičnih simptoma. Primjenom skrininga može se spriječiti nesposobnost, smanjiti smrtnost i poboljšati kvalitet života, pod uvjetom da je efikasna, pristupačna i prihvatljiva terapija dostupna svima. Za osobe s povećanim rizikom za određene bolesti, skrining počinje u ranijoj dobi ili su češći intervali skrininga. Osobe s već prisutnim simptomima bolesti trebaju se što ranije podvrgnuti efektivnim dijagnostičkim postupcima.

Skrining na određene karcinome

Rano otkrivanje karcinoma može sačuvati živote i smanjiti patnje oboljelih. Karcinomi na određenim lokalizacijama mogu se otkriti rano samopregledom (dojka), neki fizikalnim pregledom (dojka, štitna žlijezda, koža, rektum, testisi, prostata) ili posebnim testom ili postupkom (mamografija, PAPA, PSA, FOBT – test na okultno fekalno krvarenje). Najbolji učinak ima kombinacija dva ili više pristupa. Ako bi se slijedile sve danas poznate preporuke za rano otkrivanje, petogodišnje relativno preživljavanje za navedene lokalizacije bilo bi i do 95%. Skrining programi koji su dokazano efikasni i efektivni, a koje preporučuje European Code Against Cancer – EUQA guidelines, uključuju: Papa test za skrining karcinoma grlića materice kod žena starosti od 20 do 60 godina, mamografija za skrining karcinoma dojke kod žena starosti od 50 do 69 godina, te test na okultno fekalno krvarenje kod muškaraca i žena starosti od 50 do 74 godine. Zdravstvena služba mora da omogući precizno dijagnosticiranje svim pozitivnim na testu i da svim stvarno oboljelim omogući liječenje. Glavna karakteristika ranog otkrivanja je efikasnost (odnos između ranog otkrivanja i krajnjih efekata – stepena do kojeg se ranim otkrivanjem postiže bolje liječenje).

Prevenција mentalnih poremećaja i oboljenja

Obzirom na značajan porast mentalnih oboljenja, vrlo je važna uloga patronažnih sestara/tehničara u prepoznavanju nekih od simptoma mentalnih bolesti i saradnja s centrima za mentalno zdravlje, po principu koordinirane brige i holističkog pristupa. Također, i u ovom slučaju postoje mjere za blagovremeno i adekvatno liječenje kao i mjere zdravstvene njege i rehabilitacije.

1.1.5. Koncept prava pacijenata u svjetlu ljudskih prava

Zakonom o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata („Službene novine Federacije BiH”, broj 40/10) (u daljem tekstu: Zakon) određuju se prava, obaveze i odgovornosti pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite, način korištenja tih prava, način zaštite i unapređenja tih prava, kao i druga pitanja u vezi s pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata koja se koriste saglasno propisima o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, ako ovim zakonom nije drugačije određeno. Zakonom se daje i definicija pacijenta koja podrazumijeva da je pacijent svaka osoba, bolesna ili zdrava, osigurana ili neosigurana, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije.

Federacija BiH se opredijelila za donošenje separatnog Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata. Naime, napuštena je dosadašnja praksa da se prava pacijenata reguliraju s nekoliko članova, a kako je to bilo predviđeno ranijim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Pacijent nije samo „objekat” koji nijemo prolazi kroz zdravstveni sistem, već ravnopravan partner u odnosu s uposlenicima u tom sistemu. Kao korisnik tog zdravstvenog sistema, koji je prvenstveno tu radi dobrobiti pacijenta, pacijent zasluđuje da se zaštita njegovih prava, obaveza i odgovornosti uredi posebnim zakonom. Prava svih pacijenata bez obzira na rasu, boju kože, spol, spolnu orijentaciju, genetsko nasljeđe, jezik, religiju ili vjerovanja, politička i druga uvjerenja, nacionalno i socijalno porijeklo, trebaju biti priznata kao opća ljudska prava, uvažena i prihvaćena od strane svih ključnih aktera u sistemu zdravstvene zaštite, a koji su uključeni u njihovu njegu ili liječenje i promociju zdravlja, ali tu je i briga samih pacijenata o njihovom zdravlju. Zakon se zasniva na međunarodnim dokumentima koje je ratificirala Bosna i Hercegovina, a koji se odnose na oblast zdravstva, kao što su: Evropska konvencija o ljudskim pravima i osnovnim slobodama i njeni protokoli, Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine, Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini, Konvencija o pravima djeteta, Standardna pravila za izjednačavanje mogućnosti za osobe s invaliditetom, Deklaracija o pravima pacijenta u Evropi koja je usvojena u Amsterdamu 1994. godine, te Rezolucija o zdravlju za sve Svjetske Skupštine zdravstva (WHA30.43. od 19.05.1977. godine).

1.1.6. Perspektive Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) iz oblasti zdravstvene njege (Bečka i Minhenska deklaracija, Rezolucije, Strateški pravci djelovanja, dokumenti Međunarodnog vijeća medicinskih sestara (ICN) i dokumenti Evropske unije – EFNA)

Za razvoj profesije medicinske sestre/tehničara, važno je skrenuti pažnju na Preporuke **Evropske konferencije o sestrinstvu** (Beč, 1988). Prema tim Preporukama, sve medicinske sestre/tehničari, njihova profesionalna udruženja, nevladine organizacije i grupe dobrovoljaca snažni su zagovornici politike i programa zdravlja za sve na državnom, regionalnom i mjesnom nivou (Tačka 1). Također, treba inovirati sestrinske službe koje će se fokusirati na zdravlje prije nego na bolest; obrasci rada trebaju biti primjereni, efektivni i prilagođeni primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Vlada, zdravstvena tijela i profesionalne organizacije medicinskih sestara/tehničara trebaju poduzeti hitne mjere kako bi se uklonili faktori koji koče taj proces, te u tom smislu izraditi ili modificirati zakone i propise koji će osigurati medicinskim sestrama/tehničarima da ispune svoje obaveze kao zdravstveni radnici na prvoj liniji primarne zdravstvene zaštite (Tačka 2).

U centru pažnje treba biti: promocija i očuvanje zdravlja, sprječavanje bolesti, uključivanje pojedinca, porodice i zajednice u zaštitu i omogućavanje da sami preuzmu veću odgovornost za svoje zdravlje, aktivan rad na smanjenju neravnopravnosti u dostupnosti zdravstvenih službi, zadovolje-

nju potreba stanovništva u cjelini, posebno uskraćenih u zadovoljenju zdravstvenih usluga, multidisciplinarna i multisektorska saradnja, osiguranje kvaliteta zaštite i primjereno korištenje tehnologije (Tačka 3). Ovim Preporukama, Tačkom 4, naglašeno je da je sve osnovne programe za obrazovanje medicinskih sestara/tehničara potrebno restrukturirati, preorijentirati i osnažiti kako bi ih osposobili za djelovanje i u bolnici i u zajednici. Medicinske sestre/tehničari koje upravljaju zdravstvenom zaštitom i službama moraju zdravstvenu zaštitu bazirati na potrebama i učestvovanju stanovništva u skladu s regionalnim pristupom „Zdravlje za sve“, te moraju voditi računa o demografskim i epidemiološkim kretanjima, socijalnom i fizičkom okolišu, pitanjima životnih stilova, kulturnim vrijednostima, vjerovanjima i etičkim principima, ekonomskom izboru i alternativama i raspoloživom kadru (Tačka 5).

Preporuke **Bečke konferencije** naglašavaju da sestrinstvo treba uključiti kao jedan od bitnih elemenata u planiranju zdravstva na nivou države, bazirajući ga na regionalnom pristupu „Zdravlje za sve“, a u razmatranju zdravstvene politike neophodno je učestvovanje medicinskih sestara/tehničara. Zakonodavstvo treba priznati doprinos medicinskih sestara/tehničara u organizaciji, razvoju i pružanju zdravstvene zaštite. Zakonski propisi moraju poticati sposobnost medicinskih sestara/tehničara da udovolje zdravstvenim potrebama stanovništva (Tačka 8).

Druga Ministarska konferencija SZO o sestrinstvu u Evropi pod nazivom „Medicinske sestre i primalje: Snaga u zdravstvu“, koja je održana u Minhenu 2000. godine, rezultirala je **Minhenskom deklaracijom** posvećenom jedinstvenoj ulozi i doprinosu medicinskih sestara i primalja Evrope u razvoju zdravstva i pružanju zdravstvenih usluga. Minhenskom deklaracijom zemlje članice evropskog regiona SZO složile su se da medicinske sestre i primalje imaju ključnu i sve značajniju ulogu u naporima društva da riješi savremene izazove javnog zdravstva, kao i da osiguraju pružanje visokokvalitetnih, dostupnih, nepristrasnih, djelotvornih i senzitivnih zdravstvenih usluga koje osiguravaju kontinuiranu njegu, a vode računa o ljudskim pravima i potrebama. Deklaracijom je naloženo svim relevantnim faktorima vlasti u evropskom regionu SZO da ubrzaju svoje djelovanje na jačanju sestrinstva, između ostalog, uspostavljanjem službi patronažnih sestara i primalja vezanih za porodicu i jačanjem uloge medicinskih sestara i primalja u javnom zdravstvu, promociji zdravlja i razvoju zajednice. Također, SZO je usvojila novi strateški dokument „**Globalni strateški pravci za sestrinstvo i primaljstvo, 2021 – 2025.**“, gdje su ključni pravci djelovanja za države određeni kroz oblasti edukacije, radnih mjesta, liderstva i pružanja usluga. U okviru pružanja usluga, fokus je na tome da medicinske sestre/tehničari rade u punom obimu shodno svom obrazovanju i obuci, i to u sigurnom i podržavajućem okruženju. Prioritetni pravac je definiran na način da je potrebno prilagoditi radna mjesta kako bi se omogućilo da medicinske sestre/tehničari maksimalno doprinose pružanju usluga u interdisciplinarnom zdravstvenom timu.

Ključne poruke:

U Federaciji BiH uspostavljen je decentralizirani sistem zdravstva koji se nalazi u podijeljenim nadležnostima između Federacije BiH i kantona. Federalno ministarstvo zdravstva je odgovorno za donošenje zdravstvenih politika, strategija i legislative iz oblasti zdravstva i ima koordinirajuću ulogu s kantonalnim ministarstvima zdravstva. Kantoni su implementatori utvrđenih politika i zakona.

Strateški plan razvoja zdravstva Federacije BiH za period 2008-2018. godine bio je osnova za strateško planiranje sektora zdravstva i zdravstvenog sistema, te temelj za realizaciju postavljenih općih i specifičnih ciljeva, kao i programa rada ministarstva. Nastavak reforme zasniva se na Strategiji razvoja Federacije BiH za period 2021-2027. godine, koja je, između ostalog, u okviru sektora zdravstva definirala i dalje poboljšavanje kvaliteta zdravstvenih usluga, jačanje preventivne medicine, jačanje vertikalne i horizontalne koordiniranosti u pružanju zdravstvenih usluga, poboljšanje javnog zdravlja u smislu važnosti cjeloživotnog učenja o zdravlju, zdravom životnom stilu i zdravim izborima, zaštiti reproduktivnog zdravlja mladih, daljem jačanju službi u zajednici na nivou primarne zdravstvene zaštite, gdje se pored porodične medicine trebaju nastaviti razvijati kapaciteti u oblasti mentalnog zdravlja, sestrinstva u zajednici kao i kapaciteti potrebni za kvalitetnije usluge ranog prepoznavanja i osnova intervencije u oblasti ranog rasta i razvoja.

Mjere zdravstvene zaštite se definiraju kao standardni medicinski i drugi postupci koji se poduzimaju u cilju postavljanja dijagnoze zdravstvenog stanja i/ili prepoznavanja zdravstvenih potreba; zdravstvene intervencije kojima se modificira tok bolesti i zdravstveni procesi. Prema obuhvatu, mjere zdravstvene zaštite se mogu primijeniti na zdravstvene probleme pojedinaca, grupa i širih zajednica, te se, stoga, dijele na individualne i kolektivne (populacijske) mjere.

Djelatnost medicinskih sestara i primalja sastavni je dio zdravstvene djelatnosti od interesa za Federaciju, unutar zdravstvenog sistema Federacije BiH, a obavlja se pod uvjetima i na način propisan Zakonom o sestrinstvu i primaljstvu, kao i drugim propisima iz oblasti zdravstvene zaštite.

Opći cilj zdravstvene njege u zajednici je uspostavljanje organizacijskog modela u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji će osigurati smanjenje nejednakosti u dostupnosti zdravstvene zaštite i omogućiti kontinuitet zdravstvene zaštite s drugim nivoima zdravstvenog sistema, a prema potrebama lokalne zajednice. Unutar zdravstvenog sistema, uloga medicinskih sestara/tehničara, a posebno medicinskih sestara/tehničara u zajednici od velikog je značaja, jer one svojim djelovanjem značajno doprinose ostvarenju ovog cilja.

Reference:

1. Strategija razvoja Federacije Bosne i Hercegovine (2021-2027).
2. Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, br. 46/10 i 75/13).
3. Zakon o sestrinstvu i primaljstvu („Službene novine Federacije BiH“, broj 43/13).
4. Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata („Službene novine Federacije BiH“ broj 40/10).
5. Minhenska deklaracija „Sestre i babice - Snaga za zdravlje“, Regionalni ured SZO za Evropu, 2000.
6. Pilav A. (2014). Sistemi zaštite zdravlja, Univerzitet u Sarajevu, Fakultet zdravstvenih studija, Sarajevo.
7. Galić D., Mehić A. i Mulić M. (2022). Smjernice za unapređenje sestrinstva u zajednici/polivalentne patronaže na nivou općina u Federaciji BiH, Fondacija Fami, Federalno ministarstvo zdravstva, Sarajevo.

Pitanja za završni ispit:

1. Šta je sistem zdravstvene zaštite ili zdravstveni sistem prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije?
2. Šta je odgovornost Federalnog ministarstva zdravstva?
3. Koji je opći cilj zdravstvene njege u zajednici?

1.2. Primarna zdravstvena zaštita, zdravstvena njega u zajednici i polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici, kontinuitet njege i horizontalna uvezanost

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Primarna zdravstvena zaštita i zdravstvena njega u zajednici i polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici, kontinuitet njege i horizontalna uvezanost	- Predavanje I dio (zakonski okvir, organizacijski modeli) - 45 minuta - Diskusija - 15 minuta - Predavanje II dio (sadržaj, rad, vještine) - 75 minuta - Diskusija - 15 minuta - Rad u grupama (identifikacija potreba za zdravstvenom njegom u lokalnim zajednicama) - 25 minuta - Predavanje III dio (saradnja, komunikacija, dokumentacija) - 45 minuta - Diskusija - 15 minuta - Rad u istim grupama (izrada plana zdravstvene njege za prethodno identificirane probleme) - 25 minuta - Rad u grupama (komunikacija medicinske sestre/tehničara u lokalnoj zajednici) - 30 minuta - Diskusija i zaključci - 10 minuta

1.2. Primarna zdravstvena zaštita, zdravstvena njega u zajednici i polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici, kontinuitet njege i horizontalna uvezanost

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- objasniti organizaciju primarne zdravstvene zaštite (PZZ): doma zdravlja (službe PZZ i konsultativno-specijalistički nivo), službe porodične/obiteljske medicine P/OM, službi u zajednici (centri za mentalno zdravlje u zajednici, centri za fizikalnu rehabilitaciju) i drugih službi u domu zdravlja;
- definirati i opisati koncept zdravstvene njege u zajednici: njega pacijenta u njegovom domu, promocija zdravlja i prevencija bolesti, rad s vladinim tijelima i nevladinim organizacijama;
- opisati koordinaciju zdravstvene njege na primarnom nivou zdravstvene zaštite;
- opisati način umrežavanja između PZZ i zdravstvene njege u zajednici i umrežavanje između PZZ i sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite;
- definirati sadržaj, ulogu, ciljeve i zadatke polivalentne patronaže/sestrinstva u zajednici;
- navesti elemente strategija za budućnost zdravstvene njege u zajednici;
- definirati, opisati i prakticirati pet rutinskih vještina za rad medicinske sestre u zajednici: pružanje zdravstvene njege, donošenje odluka, komunikacija, liderstvo, menadžment;
- definirati Upravljanje slučajem (Case management) i Upravljanje bolešću (Disease management);
- definirati ulogu polivalentne patronaže unutar tima PZZ;
- definirati način veze s timovima na ostalim nivoima zdravstvene zaštite;
- prepoznati pacijenta kao člana tima, znati u kojim slučajevima je potrebno aktivno učešće pacijenta, znati prepoznati kada je pacijent sposoban da aktivno učestvuje.

Sadržaj:

PZZ predstavlja centralnu funkciju i glavni je fokus sistema zdravstvene zaštite jedne države. Unutar ovog nivoa zdravstvene zaštite rješava se oko 80% zahtjeva za zdravstvenom zaštitom. Također je integrirajući dio društvenog i ekonomskog razvoja države. PZZ predstavlja "ulaz" pacijenta u zdravstveni sistem. Reformski procesi su u centar zdravstvenog sistema stavili uspostavu koncepta P/OM, uz razvijanje centara u zajednici (centri za mentalno zdravlje, centri za fizikalnu rehabilitaciju), kao i djelatnost polivalentne patronaže i djelatnosti sestara u zajednici koji su definirani Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, kao i propisima donesenim na osnovu tog zakona. Regionalna i geografska različitost u organizaciji PZZ je prisutna uprkos uspostavljenom zakonskom okviru. Ističe se važnost intersektorske i interdisciplinarne saradnje, a sve u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja.

Polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici je dio reformskog procesa razvoja PZZ, kroz jačanje uloge medicinske sestre/tehničara u službi/timu P/OM, s mjestom djelovanja u zajednici. Prevashodan cilj djelovanja medicinske sestre/tehničara u zajednici je očuvanje i unapređenje zdravlja populacije. Aktivnosti medicinske sestre/tehničara u zajednici su usmjerene prema preveniranju nastanka hroničnih oboljenja i sprječavanju njihovih komplikacija. Zdravstvena njega u zajednici prvenstveno se obavlja u porodici, potom lokalnoj zajednici po socioekološkom modelu zdravlja, uz maksimalno učešće i uvažavanje korisnika. Neophodna je dobra saradnja sa službama PZZ i specijalističko-konsultativne zdravstvene zaštite, te s lokalnom zajednicom i drugim subjektima s kojima medicinska sestra/tehničar u zajednici komunicira u interesu korisnika. Pružanje zdravstvene njege u zajednici odvija se kroz timski rad, a uloga medicinske sestre/tehničara treba biti jasno definirana kao i njene kompetencije. Rad medicinske sestre/tehničara u zajednici treba

da se odvija kroz proces zdravstvene njege, korištenje sestrinskih dijagnoza, postavljanje ciljeva u odnosu na potrebe i probleme korisnika, te provođenje intervencija u skladu s postavljenim ciljevima. Poseban akcent u radu medicinskih sestara/tehničara u zajednici predstavlja segment rada s vulnerabilnim grupama i socijalno isključenim osobama.

1.2.1. Organizacija primarne zdravstvene zaštite (PZZ): Dom zdravlja i organizacija doma zdravlja: porodična/obiteljska medicina (P/OM), službe u zajednici (centri za mentalno zdravlje u zajednici, centri za fizikalnu rehabilitaciju, centri za rani rast i razvoj, službe sestara u zajednici), ostale službe u domu zdravlja

PZZ je sastavni dio zdravstvenog sistema jedne zemlje, prva je linija kontakta pojedinca, porodice i zajednice sa zdravstvenim sistemom, pruža zdravstvenu zaštitu što je bliže moguće mjestu gdje ljudi žive i rade i čini prvi element trajnog procesa zdravstvene zaštite. Zdravlje počinje kod kuće, u školama i na radnom mjestu, jer tamo gdje ljudi žive i rade zdravlje se stvara, održava ili narušava. To su mjesta pružanja esencijalne zdravstvene zaštite jer su tu usluge dostupne svim pojedincima i porodicama na najprihvatljiviji, pristupačan način. Prema Deklaraciji SZO iz Alma-Ate iz 1978. godine, „PZZ je esencijalna zdravstvena zaštita temeljena na praktičnim, naučno opravdanim i društveno prihvatljivim metodama i tehnologijama. PZZ je i pojedincima i porodicama u društvu mnogostrano dostupna kroz njihovo svestrano učešće i pod cijenu koje društvo i država na svakom stepenu svog razvoja mogu dopustiti da održe duh samostojnosti i samoodređenja“. Originalni principi PZZ koji su prvo opisani u Deklaraciji iz Alma-Ate i dalje imaju vrijednost i primjenjivi su na probleme s kojima se suočavaju zajednice i zdravstveni sistemi u 21. vijeku. Oni naglašavaju učešće zajednice te važnost intersektorske saradnje na pitanjima koje zdravstveni sektor ne može riješiti sam. Ovim su postavljeni temelji sveobuhvatnoj PZZ, koja se u velikoj mjeri prakticira u mnogim razvijenim državama i koja se sastoji od širokog raspona zdravstvene edukacije, promocije, prevencije, liječenja i rehabilitacije, kao i palijativne njege. Ovaj oblik zdravstvene zaštite ima ekološki pogled na zdravlje, dugoročan je i usredsređuje se na razvoj, a zahtijeva i socijalne promjene, socijalnu pravdu i preraspodjelu moći i resursa. Istraživanja pokazuju da su zdravstveni sistemi koji se oslanjaju na PZZ s naglaskom na P/OM, u pogledu boljih zdravstvenih ishoda stanovništva, unaprijedili ujednačenost, adekvatnije korištenje usluga, zadovoljstvo korisnika usluga i naknadne troškove u zdravstvenim sistemima. U cilju osiguranja potrebne dostupnosti zdravstvene zaštite, PZZ organizuje se tako da je korisnicima dostupna u općini njihovog prebivališta. Osam esencijalnih zdravstvenih usluga u PZZ (ELEMENTS) predstavljene su u sljedećoj tabeli.

1	Edukacija za zdravlje	E
2	Lokalna kontrola bolesti	L
3	Ekspandirani (prošireni) programi imunizacije	E
4	Zdravlje majke i djeteta uključujući odgovorno roditeljstvo	M
5	Esencijalni lijekovi	E
6	Ishrana	N
7	Tretman zaraznih i nezaraznih bolesti	T
8	Sigurna voda i sanitacija	S

Tabela 2. Esencijalne zdravstvene usluge u PZZ

U skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Federacije BiH, PZZ, između ostalog, obuhvata: praćenje zdravstvenog stanja stanovnika i provođenje mjera za zaštitu i unapređenje zdravlja stanovnika; prevenciju, liječenje i rehabilitaciju bolesti i povreda; otkrivanje i suzbijanje faktora rizika masovnih nezaraznih bolesti; mjere zdravstvene zaštite djece predškolskog uzrasta, brigu o njihovom zdravstvenom stanju i unapređenju zdravlja i učestvuje u podizanju psihofizičke sposobnosti; brigu o zdravstvenoj zaštiti žena za vrijeme trudnoće, porođaja i nakon porođaja, te o drugim zdravstvenim potrebama žena; specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu mladih, naročito u osnovnim i srednjim školama, te visokim školama na svom području; imunizaciju protiv zaraznih bolesti; liječenje i rehabilitaciju u kući; palijativnu njegu; provođenje posthospitalnog postupka; koordiniranje i provođenje neophodnih dijagnostičkih i terapijskih postupaka.

Zdravstvene ustanove PZZ

Dom zdravlja je zdravstvena ustanova za pružanje zdravstvene zaštite stanovništvu određenog područja u sklopu zdravstvene djelatnosti na primarnom nivou zdravstvene zaštite.

Ambulanta porodične medicine je dio zdravstvenog sistema u kojoj se promocijom zdravlja, sprječavanjem, suzbijanjem, ranim otkrivanjem, liječenjem bolesti i rehabilitacijom osigurava primarni nivo zdravstvene zaštite.

Centar za mentalno zdravlje u zajednici pruža usluge promocije mentalnog zdravlja, prevencije mentalnih oboljenja, rehabilitacije mentalno oboljelih lica, prevencije invaliditeta te brige i pomoći za onesposobljene.

Centar za fizikalnu rehabilitaciju pruža usluge zdravstveno-promotivnog rada iz oblasti fizikalne medicine; vanbolničke terapijske i rehabilitacijske postupke iz domena fizikalne medicine; okupacione tretmane, testiranje i procjene testova.

Ustanova za hitnu medicinsku pomoć je zdravstvena ustanova koja provodi mjere hitne medicinske pomoći, osigurava prijevoz oboljelih, stradalih i povrijeđenih u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu i pruža medicinsku pomoć za vrijeme prijevoza.

Ustanova za zdravstvenu njegu u kući je zdravstvena ustanova koja provodi zdravstvenu njegu i rehabilitaciju bolesnika po uputama ljekara.

Apoteka je zdravstvena ustanova koja vrši nabavku lijekova i medicinskih sredstava, skladištenje lijekova, čuvanje lijekova pod propisanim režimom, izdavanje i distribuciju lijekova i medicinskih sredstava, kao i izradu galenskih i magistralnih pripravaka u skladu s propisima o apotekarskoj djelatnosti.

Ustanova za palijativnu njegu je socijalno-zdravstvena ustanova koja ima palijativni interdisciplinarni tim, ambulantu za bol i pruža palijativnu njegu.

1.2.2. Zdravstvena njega u zajednici

Izmijenjene zdravstvene potrebe stanovništva i neophodnost smanjenja troškova, stavljaju djelatnost sestrinstva u centralni položaj zdravstvenog sistema svake zemlje. Povećanje faktora rizika u nastanku masovnih hroničnih nezaraznih bolesti, ugroženo mentalno zdravlje stanovništva, izmijenjeni socijalni, ekonomski, demografski i okolišni uvjeti, te sve veće potrebe i zahtjevi korisnika zdravstvenih usluga upućuju na neophodnost jačanja kapaciteta zdravstvene njege u zajednici. Definirane sestrinske kompetencije, organizacija njihovog rada i praksa moraju biti takvi da mogu dati efikasan doprinos zdravstvenom sistemu. U kontekstu Općeg cilja reforme PZZ, unaprijeđeni kapaciteti sestrinstva u zajednici, u smislu poboljšanog organizacijskog modela sestrinstva u zajednici dugoročno će sigurno doprinijeti smanjenju, još uvijek, nejednakosti u dostupnosti zdravstvene zaštite i omogućiti kontinuitet zdravstvene zaštite s drugim nivoima zdravstvenog sistema, a prema potrebama lokalne zajednice.

U skladu s gore navedenim ciljem, uloga medicinskih sestara/tehničara u zajednici je izuzetno značajna za lokalnu zajednicu, jer je njihov zadatak da aktivno procjenjuju potrebe stanovništva u pogledu zdravstvene njege na kućnom nivou i izvan zdravstvene ustanove gdje ljudi žive, rade i uče. Njihovim djelovanjem osigurava se efikasnija i efektivnija PZZ, a usluge su sveobuhvatnije, dostupnije i usmjerene na cjelokupno stanovništvo u lokalnoj zajednici. Medicinska sestra/tehničar

u zajednici osigurava kontinuitet i koordinaciju zdravstvene njege i doprinosi osiguranju podrške socijalne pravednosti, te potiče aktivnije učešće lokalne zajednice u brizi za zdravlje. U organizacijskom smislu, medicinska sestra/tehničar u zajednici je ključna veza s ostalim službama unutar PZZ; spona je između zdravstvenog sektora i ostalih sektora na nivou lokalne zajednice; dio je aktivne zdravstvene zaštite čiji je cilj da kroz zdravstveno-vaspitni rad u porodici i lokalnoj zajednici doprinese unapređenju zdravlja i pruža usluge cjelokupnom stanovništvu, grupama i pojedincima u zajednici od rođenja do smrti (promocija, prevencija, kurativa i rehabilitacija).

Prema istraživanju koje je provedeno u okviru Projekta jačanja sestrinstva u BiH, medicinska sestra/tehničar u zajednici, uglavnom je organizacijski vezana za tim P/OM i najviše se bavi kurativom.

Prema raspoloživim podacima Zavoda za javno zdravstvo Federacije BiH za 2022. godinu, samo 40% doktora medicine u timovima P/OM ima specijalizaciju iz P/OM (skoro polovina su preko 55 godina starosti), 12,1% su specijalisti drugih specijalizacija sa završenom dodatnom edukacijom iz P/OM (PAT), 26,4% su doktori medicine sa završenom PAT edukacijom. Od 1.799 medicinskih sestara/tehničara u službama P/OM, 72,8% ima PAT edukaciju, od kojih su 5,7% zdravstveni radnici s VSS, 3,1% s VŠS, 91,1% sa SSS te 21% ostalih medicinskih sestara/tehničara. Vrlo mali broj medicinskih sestara/tehničara u timu P/OM ima dodatne vještine za rad u zajednici i gotovo je zanemarivi procenat onih koje su završile dodatnu obuku iz zdravstvene njege u zajednici. Stoga i ne iznenađuje da se u službama P/OM registrira manje preventivnih pregleda i da se kontinuirano bilježi pad preventivno-promotivnih usluga, a da se najveći broj usluga veže za usluge liječenja bolesti.

Istraživanje vezano za kapacitete i djelovanje medicinske sestre/tehničara u zajednici

Federalno ministarstvo zdravstva je uz podršku Vlade Švicarske, u saradnji s Fondacijom fami, a u okviru III faze Projekta jačanja sestrinstva u BiH, provelo istraživanje stanja i potreba lokalnih zajednica u odnosu na zdravstvenu njegu u zajednici. U svrhu istraživanja definiran je anketni upitnik s 32 kombinirana pitanja otvorenog i zatvorenog tipa. Pitanja su bila vezana za tri grupe kriterija (geografski, demografski i organizacijski), na osnovu kojih su odabrane nove lokacije za širenje i unapređenje zdravstvene njege u zajednici.

Na upitnik je odgovorilo 90% domova zdravlja, a ključni rezultati se odnose na sljedeće: preko 70% medicinskih sestara/tehničara u zajednici organizacijski su vezani za timove P/OM; 20% domova zdravlja ima zasebno organiziranu službu sestara u zajednici; postojeće medicinske sestre/tehničari u timovima P/OM uglavnom pružaju usluge kurative i povremeno provode posjete porodiljama i novorođenčadi. Izostaje čitav niz usluga sestrinstva u zajednici: zdravstveni odgoj, promocija zdravlja, prevencija bolesti, saradnja s drugim službama u zajednici u PZZ, saradnja s drugim sektorima itd. Veliki broj domova zdravlja iskazuje potrebu za novijom i boljom sestrinskom opremom, kao i potrebu za adekvatnijim prostorom za koordinirano djelovanje. Većina lokalnih zajednica u strukturi stanovništva ima neku od vulnerabilnih grupa, poput osoba treće životne dobi, osoba s invaliditetom, socijalno ugrožene kategorije, povratnike, Rome, a gotovo trećina općina nema organiziran zdravstveni savjet. Skoro trećina medicinskih sestara/tehničara još nije u potpunosti upoznata s obaveznom sestrinskom dokumentacijom i metodologijom izvještavanja.

Kao ishod ovog istraživanja, otvoren je aktivni dijalog s kantonalnim ministarstvima zdravstva i direktorima domova zdravlja, a vezano za poteškoće, prepreke i rizike s kojim se PZZ općenito suočava. Svjesni izazova pred kojim je zdravstveni sistem u FBiH, a posebno PZZ, izražena je neophodnost nastavka reforme, a što podrazumijeva i nova zakonska rješenja kao prilike za bolji organizacijski model P/OM i medicinskih sestara/tehničara u zajednici, unapređivanje standarda i normativa, bolju unutarnju organizaciju i bolje definiranu sistematizaciju unutar doma zdravlja s jasnijim poslovima i zadacima, te sadržajnije opisanim kompetencijama medicinskih sestara/tehničara. Sve naprijed navedeno će zahtijevati i unapređivanje modaliteta plaćanja zdravstvenih usluga, kao i stimuliranje za kvalitetniju i sigurniju zdravstvenu uslugu.

1.2.2.1. Definicija i značaj zdravstvene njege u zajednici – ciljevi i zadaci (zakonske odrednice u Federaciji BiH)

Zdravstvena njega u zajednici čini važan dio cjelokupnog zdravstvenog sistema. U njenom centru

je korisnik, a cilj je postizanje i održavanje zdravlja uz holistički pristup. Specifičnosti zdravstvene njege u zajednici u odnosu na tradicionalno pružanje zdravstvene njege na primarnom nivou manifestira se kroz bitne elemente kao što su pružanje zdravstvene njege pojedincima, porodicama ili grupama ljudi, njega u vlastitom domu ili na drugim mjestima u kojima ljudi žive, borave, rade, uče ili se igraju. Njega se pruža bolesnom i zdravom članu zajednice, a najdominantniji dio rada medicinskih sestara/tehničara u zajednici je zdravstveni odgoj i obrazovanje s ciljem unapređenja i održavanja zdravlja, te prevencija bolesti, nesposobnosti i nemoći.

1.2.2.2. Organizacija zdravstvene njege u zajednici – socioekološki model zdravlja

Na kvalitet zdravstvene njege u zajednici utječu mnogobrojni faktori među kojima su od velikog značaja modeli organizacije rada koji medicinskim sestrama/tehničarima omogućavaju efikasno i kvalitetno pružanje usluga zdravstvene njege. Oni mogu biti različiti ovisno o broju medicinskih sestara/tehničara u zdravstvenoj ustanovi, njihovoj kvalifikacijskoj strukturi, složenosti poslova, osobnostima zdravstvenog sistema, samoj lokalnoj specifičnosti organizacije zdravstvene zaštite kao i razvijenosti zdravstvenog sistema, ekonomskim i socijalnim uvjetima u društvu, te o finansijskom okviru unutar kojeg funkcionira zdravstvena ustanova. Od velike važnosti je odabrati onaj model organizacije koji je realno moguće primijeniti, a koji će zadovoljiti potrebe korisnika. Funkcionalno i sadržajno najbolji model osigurava sigurnu, kvalitetnu i najefikasniju njegu. Kvalitet u osnovi podrazumijeva zadovoljstvo korisnika pruženom uslugom, te zadovoljstvo medicinskih sestara/tehničara, kao pružalaca usluga, organizacijskom strukturom, te uvjetima rada.

Zakonski i resursni okvir organizacije zdravstvenog sistema na području Federacije Bosne i Hercegovine je Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, br. 46/10 i 75/13) i Naredba o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine („Službene novine Federacije BiH“, br. 82/14, 107/14 i 58/18). Zakon o zdravstvenoj zaštiti je djelatnost zdravstvene njege u zajednici definirao u okviru PZZ. Organizacija zdravstvene njege u zajednici je navedenom Naredbom organizacijski predviđena unutar tima P/OM (model A) ili kao zasebna djelatnost zdravstvene njege u zajednici i vanbolničke palijativne njege (posebna služba) (model B).

1.2.2.3. Koncept zdravstvene njege u zajednici

Neovisno o odabranom modelu organizacije zdravstvene njege u zajednici, potrebno je osigurati kadrovske i finansijske resurse, kao i potrebnu infrastrukturu: radni prostor, medicinsku, informatičku i kancelarijsku opremu. Normativ kadra za pružanje usluga zdravstvene njege u zajednici je definiran Naredbom o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Federaciji BiH (izmjenama iz 2018. godine). Ovom Naredbom definirano je da djelatnost P/OM osigurava jedan radni tim na 1.800 osiguranih lica, i to za stanovništvo starije od šest godina. Osnovni sastav tima P/OM čine: jedan doktor medicine specijalista P/OM ili doktor medicine s posebnom edukacijom iz P/OM i jedna medicinska sestra/tehničar sa SSS. U sastav tima P/OM može biti uključena i jedna medicinska sestra/tehničar sa završenim prvim ciklusom VSS ili VŠS VI stepen, a koja svojim djelovanjem pokriva djelatnost zdravstvene njege u zajednici s patronažom i palijativnom negom.

Zdravstvena njega u zajednici obuhvata polivalentnu djelatnost i zdravstvenu njegu u kući i vanbolničku palijativnu njegu. Zdravstvenu njegu u zajednici osigurava medicinska sestra/tehničar sa završenim prvim ciklusom VSS ili VŠ ili posebno educirana medicinska sestra/tehničar sa SSS na 3.000 osiguranika u urbanom području, odnosno na 1.500 osiguranika u ruralnom području.

1.2.2.4. Koordinacija i umrežavanje zdravstvene njege na svim nivoima zdravstvene zaštite

Koordinacija njege je ključna komponenta u pružanju kvalitetne zdravstvene zaštite, a medicinske sestre/tehničari često imaju centralnu ulogu u ovom procesu uključujući povezivanje različitih pružatelja zdravstvenih usluga, kao što su ljekari, specijalisti, fizioterapeuti, psiholozi, socijalni rad-

nici i drugi stručnjaci, kako bi osigurali sveobuhvatnu i koordiniranu njegu za pacijente. Također, medicinske sestre/tehničari mogu koordinirati usluge u sklopu kućne zdravstvene njege, kao što su posjeti terapeuta, patronažne medicinske sestre/tehničara, volontera Crvenog križa ili drugih organizacija, dostave lijekova itd. Primjenjujući koordinirani pristup, medicinske sestre/tehničari doprinose boljim ishodima liječenja, poboljšanju kvalitete života pacijenata i efikasnijem korištenju zdravstvenih resursa. Uloga medicinskih sestara/tehničara u koordinaciji zdravstvene njege posebno je važna u slučajevima kada pacijenti pate od više hroničnih stanja. Saradnja i koordinacija medicinske sestre/tehničara u zajednici može biti kontinuirana, periodična i kada se za to ukaže prilika. Važan dio aktivnosti patronažne sestre/tehničara odnosi se na saradnju s drugim stručnjacima i institucijama. Kao najvažniji oblik saradnje izdvaja se svakodnevna komunikacija s porodičnim ljekarima jer je patronažna sestra/tehničar aktivni član proširenog tima P/OM. Međusobna komunikacija omogućava razmjenu informacija potrebnih za procjenu stanja i potreba pacijenta i porodice, kako bi se ostvarilo što kvalitetnije planiranje postupaka prevencije, dijagnostike i liječenja. Ujedno, razmjena informacija pridonosi lakšem koordiniranju službi uključenih u zbrinjavanje. Patronažna sestra/tehničar sarađuje i s bolničkim zdravstvenim ustanovama, putem sestrinskog otpusnog pisma, pomoću kojeg se ostvaruje povezanost sestrinskog djelovanja i osigurava veća kvaliteta zdravstvene njege.

Saradnja medicinske sestre/tehničara u zajednici s doktorom P/OM

Medicinska sestra/tehničar u zajednici je važan saradnik u timu P/OM jer osigurava proširenje zdravstvene zaštite u dom bolesnika, te je važan izvor informacija. U svom svakodnevnom radu, medicinska sestra/tehničar u zajednici blisko sarađuje s doktorom P/OM, i dužna je da ga informira o svom planu rada, koji donosi na osnovu procjene zdravstvenog i socijalnog statusa porodica na svom području. U skladu s potrebom korisnika, ponekad poziva i doktora u kućnu posjetu, te zajedno donose odluke za određenog korisnika zdravstvenih usluga.

Saradnja medicinske sestre/tehničara u zajednici sa sekundarnom i tercijarnom zdravstvenom zaštitom (SZZ i TZZ)

Po pravilu, ova saradnja se ostvaruje putem sestrinskih otpusnih pisama. Kod otpuštanja pacijenta s liječenja/rehabilitacije, medicinske sestre/tehničari pišu sestrinsko otpusno pismo u kojem navode generalne podatke o pacijentu, sestrinsku anamnezu, tok liječenja/rehabilitacije, trenutno stanje, te preporučene dalje mjere sestrinske njege koje su pacijentu potrebne. Pacijent zajedno s ljekarskim otpusnim pismom dostavlja i sestrinsko otpusno pismo svom ljekaru P/OM koji ga proslijeđuje nadležnoj medicinskoj sestri/tehničaru u zajednici. Medicinska sestra/tehničar nakon toga posjećuje oboljelog, otvara njegov karton i ostalu potrebnu dokumentaciju.

Saradnja medicinske sestre/tehničara u zajednici sa socijalnom službom

Ukoliko medicinska sestra/tehničar uoči problem u porodici ili okolini korisnika/pacijenta, dužna je to prijaviti ljekaru P/OM i pokušati zajedno s njim riješiti taj problem. Ako problem nije rješiv na ovom nivou, obavještava se socijalna služba koja izlazi na teren i ponovo procjenjuje stanje te i dalje sarađuje s medicinskom sestrom/tehničarem u zajednici. Ukoliko se radi o zlostavljanju ili zanemarivanju, medicinska sestra/tehničar je dužna odmah obavijestiti socijalnu službu. Saradnja se uspostavlja i kada se radi o starijoj osobi koja ne može brinuti sama o sebi, a ista nema porodicu ili poznanika koji bi brinuli o njoj.

1.2.2.5. Rad s vladinim tijelima i nevladinim organizacijama

Osim sa zdravstvenim ustanovama, patronažna sestra/tehničar sarađuje s centrom za socijalnu zaštitu, udruženjima za osobe oboljele od određenih bolesti, odgojno-obrazovnim ustanovama, vrtićima i školama. Saradnja patronažne sestre/tehničara s Centrom za socijalnu zaštitu vezana je za pomoć u hrani, ogrjevu, jednokratnu ili višekratnu materijalnu pomoć, starateljstvo, nadzor nad ovisnicima, posebno prilikom rođenja djeteta, te zlostavljanje ili sumnju na zlostavljanje kod

djece, starijih i nemoćnih. Uloga patronažne sestre/tehničara u udruženjima za osobe oboljele od određenih bolesti je višestruka i odnosi se na pružanje podrške, potrebnih informacija te edukacije. Ona nadalje pribavlja i daje korisne informacije i nove spoznaje iz oblasti interesa određene grupe ili pojedinca, pronalazi i daje odgovore na postavljena pitanja i zahtjeve članova udruženja, pruža podršku u suočavanju s problemima i ukoliko je potrebno, usmjerava članove udruženja ka stručnijoj pomoći.

Poznata je činjenica da je sve preventivne aktivnosti poželjno provoditi od najranije dobi te je stoga saradnja sa stručnim timom dječijeg vrtića vrlo značajna. Ključna osoba te saradnje je medicinska sestra/tehničar dječijeg vrtića. Za unapređenje i očuvanje zdravlja potreban je kontinuitet u zbrinjavanju i njezi, a stvaranje pozitivnih stavova o zdravlju usvaja se od malih nogu. Patronažna sestra/tehničar zajedno s medicinskom sestrom/tehničarem dječijeg vrtića ima nadzor nad svom djecom koja su u njenoj brizi, prati njihov rast i razvoj, socijalizaciju, te provodi mnoge preventivne mjere u saradnji sa svim osobljem vrtića. Moguće preventivne aktivnosti koje se zajednički mogu provoditi su prevencija debljine, pravilna ishrana, prevencija nesreća, otkrivanje zanemarenog ili zlostavljanog djeteta, poboljšanje obuhvata vakcinacijom, prevencija respiratornih infekcija, prevencija karijesa, briga o hronično bolesnom djetetu i mnoge druge.

Patronažna sestrinska njega osoba s invaliditetom

Invaliditet je oštećenjem uzrokovano ograničenje sposobnosti obavljanja aktivnosti koje se smatraju normalnim za odvijanje životnih aktivnosti. Uzročni faktori nastanka invaliditeta mogu biti urođeni ili stečeni. Patronažna sestra/tehničar zajedno s ostalim stručnjacima u timu, učestvuje u pružanju njega osobama s invaliditetom. Osnovni cilj cjelokupne brige za osobe s invaliditetom je zadovoljavajući kvalitet življenja i postizanje što višeg stepena neovisnosti. Medicinska sestra/tehničar prvo vrši procjenu kojom prikuplja anamnestičke podatke koji se odnose na prijašnje i sadašnje zdravstveno stanje. U individualnoj procjeni, pažnju treba posvetiti sistemima zahvaćenim onesposobljenjem. Koristeći se prikupljenim podacima o uočenim problemima i uzrocima, medicinska sestra/tehničar planira intervencije kojima bi taj problem otklonila.

1.2.2.6. Zdravstvena njega pacijenta u njegovom domu

Patronažna sestra/tehničar njegu pruža tamo gdje korisnici žive, borave i rade. Oko 70% radnog vremena, patronažna sestra/tehničar radi u porodicama, a oko 30% vremena obavlja aktivnosti u zajednici i u ustanovi. Kućna posjeta je ključni oblik rada pri kojem medicinska sestra/tehničar prakticira niz individualnih i grupnih vještina prilagođenih korisniku i porodičnom okruženju, kao što su prikupljanje anamnestičkih podataka, fizikalna procjena, posmatranje, davanje savjeta i uputa, prikaz raznih postupaka itd., uzimajući u obzir da svaka porodica ima svoju dinamiku, pravila i način funkcioniranja. Bitne komponente za uspješnost kućne posjete su komunikacija i interakcija, priprema i planiranje, te uvjeti rada i opskrbljenost neophodnim sredstvima. Prva kućna posjeta ne bi trebala trajati predugo, ciljevi moraju biti jasno određeni, atmosfera opuštajuća i trebala bi imati šest osnovnih komponenti: upoznavanje, izlaganje ciljeva i svrhe posjete, definiranje uloge medicinske sestre/tehničara, pružanje prilike da korisnik objasni vlastita očekivanja, započinjanje izgradnje odnosa i dogovor o sljedećem posjetu.

Priprema kućne posjete

Planiranje i priprema kućne posjete počinje od zaprimanja zahtjeva za kućnu posjetu. Formalni zahtjev mogu predati ljekar i/ili medicinska sestra/tehničar primarne zdravstvene zaštite, porodilišta, bolnice, klinike, lječilišta, bilo koje druge zdravstvene ustanove ili službe, službe socijalne zaštite, dobrotvorna udruženja, škole, predškolske ustanove i drugi. Neformalni zahtjev mogu podnijeti pojedinci ili porodice kojima je potrebna zdravstvena zaštita. Medicinska sestra/tehničar se prilikom pripreme koristi raznim dostupnim izvorima, planira aktivnosti i način rada, određuje prioritete, a sve to radi pružanja što kvalitetnije njega korisnicima.

Stručno sadržajna	Prikupljanje dostupnih podataka
	Provjera vlastitih prethodno evidentiranih podataka
	Konsultacije s kolegama
	Provjera vlastitih znanja
	Određivanje ciljeva
	Određivanje plana posjećivanja na osnovu prioriteta
	Planiranje vremena
	Provjera potrebnih materijala
Tehnička	Priprema materijala i pribora
	Planiranje vremena
	Prijevoz
Psihofizička	Izgled medicinske sestre/tehničara
	Planiranje vremena
	Planiranje lične sigurnosti
	Umijeće iskorištavanja vremena relaksacije

Tabela 3. Komponente pripreme kućne posjete

Nakon što uspostavi početnu komunikaciju, dalji tok kućne posjete odvija se u skladu s fazama procesa sestrinske njege. Na osnovu utvrđenih potreba i sestrinskih dijagnoza planiraju se i provode intervencije, a potom i evaluacija. Već od prve posjete provodi se trajna evaluacija postignutih ciljeva i cjelokupnog plana zbrinjavanja. Sljedeće posjete moraju osigurati kontinuitet i kvalitet njege, a korisniku pružati priliku i dostatno vrijeme za donošenje odluka i postupno usvajanje ili mijenjanje ponašanja.

1.2.2.7. Proces pružanja zdravstvene njege

Rad medicinske sestre/tehničara u zajednici treba se odvijati kroz proces zdravstvene njege. Proces zdravstvene njege je složena višestepna metoda, zasnovana na općenačnim principima i principima zdravstvene njege i maksimalno je prilagođena zadovoljenju individualnih potreba korisnika/bolesnika za njegom. Podrazumijeva planski i sistematski rad, kontrolu i provjeru, participaciju pojedinca i drugih relevantnih subjekata, što omogućava uspješne rezultate i razvoj svih učesnika, kroz uzajamnu razmjenu znanja, iskustva i razumijevanja. Prihvatanjem ove koncepcije mijenja se klasično shvatanje sestrinstva, po kojem medicinska sestra/tehničar pruža njegu uglavnom po nalogu ljekara i po kojem je njega bolesnika samo praktična disciplina bazirana na vještinama i na intuiciji medicinske sestre/tehničara. Proces zdravstvene njege, kroz predviđene etape: utvrđivanje potreba za njegom i postavljanje sestrinske dijagnoze, planiranje zdravstvene njege, pružanje zdravstvene njege i vrednovanje (evaluacija) postignutih rezultata, otjelotvoruje ovu koncepciju u profesionalnoj sestrinskoj praksi. U sestrinstvu se kroz proces zdravstvene njege opći naučni principi o čovjeku, njegovoj prirodi i potrebama, koriste na specifičan način tako što se povezuju sa situacijom (stanjem) korisnika i njegovim potrebama za njegom. Pri tome se polazi sa stanovišta:

- da je čovjek, sa svim svojim problemima i osobenostima, u centru pažnje medicinske sestre/tehničara,
- da čovjeka i njegove probleme treba sagledavati istovremeno s više aspekata,
- da u sagledavanju i rješavanju problema korisnika, treba voditi računa o specifičnostima njegove

cjelokupne ličnosti - psihološke, fiziološke, socioekonomske, kulturološke, kao i o njegovim sposobnostima i ograničenjima,

- da bolesniku treba obezbjediti sigurnost i zaštitu od novih opasnosti (infekcije, povrede i sl.),
- da se bolesniku treba osigurati udobnost, podrška i olakšanje patnje u svim fazama bolesti,
- da se pomogne bolesniku da obnovi svoje sposobnosti do njegovog ličnog maksimuma i
- da se prihvati interesiranje i odgovarajuća pomoć porodice i prijatelja kao sastavni dio tretmana.

Da bi medicinska sestra/tehničar primijenila proces zdravstvene njege uz uvažavanje svih ovih elemenata, treba da posjeduje, razvija i njeguje sposobnost posmatranja i utvrđivanja činjenica, sposobnost opažanja i izdvajanja bitnog od manje bitnog, sposobnost zaključivanja i donošenja odluka, odnosno spremnost da u potpunosti bude odgovorna za svoju profesionalnu djelatnost. Proces zdravstvene njege, kao naučno zasnovana metoda, pruža brojne prednosti u odnosu na klasični pristup u sestrinskom radu.

Primjena procesa zdravstvene njege omogućava:

- bolje organiziranje, sistematiziranje i provođenje zdravstvene njege,
- pružanje individualizirane i problemski usmjerene zdravstvene njege,
- fleksibilnost u njezi - brzo prilagođavanje njege izmijenjenim potrebama korisnika,
- aktivnu participaciju korisnika u njezi, zaštiti i unapređenju zdravlja,
- dokumentiranje svih etapa rada u zdravstvenoj njezi,
- kontinuitet u pružanju zdravstvene njege,
- bolju koordinaciju unutar sestrinskog tima,
- bolju komunikaciju i kvalitetniju koordinaciju medicinskih sestara/tehničara s ljekarima i drugim zdravstvenim i nezdravstvenim radnicima,
- ekonomičnu negu.

Pravilnom i dosljednom primjenom procesa zdravstvene njege postiže se bolji ukupni kvalitet zdravstvene njege, a ima i svoje pozitivne refleksije na sve aspekte sestrinstva: na korisnike zdravstvene njege, na medicinske sestre/tehničare i na sestrinsku profesiju.

Utvrdjivanje potreba korisnika za negom je faza procesa zdravstvene njege kroz koju se prikupljaju i procjenjuju podaci o subjektivnom i objektivnom stanju pojedinca, porodice, grupe i zajednice i okolnostima u kojima je nastao zdravstveni problem ili druga životna situacija za čije rješavanje je potrebna stručna pomoć službe zdravstvene njege. Postavljanje sestrinske dijagnoze se izdvojilo kao posebna etapa procesa zdravstvene njege sredinom 70-tih godina prošlog vijeka, kada je Američko društvo medicinskih sestara (ANA) prihvatilo i ozakonilo upotrebu ovih termina. Planiranje zdravstvene njege nastavlja se na fazu definiranja sestrinskih dijagnoza. Zdravstvena njega se planira na osnovu podataka o stanju korisnika i u skladu s postojećim uvjetima. U implementaciji zdravstvene njege učestvuje najveći broj medicinskih sestara/tehničara, s različitim nivoima obrazovanja i iskustva. U realizaciji određenih aktivnosti može učestvovati bolesnik i/ili odabrani članovi porodice, ili druge njemu bliske osobe – uz instrukcije i nadzor medicinske sestre/tehničara. Realizacija je, s aspekta bolesnika, najznačajniji dio procesa zdravstvene njege, jer obuhvata neposredno pružanje njege koja je planom predviđena. Evaluacija je posljednja faza procesa zdravstvene njege, iako se vrednovanje sestrinskih aktivnosti i procjena reagiranja korisnika na njih vrši kontinuirano - kroz cijeli proces. Evaluacija je najmjerodavnija ocjena rezultata njege ostvarena kroz proces zdravstvene njege.

1.2.2.8. Pet rutinskih vještina medicinske sestre/tehničara u zajednici: pružanje zdravstvene njege, donošenje odluka, komunikacija, liderstvo, menadžment

Medicinska sestra/tehničar u zajednici je:

- Komunikator – osoba koja komunicira, koja je sposobna promovirati zdrav način života kroz efektivnu saradnju, objašnjenja, predavanja, zagovaranja, te koja zna pružiti motivaciju i mogućnost pojedincima i grupama da zaštite i poboljšaju svoje zdravlje.
- Lider u zajednici – vođa unutar zajednice, koji je, zadobivši povjerenje ljudi među kojima radi,

u stanju identificirati i približiti zahtjeve pojedinca i zajednice, olakšati aktivnosti pojedinca, grupa i zajednice ili inicirati aktivnosti u njihovo ime.

- Menadžer – menadžer koji je u stanju adekvatno iskoristiti raspoložive podatke i harmonično raditi s pojedincima i organizacijama unutar i izvan zdravstvenog sistema, a kako bi identificirao, mobilizirao i koordinirao raspoložive resurse i zadovoljio potrebe pacijenata i zajednice.

Prva istraživanja vezana za komunikaciju između zdravstvenih radnika i bolesnika pokazala su da je ova komunikacija često nedovoljna i nerazumljiva za veliki dio bolesnika. Zbog toga se ne ostvaruje uzajamno zadovoljstvo i razumijevanje, odnos povjerenja, suosjećanja i podrške. Komunikacija između medicinske sestre/tehničara i bolesnika je važna jer doprinosi bržem oporavku bolesnika kroz pridržavanje zdravstvenih preporuka te smanjuje osjećaj straha i tjeskobe. Također, istraživanja su pokazala brojne dobrobiti dobrih komunikacijskih vještina: veće radno zadovoljstvo i manji stres kod zdravstvenih radnika, veće zadovoljstvo kod pacijenata, tačnost dijagnoze je veća, veće je pridržavanje uputa o liječenju, veće je razumijevanje problema, manja psihosocijalna patnja, olakšanje stresa kod saopćavanja loših vijesti, te općenito bolji ishodi liječenja. Komunikacija zdravstvenih radnika i pacijenata može biti verbalna i neverbalna, svjesna i nesvjesna, namjerna i nenamjerna i služi za prijenos informacija. Postoji značajna povezanost načina komunikacije s anksioznošću, psihičkim stresom i očitovanju simptoma bolesti, zbog čega najčešće dolazi do nesaradnje, nezadovoljstva ili čak odbijanja liječenja. Komunikacija medicinska sestra/tehničar – pacijent je kompleksan fenomen, jer se naglašava medicina koja je usmjerena na čovjeka, a ne medicina usmjerena na bolest.

Cilj menadžmenta u sestrinstvu je stvoriti kvalitetan tim koji će se reflektirati na kvalitet njege bolesnika. Osnovni zadatak menadžmenta u sestrinstvu je osiguranje kvalitetne njege na način da se ulaže u podizanje znanja i vještina medicinskih sestara/tehničara, da se formira kvalitetan tim koji će, uz vodstvo menadžera, ostvariti postavljene ciljeve. Pet funkcija menadžmenta koje se primjenjuju i u organizaciji rada medicinskih sestara/tehničara su: planiranje, organiziranje, upravljanje ljudskim potencijalima, vođenje i kontroliranje. U sestrinstvu, zadaci menadžera su da osigura kontinuirano stručno usavršavanje medicinskih sestara/tehničara na odjelu, da razvija i podiže kvalitet zdravstvene njege, da sagledava i prati trendove u potrebama stanovništva za zdravstvenom njegom, da provodi istraživanja, te unapređuje sestrinsku praksu novim saznanjima i vještinama, da profesionalno povezuje medicinske sestre/tehničare i jača utjecaj na razvoj profesije, da organizira osoblje, finansije, informacije i okruženje, da donosi i provodi odluke, motivira svoje zaposlene, utvrđuje standarde, mjeri aktuelne rezultate i poduzima korektivne akcije.

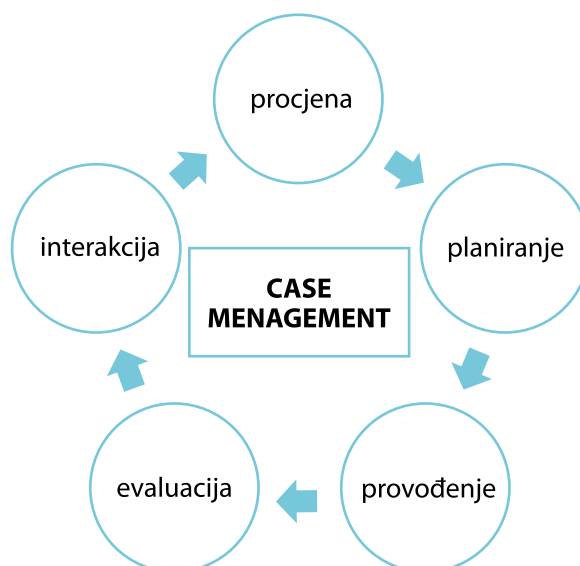
Liderstvo je sastavni dio sestrinske profesije i prakse, gotovo sve sestrinske uloge su liderske uloge bez obzira na kojoj funkciji i nivou djeluju. Do kraja 90-ih, većina istraživanja iz oblasti liderstva u sestrinstvu bila je fokusirana na razvoj sestrinske prakse, posmatrajući liderstvo kao sredstvo putem kojeg se može utjecati na donošenje odluka u zdravstvu i sestrinskoj praksi. U sestrinskoj literaturi liderstvo se opisuje kao težak i višeznačan proces, koji uključuje pružanje podrške, usmjeravanje, motiviranje, koordinaciju, saradnju, efikasnu komunikaciju i zagovaranje u postizanju optimalnih ishoda za pacijenta. Liderstvo u sestrinstvu definira se kao utjecaj na druge s ciljem poboljšanja kvalitete zdravstvene njege i sigurnosti pacijenata, te podrazumijeva okruženje u kojem postoji jasna vizija i radnici koji su osnaženi i motivirani. Lideri u sestrinstvu opisuju se kao osobe koje posjeduju znanja o širokom spektru problema u sestrinstvu i razumijevanje faktora koji mogu promovirati budućnost sestrinstva u cjelini, te imaju ključnu ulogu u olakšavanju i omogućavanju razvoja sestrinskih znanja. Djelujući unutar mnogih multidisciplinarnih timova, bilo kao član ili vođa tima, medicinske sestre/tehničari koordiniraju, podržavaju i usmjeravaju zdravstveni tim, porodicu i pacijenta. Liderstvo u sestrinstvu najčešće se u literaturi povezuje s rukovodećim funkcijama, a rjeđe sa sestrinskom stručnom praksom. Međutim, medicinska sestra/tehničar koja pruža pomoć pacijentima lider je svojim pacijentima, odgovorna medicinska sestra/tehničar odjela lider je istim tim pacijentima, ali i svojim kolegama, dok je glavna medicinska sestra/tehničar u ustanovi lider za sve timove i njihove članove. Iz navedenog proizlazi da je važno osigurati vještine liderstva ne samo za medicinske sestre/tehničare koje imaju formalno-upravljačke funkcije već i za sve ostale. Upravo područje kliničkog liderstva je novo područje od interesa naučnih istraživanja u sestrinstvu.

Brojna istraživanja govore u prilog važnosti efikasnih leaderskih vještina kao ključnom elementu u postizanju kvalitete u zdravstvu. Leaderske vještine osnažuju medicinske sestre/tehničare u pružanju zdravstvene njege poboljšavajući njihove sposobnosti u usmjeravanju i pružanju podrške pacijentima i zdravstvenom timu, poboljšavajući kvalitetu i sigurnost pružene njege te kliničke ishode pacijenata.

1.2.2.9. Upravljanje slučajem (Case management) i Upravljanje bolešću (Disease management)

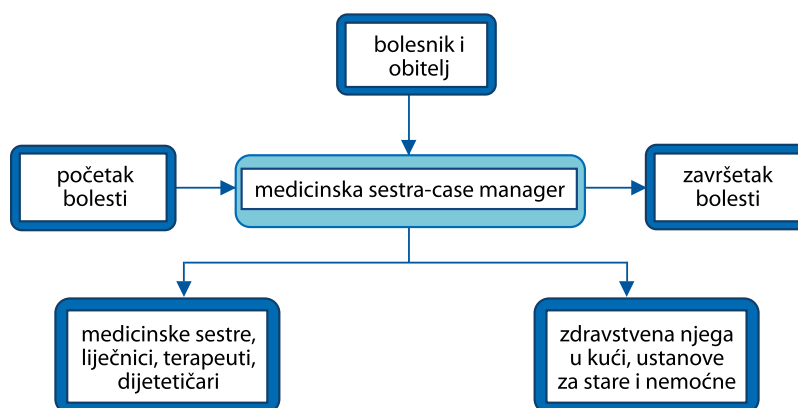
Model upravljanja slučajem (Case Management Model)

Model upravljanja slučajem razvio se prvobitno za potrebe osiguravajućih društva kako bi se omogućilo praćenje troškova liječenja osiguranika. Kasnije se pokazalo da takav način rada pridonosi boljim ishodima liječenja, kraćim hospitalizacijama, pružanju kontinuirane zdravstvene njege i manjim troškovima liječenja. Najčešće se primjenjuje kod teško bolesnih osoba čije liječenje iziskuje visoke troškove. Medicinska sestra/tehničar organizira i koordinira zdravstvenu njegu od prijema bolesnika sve do njegovog otpusta. Planira, prati i evaluira kvalitet zdravstvene njege, prepoznaje probleme i uključuje i druge zdravstvene i nezdravstvene radnike, organizira i priprema otpust, te obavještava o tome ostale potrebne službe. Model upravljanja slučajem uključuje pet komponenti koje su prikazane na sljedećoj slici.



Slika 2. Komponente bolesniku usmjerenog organizacijskog modela (Izvor: Kalauz S: Organizacija i upravljanje u području zdravstvene njege, Medicinska naklada 2015., str. 76)

Na slici 3. prikazana je shema organizacijskog modela usmjerenog ka bolesniku.



Slika 3. Shema modela upravljanja slučajem (Izvor: Kalauz S: Organizacija i upravljanje u području zdravstvene njege, Medicinska naklada 2015., str. 76.)

Upravljanje bolešću (Disease management)

Patronažna sestra/tehničar, između ostalih, pruža zdravstvenu njegu pacijentima s različitim hroničnim bolestima: dijabetes, hipertenzija, infarkt miokarda, cerebrovaskularne bolesti, alkoholizam i drugo, te djeci oboljeloj od dijabetesa, astme, celijakije i dr. Njega hroničnih bolesnika je veoma zahtjevna i obuhvata sve domene bolesnikovog zdravlja i života. Osim provjeravanja bolesnikovog zdravstvenog statusa, patronažna sestra/tehničar procijenjuje pacijentovo znanje o bolesti, o uzimanju terapije, o preporučenom načinu života, njegovo nošenje s bolešću, prilagođavanje, saradnju s ljekarom, podršku porodici, socijalne uvjete te pomaže u prilagođavanju na bolest, odgovara na pitanja, educira i informira oboljelog. Kod pojave problema, prepreka ili nesigurnosti kod bolesnika, nastoji ih riješiti ili umanjiti. Važan aspekt njenog rada je i prevencija hroničnih bolesti i njihovih komplikacija.

1.2.2.10. Značaj polivalentne patronaže/sestrinstva u zajednici, polivalentna patronaža unutar tima PZZ, polivalentna patronaža u cjelokupnom sistemu zdravstvene zaštite (sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita)

U rješavanju različitih problema u praksi, patronažne sestre/tehničari redovno sarađuju s drugim službama zdravstvenog i nezdravstvenog sektora, kao i s drugim ovlaštenim stručnjacima, službama i građanima. Za uspješno provođenje mjera, aktivnosti i praćenja zdravstvenog stanja populacije kojoj se pruža patronažna njega, te za koordinirano rješavanje zdravstvenih problema korisnika, neophodna je saradnja sa svim djelatnostima PZZ. Saradnja medicinske sestre/tehničara u zajednici s drugim pružateljima zdravstvenih usluga može biti kontinuirana, periodična i kada se za to ukaže prilika. Saradnja i koordinacija trebaju biti jasno definirane, a u slučaju multisektorske saradnje – zvaničnim protokolima između institucija. Da bi PZZ i zdravstvena njega u zajednici bila efektivnija i efikasnija, da bi se osigurala dostupnost i jednakost, sveobuhvatnost, kontinuitet i koordinacija, neophodno je umrežavanje svih aktera koji pružaju usluge. Medicinska sestra/tehničar u zajednici je važan saradnik u timu P/OM jer osigurava proširenje zdravstvene zaštite u dom korisnika usluga, te u tom smislu predstavlja važan izvor informacija za ljekara. Saradnja sa sekundarnom i tercijarnom zdravstvenom zaštitom ostvaruje se putem sestrinskih otpusnih pisama. Osim navedenih, vrlo je značajna i saradnja sa socijalnim sektorom.

1.2.2.11. Dokumentacija polivalentne patronaže/sestrinstva u zajednici

Sestrinska dokumentacija je sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta i svakodnevnog rada patronažnih sestara/tehničara. Služi za dokumentiranje planirane i pružene zdravstvene njege i ishoda pacijenta, a omogućava dobru komunikaciju u multidisciplinarnom timu, kontinuitet, sigurnost i kvalitet njege. Podrazumijeva dokumentiranje sestrinskih usluga u formi pisanih ili elektronskih podataka o pacijentu, te odluka i intervencija koje je medicinska sestra/tehničar u zajednici donijela ili pružila. Obzirom na multidisciplinarni pristup u pružanju usluga zdravstvene njege, pravovremeno dokumentiranje podataka o zdravstvenom stanju pacijenata u obrascu trajnog praćenja pacijenata daje mogućnost uvida svim članovima tima u pružene usluge i zdravstveno stanje pacijenata. Pravilnikom o obaveznoj medicinskoj dokumentaciji („Službene novine Federacije BiH“, broj 61/18) formaliziran je način komunikacije zdravstvenih službi svih nivoa zdravstvene zaštite, kao i ustanova socijalne zaštite, predškolskog i školskog vaspitanja i nevladinog sektora. Pravilnikom je propisana sljedeća dokumentacija polivalentne patronažne djelatnosti:

I. Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege:

PAT 1 – Patronažni karton porodice, PAT 2 – Sestrinska anamneza, PAT 3 – Karton zdravstvene njege trudnice, PAT 4 – Karton zdravstvene njege porodilje, PAT 5 – Karton zdravstvene njege novorođenčeta i dojenčeta (0–6 mjeseci), PAT 6 – Karton zdravstvene njege predškolskog djeteta (1–5 godina), PAT 7 – Karton zdravstvene njege školskog djeteta (6–18 godina), PAT 8 – Karton zdravstvene njege oboljelog od maligne bolesti, PAT 9 – Karton zdravstvene njege oboljelog od di-

jabetesa, PAT 10 – Karton zdravstvene njege oboljelog od hronične bolesti, PAT 11 – Karton zdravstvene njege oboljelog od tuberkuloze, PAT 12 – Nalog za posjetu patronažne sestre/tehničara.

II. Ostala dokumentacija:

Plan patronažne njege, Protokol planiranih posjeta patronažne sestre/tehničara, Izjava o odbijanju posjete patronažne sestre/tehničara, Obrazac prijave incidentne situacije i obrazac analize incidentne situacije, Preporuka centru za socijalni rad, te Status lokalne zajednice – spisak učesnika.

Pravilnik je dopunjen 2022. godine, te je propisana i sljedeća obavezujuća dokumentacija za primarni, sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite:

Primarni nivo ZZ: PRIM 1 – Obrazac zdravstvene njege medicinske sestre/tehničara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, PRIM 2 – Plan zdravstvene njege za hronične bolesnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, PRIM 3 – Evidencija o urađenoj intervenciji medicinske sestre/tehničara, PRIM 4 – Knjiga o intervencijama medicinske sestre/tehničara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, PRIM 5 – Protokol naručivanja pacijenta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite: S/T 1 – Anamneza medicinske sestre/tehničara na sekundarnom i tercijarnom nivou, S/T 2 – Upitnik za procjenu rizika od pada, S/T 3 – Plan zdravstvene njege, S/T 4 – Evidencija provođenja plana zdravstvene njege, S/T 5 – Obrazac za prijavu dekubitusa, S/T 6 – Obrazac za praćenje dekubitusa, S/T 7 – Sestrinska evidencija intenzivne njege, S/T 8 – Pregled aplikacije terapije na sekundarnom i tercijarnom nivou, S/T 9 – Otpusno pismo zdravstvene njege na sekundarnom i tercijarnom nivou, S/T 10 – Obavijest kod izmještaja/premještaja pacijenta.

U cilju vođenja dobre evidencije o pacijentu, svi obrasci koje vode patronažne sestre/tehničari treba da budu i dio elektronske evidencije. Na taj način se osigurava da svi podaci o pacijentu budu na jednom mjestu (elektronski karton). Tamo gdje su uspostavljene elektronske evidencije, svi akteri interdisciplinarnog tima koji brinu o pacijentu u svakom momentu mogu da imaju uvid ko, kada i koje usluge su pružene korisniku.

1.2.2.12. Značaj intramuralne i ektramuralne zdravstvene njege – Značaj radnih sastanaka i koordinacija unutar i izvan zdravstvenog sektora

Patronažna djelatnost danas je primarno preventivno-edukativna i informativna djelatnost, sa zadaćom prikupljanja potrebnih podataka, zbrinjavanja bolesnih, nemoćnih i socijalno ugroženih korisnika, te očuvanja, unapređenja i zaštite zdravlja svih ostalih. S tim u vezi, patronažna sestra/tehničar mora uočavati faktore koji utječu na socijalno-ekonomsko i zdravstveno stanje korisnika i njihovih porodica. U rješavanju različitih problema u praksi, patronažne sestre/tehničari redovno sarađuju s drugim službama zdravstvenog i nezdravstvenog sektora, kao i s drugim ovlaštenim stručnjacima, službama i građanima. Za uspješno provođenje mjera, aktivnosti i praćenja zdravstvenog stanja populacije kojoj se pruža patronažna njega, te za koordinirano rješavanje zdravstvenih problema korisnika, neophodna je saradnja sa svim djelatnostima PZZ. Saradnja se po potrebi odvija i s ustanovama za socijalnu zaštitu (centrima za socijalni rad, socijalnim radnicima, psiholozima, defektolozima), gerontološkim centrima (gerontološkim centrima pri domovima za starije i nemoćne i njihovim djelatnicima, psiholozima, socijalnim radnicima), dječijim vrtićima i školama (zdravstvenim voditeljima, odgajateljima, učiteljima, nastavnicima, timovima školske medicine), vjerskim institucijama (duhovnicima i vjerskim djelatnicima u skladu s vjerskom pripadnošću pojedinca), ustanovama za provođenje zdravstvene njege u kući bolesnika (medicinskim sestrama/tehničarima koje provode zdravstvenu njegu u kući, voditeljem, fizioterapeutom), ovlaštenim humanitarnim organizacijama i udruženjima, djelatnicima kliničkih i bolničkih zdravstvenih ustanova, ustanovama za palijativnu njegu (centrima ili mobilnim palijativnim timovima), medijima (časopisi, publikacije, TV emisije, radio i drugi), policijom, te ostalim stručnjacima. Takav pristup u današnje vrijeme nazivamo multidisciplinarnim timskim radom. Prema tome da li se zdravstvena njega provodi samo u okviru sektora zdravstva ili izlazi izvan okvira zdravstvene zaštite, razlikujemo:

- Intramuralnu njegu – koordinacija njega unutar sektora zdravstva;
- Ekstramuralnu njegu – koordinacija njega izvan zdravstvenog sektora.

1.2.2.13. Pacijent kao član tima

Pojava procesa zdravstvene njega, sestrinskih dijagnoza i brojnih teorija zdravstvene njega 60-ih godina, dovela je do usmjerenosti na pacijenta i do holističkog pristupa. Pacijent koji je u centru zdravstvene njega, podrazumijeva uključenost pacijenta i njegove porodice u zdravstvenu njegu kroz usku saradnju sa zdravstvenim radnicima. Pacijentovo iskustvo je jedinstveno i autentično te može dati sasvim novi pogled na medicinske, dijagnostičke i druge postupke. U procesu zdravstvene njega, medicinske sestre/tehničari provode najveći dio vremena s pacijentom. Nemaju svi pacijenti isti interes za znanje o svom zdravstvenom stanju, neki žele znati više ili manje, te najčešće očekuju da se njihov zdravstveni problem brzo riješi. Ako je pacijent pravilno i dovoljno informiran, njegovo zadovoljstvo je veće. Da bi pacijent bio zadovoljan, potrebno ga je uključiti u zdravstvenu njegu, dati informacije o bolesti i tretmanima, kako bi i sam mogao učestvovati u svom liječenju. Kvalitetna komunikacija s pacijentom utječe na njegovo stanje, tok oporavka i ishod liječenja. Adekvatnom podrškom i edukacijom pomažemo pacijentu da upravlja samim procesom bolesti.

Dobra komunikacija i međuljudske vještine ostaju jedna od trajnih i osnovnih karakteristika visokokvalitetne sestrinske prakse. Međutim, te se vještine često zanemaruju i nedovoljno su razvijene. Prema D. Orem, kroz zdravstvenu njegu, uloga medicinske sestre/tehničara i pacijenta se međusobno nadopunjuju. Premda se naglašava prihvatanje pacijenta kao aktivnog učesnika u procesu zdravstvene njega, važno je napomenuti da to ovisi o njegovim mogućnostima i sposobnostima. Kako bi se postigla najbolja moguća njega, percepcije u očekivanju zdravstvenih stručnjaka i pacijenata trebale bi se međusobno poklapati. Njegovatelji i pacijenti često njegu ne vide na isti način te imaju drugačija očekivanja. Medicinske sestre/tehničari svoj autoritet trebaju tražiti u integrativnoj njezi za bolesnika koji se zasniva na razumijevanju, prihvatanju i pomaganju čovjeku kao individualnom i cjelovitom ljudskom biću, koji se nalazi u centru zdravstvene njega i koji imaju mogućnost sami donositi odluke i preuzeti kontrolu nad svojim liječenjem.

1.2.2.14. Primjeri iz prakse zdravstvene njega u zajednici

Primjer rada patronažne sestre na rješavanju problema u jednoj porodici (prema bilješkama u dokumentaciji).

Patronažna sestra je primila zahtjev za hitan posjet ženi koja je rodila kod kuće bez stručne pomoći. Riječ je o porodici koja je prije kratkog vremena doselila u obližnje mjesto, 6 km udaljeno od grada. Susjedi su uputili poziv patronažnoj službi.

U kućnom posjetu patronažna sestra je ustanovila:

- pupkovina djeteta nije podvezana;
- dijete je vrlo oskudno odjeveno;
- žena je apatična i utučena;
- ostala djeca su loše negovana, a stan je vrlo neuredan;
- porodica je siromašna i živi u lošim i nehigijenskim uvjetima;
- novorođeno dijete je neželjeno i peta je djevojčica po redu;
- muž je alkoholičar i nema ga od prethodnog dana kod kuće, navodno pije, jer je očajan što ni ovaj puta nije dobio toliko željenog sina.

Patronažna sestra je podvezala pupak, okupala i previla dijete. Nastoji uspostaviti kontakt s majkom i zadobiti njezino povjerenje. Prikuplja osnovne podatke o porodici: godine rođenja djece, muževa ime i godinu rođenja, mjesto zaposlenja, prihode i slično.

Tokom sljedećih posjeta, patronažna sestra je uspjela postupno uspostaviti saradnju s majkom koja je najviše ogorčena na muža. Napravljen je zajednički plan za rješavanje njihovih problema. Patronažna sestra je u međuvremenu posjetila muža na radnome mjestu i razgovarala sa socijalnim radnikom u njegovu poduzeću. Započelo je savjetovanje muža o liječenju alkoholizma. Tek nakon

toga, u zajedničkom razgovoru s majkom i ocem, stvaraju se uvjeti za rješavanje poteškoća u kojima se porodica nalazi.

Sažet prikaz problema:

1. Alkoholizam i zbog toga slaba materijalna situacija u porodici;
2. Velik broj djece i poteškoće u njihovom zbrinjavanju;
3. Neuhranjenost djece i povećani zdravstveni rizici;
4. Loši stambeni uvjeti (trošan i zapušten stan s jednom sobom i kuhinjom, bez zahoda).

Redoslijed u rješavanju problema:

1. Osigurati jednokratnu materijalnu pomoć u hrani i odjeći putem Crvenoga križa;
2. Uputiti muža na liječenje i pratiti učinak liječenja nakon povratka;
3. Organizirati zdravstveni pregled sve djece u školskom, odnosno dječijem dispanzeru;
4. Dogovoriti produženi boravak za djevojčicu u školi.
5. Majku upoznati s metodama i sredstvima kontracepcije i dogovoriti pregled u savjetovalištu za kontracepciju;
6. Zatražiti pomoć od lokalnog udruženja;
7. Uz pomoć Centra za socijalni rad smjestiti predškolsku djecu u vrtić.

Tokom daljih posjeta u periodu od nekoliko mjeseci, suprug se odlučio liječiti. Majka je smogla snage voditi više brige o redu i čistoći djece u kući. Dojenče dobro napreduje. Majka se odlučuje zaposliti kao spremačica.

Nakon sljedećih šest mjeseci majka dobija stalno zaposlenje, a dojenče od devet mjeseci je smješteno u jaslice na teret socijalne službe. Majka je sama učestvovala u plaćanju troškova djece smještene u dječije ustanove, ovisno o visini njene plaće. Patronažna sestra i dalje vodi brigu o porodici i prati njeno stanje. U saradnji s Centrom za socijalni rad, izrađen je plan za rješavanje stambenog problema (stanovi solidarnosti).

1.2.2.15. Zdravstvena njega od rođenja do smrti

Zdravstvena njega je disciplina koja kroz različite aktivnosti obuhvata brigu o pojedincu, porodici i zajednici. Usmjerena je na zdravlje pojedinca, porodice i zajednice, sprječavanje bolesti, brigu za fizički i psihički bolesne, te brigu za osobe s poteškoćama u razvoju svih dobnih grupa i u svim sredinama.

Zdravstvena njega bolesnika odgovor je na sveukupna društvena zbivanja koja djeluju na zdravstveno stanje stanovništva i na potrebe za liječenjem i zdravstvenom njegom, prati razvoj nauke i naučnih disciplina koje pridonose razvoju zdravstvene njege. Razvijena međunarodna saradnja omogućuje praćenje razvoja zdravstvene njege u raznim dijelovima svijeta, mogućnost usporedbe, poticajno djeluje na vlastiti razvoj. Može se reći da je zdravstvena njega dinamična i neprestano se razvija kako bi zadovoljila potrebe bolesnika i uključila nova znanja i spoznaje.

Medicinska sestra/tehničar u okviru zdravstvene njege pruža pomoć pojedincu, porodici, i zajednicama kako bi odredili i ostvarili svoje tjelesne, mentalne i socijalne potencijale i to u uvjetima okruženja gdje žive i rade. Nastoji osigurati aktivno uključenje pojedinca u sve oblike zdravstvene zaštite, potičući samoodređenja i oslanjanje na vlastite snage, potiče i pomaže osobama da potpuno iskoriste svoje mogućnosti i postignu najveću moguću neovisnost koristeći se holističkim pristupom.

Medicinske sestre/tehničari su profesionalci koji prikupljaju i raspolazu najvećim brojem informacija o pacijentima o kojima brinu. Informacije se odnose ne samo na trenutno stanje, već i na historiju bolesti, anamnezu, njihove strahove i brige koje ih muče, porodičnu historiju, zanimanje, socijalno stanje, uključenost u zajednicu itd. Medicinske sestre/tehničari u zajednici rade 24 sata dnevno, svih 365 dana u godini i znaju o pacijentu više od bilo kojeg drugog člana multidisciplinarnog tima.

1.2.2.16. Saradnja s porodilištem (primaljom)

Zdravstvena zaštita majke i djeteta uvrštava se u preventivu visokog stepena i prioritet je zdravstvene zaštite. Kroz antenatalnu, perinatalnu i postnatalnu zdravstvenu zaštitu u zdravstvenim ustanovama provodi se zdravstvena zaštita trudnica i djeteta u materici, te majke i novorođenčeta. Adekvatna prenatalna zdravstvena zaštita snižava morbiditet i mortalitet majke i djeteta. Antenatalna njega podrazumijeva zaštitu trudnice i ploda tokom trudnoće, a provodi se u dispanzerima za žene sa savjetovalištima za trudnice i posredstvom patronažne službe. Perinatalna njega podrazumijeva njegu potkraj trudnoće i tokom poroda. Uključuje redovne kontrole i psihičku brigu o trudnici za sami čin poroda. Postnatalna njega sastoji se od pregleda za vrijeme boravka u porodilištu i pri izlasku iz porodilišta, pregleda i kontrole babinjače i novorođenčeta šest sedmica nakon porođaja u vrijeme puerperija, te nadzor i zdravstveni odgoj u domu babinjače prilikom posjeta patronažne sestre. Majke mogu provesti u bolnici od nekoliko sati do deset dana nakon poroda, pri čemu prvo primalja ima važnu ulogu u njezi majke i djeteta tokom puerperija, te je odgovorna za opću njegu majke i djeteta. Potrebno je svakodnevno posmatrati njihov napredak. Detaljna evidencija se mora čuvati sve vrijeme, dok sama njega treba biti individualizirana. Ulogu primalje po otpuštanju djeteta i majke iz bolnice preuzima patronažna sestra.

U okviru "Paketa majka i dijete" izdatom od SZO 1994. godine, a prepoznajući različite nivoe resursa u različitim zemljama, navodi se da bi „sve žene trebale dobiti barem jedan postporođajni posjet tokom prve sedmice po dolasku kući iz bolnice, kako bi se osiguralo rano otkrivanje i liječenje hipertenzije, hemoragije i sepse". Posjete i pružanje patronažne njege porodiljama organiziraju se na osnovu zahtjeva voditeljice patronažne službe koja svakodnevno prikuplja informacije iz porodilišta. Uloga patronažne sestre za vrijeme puerperija je kontrola i praćenje fizioloških zbivanja kod babinjače, edukacija te pružanje podrške babinjači i porodici u odnosu na novorođenče. Patronažna njega se nadovezuje na njegu pruženu u porodilištu, pa je prvi posjet patronažne sestre u dom babinjače važno učiniti što ranije zbog održavanja kontinuiteta njega i potreba babinjače, novorođenčeta i porodice, jer su njihove potrebe tada najveće. Kontinuirana sestrinska njega tokom sljedećih posjeta babinjači omogućuje pravovremenu pomoć i podršku kako bi na najbolji način ostvarila najveći nivo dobrobiti za sebe i dijete.

Cilj patronažne njege za vrijeme puerperija, između ostalog, jeste i edukacija babinjače o svim promjenama koje su posljedica trudnoće i poroda. Patronažna sestra promovira dojenje, te važnost samog dojenja za zdravlje majke i djeteta. Prilikom prikupljanja podataka te kroz svaki boravak u domu babinjače, patronažna sestra treba biti svjesna važnosti komunikacije s oba roditelja. Edukacija o ishrani, odnosu s porodicom, ličnoj i higijeni okoline, njezi novorođenčeta, tjelesnoj aktivnosti i spolnim odnosima nakon poroda u periodu puerperija, također su djelokrug rada patronažne sestre. Cilj zdravstvene njege u ovom periodu je postizanje maksimalne samostalnosti, rješavanje straha od povređivanja novorođenčeta, stjecanje sigurnosti, prihvatanje i spremnost na novonastalu situaciju babinjače, te očuvanje fizičkog i psihičkog zdravlja.

Ključne poruke:

Primarna zdravstvena zaštita je sastavni dio zdravstvenoga sistema, prva je linija kontakta pojedinca, porodica i zajednica s nacionalnim zdravstvenim sistemom, pruža zdravstvenu zaštitu što je bliže moguće mjestu gdje ljudi žive i rade i čini prvi element trajnog procesa zdravstvene zaštite.

U Federaciji BiH, saglasno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, a u cilju osiguranja potrebne dostupnosti zdravstvene zaštite, primarna zdravstvena zaštita organizira se tako da je korisnicima dostupna u općini njihovog prebivališta. Zdravstvene ustanove primarne zdravstvene zaštite su dom zdravlja, ambulanta porodične medicine, ustanova za hitnu medicinsku pomoć, ustanova za zdravstvenu njegu u kući i apoteka. Ustanova za palijativnu njegu je socijalno-zdravstvena ustanova koja se organizira na primarnom nivou zdravstvene zaštite.

Izmijenjene zdravstvene potrebe stanovništva i neophodnost smanjenja troškova stavljaju djelatnost sestrinstva u centralni položaj zdravstvenog sistema svake zemlje. Uloga sestrinstva u zajednici je izuzetno značajna u samoj lokalnoj zajednici s obzirom da aktivno procjenjuje potrebe stanovništva izvan zdravstvene ustanove, to jest u mjestima gdje ljudi žive, rade, uče i borave. Ses-

trinstvo u zajednici osigurava efikasniju i efektivniju primarnu zdravstvenu zaštitu, a usluge su sveobuhvatnije, dostupnije i usmjerene na cjelokupno stanovništvo u lokalnoj zajednici. Medicinska sestra/tehničar u zajednici svojim radom osigurava kontinuitet i koordinaciju zdravstvene njege, doprinosi osiguranju socijalne pravednosti, te potiče aktivnije učešće lokalne zajednice u brizi za zdravlje. U centru zdravstvene njege u zajednici je korisnik, a cilj je postizanje i održavanje zdravlja uz holistički pristup.

U cilju poboljšanja trenutnog stanja sestrinstva u Federaciji BiH, nameće se neophodnost nastavka njegove reforme, a što podrazumijeva i nova zakonska rješenja, kao prilike za bolji organizacijski model P/OM i patronažne djelatnosti, unapređivanje standarda i normativa, bolju unutarnju organizaciju i bolje definiranu sistematizaciju unutar doma zdravlja, s jasnijim poslovima i zadacima, sadržajnije opisanim kompetencijama medicinskih sestara/tehničara, te unapređenje modaliteta plaćanja zdravstvenih usluga, kao i stimuliranje za kvalitetnije i sigurnije zdravstvene usluge.

Bitno je istaći da na kvalitet zdravstvene njege utječu mnogobrojni faktori, među kojima su od velikog značaja modeli organizacije rada zdravstvene njege u zajednici. Organizacija djelatnosti zdravstvene njege u zajednici je saglasno propisima u oblasti zdravstva organizacijski predviđena: unutar tima P/OM (model A) i kao zasebna djelatnost zdravstvene njege u zajednici i vanbolničke palijativne njege, to jest kao posebna služba (model B).

Neovisno o odabranom modelu organizacije pružanja usluga zdravstvene njege u zajednici, potrebno je osigurati kadrovske i finansijske resurse, kao i potrebnu infrastrukturu: radni prostor, medicinsku, informatičku i kancelarijsku opremu.

Koordinacija njege je ključna komponenta u pružanju kvalitetne zdravstvene zaštite, a medicinske sestre/tehničari često igraju centralnu ulogu u ovom procesu. Njihova uloga uključuje povezivanje različitih pružatelja zdravstvenih usluga, kao što su ljekari, specijalisti, fizioterapeuti, psiholozi, socijalni radnici i drugi stručnjaci, kako bi osigurali sveobuhvatnu i koordiniranu njegu za pacijente.

Oko 70% radnog vremena patronažna sestra/tehničar radi u porodicama, a oko 30% vremena obavlja aktivnosti u zajednici i u zdravstvenoj ustanovi. Kućna posjeta je ključni oblik rada patronažne sestara/tehničara i pritom prakticira niz individualnih i porodičnih vještina prilagođenih korisniku i porodičnom okruženju.

Proces zdravstvene njege je složen i ima nekoliko faza, a zasnovan je na općenaučnim i principima zdravstvene njege i maksimalno je prilagođen zadovoljenju individualnih potreba korisnika/bolesnika za njegom. Podrazumijeva planski i sistematski rad, kontrolu i provjeru, participaciju pojedinca i drugih relevantnih subjekata, što omogućava uspješne rezultate i razvoj svih učesnika, kroz uzajamnu razmjenu znanja, iskustva i razumijevanja. Proces zdravstvene njege kroz predviđene etape: utvrđivanje potreba za njegom, postavljanje sestrinske dijagnoze, planiranje, izvođenje njege i vrednovanje (evaluacija) postignutih rezultata otjelotvoruje ovu koncepciju u profesionalnoj sestrinskoj praksi.

Medicinska sestra/tehničar u zajednici je komunikator, lider i menadžer. Adekvatna komunikacija između medicinske sestara/tehničara i pacijenta doprinosi bržem oporavku pacijenta kroz pridržavanje zdravstvenih preporuka, te smanjuje osjećaj straha i tjeskobe. Cilj menadžmenta u sestrinstvu je stvoriti kvalitetan tim koji će se pozitivno odraziti na kvalitet njege bolesnika. Liderstvo je sastavni dio sestrinske profesije i prakse, jer su gotovo sve sestrinske uloge liderske, bez obzira na kojoj funkciji i nivou medicinska sestra/tehničar djeluje.

Organizacija i upravljanje u oblasti zdravstvene njege mogu se ostvariti kroz različite modele, uključujući Model upravljanja slučajem (Case management) i Model upravljanja bolešću (Disease management). Model upravljanja slučajem se najčešće primjenjuje kod teško bolesnih pacijenata čije liječenje iziskuje visoke troškove i dopunjuje ostale modele rada, dok se Model upravljanja bolešću primjenjuje u njezi oboljelih od različitih hroničnih bolesti.

Sestrinska dokumentacija je sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta i svakodnevnog rada patronažnih sestara/tehničara. Služi za dokumentiranje planirane i pružene zdravstvene njege i njenih ishoda, a omogućava dobru komunikaciju u multidisciplinarnom timu, kontinuitet, sigurnost i kvalitet njege. Pravilnikom o obaveznoj medicinskoj dokumentaciji, u Federaciji BiH propisana je dokumentacija polivalentne patronažne djelatnosti.

Organizacija sestrinske njege je koordinirana aktivnost pružanja najkvalitetnije zdravstvene njege

bolesnom ili zdravom pojedincu. Ovisno o tome da li se zdravstvena njega provodi samo u okviru sektora zdravstva ili izlazi izvan okvira zdravstvene zaštite, razlikujemo intramuralnu i ekstramuralnu njegu.

Medicinska sestra/tehničar u zajednici pruža pomoć pojedincu, porodici i grupama kako bi odredili i ostvarili svoje tjelesne, mentalne i socijalne potencijale i to u uvjetima okruženja gdje žive i rade. Nastoje osigurati aktivno uključanje pojedinca u sve oblike zdravstvene zaštite potičući samoodređenja, oslanjanje na vlastite snage, potpuno iskorištavanje svojih mogućnosti i postizanje najveće moguće neovisnosti, uz holistički pristup.

Zdravstvena zaštita majke i djeteta uvrštava se u preventivu visokog stepena i prioritet je zdravstvene zaštite. Ulogu primalje po otpuštanju djeteta i majke iz bolnice preuzima patronažna sestra.

Reference:

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, br. 46/10 i 75/13).
2. Zakon o sestrinstvu i primaljstvu („Službene novine Federacije BiH“, broj 43/13).
3. Naredba o standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Federaciji Bosne i Hercegovine („Službene novine Federacije BiH“, br. 82/14, 107/14 i 58/18).
4. Lemon L. Learning Material on Nursing. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe; World Health Organisation, 1996.
5. Minhenska deklaracija „Sestre i babice - Snaga za zdravlje“, Regionalni ured SZO za Evropu, 2000.
6. Pilav A. (2014). Sistemi zaštite zdravlja, Univerzitet u Sarajevu, Fakultet zdravstvenih studija, Sarajevo.
7. Galić D., Mehić A. i Mulić M. (2022). Smjernice za unapređenje sestrinstva u zajednici/polivalentne patronaže na nivou općina u Federaciji BiH, Fondacija Fami, Federalno ministarstvo zdravstva, Sarajevo.
8. Kovačić L. (2003). Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti. Medicinska naklada, Zagreb.
9. Leskur I. (2020). Specifičnosti rada medicinske sestre u patronažnoj djelatnosti. Završni rad. Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Split. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:644814>
10. Žigolić Blažević M. (2019). Suradnja obiteljskog liječnika i patronažne sestre. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Sveučilišni diplomski studij sestrinstva, Zagreb. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:135004>
11. Cvetković M.M. (2021). Pacijent kao subjekt u procesu zdravstvene njege. Završni rad. Sveučilište Sjever, Varaždin. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:479128>
12. Adlešić R. (2020). Važnost menadžerskih vještina u sestrinstvu. Završni rad. Sveučilište Sjever, Varaždin. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:370056>
13. Bačkov K. (2020). Leadership u sestrinstvu. Plavi-Fokus, Informativno glasilo Hrvatske Komore Medicinskih Sestara, (4). Dostupno na: http://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2020/12/Plavi-Fokus_04_ZA-WEB.pdf
14. Baniček V. (2022). Zadovoljstvo radom medicinskih sestara/tehničara u timskom i funkcionalnom modelu. Diplomski rad. Sveučilište Sjever, Varaždin. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:865433>
15. Duvnjak A. (2023). Edukacijski značaj medicinske sestre/tehničara u timu obiteljske medicine. Završni rad. Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Split. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:983238>
16. Paleka N. (2019). Uloga patronažne sestre u puerperiju. Završni rad. Sveučilište Sjever, Varaždin. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:505336>
17. Župančić M. (2021). Uloga patronažne sestre u skrbi za majku i novorođenče. Diplomski rad. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:893278>
18. Rimac B. (2019). O sestrinstvu, zanimanju, profesiji, znanstveno utemeljenoj disciplini i budućnosti. Pregledni rad. Zbornik sveučilišta Libertas, 4.

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/330483>

19. Klarić M. (2015). Značajke kvalitete komunikacije između patронаžnih sestara i liječnika obiteljske medicine Zadarske županije. Diplomski rad. Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Split. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:493174>

Pitanja za završni ispit:

1. Koja definicija najbolje opisuje trenutnu primarnu zdravstvenu zaštitu (PZZ) u BiH?
2. Kroz koji proces treba da se odvija rad medicinske sestre/tehničara u zajednici?
3. Šta je intramuralna njega?

1.3. Socijalna zaštita i organizacija službi socijalne zaštite, nevladine i humanitarne organizacije

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Socijalna zaštita i organizacija službi socijalne zaštite, nevladine i humanitarne organizacije	– Predavanje – 30 minuta - Rad u grupama (učesnici će kroz analizu različitih slučajeva u zajednici uraditi identifikaciju socijalnih potreba i mogućih aktera u rješavanju istih) - 20 minuta – Diskusija – 10 minuta

1.3. Socijalna zaštita i organizacija službi socijalne zaštite, nevladine i humanitarne organizacije

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- opisati sadržaj propisa iz oblasti socijalne zaštite;
- opisati organizaciju službi socijalne zaštite i način pružanja usluga socijalne zaštite;
- opisati organizaciju rada centara za socijalni rad;
- identificirati prioritete u rješavanju zdravstveno-socijalnih potreba kroz angažman polivalentne patronaže/sestrinstva u zajednici;
- prepoznati mogućnosti ravnopravnog pristupa u rješavanju zdravstveno-socijalnih potreba i problema svih članova zajednice;
- definirati šta su nevladine organizacije (NVO), te cilj, svrhu i zadatke NVO;
- znati kako uspostaviti saradnju NVO sa zdravstvenom njegom u zajednici;
- definirati šta su humanitarne organizacije (nacionalne/međunarodne), te njihov cilj, svrhu, način rukovođenja i finansiranje;
- navesti primjere humanitarnih agencija i međunarodnih organizacija od značaja za zdravstvo (Crveni križ, karitativna udruženja, UN agencije i dr.).

Sadržaj:

Socijalnu zaštitu provode centri za socijalni rad koje osniva grad-općina u skladu s važećim propisima u oblasti socijalne zaštite. Korisnici socijalne zaštite su, između ostalog, osobe koje se nalaze u stanju socijalne potrebe. Podrška osobama koje se nalaze u stanju socijalne potrebe uključuje osobe koje se vraćaju u zajednicu nakon boravka u ustanovama socijalne zaštite. Saradnja sa zdravstvenom njegom u zajednici podrazumijeva multidisciplinarni pristup klijentu/korisniku usluga što uključuje: posmatrati korisnika/klijenta u cjelokupnom okruženju, naći balans između korisnika/klijenta i zajednice, imati dijalog, razvijati tolerantnu komunikaciju, raditi po principu krugova s propusnim filterima, te poštovanje drugih.

Nevladine organizacije (NVO) predstavljaju značajan segment društvenog i ekonomskog organiziranja sektora civilnog društva. Polaznicima edukacije se prezentira način organizacije i funkcioniranja NVO na lokalnom, nacionalnom kao i na međunarodnom nivou. Također, definiraju se humanitarne organizacije i agencije, način organizacije i funkcioniranja istih na različitim nivoima. Definiraju se i ciljevi, svrha i zadaci NVO i humanitarnih organizacija i agencija, način rukovođenja, finansiranja te upoznavanje s postojećom zakonskom regulativom. Definira se značaj saradnje s pružateljima zdravstvene njege u zajednici, način pristupa informacijama o nevladinim i humanitarnim organizacijama, mogućnosti i način pristupa za korištenje finansijske podrške od strane istih, principi identificiranja potreba i razvijanje projekata na lokalnom nivou. Navode se primjeri poznatih agencija i organizacija na lokalnom, nacionalnom i međunarodnom nivou.

1.3.1. Propisi iz oblasti socijalne zaštite

Socijalna zaštita je organizirana djelatnost usmjerena na osiguranje socijalne sigurnosti građana i njihovih porodica u stanju socijalne potrebe. Socijalnom potrebom smatra se trajno ili privremeno stanje u kojem se nalazi građanin ili porodica, uzrokovano ratnim događanjima, elementarnim nesrećama, općom ekonomskom krizom, psihofizičkim stanjem pojedinca ili drugim uzrocima, a koji se ne mogu otkloniti bez pomoći društvene zajednice. U skladu s principima humanizma i solidarnosti građanskog morala, socijalna zaštita porodice i njenih članova, kao i građanina pojedinca, ostvaruje se otkrivanjem i umanjenjem ili otklanjanjem posljedica uzroka koji dovodi do stanja so-

cijalne potrebe i stjecanjem određenih prava iz socijalne zaštite.

Socijalna prava su ljudska prava kao što su i građanska i politička prava. Ona predstavljaju prava potraživanja u odnosu na društvo – svi građani imaju pravo na zadovoljenje egzistencijalnih potreba. Socijalno pravo omogućuje pristup svih građana osnovnim materijalnim i duhovnim dobrima društva u kojem žive. Socijalna prava traže materijalne izdatke, pa su stoga ovisna o privrednoj situaciji i podložna su čestim državnim intervencijama. Iskustva pokazuju da se teškoće u ostvarivanju socijalnih prava javljaju u zemljama u tranziciji, kada dolazi do poremećaja i slabljenja dotadašnje ekonomije, zbog čega brojni pojedinci ostaju isključeni iz društva, postaju primatelji socijalne pomoći i javnih usluga. Posebno težak položaj u tim situacijama je položaj tzv. ranjivih (vulnerabilnih) grupa i pojedinaca kao što su izbjeglice, stare osobe, djeca bez roditelja, osobe s fizičkim i mentalnim onesposobljenjima i drugi. Ostvarivanje socijalnih prava doprinosi, dakle, prevazilaženju problema pojedinca, ali i cijelih grupa, a preko njih i društva u cjelini, jer smanjuju socijalne napetosti i vode poboljšanju zdravstvenog stanja. Od njih zavisi borba protiv siromaštva i socijalne isključenosti, odnosno pristup socijalnoj zaštiti, stanovanju, zaposlenosti, zdravstvenoj zaštiti i obrazovanju.

Obim socijalnih prava je utvrđen zakonima, međunarodnim dokumentima i konvencijama. U Federaciji BiH oblast socijalnih prava korisnika socijalne zaštite uređena je federalnim i kantonalnim zakonom o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodice s djecom. Ovim zakonima propisana su osnovna socijalna prava iz socijalne i dječije zaštite, a dodatno su proširena odlukama Gradskih/Općinskih Vijeća i (grado)načelnika. Fragmentirano uređenje socijalne zaštite u FBiH u osnovnim pravima prema korisnicima koja su spuštена na nivo kantona i općina za posljedicu ima neujednačenost u ostvarivanju prava i naknada iz socijalne zaštite, što dovodi do neravnopravnog položaja osoba u stanju socijalne potrebe na području FBiH.

Članom 12. Zakona FBiH, propisani su korisnici socijalnih prava. U smislu ovog Zakona, to su osobe koje se nalaze u stanju socijalne potrebe i to:

- djeca bez roditeljskog staranja;
- odgojno zanemarena djeca;
- odgojno zapuštena djeca;
- djeca čiji je razvoj ometen porodičnim prilikama;
- osobe s invaliditetom i osobe ometene u fizičkom ili psihičkom razvoju;
- materijalno neosigurane i za rad nesposobne osobe;
- stare osobe bez porodičnog staranja;
- osobe s društveno negativnim ponašanjem;
- osobe ovisna o psihoaktivnim supstancama;
- osobe i porodice u stanju socijalne potrebe, kojima je uslijed posebnih okolnosti potreban odgovarajući oblik socijalne zaštite;
- osobe koje su žrtve nasilja u porodici i zajednici.

Maloljetni korisnici socijalne zaštite		Punoljetni korisnici socijalne zaštite	
Korisnici socijalne zaštite (za maloljetnike)		Osnovna prava porodice sa djecom (za punoljetne)	
1	Djeca bez roditeljskog staranja	1	Korisnici subvencija
2	Djeca roditelja lišenih roditeljskog prava	2	Osobe sa invaliditetom
3	Zlostavljana djeca	3	Materijalno neosigurane i za rad nesposobne osobe
4	Djeca čiji je razvoj ometen porodičnim prilikama	4	Stare osobe bez porodičnog staranja
5	Odgojno zanemarena ili zapuštena djeca	5	Prosjačenje
6	Djeca sa invaliditetom	6	Prostitucija
7	Djeca sklona prosjačenju	7	Alkoholizam
8	Djeca za izrečenim maloljetničkim mjerama	8	Ovisnici o drogama
		9	Civilne žrtve rata
9	Ovisnici o drogama	10	Pružena usluga socijalnog rada

Tabela 4. Korisnici socijalne zaštite

Prava iz socijalne zaštite su novčana i druga materijalna pomoć, osposobljavanje za život i rad, smještaj u drugu porodicu, smještaj u ustanovu socijalne zaštite, usluge socijalnog i drugog stručnog rada, te kućna njega i pomoć u kući.

U BiH je prema zvaničnim procjenama siromašan svaki četvrti građanin. Oni mjesečno troše manje od 2,4 USD dnevno i predstavljaju nacionalnu liniju siromaštva. Oko 30% stanovništva BiH je neposredno iznad i u opasnosti da se nađu ispod te linije. Istraživanja su pokazala da je siromaštvom pogođeno 25% građana RS i 17% građana FBiH.

1.3.2. Organizacija službi socijalne zaštite i način pružanja usluga

Ostvarivanje prava iz oblasti socijalne zaštite osiguravaju sljedeće ustanove socijalne zaštite: centar za socijalni rad, ustanove za smještaj korisnika, te ustanove za dnevni boravak i pomoć u kući. Ustanove za smještaj korisnika su: dom za djecu i omladinu, centar za zaštitu dojenčadi, djece i omladine, centar za porodični smještaj, prihvatilište za djecu i omladinu, dom za djecu i omladinu ometenu u razvoju, dom za tjelesno invalidnu djecu i omladinu s očuvanim mentalnim sposobnostima, zavod za vaspitanje djece i omladine, prihvatne stanice, prihvatilište, dom za penzionere i stare osobe, gerontološki centar, dom za odrasle invalidne osobe i zavod za smještaj osoba ometenih u mentalnom razvoju i duševno oboljelih.

Dom za djecu i omladinu zbrinjava djecu lišenu roditeljskog staranja i ometenu u razvoju zbog poremećenih porodičnih prilika. Centar za zaštitu dojenčadi, djece i omladine zbrinjava djecu bez roditeljskog staranja, samohrane trudnice i majke s djetetom nakon porođaja. Centar za porodični smještaj zbrinjava djecu bez roditeljskog staranja i predstavlja vrlo dobar oblik socijalnog zbrinjavanja, jer stvara porodičnu atmosferu neophodnu za pravilan psihofizički razvoj djece. Prihvatilište za djecu i omladinu ometenu u razvoju zbrinjava djecu s mentalnom ometenošću i oboljele od autizma. Dom za tjelesno invalidnu djecu i omladinu s očuvanim mentalnim sposobnostima osigurava korisnicima smještaj, zdravstvenu zaštitu, vaspitanje, rekreativne i kulturno-zabavne aktivnosti i osposobljavanje za rad. Zavod za vaspitanje djece i omladine zbrinjava djecu i omladinu s poremećajima u ponašanju, provodi vaspitne mjere te organizira i privremeni i dnevni boravak ovih korisnika. Prihvatne stanice prihvataju djecu i omladinu nađenu u skitnji, prosjačenju i sličnim situacijama, te im pružaju kratkotrajan smještaj s ciljem da se što prije vrate porodici ili smjeste u druge ustanove. Dom za penzionere i stare osobe osigurava svojim korisnicima stanovanje, ishranu, njegu, zdravstvenu zaštitu, kulturne, zabavno-rekreativne i radne aktivnosti. Gerontološki centar je ustanova za viši nivo osiguranja socijalne zaštite starih osoba. Ova ustanova, pored djelatnosti

koje vrši dom, pruža i vaninstitucionalne oblike zaštite, kao što su dnevni boravak, njega i pomoć u kući, usluge u obliku zaštićenog stanovanja, a mogu da organiziraju i poslove prihvatnih stanica i prihvatilišta za odrasle i stare osobe. Dom za odrasle invalidne osobe osigurava potpuno i trajno zbrinjavanje odraslih tjelesno invalidnih osoba s očuvanim mentalnim sposobnostima i osobama s oštećenjem sluha i vida. Zavod za smještaj osoba ometenih u mentalnom razvoju i duševno oboljelih pruža svojim korisnicima zdravstvenu zaštitu, provodi radnu terapiju i omogućava kulturno-zabavne i rekreativno-rehabilitacijske sadržaje. Ustanove za dnevni boravak i pomoć u kući pružaju usluge na osnovu prethodno utvrđenih potreba za odgovarajuću teritoriju, poštujući prethodno postavljene normative i standarde. Ovoj grupi ustanova pripadaju centri za dnevni boravak djece i omladine ometene u razvoju, centri za dnevni boravak djece s poremećenim društvenim ponašanjem, ustanove za dnevno zbrinjavanje odraslih i starih osoba, dnevni centri za mentalno nedovoljno razvijene odrasle i stare osobe, dnevni centri za radno-proizvodne aktivnosti invalidnih osoba, te centri za pomoć u kući (obavljanje neophodnih kućnih poslova odraslim nesposobnim i iznemoglim osobama u njihovom domaćinstvu, omogućujući im ostanak u vlastitom domu). Klub za stare i druge odrasle osobe pruža pomoć u dnevnim životnim aktivnostima u vidu druženja, rehabilitacije, samopomoći, organiziranja radnih i proizvodnih aktivnosti, organiziranje kulturno-zabavnih, rekreativnih i duhovnih aktivnosti, organiziranje kućne radinosti, ishrane, pranja i peglanja veša u stanu korisnika.

1.3.3. Organizacija rada centara za socijalni rad

Centar za socijalni rad je ustanova koja se formira u svakoj općini s ciljem da se stara o ostvarivanju prava iz socijalne zaštite i pri tome pruža odgovarajuće usluge. Pored toga, utvrđuje socijalne potrebe i sprječava nastanak socijalnih problema stanovnika s teritorije za koju je osnovana. U socijalnom radu s pojedincem, porodicom ili grupom principi su slični medicinskim: potrebna je dijagnoza i terapijski, odnosno rehabilitacijski plan.

Mjere socijalnog rada uključuju informiranje i orijentacija ugroženog, pomoć u ostvarivanju njegovih prava, socijalna adaptacija (rad sa socijalnim slučajem), duži rad s ciljem da se mijenjaju stavovi i ponašanja (ovaj rad može biti individualan, grupni ili širi: u vrtićima, školama, klubovima za starije osobe itd.), provođenje pravnih mjera (pojačani nadzor, starateljstvo, usvajanje itd.), povremena ili stalna materijalna pomoć ili pomoć drugih osoba (njega kući, pomoć domaćinstvu i slično).

Ako se radi o smještaju u instituciju u kojoj će štíćenik stalno živjeti, govori se o "zatvorenom obliku zaštite", a ako je riječ o ustanovama u kojima štíćenici borave samo određeno vrijeme tokom dana, govori se o "otvorenim oblicima zaštite". Otvoreni oblici zaštite imaju mnogo psiholoških i društvenih prednosti, pa ih treba primjenjivati gdje god je to moguće. Za primjer otvorene socijalne zaštite navodi se nekoliko osnovnih mjera brige za invalide u zajednici u kojoj oni žive. Te mjere će, dakako, biti potpuno uspješne samo ako ih podupre i šira zajednica. Općinskim propisima treba osigurati uklanjanje barijera koje se pojavljuju u svakodnevnom životu, kao što je dostupnost javnih zgrada, vozila u javnom prometu, invalidskih pomagala itd. Međutim, najneposredniju podršku i pomoć, te kvalitet života u otvorenim oblicima zaštite mogu osigurati u prvom redu najbliži članovi porodice.

1.3.4. Procjena rodno specifičnih potreba pojedinca/porodice za socijalnom zaštitom sa servisom sestrinstva u zajednici, razmjena informacija

Medicinske sestre/tehničari imaju važnu ulogu u podršci pacijentima i pružanju zdravstvene njege, ali također mogu biti uključene i u pružanje socijalne zaštite, posebno kada je potrebna holistička briga o pacijentima. Nekoliko načina na koje medicinske sestre/tehničari mogu biti uključene u organizaciju i pružanje socijalne zaštite:

Socijalna procjena (procjena socijalnih potreba pacijenata, uključujući razumijevanje njihovih porodičnih, finansijskih i drugih socijalnih okolnosti koje mogu utjecati na njihovo zdravlje), **edukacija pacijenata** (edukacija o zdravstvenom stanju i o socijalnim resursima i podršci dostupnoj izvan zdravstvenog sistema), **saradnja sa socijalnim radnicima** (kako bi osigurale sveobuhvatnu

njegu za pacijente), **praćenje mentalnog zdravlja** (s ciljem usmjeravanja prema odgovarajućim ustanovama), **učestvovanje u multidisciplinarnim timovima** (sarađnja s različitim stručnjacima, uključujući socijalne radnike, psihologe, fizioterapeute i druge), **praćenje dugotrajnih bolesti i kućna njega** (podrška u organizaciji kućne njege, pristupu potrebnim resursima i koordinacija s drugim socijalnim službama), **koordinacija njege** (ključna uloga u pružanju njege, sarađujući s drugim članovima zdravstvenog tima, ali i organizacijama socijalne zaštite kako bi osigurale potrebnu pomoć korisnicima usluga). U suštini, integracija aktivnosti medicinskih sestara/tehničara u aspekte socijalne zaštite doprinosi pružanju sveobuhvatne i individualizirane njege pacijentima, uzimajući u obzir ne samo fizičko zdravstveno stanje, već i socijalne i emocionalne faktore koji mogu utjecati na oporavak.

1.3.5. Nevladine organizacije (cilj, svrha i način rukovođenja)

Razvijenost civilnog sektora jedan je od bitnih pokazatelja demokratičnosti jednog društva. Nevladine organizacije (NVO) pružaju mogućnost aktivnog uključivanja građana u različite tokove i sfere društvenog života i rada. Koncept civilnog društva, baziran na ideji pluralizma, osnov je jačanja demokratskih procesa i društvenog prosperiteta svakog društva. Uloga NVO u podizanju svijesti građana o važnosti cjeloživotnog učenja i jačanja kulturne svijesti i izražavanja je od posebnog značaja. NVO su neprofitne organizacije koje djeluju neovisno o državnim vladama. Često su organizirane kao dobrotvorna udruženja i posebno su aktivna u borbi protiv siromaštva, slabe zdravstvene zaštite, problema zaštite okoliša i socijalne isključenosti. Ove organizacije često igraju ključnu ulogu u promociji društvene pravde i odgovornosti.

NVO se obično finansiraju donacijama i okupljaju ljude koji imaju zajednički interes i žele ostvariti pozitivan utjecaj ili potaknuti promjene. Postoje mnoge vrste NVO-a, od inicijativa na nivou lokalne zajednice do međunarodnih organizacija koje djeluju širom svijeta. Jedan takav primjer je NVO „Médecins sans Frontières” - Ljekari bez granica (Francuska/Švicarska), humanitarna, nevladina organizacija poznata po projektima u zemljama pogođenim ratom i u zemljama u razvoju, koja je osvojila Nobelovu nagradu za mir 1999. godine.

Potrebe zajednice su razlog postojanja i rada vlade, vladinih institucija i nevladinog sektora. U cilju zadovoljenja potreba zajednice, neophodna je sarađnja vladinog i nevladinog sektora, ali i sektora privrede. U cilju ostvarivanja interesa, kako pojedinih sektora tako i društva u cjelini, sva tri sektora su prinuđena da sarađuju na razne načine, a veoma često i da stupaju u partnerske odnose. Partnerstva služe za zajedničko rješavanje problema, razmjenu resursa, sarađnju, koordinaciju i formiranje koalicija. Odnos među partnerima može biti privremen ili trajan. Mogućnost sarađnje je veća kada vladine i nevladine organizacije dijele, ne samo slične ciljeve, već i slične metode i strategije dosezanja tih ciljeva.

U BiH trenutno nema održivog modela sarađnje vladinog i nevladinog sektora. Sarađnja je obično vezana za implementaciju određenih projekata, a sa završetkom projekta prestaje i formalna sarađnja. Načinjeni su neki koraci, poput Sporazuma Vijeća ministara BiH i nevladinog sektora, ali koji nisu bitnije izmijenili niti unaprijedili način sarađnje. Sarađnja nikako ne smije da bude samo „projekt”, sastanci, trening, internet stranica ili mrtvo slovo na papiru već stvarna, trajna i s opipljivim rezultatima. Preduvjeti dobre sarađnje su jednak pristup informacijama, stalne konsultacije po pitanjima javnog interesa, učestvovanje u odlučivanju, te dobri standardi i uvjeti kod dodjele grantova. Okvir za sarađnju trebao bi sadržavati sporazume između vlasti i NVO, zajedničke principe i zajedničke projekte. Oblasti u kojima se sarađnja može kvalitetno uspostaviti su informiranje i savjetovanje, donošenje zakona, strategija, akcijskih planova, pružanje usluga, finansiranje i volontiranje.

1.3.6. Sarađnja sa zdravstvenom negom u zajednici i pristup informacijama o NVO

Medicinske sestre/tehničari mogu sarađivati s NVO i humanitarnim organizacijama kako bi upotpunile pružanje usluga zdravstvene njege u zajednici, posebno za osobe koje imaju ograničen pristup zdravstvenoj zaštiti. Nekoliko načina na koje medicinske sestre/tehničari mogu biti povezane s NVO i humanitarnim organizacijama:

Humanitarne misije i intervencije (pružanje hitnih medicinskih usluga u zemljama pogođenim prirodnim katastrofama, sukobima ili drugim krizama), **provođenje programa prevencije bolesti** (prevencija bolesti, promocija zdravstvene svijesti), **provođenje obuka na nivou lokalnih zajednica** (reproduktivno zdravlje, prevencija bolesti, pravilna ishrana i drugi aspekti zdravstvene brige), **podizanje zdravstvene svijesti i promocija zdravlja** (kampanje o podizanju svijesti o važnim zdravstvenim pitanjima – vakcinacija, borba protiv stigmatizacije bolesti itd.).

1.3.7. Humanitarne organizacije (cilj, svrha, način rukovođenja i finansiranje)

Humanitarne organizacije se osnivaju radi vršenja humanitarne djelatnosti. Humanitarna djelatnost je djelatnost kojom se u vidu novca, roba i usluga, bez naknade i bez uvjeta u pogledu teritorijalne, nacionalne, vjerske, političke i druge pripadnosti, pruža humanitarna pomoć fizičkim i pravnim osobama kojima je prijeko potrebna zbog stanja u kojem se nalaze, a za koje one nisu krive (ratno stanje, elementarne nepogode, smanjena zdravstvena i radna sposobnost).

Humanitarna organizacija je NVO u svojstvu pravne osobe. Upisana je u Registar NVO, a u svojoj djelatnosti ima upisanu i humanitarnu pomoć u vidu stalnog ili povremenog prikupljanja humanitarne pomoći ili organiziranja humanitarnih akcija. Humanitarna pomoć je besplatna pomoć, koja se pruža svim žrtvama i socijalno osjetljivim grupama, bez obzira na rasu, boju kože, spol, jezik, vjeru, političko ili drugo uvjerenje, nacionalno ili socijalno porijeklo, identitet ili druge osobine. Humanitarne organizacije Bosne i Hercegovine su širokog spektra djelovanja, od brige za djecu bez roditelja, narodnih kuhinja u kojima se hrani socijalno ugroženo stanovništvo do brige o žrtvama proteklog rata.

Rad humanitarne organizacije je javan što se uređuje statutom humanitarne organizacije. Osnovni princip većine humanitarnih organizacija je neutralnost. U pravilu, humanitarne akcije se fokusiraju na kratkoročno do srednjoročno otklanjanje patnji pogođenog stanovništva, a na osnovu statističkih posmatranja. Za humanitarne akcije i opće djelovanje civilnih humanitarnih organizacija na pogođenim područjima potrebna je dozvola zemlje domaćina.

1.3.8. Primjeri humanitarnih organizacija od značaja za zdravstvo (Crveni krst/križ, karitativna udruženja, UN agencije i drugi)

Primjeri međunarodnih humanitarnih organizacija su: Ljekari bez granica, Međunarodni komitet Crvenog krsta/križa, Crveni polumjesec, Unicef, Islamic Relief, Caritas, World Vision International i dr. Primjeri humanitarnih organizacija u BiH su: Udruženje Partnerstvo za zdravlje, Asocijacija Margina, Društvo Crvenog križa/krsta BiH, Caritas, Merhamet, Dobrotvor i dr.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) počela je s radom 1. septembra 1948. godine. SZO je specijalizirana agencija Ujedinjenih nacija koja ima svoje članstvo, ustav, te okuplja više od 186 zemalja svijeta sa sjedištem u Ženevi. Najviše rukovodeće tijelo SZO je Svjetska zdravstvena skupština koja se, po pravilu, sastaje jednom godišnje. Radom ove organizacije između dvije skupštine, rukovodi Izvršni odbor. Stručnu službu čini sekretarijat, na čijem čelu je generalni direktor. SZO je decentralizirana i u svom sastavu ima šest regiona, i to: Daleki istok – Manila, Jugoistočna Azija – Nju Delhi, Istočni Mediteran – Aleksandrija, Afrika – Brazavil, Evropa – Kopenhagen i Amerika – Vašington. Rukovodeća tijela u regionima su regionalni komiteti. Svaki region ima svoj regionalni biro s regionalnim direktorom. Najvažnije oblasti djelovanja SZO su pomoć članicama u razvijanju nacionalnih zdravstvenih službi, poticanje eradicacije endemskih, epidemijskih i drugih bolesti, sprječavanje povreda, unapređivanje ishrane, uvjeta stanovanja, uvjeta rada, okoline, zdravstvene zaštite, školovanja i usavršavanja zdravstvenih radnika, pomoć u razvijanju informacijskog sistema u zdravstvenoj zaštiti i druge.

Međunarodni komitet Crvenog krsta/križa osnovan je 1863. godine s ciljem da u ratnim uvjetima pomaže vojnom sanitetu, a u miru da organizira i provodi niz akcija u oblasti zaštite zdravlja i pomoći ljudima u stanju socijalne potrebe. Predstavlja masovnu, humanitarnu, društvenu organizaciju koja aktivno učestvuje u socijalnoj i zdravstvenoj zaštiti okupljajući milione ljudi oko sebe. Već 1864. godine 24 zemlje potpisale su Prvu Ženevsku konvenciju koja je predstavljala prvi međunarodni

ugovor o neutralnosti ranjenika i bolesnika u vrijeme rata. Najviše tijelo Međunarodnog komiteta Crvenog krsta/križa je Međunarodna konferencija sa sjedištem u Štokholmu.

FAO (Food and Agriculture Organization of United Nations) je organizacija koja se bavi problemima ishrane i bolestima koje se prenose hranom sa sjedištem u Rimu.

UNICEF (United Nations Children's Fund) je organizacija koja se bavi zaštitom zdravlja djece i faktorima okoline koji ugrožavaju zdravlje sa sjedištem u New Yorku.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation) je organizacija koja se bavi podizanjem općeobrazovnog i kulturnog nivoa stanovništva sa sjedištem u Parizu.

ILO (International Labour Organisation) je organizacija koja se bavi zaštitom zdravlja radnika i predlaže mjere za ostvarivanje njihove zdravstvene i socijalne sigurnosti sa sjedištem u Ženevi.

Ključne poruke:

Obim socijalnih prava utvrđen je zakonima, međunarodnim dokumentima i konvencijama. U Federaciji BiH oblast socijalnih prava korisnika socijalne zaštite uređena je federalnim i kantonalnim zakonom o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodice s djecom. Fragmentirano uređenje socijalne zaštite u FBiH u osnovnim pravima prema korisnicima koja su spuštена na nivo kantona i općina za posljedicu ima neujednačenost u ostvarivanju prava i naknada iz socijalne zaštite, što dovodi do neravnopravnog položaja osoba u stanju socijalne potrebe na području FBiH. Prava iz socijalne zaštite su novčana i druga materijalna pomoć, osposobljavanje za život i rad, smještaj u drugu porodicu, smještaj u ustanovu socijalne zaštite, usluge socijalnog i drugog stručnog rada, te kućna njega i pomoć u kući.

Ustanove socijalne zaštite su centri za socijalni rad, ustanove za djecu (bez roditeljskog staranja, za odgojno zanemarenu i zapuštenu djecu, za djecu ometenu u fizičkom ili psihičkom razvoju), ustanove za odrasle i stare osobe, ustanove za socijalno-zdravstveno zbrinjavanje invalidnih i drugih osoba i ustanove za dnevni boravak korisnika socijalne zaštite.

Medicinske sestre/tehničari u zajednici imaju važnu ulogu u podršci pacijentima i pružanju zdravstvene njege, ali također mogu biti uključene u rad socijalne zaštite, posebno kada je potrebna holistička briga o pacijentima, prilikom čega sarađuju sa socijalnim radnicima, koji često rade na rješavanju šireg spektra problema, poput finansijskih poteškoća, porodičnih problema ili poteškoća u pristupu zdravstvenoj njezi.

NVO su neprofitne organizacije koje djeluju neovisno o državnim vladama. Često su organizirane kao dobrotvorna udruženja i posebno su aktivne u borbi protiv siromaštva, slabe zdravstvene zaštite, problema zaštite okoliša i socijalne isključenosti. Ove organizacije često igraju ključnu ulogu u promociji društvene pravde i odgovornosti.

Humanitarna djelatnost je djelatnost kojom se u vidu novca, roba i usluga, bez naknade i bez uvjeta, u pogledu teritorijalne, nacionalne, vjerske, političke i druge pripadnosti, pruža humanitarna pomoć fizičkim i pravnim osobama, kojima je prijeko potrebna zbog stanja u kojem se nalaze, a za koje one nisu krive (ratno stanje, elementarne nepogode, smanjena zdravstvena i radna sposobnost). Osnovni princip većine humanitarnih organizacija je neutralnost. Humanitarne organizacije Bosne i Hercegovine su širokog spektra djelovanja, od brige za djecu bez roditelja, narodnih kuhinja u kojima se hrani socijalno ugroženo stanovništvo do brige o žrtvama proteklog rata.

Medicinske sestre/tehničari u zajednici sarađuju s nevladinim i humanitarnim organizacijama kako bi korisnicima usluga pružile sveobuhvatnu zdravstvenu njegu i socijalnu zaštitu u lokalnim zajednicama.

Reference:

1. Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodica s djecom ("Službene novine Federacije BiH", br. 36/99, 54/04, 39/06, 14/09, 45/16 i 40/18).
2. Konvencija o pravima djeteta (www.ombudsmen.gov.ba).
3. Zakon o sestrinstvu i primaljstvu („Službene novine Federacije BiH”, broj 43/13).
4. Konvencija o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda ("Službeni glasnik BiH", broj 6/99).
5. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom ("Službeni glasnik BiH - Međunarodni ugovori", broj 11/09).
6. Vodič za ostvarivanje prava iz socijalne zaštite - Rights For All (www.rightsforall.ba/publikacije-bs/docs-bs/vodic_socijalna_zastita).
7. Rezolucija Generalne skupštine Ujedinjenih naroda, broj 51/74 1996. godine povodom "Novog međunarodnog humanitarnog poretka".
8. Covid 19, www.zdravlje.sr.gov.yu/mz, (14.03.2024).
9. ICRC, www.ICRC.org, (13.03.2024).
10. Specijalizirane agencije UN-a, IBHI Kvalitativna studija Zapošljavanje, pružanje socijalnih usluga i NVO sektor; status i perspektive za BiH.
11. Zakon o udruženjima i fondacijama Bosne i Hercegovine ("Službeni glasnik BiH", br. 32/01,42/03, 63/08, 76/11 i 94/16).
12. Zakon o udruženjima i fondacijama ("Službene novine Federacije BiH", broj 45/02).
13. Timotić B. i sar. Socijalna medicina, II dopunjeno izdanje, „Velarta", Beograd 2000.
14. Nikšić D. Praktikum iz socijalne medicine sa teorijskim osnovama. Medicinski fakultet, Sarajevo 2007.
15. https://eures.europa.eu/ngos-what-why-and-where-2017-07-03_hr
16. Zavod za javno zdravstvo FBiH, Saradnja vladinih i nevladinih organizacija u odgovoru na HIV, Priručnik za trenere. Sarajevo. 2012. Dostupno na: <https://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2012/04/Curriculum-Saradnja-vladinih-i-nevladinih-organizacija-u-odgovoru-na-HIV.doc>

Pitanja za završni ispit:

1. Šta je osnovna svrha socijalne zaštite?
2. Koja je jedna od ključnih uloga nevladinih organizacija (NVO)?
3. Na koji način, između ostalog, medicinske sestre/tehničari mogu biti povezani s nevladinim i humanitarnim organizacijama?

Poglavlje II

Mikrokontekst, socijalno-psihološki aspekti primarne zdravstvene zaštite i sestrinstvo u zajednici

2.1. Komunikacija s pacijentom/porodicom

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Komunikacija s pacijentom/porodicom	– Predavanje – 60 minuta – Rad u grupama (primjena metoda verbalne i neverbalne komunikacije kod teško oboljelih pacijenata u procesu svakodnevne njege) - 50 minuta – Diskusija i zaključci– 10 minuta

2.1. Komunikacija s pacijentom/porodicom

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

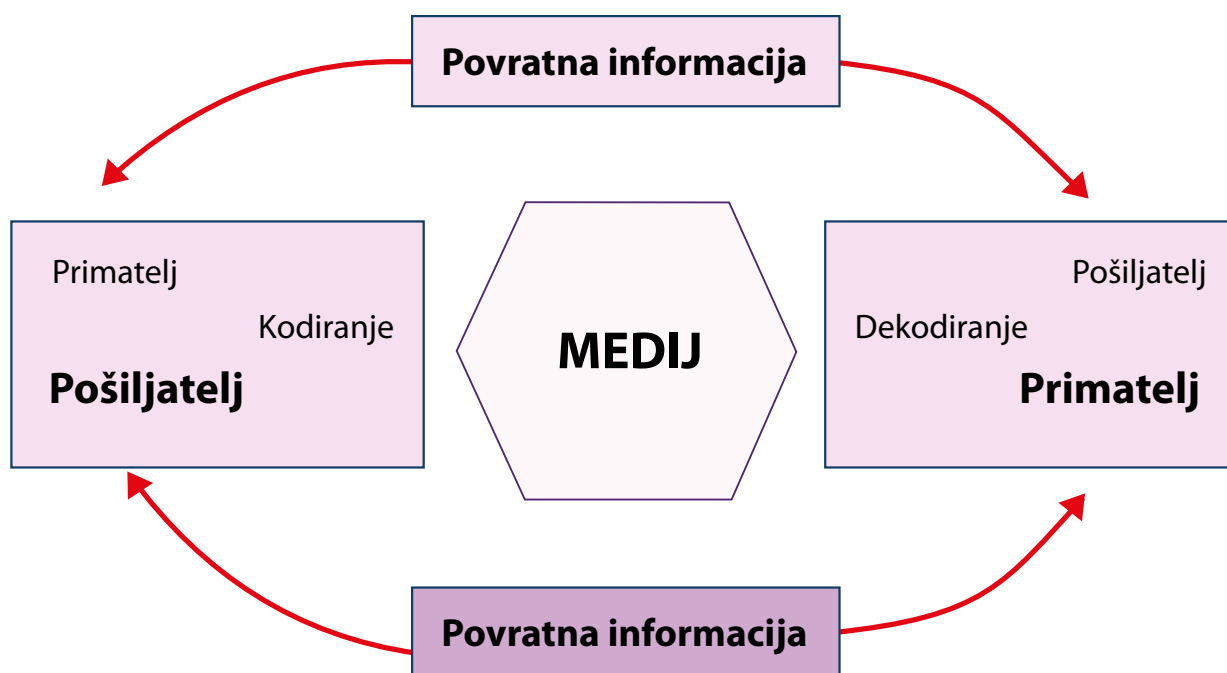
- definirati proces komunikacije;
- primijeniti tehnike komunikacije (verbalna i neverbalna – SOFTEN i BATHE);
- savladati barijere u komuniciranju i poznavati načine za unapređenje komunikacije;
- primijeniti vještine slušanja i intervjuiranje (otvorena i zatvorena pitanja);
- napraviti plan saopćavanja informacija;
- poštovati etički kodeks struke u komuniciranju.

Sadržaj:

Polaznici edukacije će biti upoznati s procesom komunikacije kao dvosmjernim prenosom informacija. U komunikologiji se prepoznaju verbalne i neverbalne vještine komunikacije. Neverbalna komunikacija čini 70% komunikacije. Bolest, starenje i reakcija na bolest mogu stvoriti probleme motorne i čulne prirode u komunikaciji. Uspješnost rada medicinske sestre/tehničara u zajednici umnogome ovisi o mogućnosti uspostavljanja komunikacije s pacijentom. Obaveza etičkog pristupa u procesu komunikacije je neupitna u smislu očuvanja integriteta i zaštite privatnosti pacijenta.

2.1.1. Proces komunikacije

Komunikacija je proces kojim se informacije razmjenjuju dvosmjerno između dvije ili više osoba putem zajedničkog sistema simbola, znakova ili ponašanja (verbalno i neverbalno) u svrhu razumijevanja. Proces komuniciranja je veoma složen jer pošiljalac šalje kodirane poruke primatelju, koji poruku dekodira (razumijeva) na svoj način. Ujedno, učesnici u komunikaciji uvijek su istovremeno i pošiljalci i primatelji informacija. Najčešći mediji komunikacije su riječi (verbalna komunikacija), te položaj tijela, stav i ton glasa (neverbalna komunikacija).



Slika 4. Složeni proces komuniciranja

Komunikacija s pacijentima i članovima njihovih porodica ključni je aspekt pružanja zdravstvene zaštite i njege, koji obuhvata različite interakcije usmjerene na pružanje informacija, podrške i poticanje međusobnog razumijevanja. Izgradnja povjerenja i odnosa s pacijentima i njihovim porodicama od ključne je važnosti. To uključuje pokazivanje empatije i aktivno slušanje njihovih problema. Toplo ponašanje s poštovanjem može pomoći u stvaranju ugodnog okruženja za otvorenu komunikaciju.

2.1.2. Tehnike komunikacije (verbalna i neverbalna – SOFTEN i BATHE)

Najčešći vidovi komunikacije su verbalna i neverbalna komunikacija. S aspekta značaja, neverbalna komunikacija prenosi znatno više informacija (oko 70%) ali često može ostati na nivou nesvjesne informacije.

2.1.2.1. Verbalna komunikacija

Verbalna komunikacija podrazumijeva prijenos poruka, ideja, misli ili informacija izgovorenim riječima. To je jedan od najčešćih oblika komunikacije i neophodan je za svakodnevne interakcije, lične i profesionalne. Verbalna komunikacija može se odvijati licem u lice, telefonom, videopozivima ili u bilo kojoj situaciji u kojoj pojedinci razmjenjuju izgovorene riječi. Dijelovi verbalne komunikacije mogu se podijeliti na nekoliko ključnih elemenata: riječi, vokabular, sintaksa, gramatika, jasnoća,

sažetost i relevantnost. Riječi su osnovne jedinice verbalne komunikacije. Riječi imaju specifična značenja i mogu se kombinirati kako bi oblikovale rečenice i prenijele složene ideje. Rječnik (vokabular) se odnosi na zbirku riječi koje osoba poznaje i koristi. Rječnik značajno utječe na jasnoću, bogatstvo i efikasnost verbalne komunikacije. Sintaksa se odnosi na pravila i strukturu koja regulira raspored riječi u smislene rečenice. Pravilna sintaksa osigurava da su poruke koherentne i lako razumljive. Gramatika obuhvata pravila koja reguliraju formiranje rečenica, uključujući aspekte kao što su vrijeme, raspoloženje, glas i slaganje. Pridržavanje gramatičkih pravila povećava jasnoću i sprječava nesporazume. Jasnoća je stepen do kojeg pacijent lako razumije poruku. Jasna verbalna komunikacija uključuje korištenje jednostavnog jezika, izbjegavanje dvosmislenosti i pružanje dovoljnog konteksta kada je to potrebno. Sažetost predstavlja jasno i efikasno prenošenje informacija koristeći što manje riječi i nepotrebnog ponavljanja. Relevantnost se odnosi na primjerenost informacija kontekstu ili situaciji. Verbalna komunikacija trebala bi biti relevantna za predmetnu temu i prilagođena potrebama i interesima pacijenata.

2.1.2.2. Neverbalna komunikacija

Neverbalna komunikacija predstavlja određene signale kojima se može dodijeliti značenje. Poboljšanje neverbalne komunikacije u zdravstvu ključno je za izgradnju povjerenja i empatije, te za poticanje pozitivnih interakcija između pacijenta i zdravstvenih radnika. Osnovne strategije za poboljšanje neverbalnih komunikacijskih vještina u zdravstvenim ustanovama su kontakt očima, otvoreni stav, izraz lica, gestikulacija, preslikavanje i podudaranje, dodir, ton i glasnoća glasa, prostor i blizina.

Uspostavljanje i održavanje kontakta očima s pacijentima pokazuje pažnju, empatiju i poštovanje. Međutim, važno je voditi računa o kulturološkim razlikama i individualnim sklonostima u vezi s kontaktom očima. Osobe u alkoholiziranom stanju, sa psihozama i agresivne osobe ne treba gledati u oči jer to mogu shvatiti kao izazov. Održavanje otvorenog i opuštenog stava, izbjegavanje prekrštenih ruku potiče pacijente na otvorenu komunikaciju. Pri tome, potrebno je da je zdravstveni radnik blago nagnut prema pacijentu. Odgovarajući izraz lica prenosi empatiju, zabrinutost ili sigurnost. Osmijeh, kada je to prikladno, može pomoći pacijentima da se opuste i stvore pozitivnu atmosferu tokom razgovora. Gestikulacija se koristi razumno i prikladno kako bi se naglasili ključni momenti ili prenijela toplina i empatija. Potrebno je izbjegavati pretjerane ili ometajuće geste koje mogu umanjiti poruku ili zbuniti pacijenta. Suptilno preslikavanje govora tijela pacijenta i emocionalnih znakova koriste se za uspostavljanje dobrog odnosa i povjerenja. Preslikavanje i podudaranje pacijentovog držanja, gesta ili izraza lica može pomoći u stvaranju osjećaja povezanosti i razumijevanja. Dodir se u medicini koristi razborito i osjetljivo kako bi se osigurala udobnost, sigurnost ili podrška. Nježan dodir ramena ili ruke može prenijeti empatiju i povezanost, ali uvijek treba zatražiti pristanak i imati poštovanje kulturoloških ili ličnih preferencija u vezi s dodirima. Dodirivanje tijela prilikom pregleda mora biti najavljeno i obrazloženo zbog čega je potrebno da zdravstveni radnik dodiruje pacijenta, naročito kada se radi o intimnim dijelovima kao što su dojke, genitalije ili analno područje. Poštovanje pacijentovog ličnog prostora, odnosno udaljenosti od druge osobe na kojoj se ta osoba osjeća ugodno tokom razgovora (obično je to udaljenost 40-120 cm) je veoma bitno u komunikaciji u zdravstvu. Ulazak u pacijentov intimni prostor, odnosno biti na distanci do 40 cm može učiniti da se pacijenti osjećaju neugodno. Narušavanje intimnog prostora pacijenta se dešava često zbog potrebe pregleda i intervencija. Zbog toga ulazak u intimni prostor treba da bude najavljen uz objašnjenje zašto je to potrebno. Držanje predaleko od pacijenta može stvoriti osjećaj isključenosti (dalji društveni prostor 1,2-3,5 m i javni prostor >3,5 m). Zbog toga je najbolje da većinu razgovora pacijenta pozicioniramo u bližem društvenom prostoru (40 cm-1,2 m). Dužina intimnog, ličnog, socijalnog i javnog prostora je određena faktorima poput kulture, statusa i rodni razlika. Također, potrebno je ukloniti fizičke prepreke u prostoru između pacijenta i zdravstvenog radnika kao što su stolovi, instrumenti i ležajevi.

Ton i glasnoća glasa se odnose na emocionalni kvalitet ili stav koji se prenosi govorom uključujući elemente kao što su visina, volumen, intonacija i naglasak. Ton može utjecati na značenje i tumačenje verbalne komunikacije. Zdravstveni radnici treba da koriste miran i ohrabrujući ton i da prilagode

glasnoću kako bi osigurali da ih pacijenti mogu jasno čuti bez osjećaja preopterećenosti. Veoma pogodna tehnika za unapređenje neverbalne komunikacije je SOFTEN tehnika (akronim nastao od engleskih riječi: **S**mile, **O**pen posture, **F**orward lean, **T**ouch, **E**ye contact i **N**od).

Neverbalna tehnika	Prijevod
S = smile	Osmijeh (izraz lica, empatija)
O = open posture	Otvoren stav (položaj tijela, stav, prostor i blizina)
F = forward lean	Nagnut naprijed (položaj tijela, stav)
T = touch	Dodir (rukovanje-partnerstvo, jednakost, profesionalni dodir)
E = eye contact	Kontakt očima (koncentracija, poštovanje, zainteresiranost)
N = nod	Klimanje glavom (ohrabivanje, odobravanje, poticanje)

Tabela 5. SOFTEN neverbalna tehnika komunikacije

Metoda psihosocijalne intervencije koja se prvenstveno koristi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kako bi se riješili emocionalni i psihosocijalni problemi pacijenata je BATHE tehnika (akronim nastao od engleskih riječi: Background, Affect, Trouble, Handling, Empathy). To je strukturirani pristup vođenju kratkih razgovora usmjerenih na pacijenta i na rješavanje emocionalnih potreba i briga pacijenata. BATHE tehnika je dizajnirana da bude kratka i usredotočena, i obično traje samo nekoliko minuta. Može se integrirati u rutinske medicinske preglede kako bi se odgovorilo na psihosocijalne potrebe pacijenata i poboljšao terapijski savez između pacijenata i zdravstvenog radnika. Istraživanja su pokazala da BATHE tehnika može poboljšati zadovoljstvo pacijenata, povećati otkrivanje psihosocijalnih problema pacijenata i poboljšati empatiju zdravstvenih radnika i komunikacijske vještine.

Background (Pozadina)	Jednostavno pitanje "Šta se dešava?" može objasniti kontekst pacijentove posjete.
Affect (Emotivni status)	Pitanje "Kako se osjećate u vezi s tim?" ili "Kako vas to pogađa?" dozvoljava pacijentu da iskaže svoju emocionalnu reakciju na određenju situaciju.
Trouble (Problem)	Pitanje "Šta vam u toj situaciji, problemu najviše smeta?" pomaže zdravstvenom radniku i pacijentu da se fokusiraju na subjektivno značenje problema.
Handling (Rukovanje)	Odgovor na pitanje, "Kako izlazite na kraj s tim?" daje nam procjenu pacijentovog funkcioniranja.
Empathy (Empatija)	Tvrdnja "To mora da je teško za vas", legitimizira pacijentovu reakciju i pokazuje empatiju.

Tabela 6. BATHE kratka psihosupativna tehnika

Bitno je napomenuti da je način odijevanja u privatnom i profesionalnom životu dio neverbalne komunikacije. Zbog toga zdravstveni radnici vode računa o svom izgledu na radnom mjestu. Mnoge zdravstvene ustanove imaju propisan način odijevanja.

2.1.3. Barijere u komuniciranju i načini unapređenja komunikacije

Komunikacijske prepreke ometaju efikasnu razmjenu informacija, ideja ili emocija između pojedinaca ili grupa. Te prepreke mogu nastati u bilo kojoj fazi komunikacijskog procesa i mogu biti uzrokovane različitim faktorima. Najčešće komunikacijske prepreke i strategije za njihovo izbjegavanje ili prevladavanje su predstavljene u sljedećoj tabeli.

Prepreke	Opis	Strategija za prevladavanje
Fizičke	Buka, udaljenost, okolišne prepreke	Odgovarajući prostor, minimiziranje buke, izbjegavanje ulaska drugih u prostor.
Psihološke	Pristranosti, predrasude, emocionalna stanja	Empatija, aktivno slušanje, svjesnost vlastitih pristranosti, predrasuda, emocija.
Kulturne	Kulturne norme, vrijednosti i stilovi komunikacije	Upoznavanje pacijentove kulture, običaja, tradicije, religije. Izbjegavanje stereotipova i generalizacije.
Perceptivne	Individualna iskustva, uvjerenja ili kognitivne pristranosti	Zamoliti za pojašnjenje i povratne informacije od pacijenta, spremnost za alternativne perspektive, izbjegavanje pretpostavki o namjerama i motivima pacijenta.
Semantičke	Razlike u značenju riječi, simbola i gestikulacije	Pojašnjenje, izbjegavanje pogrešnog razumijevanja, dobra neverbalna komunikacija.

Tabela 7. Najčešće prepreke u komunikaciji i strategije za njihovo prevladavanje

Proaktivnim prepoznavanjem i rješavanjem ovih komunikacijskih prepreka zdravstveni radnici i organizacije mogu poticati jasniju i efikasniju komunikaciju i poboljšati međuljudske odnose i suradnju.

2.1.4. Vještine slušanja i intervjuiranje (otvorena i zatvorena pitanja)

Aktivno slušanje je ključna vještina u zdravstvenoj praksi jer potiče pacijenta da slobodno govori i iznosi vrijedne informacije o svom stanju. Ova vještina se pokazuje verbalno i neverbalno. Tehnike aktivnog slušanja su prikazane na sljedećoj slici.



Slika 5. Tehnike koje se koriste tokom aktivnog slušanja

Pažnja treba da je usmjerena ka pacijentu, ali također i na vlastitu neverbalnu (pozicija i položaj tijela, ton, gestikulacije) i verbalnu komunikaciju (postavljanje pitanja, neprekidanje, dovršavanje misli). Također, zdravstveni radnik treba pomno pratiti neverbalnu komunikaciju pacijenta (položaj tijela, stav i facijalne ekspresije). Potrebno je osigurati ugodnu radnu sredinu bez dodatne buke i ometanja u razgovoru.

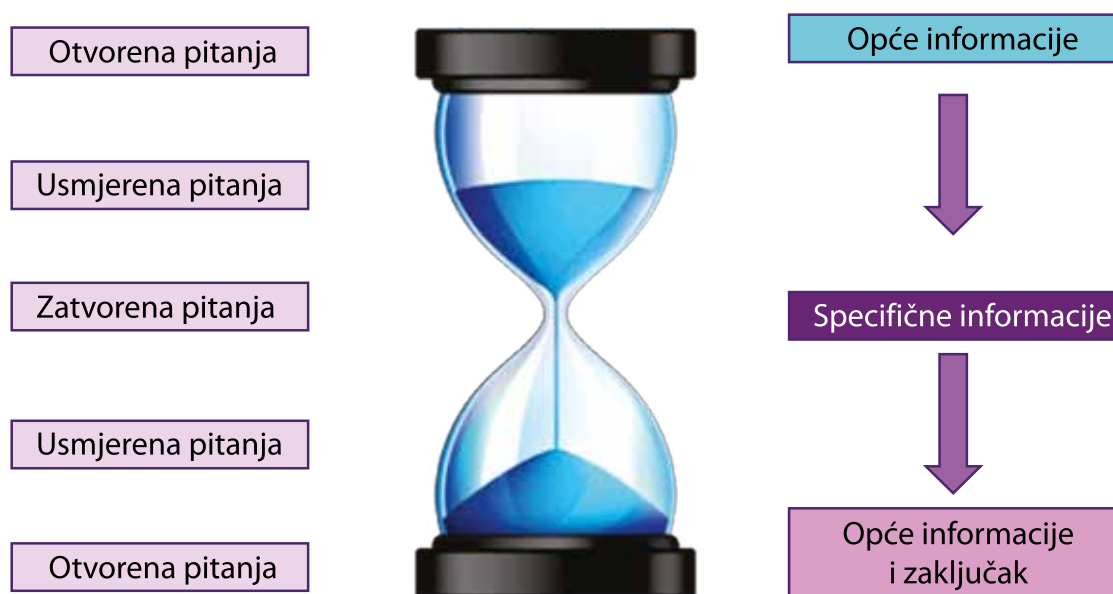
Zdravstveni radnik se treba suzdržavati od osuđivanja, preranog zaključivanja, prekidanja pacijenta, iznošenja svog mišljenja, davanja brzih savjeta, iznošenja svoje ili tuđe priče i preuranjenog uvjeravanja bez prikupljenih dokaza. U slučaju bilo kakvih nejasnoća i dvosmislenosti, potrebno je zatražiti dodatna objašnjenja kako bi se pojasnio sadržaj pacijentove priče. „Oprostite, nisam najbolje razumjela, možete li mi dodatno pojasniti kako Vas boli rame?“, „Molim vas pojasnite mi kako se osjećate u vezi ove dijagnoze“. Ovakva otvorena pitanja, pojašnjenje i sondiranje važni su aktivni alati za slušanje koji potiču pacijenta na samorefleksiju i rješavanje problema. U toku razgovora potrebno je povremeno pacijentu saopćiti refleksiju činjenica („Dakle, svako jutro vam je ukočeno koljeno pola sata i veoma Vas boli kada hodate niz stepenice“) i refleksiju emocija („Nije vam bilo lako kada ste saznali dijagnozu, zabrinuti ste za budućnost Vaše djece ukoliko liječenje bude neuspješno“).

Pri kraju razgovora, potrebno je da zdravstveni radnik iznese kratki sažetak razgovora i da zatraži potvrdu tačnosti ovog sažimanja. „Dozvolite mi da na kraju sažmem naš razgovor i provjerim da li sam tačno razumjela Vaše probleme i brige“. Ponovno navođenje ključnih tema tokom razgovora potvrđuje i učvršćuje razumijevanje problema i gledišta pacijenta. Također, pomaže objema stranama da budu jasne u pogledu međusobnih odgovornosti i daljih radnji.

Uz aktivno slušanje, potrebno je izgraditi vještinu postavljanja pitanja tokom razgovora s pacijentom. Pitanja koja postavljamo pacijentu mogu biti:

- 1) Otvorena („Zbog čega ste došli na pregled“),
- 2) Usmjerena („Opišite mi detaljnije Vašu glavobolju“) i
- 3) Zatvorena („Da li se bol širi prema vratu“).

Obično razgovor počinje s otvorenim pitanjima, a zatim se sužava na usmjerena pitanja. Da bi se u potpunosti ispitala dodatne opcije, potrebno je postaviti i nekoliko zatvorenih pitanja na koja je moguće odgovoriti samo s „da“ ili „ne“. Nakon toga se ponovo postavljaju usmjerena pitanja, a razgovor se završava ponovo otvorenim pitanjima. Ovo je „pješčani sat“, sistem postavljanja pitanja koji je najprikladniji za većinu razgovora s pacijentom, a predstavljen je na sljedećoj slici.



Slika 6. Struktura postavljanja pitanja u formi pješčanog sata

Ukoliko zdravstveni radnik postavlja previše zatvorenih pitanja, pacijent gubi povjerenje i volju da nastavi razgovor. Niko ne želi da tokom razgovora odgovara samo s „da“ ili „ne“. U razgovoru s pacijentom ne koriste se sugestivna („Bol se širi prema vratu, jel' da“) i višestruka (složena) pitanja („Da li imate proljev, povraćanje, temperaturu“).

U konačnici se moraju donijeti zajednički zaključci o sadržaju razgovora kao i dogovorenog plana nastavka zdravstvene njege. U ovom trenutku zdravstveni radnik može početi predstavljati svoje ideje, osjećaje i prijedloge, koje ne smiju biti nametnute i diktirane. Zdravstveni radnici trebaju imati stil iznošenja prijedloga u vidu nuđenja opcija o kojim se zajednički donosi odluka. Pacijenti su spremniji na nove ideje i prijedloge kada se osjećaju shvaćenima i aktivnim učesnicima u donošenju odluka. Zdravstvenu zaštitu i njegu često pružaju multidisciplinarni timovi, što zahtijeva efikasnu komunikaciju i saradnju među članovima tima. Zdravstveni radnici trebali bi otvoreno i s poštovanjem komunicirati s kolegama, razmjenjivati relevantne informacije i efikasno koordinirati zdravstvenu njegu, kako bi se osigurali optimalni ishodi kod pacijenata.

2.1.5. Saopćavanje informacija

Saopćavanje informacija u medicini odnosi se na postupak pružanja relevantnih informacija pacijentima o njihovom zdravstvenom stanju, mogućnostima liječenja, rizicima i prognozi. To je osnovni aspekt medicinske prakse koji je ukorijenjen u principima autonomije, dobročinstva i informiranog pristanka. Saopćavanje informacija omogućuje pacijentima donošenje odluka o svojoj zdravstvenoj njezi i aktivno učestvovanje u liječenju. Ključni aspekti otkrivanja informacija u medicini su informirani pristanak, zajedničko donošenje odluka, educiranje pacijenata, kulturna i jezična razmatranja, privatnost i povjerljivost. Saopćavanje informacija nije jednokratni događaj, već kontinuirani proces koji se razvija tokom odnosa pacijenta i zdravstvenih radnika. Efikasno saopćavanje informacija promovira autonomiju pacijenata, olakšava zajedničko donošenje odluka, osigurava informirani pristanak, povećava zadovoljstvo i povjerenje pacijenata u zdravstveni sistem.

2.1.6. Razmjena informacija

Efikasna komunikacija u zdravstvu odnosi se na razmjenu informacija između zdravstvenih radnika, pacijenata i drugih učesnika na jasan način, pun poštovanja, empatije i prilagođen potrebama korisnika zdravstvenih usluga. Efikasna komunikacija ključna je za obezbjeđenje sigurnosti pacijenata, promoviranje pozitivnih zdravstvenih ishoda i povećanje zadovoljstva pacijenata. Ključne karakteristike efikasne komunikacije u zdravstvu su jasnoća, sažetost, empatija, suosjećanje, poštovanje i dostojanstvo, aktivno slušanje, pristup „pacijent u centru“, pravovremenost, transparentnost, informirani pristanak i saradnja.

Efikasna komunikacija poboljšava zdravstvene ishode na više načina:

1. Poboljšano pacijentovo razumijevanje;
2. Poboljšano pridržavanje liječenja (saradnja);
3. Efikasna prevencija;
4. Zajedničko donošenje odluka;
5. Smanjen broj medicinskih grešaka.

Prema pacijentima se u svakom trenutku treba odnositi s poštovanjem i dostojanstvom. Zdravstveni radnici bi se trebali obraćati pacijentima prema željenom imenu (najbolje „gospođo Avdić“ i „gospodine Zečeviću“), uključiti ih u postupke donošenja odluka i razmotriti njihove kulturne i lične preferencije. Komunikacija s poštovanjem promovira autonomiju pacijenata i poboljšava odnos pacijenta i zdravstvenih radnika.

Empatija je sposobnost razumijevanja i dijeljenja osjećaja drugih. Zdravstveni radnici trebali bi pokazati empatiju i suosjećanje prema pacijentima, priznajući njihove emocije, strahove i brige. Empatična komunikacija pomaže u izgradnji povjerenja i odnosa s pacijentima te potiče poticajno zdravstveno okruženje.

Pristup „Pacijent u centru“ je usmjeren na pacijenta, njegove potrebe, sklonosti i prioritete. Paci-

jent je uključen u rasprave o njegovim zdravstvenim ciljevima, u procese donošenja odluka i plan zdravstvene njege koji je donesen zajednički i treba da zadovolji njihove individualne potrebe. Pacijent u centru svakako podrazumijeva sveobuhvatno razumijevanje pacijenta kao osobe posmatrane u njenom bio-psiho-socio-okolišnom aspektu. Dio ovog pristupa je uključivanje preventivnih aktivnosti u svaki susret s pacijentom. Jasna i sažeta komunikacija među članovima zdravstvenog tima pomaže u sprječavanju nesporazuma, grešaka i štetnih događaja. Efikasna komunikacija olakšava zajedničko donošenje odluka stvaranjem saradnje i okruženja u kojem pacijenti i zdravstveni radnici donose informirane odluke o mogućnostima zdravstvene zaštite i njege. Pacijenti dobijaju sveobuhvatne informacije o zdravstvenom stanju i mogućim modalitetima tretmana. Uspješna komunikacija uključuje i profesionalno dokumentiranje medicinskih informacija u predviđenu medicinsku dokumentaciju.

2.1.7. Etička pitanja u komuniciranju

Etička pitanja u medicinskoj komunikaciji ključna su razmatranja koja se javljaju u kontekstu zdravstvenih interakcija između zdravstvenih radnika, pacijenata, porodica i drugih osoba. Veoma bitno je osigurati principe, kao što su autonomija pacijenata, povjerljivost, istinitost, informirani pristanak i poštovanje prava i dostojanstva pojedinaca. Neka od ključnih etičkih pitanja u medicinskoj komunikaciji uključuju:

1. Informirani pristanak;
2. Povjerljivost;
3. Istinitost i iskrenost;
4. Kulturna osjetljivost i poštovanje;
5. Komunikacija na kraju života;
6. Zajedničko donošenje odluka;
7. Neravnoteža moći i zagovaranje;
8. Profesionalne granice;
9. Zdravstvena pismenost.

Rješavanje ovih etičkih pitanja u medicinskoj komunikaciji zahtijeva stalnu obuku, obrazovanje i promišljanje među zdravstvenim radnicima kako bi se poštovali etički standardi, promovirala zdravstvena zaštita usmjerena na pacijente i potaknulo povjerenje i poštovanje.

Ključne poruke:

Ključne karakteristike efikasne komunikacije u zdravstvu su jasnoća, sažetost, empatija, suosjećanje, poštovanje, dostojanstvo, aktivno slušanje, pristup „pacijent u centru“, pravovremenost, transparentnost, informirani pristanak i saradnja, što povećava zadovoljstvo pacijenata, poboljšava zdravstvene ishode i olakšava zajedničko donošenje odluka.

Najčešći vidovi komunikacije su verbalna i neverbalna komunikacija. S aspekta značaja, neverbalna komunikacija prenosi znatno više informacija (oko 70%), ali često može ostati na nivou nesvjesne informacije.

Metoda psihosocijalne intervencije koja se prvenstveno koristi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kako bi se riješili emocionalni i psihosocijalni problemi pacijenata je BATHE tehnika.

Aktivno slušanje je ključna vještina u zdravstvenoj praksi jer potiče pacijenta da slobodno govori i iznosi vrijedne informacije o svom stanju. Ova vještina se pokazuje verbalno i neverbalno.

Saopćavanje informacija u medicini odnosi se na postupak pružanja relevantnih informacija pacijentima o njihovom zdravstvenom stanju, mogućnostima liječenja, rizicima i prognozi.

Etička pitanja u medicinskoj komunikaciji ključna su razmatranja koja se javljaju u kontekstu zdravstvenih interakcija između zdravstvenih radnika, pacijenata, porodica i drugih osoba.

Reference:

1. Strategija razvoja sistema socijalne zaštite starijih u FBiH za period od 2018-2022. godine (www.zsdzcg.me//strategija%20razvoja%20sistema%20socijalne).
2. Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, br. 46/10 i 75/13).
3. Makoul, Gregory PhD. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 76(4):p 390-393, April 2001.
4. Riess, Helen MD; Kraft-Todd, Gordon. E.M.P.A.T.H.Y.: A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients. *Academic Medicine* 89(8):p 1108-1112, August 2014. | DOI: 10.1097/ACM.0000000000000287.
5. Lieberman JA 3rd, Stuart MR. The BATHE Method: Incorporating Counseling and Psychotherapy Into the Everyday Management of Patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 1999 Apr;1(2):35-38. doi: 10.4088/pcc.v01n0202.
6. Mujagić N, Rizvan I, Čerkez G, Peršić Z. Komunikacija u zdravstvu [Internet]. Fondacija FAMI; 2023 [cited 2024 Mar 14]. Dostupno na: https://fmoh.gov.ba/uploads/files/Komunikacija_u_zdravstvu-za_web.pdf

Pitanja za završni ispit:

1. U koju vrstu ubrajamo pitanje „Da li imate proljev, povraćanje, temperaturu“?
2. Za šta koristimo BATHE tehniku?
3. Šta predstavlja efikasno prenošenje informacija koristeći što manje riječi i nepotrebnog ponavljanja?

2.2. Starenje i društvo

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Starenje i društvo	– Predavanje – 45 minuta – Diskusija i zaključci – 15 minuta

2.2. Starenje i društvo

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- prepoznati značaj aktuelnih demografskih trendova;
- prepoznati značaj očuvanja neovisnosti osoba treće dobi u odnosu na usamljenost;
- identificirati mreže podrške koje pružaju pomoć, savjete i edukaciju;
- prepoznati fizičke promjene u starosti u zajedničkim zdravstvenim problemima;
- prepoznati simptome demencije i depresije;
- prepoznati simptome zanemarivanja i zlostavljanja starijih osoba;
- identificirati sigurno stanovanje za starije osobe;
- predstaviti koncept zdravog starenja;
- poznavati prava iz oblasti socijalne zaštite;
- uspostaviti saradnju sa službama socijalne zaštite i započeti aktivnosti na smještanju u ustanove socijalne zaštite u skladu s indikacijama.

Sadržaj:

Starenje je prirodan biološki proces koji započinje rođenjem. Periodizacija starosti: 65-75 godina/period rane starosti; 76-85 godina/period prosječne starosti; preko 85 godina/period pozne starosti. Demografski trendovi ukazuju na starenje ukupne populacije, s obzirom na to da je procenualno učešće starih osoba u ukupnoj populaciji više od 16%. Aktivnosti na uspostavi i razvoju koncepta zdravog starenja se umnogome oslanjaju na djelovanje u lokalnoj zajednici, te jačanje i održavanje postojećih resursa starih osoba. Socijalno obilježje starosti je gubitak socijalnog suportivnog okruženja (odlazak u penziju), gubitak dragih osoba i smrt. Kod starijih osoba je prisutan komorbiditet i uslijed toga upotreba većeg broja lijekova, koji u interakciji mogu izazvati negativne posljedice. Demencija je zajedničko ime za niz stanja za koje su karakteristične kognitivne, emotivne i druge funkcionalne promjene mozga nastale zbog različitih uzroka. Demencija je sve češća i nastaje kod ljudi zrelog/starijeg životnog doba. Patronažna sestra/tehničar mora biti osposobljena da prepozna simptome demencije za koju je karakteristično da počinje naglo i čiji je početak spor. Uloga patronažne sestre/tehničara u edukaciji porodice o demenciji i pomoći osobama s demencijom je višestruka. Depresija je uobičajena kod starih osoba, raste s godinama starosti i javlja se u svim fazama demencije. Depresija se javlja kod demencija gdje pamćenje u prvoj fazi ostaje očuvano, a druge sposobnosti propadaju. Depresija često prati starost kao odvojeni simptom zbog suočavanja sa starošću kao fazom života. Sigurno životno okruženje, te učestalost padova kod starih osoba omogućavaju medicinskoj sestri/tehničaru u zajednici da provodi edukativno-preventivne aktivnosti, kao i nadzor nad higijensko-dijetetskim režimima starih osoba, a u cilju sprječavanja komplikacija.

2.2.1. Demografski trendovi i demografska tranzicija

Starenje je prirodan biološki proces koji započinje rođenjem. Odnos starenja i društva obuhvata različite aspekte, uključujući demografske promjene, zdravstvene izazove, ekonomske implikacije, socijalne politike i kulturološke stavove prema starenju. Mnoga društva širom svijeta suočavaju se sa starenjem stanovništva, koje karakterizira sve veći udio starijih odraslih osoba u općoj populaciji zbog pada nataliteta i povećanog očekivanog životnog vijeka.

Demografski trendovi ukazuju na starenje ukupne populacije, s obzirom na to da je procentualno učešće starih osoba u ukupnoj populaciji više od 16%. Prema podacima Ujedinjenih naroda, očekuje se da će se globalno stanovništvo u dobi od 60 i više godina do 2050. godine više nego udvostručiti, dosegnuvši gotovo 2,1 milijardu ljudi. Ova demografska promjena ima značajne posljedice na zdravstvo, socijalne usluge i ekonomske sisteme. Periodizacija starosti: 65-75 godina/period rane starosti; 76-85 godine/period prosječne starosti; preko 85 godina/period pozne starosti.

Starenje je povezano s povećanim rizikom od hroničnih bolesti i stanja, kao što su bolesti srca, dijabetes, rak i neurodegenerativni poremećaji poput Alzheimerove bolesti i depresije. Starije osobe često zahtijevaju više zdravstvenih usluga i resursa od mlađih dobnih grupa, što dovodi do povećanih troškova zdravstvene zaštite i izazova u pružanju pristupačne zdravstvene zaštite za starije osobe. Kako stanovništvo stari, sve je veći broj penzionera i starijih osoba koje nisu radno aktivne, što može opteretiti penzijske fondove i programe socijalnog osiguranja. Starenje stanovništva može imati posljedice na ekonomsku produktivnost, učešće radne snage i privredni rast, jer stariji radnici odlaze u penziju, a mlađe generacije suočavaju se sa sve većim odgovornostima za zdravstvenu zaštitu.

2.2.2. Mreže podrške koje pružaju pomoć, savjete i edukaciju osobama treće životne dobi

U svakoj sredini postoje javne ustanove i nevladine organizacije koje pružaju podršku starijim osobama. U našoj sredini to su ustanove socijalne zaštite, službe socijalne zaštite u općinama/gradovima i brojne druge organizacije kao što su: centri za zdravo starenje, Crveni križ/polumjesec, Caritas, Kruh svetog Ante, Dobrotvor, Merhamet, Islamic Relief, vjerske zajednice i druga udruženja. Medicinska sestra/tehničar u zajednici dužna je da upozna mrežu podrške u sredini u kojoj radi, kako bi mogla uputiti korisnike svojih usluga da ostvare svoja prava na socijalnu pomoć i sve druge vrste pomoći.

2.2.3. Sigurno stanovanje za osobe treće dobi

Sigurno stanovanje za starije osobe zahtijeva dostupnost, pristupačnost i sigurnost socijalne podrške i zdravstvene njege, te prilagodljivost faktora okoliša kako bi se osiguralo da starije osobe mogu stariti dostojanstveno, udobno i sigurno u svojim domovima i zajednicama.

Stanove i kuće treba projektirati ili modificirati kako bi se prilagodili potrebama starijih osoba s poteškoćama u kretanju ili invaliditetom (široka vrata, bez pragova, lift, rampe za kolica i sl.). Starije osobe mnogo su ranjive na kriminal i iskorištavanje, stoga je obezbjeđenje sigurnosti doma ključno. To može uključivati ugradnju sigurnosnih sistema s alarmima i nadzornim kamerama, specijalnim bravama i prozorima, te špijunkama ili video zvonima za posjetitelje. Sigurno stanovanje starijih osoba trebalo bi se nalaziti unutar zajednica koje nude mreže socijalne podrške i prilike za angažman i učešće. Pristup sadržajima kao što su parkovi, društveni centri, biblioteke i javni prijevoz može poboljšati kvalitet života i socijalnu podršku.

2.2.4. Koncept zdravog starenja

Zdravo starenje je višestruki koncept koji obuhvata fizičku, mentalnu i društvenu dobrobit pojedinaca koji stare. Usredotočuje se na optimizaciju zdravlja i kvalitet života, omogućujući im održavanje neovisnosti, funkcionalnosti i angažmana u aktivnostima koje su im značajne. Zdravo starenje uključuje proaktivne napore za održavanje fizičkog zdravlja, kognitivnih funkcija, emocionalne do-

brobiti i društvenih veza tokom procesa starenja, omogućujući pojedincima da žive ispunjenim i smislenim životom.

2.2.5. Prava iz oblasti socijalne zaštite

Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice s djecom FBiH (u daljem tekstu: Zakon) članom 11. definira socijalnu zaštitu kao organiziranu djelatnost u Federaciji, usmjerenu na osiguranje socijalne sigurnosti njenih građana i njihovih porodica u stanju socijalne potrebe. Socijalnom potrebom smatra se trajno ili privremeno stanje u kojem se nalazi građanin ili porodica, prouzrokovano ratnim događajima, elementarnim nesrećama, općom ekonomskom krizom, psihofizičkim stanjem pojedinaca ili drugim razlozima, koji se ne mogu otkloniti bez pomoći druge osobe. U te kategorije ubrajamo i stare osobe bez porodičnog staranja. Član 16. Zakona definira koje stare osobe imaju pravo na socijalnu zaštitu: „Osoba starija od 65 godina (muškarac), odnosno 60 godina (žena), koje nema članove porodice ni srodnike koji su po zakonu obavezni da ga izdržavaju, ili ako ih ima, da te osobe nisu u mogućnosti da izvršavaju obavezu izdržavanja“. Starije osobe često imaju određeni invaliditet koji zahtijeva procjenu, i u tom slučaju imaju pravo na: ličnu invalidninu; dodatak za njegu i pomoć od druge osobe; ortopedski dodatak i pomoć u troškovima liječenja i nabavci ortopedskih pomagala. Osobama i porodicama u stanju socijalne potrebe pripadaju i sljedeća prava: novčana i druga materijalna pomoć (stalna novčana pomoć, novčana naknada za pomoć i njegu od strane druge osobe i druge materijalne pomoći), osposobljavanje za život i rad, smještaj u ustanove socijalne zaštite, usluge socijalnog i drugog stručnog rada, kućna njega i pomoć u kući (organizirano pružanje raznih usluga, kao što su ishrana, obavljanje kućnih i drugih potrebnih poslova i održavanje lične higijene kada osobe nisu u stanju da se same staraju o sebi).

2.2.6. Saradnja sa socijalnom službom i smještaj u socijalne ustanove

Medicinske sestre/tehničari u zajednici moraju poznavati Zakon i održavati kontakte sa socijalnim radnicima iz doma zdravlja i općinskog centra za socijalni rad ili općinske službe za socijalni rad. U svim nedoumicama u pogledu socijalne zaštite, trebaju kontaktirati svoju odgovornu osobu ili socijalnog radnika u domu zdravlja koji će dalje preduzeti sve potrebne korake u osiguranju socijalnih prava starije osobe.

Smještaj u ustanovu socijalne zaštite također definira Zakon, kao i kantonalni zakoni o socijalnoj zaštiti. „Smještaj u ustanovu socijalne zaštite mogu ostvariti djeca i odrasle osobe kojima je potrebna stalna briga i pomoć u zadovoljenju njihovih životnih potreba, a ne mogu ih ostvariti u vlastitoj ili drugoj porodici ili na drugi način“. O smještaju u ustanove socijalne zaštite odlučuje Centar za socijalni rad na čijem području osoba ima prebivalište, a na osnovu mišljenja stručnog tima centra, izvršne odluke suda, organa staratelja ili na osnovu nalaza i mišljenja stručne komisije o nesposobnosti, odnosno nalaza i mišljenja odgovarajuće zdravstvene ustanove. Centar za socijalni rad, koji je smjestio osobu u ustanovu, dužan je, radi brige, zaštite, liječenja, fizičkog ili mentalnog zdravlja te osobe, pratiti njen tretman u ustanovi.

2.2.7. Fizičke promjene u čestim zdravstvenim tegobama – demencija i depresija

Demencija je značajni problem za starije osobe i njihove porodice jer utječe na kognitivne funkcije, svakodnevno funkcioniranje i ukupni kvalitet života starije osobe. Razumijevanje stanja, njegovih simptoma i dostupnih tretmana ključno je za pružanje podrške i zdravstvene njege onima koji su pogođeni demencijom. Demencija je sindrom karakteriziran padom kognitivnih funkcija koji ometa svakodnevne životne aktivnosti. Najčešća je kod starijih odraslih osoba, iako nije normalan dio starenja. Postoje različite vrste demencije, a Alzheimerova bolest je najčešća (60-70%). Ostale vrste uključuju vaskularnu demenciju, demenciju Lewy tjelešaca, frontotemporalnu i mješovitu demenciju. Svaka vrsta demencije ima svoje karakteristične simptome i progresiju. Medicinske sestre/tehničari u zajednici imaju ključnu ulogu u njezi osoba s demencijom, pružajući holističku

njegu, podršku i zagovaranje za osobe s demencijom i njihove porodice tokom cijelog toka bolesti, počevši od prevencije, ranog otkrivanja, liječenja, edukacije članova porodice, koordiniranja zdravstvene njege i pružanja emocionalne podrške.

Depresija je uobičajena kod starih osoba, raste s godinama starosti i javlja se u svim fazama demencije. Depresija se javlja kod demencija gdje pamćenje u prvoj fazi ostaje očuvano, a druge sposobnosti propadaju. Depresija često prati starost kao odvojeni simptom, zbog suočavanja sa starošću kao fazom života. Uloga medicinske sestre/tehničara u zajednici je veoma značajna jer je u mogućnosti da učestvuje u skriningu na depresiju, koordinira zdravstvenu njegu, pomogne u liječenju, pruži psihološku i emocionalnu podršku, te da prati tok bolesti i efikasnost terapije.

2.2.8. Gubici senzornih funkcija (sluh, vid, miris, okus)

Gubitak senzornih funkcija, kao što su sluh, vid, miris i okus, može značajno utjecati na život starijih osoba. Ova osjetilna oštećenja česta su među starijim odraslim osobama i mogu utjecati na različite aspekte njihovog fizičkog zdravlja, emocionalne dobrobiti i kvaliteta života. Postepeni gubitak sluha (presbicusis) javlja se s godinama. Često ga karakteriziraju poteškoće u slušanju visokofrekventnih zvukova, razumijevanju govora u bučnim okruženjima i razlikovanju sličnih zvukova. Gubitak sluha može dovesti do socijalne izolacije, poteškoća u komunikaciji i smanjenog učestvovanja u društvenim aktivnostima. Također, ako se ne liječi, može doprinijeti depresiji, anksioznosti i kognitivnom padu. Tretman gubitka sluha uključuju slušna pomagala, pomoćne prislušne uređaje i umjetne pužnice. Rehabilitacijski programi i komunikacijske strategije također mogu pomoći pojedincima da se prilagode gubitku sluha i poboljšaju kvalitet života.

Gubitak vida povezan s dobi, kao što su prezbiopija (poteškoće s fokusiranjem na bliske predmete) i katarakta (zamagljivanje očne leće), česte su među starijim osobama. Druga stanja oka, kao što su makularna degeneracija i glaukom, također mogu uzrokovati gubitak vida. Gubitak vida može utjecati na svakodnevne aktivnosti kao što su čitanje, vožnja i orijentacija u nepoznatim okruženjima. Također, može povećati rizik od padova i povreda. Liječenje gubitka vida ovisi o osnovnom uzroku i može uključivati korektivne leće, operaciju (npr. uklanjanje katarakte), lijekove ili upotrebu pomagala.

Dobne promjene u mirisu (anosmija) i okusu (disgeuzija) česte su među starijim osobama. Te promjene mogu biti nuspojava lijekova, te posljedica hroničnih medicinskih stanja ili prirodnog procesa starenja. Smanjeni miris i okus mogu da utječu na apetit, ishranu i uživanje u hrani, te mogu dovesti do smanjenog unosa hrane, gubitka težine i pothranjenosti. Iako ne postoji poseban tretman za dobne promjene u mirisu i okusu, rješavanje osnovnih medicinskih stanja, prilagođavanje lijekova i održavanje dobre oralne higijene mogu pomoći u očuvanju tih osjetila.

2.2.9. Sprječavanje padova starijih osoba

Padovi kod starijih osoba mogu dovesti do ozbiljnih povreda, smanjene pokretljivosti, gubitka neovisnosti i smanjenog kvaliteta života. Padovi su značajan javnozdravstveni problem među starijom populacijom, a razumijevanje statistika vezanih za učestalost padova starijih odraslih osoba ključno je za provođenje efikasnih strategija prevencije i intervencija. Oni su vodeći uzrok fatalnih i nesmrtonosnih povreda među starijim odraslim osobama. Prevalenca padova kod starijih osoba u Bosni i Hercegovini nije tačno utvrđena. Iako se specifične statistike mogu razlikovati, padovi su također značajan problem za starije osobe u Bosni i Hercegovini, kao i u drugim zemljama. Podaci o padovima među starijim osobama u Bosni i Hercegovini mogu biti ograničeni ili nedovoljno prijavljeni, naglašavajući potrebu za poboljšanim nadzorom i istraživačkim naporima za bolje razumijevanje i rješavanje ovog problema. Podaci širom svijeta ukazuju da jedna od četiri osobe starije od 65 godina doživi pad svake godine, što rezultira milionima povreda uključujući frakture, distorzije, kontuzije i povrede glave. Oko polovine osoba koje dožive pad, imaju rekurentne padove. Žene češće doživljavaju padove od muškaraca i imaju češće frakture zbog razlike u gustini kostiju.

Okolo četvrtina svih povreda izazvanih padovima zahtijeva hospitalizaciju. Padovi značajno doprinose mortalitetu starijih osoba, posebno u grupi osoba starijih od 85 godina. Padovi izazivaju

i ogromne troškove zbog liječenja, hospitalizacije, rehabilitacije i dugotrajne zdravstvene njege. Padovi imaju značajne fizičke, psihološke i društvene posljedice za starije osobe i utječu na njihovu neovisnost, pokretljivost, samopouzdanje i ukupni kvalitet života. Strah od pada može dovesti do ograničenja aktivnosti i socijalne izolacije.

Faktori rizika za pad kod starijih osoba su sljedeći:

- 1) Starenjem izazvane promjene u ravnoteži, hodu, mišićnoj snazi, vidu i kogniciji;
- 2) Hronične bolesti (artritis, dijabetes, srčane bolesti);
- 3) Neželjeni efekti lijekova (pad krvnog pritiska, vrtoglavice, omaglice, aritmije);
- 4) Faktori sredine (neravne površine podova, slaba rasvjeta, prepreke u stanu ili na ulici);
- 5) Faktori životnog stila (tjelesna neaktivnost, konzumacija alkohola).

Zdravstveni radnici trebaju rutinski procjenjivati faktore rizika za pad starijih osoba uključujući procjenu ravnoteže, pokretljivosti, mišićne snage, vida, upotrebe lijekova, kućnog okruženja i lične historije padova.

Medicinska sestra/tehničar u zajednici može prevenirati padove starijih osoba savjetujući im sljedeće: tjelesnu aktivnost (aerobne vježbe, vježbe snage, ravnoteže i istezanja), prepoznavanje lijekova u terapiji koji mogu izazvati pad (sedativi, antihipertenzivi i dr.), modificiranje sigurnosti u kući (uklanjanje klizavih tepiha, postavljanje ručki uz stepenice i u kupatilu, bolje osvjetljenje), modificiranje prilaza u kući i stanu, provjeru vida i sluha i korekciju (naočale, operacije, slušni aparati), odgovarajuću obuču, održavanje higijene i njege stopala, uz edukaciju i podizanje svijesti o problemu. Osim toga, trebaju redovno pratiti starije osobe kako bi evidentirale njihov napredak, ponovno procjenjivale faktore rizika za pad i po potrebi prilagodile planove zdravstvene njege. Provodeći ove aktivnosti, medicinske sestre/tehničari u zajednici imaju ključnu ulogu u promoviranju sigurnosti, neovisnosti i dobrobiti među starijim osobama, sprječavanju padova i minimiziranju utjecaja povreda povezanih s padovima.

2.2.10. Zanemarivanje i zlostavljanje starijih osoba

Zanemarivanje i zlostavljanje starijih osoba javlja se u više različitih oblika. Mogu se dešavati u privatnim domaćinstvima, kao i u privatnim i javnim ustanovama za smještaj starijih osoba. Nasilje nad starijim osobama može biti djelo činjenja ili nečinjenja, namjerno ili nenamjerno. Prevalencu nasilja nad starijim teško je odrediti iz brojnih razloga, od kojih je najvažniji neprijavlivanje, ali se generalno smatra da se ona kreće oko 3%. Počinitelji su najčešće djeca i to sinovi, unuci, supružnici i druge osobe.

Oblici zlostavljanja starijih osoba su sljedeći:

1. Fizičko nasilje;
2. Psihičko nasilje;
3. Ekonomsko nasilje (uzimanje novca, iskorištavanje, eksploatacija, korištenje resursa);
4. Seksualno nasilje;
5. Zanemarivanje u porodici ili ustanovi:
 - a. Aktivno (svjesno i namjerno),
 - b. Pasivno (nenamjerno nepružanje pomoći i njege);
6. Nepružanje adekvatnih usluga iz oblasti zdravstvene i socijalne zaštite;
7. Nepružanje pomoći tokom rata i vanrednih situacija.

Namjerno i nenamjerno zanemarivanje jedan je od najčešćih oblika zlostavljanja starijih osoba i podrazumijeva izostanak pružanja potrebne njege, pomoći ili podrške kako bi se zadovoljile osnovne potrebe starije osobe, kao što su hrana, sklonište, odjeća, higijena, medicinska njega i sigurnost. U pet prioriteta UN-ove decenije zdravog starenja 2021-2030. spada i prevencija, prepoznavanje i reagiranje na zlostavljanje starijih osoba.

Starije osobe, također, mogu doživjeti samozanemarivanje, gdje ne zadovoljavaju osnovne vlastite potrebe zbog tjelesnih ili mentalnih oštećenja, zloupotrebe opojnih droga ili socijalne izolacije.

Različiti faktori doprinose riziku od zanemarivanja i zlostavljanja starijih osoba, uključujući stres i izgaranje njegovatelja, socijalnu izolaciju, ovisnost o drugima, kognitivno oštećenje, fizičku krhkost i finansijsku ranjivost. Karakteristike njegovatelja, kao što su zloupotreba opojnih droga, problemi s mentalnim zdravljem, historija nasilja i nedostatak znanja ili resursa za njegu, također, mogu povećati rizik od zlostavljanja. Zanemarivanje i zlostavljanje starijih osoba može imati pogubne posljedice, uključujući tjelesne povrede, emocionalnu traumu, gubitak autonomije, finansijsko iskorištavanje, pogoršanje zdravlja i povećan rizik od prerane smrti. Žrtve zlostavljanja mogu osjetiti sram, strah, krivnju i bespomoćnost, što može dodatno pogoršati njihovu patnju i izbjegavanje da potraže pomoć. Sprječavanje zanemarivanja i zlostavljanja starijih osoba zahtijeva kompleksni pristup koji uključuje podizanje svijesti, obrazovanje, skrining, rano otkrivanje, intervenciju i usluge podrške. Zdravstveni i socijalni radnici, ustanove za provođenje zakona, pravni zagovornici i organizacije lokalne zajednice igraju ključnu ulogu u identificiranju i rješavanju slučajeva zlostavljanja starijih osoba. Strategije prevencije i intervencije uključuju provođenje zakona o obaveznom izvještavanju, pružanje obuke za njegovatelje i zdravstvene radnike, promociju mreža socijalne podrške i uspostavu usluga zaštite starijih osoba i telefonskih linija za pomoć.

Ključne poruke:

Medicinske sestre/tehničari u zajednici igraju višestruku ulogu u promociji zdravlja, dobrobiti i dostojanstva starijih osoba, olakšavaju starenje pojedinaca i poboljšavaju kvalitet života starijih osoba u njihovim zajednicama.

Medicinske sestre/tehničari u zajednici služe kao zagovornici prava pacijenata starije dobi, koordinirajući zdravstvenu njegu s drugim zdravstvenim radnicima, socijalnim uslugama i resursima zajednice kako bi se osigurao kontinuitet zdravstvene njege i holistička podrška starijim osobama koje žive samostalno ili u ustanovama za dugotrajnu njegu.

Medicinske sestre/tehničari u zajednici procjenjuju sigurnost kućnog okruženja, eventualne opasnosti i daju preporuke za sprječavanje padova, koji su značajan rizik za starije odrasle osobe.

Reference:

1. Strategija socijalnog uključivanja Federacije Bosne i Hercegovine za period 2021-2027. [Internet]. [citirano 2024 Mar 3]. dostupno na: <https://www.unicef.org/bih/media/6491/file/>
2. Strategija socijalnog uključivanja Federacije Bosne i Hercegovine za period 2021-2027.pdf
3. Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, br. 46/10 i 75/13).
4. Porodični zakon Federacije Bosne i Hercegovine, („Službene novine Federacije BiH“, br. 35/05 i 31/14).
5. Jatić Z. et al. PRAKTIKUM porodične medicine, Medicinski fakultet, Dobra knjiga, Sarajevo: 2021.
6. Smajkić A, Rudić A, Račić M, Jatić Z, Černi-Obrdaj E, et al. Organizacija i praksa obiteljske/porodične medicine. Sarajevo: Šahinpašić; 2013.

Pitanja za završni ispit:

1. Koji je najčešći tip demencije?
2. Koliko osoba starijih od 65 godina svake godine u svijetu doživi pad?
3. Koji je najčešći oblik zlostavljanja starijih osoba?

2.3. Ljudi i bolest

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Ljudi i bolest	– Predavanje – 45 minuta – Diskusija – 15 minuta

2.3. Ljudi i bolest

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- definirati pojam zdravlja i bolesti;
- povećati nivo znanja o historijskom razvoju i uzrocima bolesti, te socijalnom aspektu bolesti;
- navesti grupne odrednice poremećaja ponašanja;
- navesti metode osnaživanja pacijenta i porodice;
- biti podrška porodici u ostvarivanju prava na zdravstvenu i socijalnu zaštitu.

Sadržaj:

Bolest nije samo biološka pojava nego i psihološki i socijalni fenomen. Bolest često dovodi do promjena u uobičajenom načinu života, ograničava učešće bolesne osobe u životu, porodici i društvu i dovodi do većeg ili manjeg stepena socijalne izolacije.

Bolesti nastaju kao posljedica naslijeđenih svojstava organizma, individualnog psihomotornog razvoja, aktuelnog oštećenja i socijalnih uvjeta. Bolest može biti akutna i hronična. Hronične i duševne bolesti umnogome utječu na kvalitet života, te mogu dovesti čak i do invaliditeta, nemogućnosti komuniciranja, racionalnog razmišljanja, obavljanja svakodnevnih aktivnosti, brige o samom sebi i okolini. Bolešću se mijenja socijalni status oboljelog, što ima negativne implikacije na njegovu ličnost, ali i porodicu. Posebnu pažnju treba obratiti na osobe s mentalnim oboljenjima, s poenti- ranjem podrške porodici kako bi involvirali pacijenta i zajednički u timu s pacijentom i porodicom prevazišli problem.

2.3.1. Definicije zdravlja i bolesti

Koncepti zdravlja i bolesti su osnov za naše razumijevanje i djelovanje u medicini i zdravstvenoj njezi. Zdravlje je stanje potpunog tjelesnog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili slabosti. Ova definicija, koju je predložila Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) 1948. godine, naglašava da je zdravlje više od puke odsutnosti bolesti; obuhvata sveukupnu dobrobit pojedinaca, uključujući njihovu fizičku, mentalnu i društvenu dimenziju. Zdravlje se može posmatrati kao dinamično i višestruko stanje na koje utječu različiti faktori, uključujući genetiku, stil života, okoliš, socioekonomski status i pristup zdravstvenoj zaštiti. Karakterizira ga sposobnost efikasnog funkcioniranja i prilagođavanja promjenjivim okolnostima, održavanja dobrih odnosa, ispunjenje ciljeva i interesa, te doživljavanje osjećaja svrhe i zadovoljstva u životu. Zdravlje nije statično stanje, već kontinuum koji može fluktuirati tokom vremena, pod utjecajem unutrašnjih i vanjskih faktora. Postizanje i održavanje optimalnog zdravlja često zahtijeva holistički pristup koji se bavi fizičkim, psihološkim, društvenim i okolišnim dimenzijama dobrobiti.

Bolest se odnosi na specifično abnormalno stanje koje negativno utječe na strukturu ili funkciju jednog ili više dijelova tijela, što dovodi do simptoma oštećenja ili neugodnosti. Bolesti mogu biti uzrokovane različitim faktorima, uključujući patogene faktore (kao što su bakterije, virusi ili paraziti), genetske abnormalnosti, toksine iz okoliša, faktore načina života (kao što su neadekvatna ishrana, nedovoljna tjelesna aktivnost i zloupotreba supstanci) i osnovna medicinska stanja. Bolesti se mogu manifestirati u širokom rasponu oblika, od akutnih bolesti s iznenadnim početkom i kratkim trajanjem do hroničnih stanja koja dugo traju. Mogu utjecati na bilo koji organski sistem ili tjelesnu funkciju i mogu varirati u težini od blagih do opasnih po život. Klasifikacija i dijagnoza bolesti često uključuje prepoznavanje karakterističnih znakova i simptoma, provođenje medicinskih testova i slikovnih dijagnostičkih testova te razmatranje faktora kao što su pacijentova historija bolesti, faktori rizika i odgovor na liječenje. Strategije liječenja i upravljanja bolestima mogu uključivati lijekove, operacije, promjene načina života, rehabilitaciju i suportivnu njegu, ovisno o specifičnom stanju i njegovim osnovnim uzrocima.

Zdravlje i bolest predstavljaju suprotna stanja, pri čemu zdravlje obuhvata širi koncept općeg blagostanja, a bolest se odnosi na specifična patološka stanja koja remete normalne tjelesne funkcije.

2.3.2. Mitovi o uzrocima bolesti i tretmanima

Mitovi o uzrocima bolesti i liječenju i dalje postoje u različitim kulturama i društvima, često potaknuti dezinformacijama, nesporazumima, kulturološkim uvjerenjima i historijskim običajima. Iako neki od ovih mitova mogu proizaći iz opažanja ili anegdotskih dokaza, oni nisu potkrijepljeni naučnim dokazima.

Ovdje navodimo najčešće mitove o bolestima ili liječenju:

1. Bolesti su uzrokovane prokletstvima ili nadnaravnim silama

U nekim kulturama, bolesti se pripisuju prokletstvima, zlim duhovima ili nadnaravnim silama. Iako su kulturološka uvjerenja značajna, bolesti su primarno uzrokovane biološkim faktorima kao što su patogeni (bakterije, virusi, paraziti), genetski faktori, izloženost zagađenom okolišu i izbor nezdravog načina života.

2. Vakcine uzrokuju autizam

Ovaj mit je dobio na snazi zahvaljujući sada razotkrivenoj studiji koja je lažno povezivala vakcine, posebno vakcinu protiv morbila, zaušnjaka i rubeole (MMR) s autizmom. Brojna istraživanja nisu pronašla vjerodostojne dokaze koji podupiru ovu tvrdnju. Vakcine su sigurne i efikasne u sprječavanju zaraznih bolesti i njihovih komplikacija.

3. Antibiotici su efikasni protiv virusnih infekcija

Antibiotici su efikasni samo protiv bakterijskih infekcija, a ne protiv virusnih infekcija poput prehlade, gripe ili većine slučajeva bronhitisa. Zloupotreba antibiotika za virusne infekcije doprinosi

otpornosti na antibiotike, čineći bakterijske infekcije težima za liječenje.

4. Prirodni lijekovi uvijek su sigurni i efikasni

Iako neki prirodni lijekovi mogu imati koristi za zdravlje, nisu svi sigurni ili efikasni, a neki mogu djelovati s lijekovima ili imati štetne učinke. Bitno je savjetovati se sa zdravstvenim radnicima prije upotrebe bilo kojeg biljnog lijeka ili suplementa, posebno ako pacijent ima neke druge zdravstvene probleme ili već koristi određene lijekove.

5. Konzumacija određene hrane može izliječiti bolesti

Dok je uravnotežena ishrana ključna za cjelokupno zdravlje i može podržati imunološki sistem, niti jedna hrana ili dodatak ishrani ne može izliječiti sve bolesti. Tvrdnje da određena hrana ili dodaci ishrani mogu izliječiti ozbiljne bolesti poput raka ili HIV/AIDS-a nisu potkrijepljene naučnim dokazima.

6. Rak je zarazan

Rak nije zarazan kao obična prehlada ili gripa. Ne može se širiti povremenim kontaktom, poput dodirivanja, grljenja ili dijeljenja hrane. Rak se razvija zbog genetskih mutacija ili drugih faktora koji dovode do nekontroliranog rasta ćelija i nije uzrokovan izlaganjem nekome oboljelom od raka.

7. Nošenje uskih grudnjaka uzrokuje rak dojke

Nema naučnih dokaza koji podupiru tvrdnju da nošenje uskih grudnjaka, grudnjaka sa žicama ili grudnjaka s uskim naramenicama povećava rizik od raka dojke. Faktori kao što su genetika, porodična anamneza, dob i način života igraju značajniju ulogu u riziku od pojave raka dojke.

Uloga medicinske sestre/tehničara u zajednici u vezi s mitovima povezanim s bolestima i tretmanima uključuje edukaciju pacijenta i porodice, efikasnu komunikaciju, saradnju, kulturološku osjetljivost i korištenje resursa za osnaživanje pojedinaca i zajednica tačnim informacijama za donošenje informiranih odluka o zdravstvenoj njezi.

2.3.3. Utjecaj društvenih faktora na zdravlje i bolest

Društvene odrednice zdravlja su uvjeti u kojima su ljudi rođeni, rastu, žive, rade i stare, a koji utječu na njihove zdravstvene ishode i opću dobrobit. Te determinante oblikuju društveni, ekonomski, politički i okolišni faktori i imaju dubok utjecaj na zdravlje pojedinca i zajednica. Društvene odrednice zdravlja su: socioekonomski status, obrazovanje, zapošljavanje i radni uvjeti, stanovanje i uvjeti u komšiluku, društvena podrška i mreže, pristup zdravstvenoj zaštiti, sigurnost hrane, ishrana i izloženost okolišnim opasnostima.

Socioekonomski status, uključujući prihode, obrazovanje, zanimanje i bogatstvo, jedan je od najznačajnijih društvenih odrednica zdravlja. Viši socioekonomski status povezan je s boljim pristupom resursima kao što su zdravstvena zaštita, zdrava hrana, sigurno stanovanje i obrazovanje, što dovodi do poboljšanih zdravstvenih ishoda i nižih stopa smrtnosti. Nivo obrazovanja utječe na zdravstvene ishode na različite načine, uključujući zdravstvenu pismenost, mogućnosti zapošljavanja, nivo prihoda, pristup zdravstvenoj zaštiti i zdravstveno ponašanje. Viši nivoi obrazovanja povezani su s boljim zdravstvenim ishodima, dužim životnim vijekom i nižim stopama hroničnih bolesti. Zaposlenost, sigurnost posla, radni uvjeti i profesionalne opasnosti utječu na fizičko i mentalno zdravlje. Nezaposlenost, nesigurnost posla, niske plaće i nesigurna radna okruženja mogu doprinijeti stresu, anksioznosti, depresiji, povredama i profesionalnim bolestima. Kvalitet stanovanja, pristupačnost, stabilnost i karakteristike komšiluka također utječu na zdravstvene ishode i opću dobrobit. Pristup sigurnom, pristupačnom stanovanju, čistoj vodi, sanitarnim uvjetima i zelenim površinama promoviraju fizičko i mentalno zdravlje. S druge strane, neadekvatno stanovanje, beskućništvo, prenapučenost i izloženost opasnostima iz okoliša doprinose lošim zdravstvenim ishodima. Sistem socijalne podrške, uključujući porodicu, prijatelje, društvene mreže i veze u zajednici, igraju ključnu ulogu u zaštiti od stresa, usamljenosti i izolacije. Snažne mreže socijalne podrške povezane su s boljim mentalnim zdravljem, bržim oporavkom od bolesti i produženim životom. Pristup zdravstvenim uslugama, uključujući primarnu, sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu, lijekove i zdravstveno osiguranje, ključan je za održavanje i poboljšanje zdravstvenih ishoda. Prepreke pristu-

pu zdravstvenoj njezi, kao što su nedostatak osiguranja, finansijska ograničenja, prijevoz, jezične barijere i nedostatak zdravstvenih radnika, doprinose razlikama u zdravstvenim ishodima i pristupu zdravstvenoj zaštiti. Pristup zdravoj, pristupačnoj hrani i sigurnost hrane ključni su za održavanje optimalnog zdravlja, sprječavanje pothranjenosti, bolesti izazvanih hranom i hroničnih bolesti kao što su gojaznost, dijabetes i kardiovaskularne bolesti. Nedostatak hrane, ograničeni pristup svježim proizvodima i neadekvatna edukacija o ishrani doprinose razlikama u zdravstvenim ishodima povezanim s ishranom. Faktori okoliša kao što su kvalitet zraka i vode, zagađenje, toksini, opasni otpad i katastrofe povezane s klimom mogu utjecati na zdravstvene ishode i pogoršati postojeće zdravstvene razlike. Ranjivo stanovništvo, uključujući marginalizirane zajednice s niskim prihodima znatno je više pogođeno ekološkim nepravdama i ekološkim rizicima po zdravlje.

2.3.4. Osnaživanje pacijenta i porodice

Osnaživanje pacijenata i njihovih porodica ključno je za promociju njihove dobrobiti i osiguravanje da budu aktivni učesnici procesa zdravstvene njege. Ono uključuje prenošenje znanja, izgradnju vještina, resursa i samopouzdanja za aktivno učestvovanje u vlastitim odlukama i upravljanje u zdravstvenoj njezi. Medicinska sestra/tehničar u zajednici potiče osnaživanje pacijenta kroz edukaciju i izgradnju vještina, efikasnu komunikaciju, zajedničko donošenje odluka, informiranje, upućivanje na izvore pomoći, poštovanje autonomije, promociju zdravlja i prevenciju bolesti. Pritom, ona pruža jasne i razumljive informacije pacijentima i članovima porodice o njihovom zdravstvenom stanju, mogućnostima liječenja i procesima zdravstvene njege i omogućuje im donošenje informiranih odluka. Ona osposobljava pacijenata i porodicu potrebnim znanjem i vještinama za efikasno upravljanje njihovim zdravstvenim stanjima, pridržavanje definiranih planova liječenja i snalaženje u zdravstvenom sistemu, te im omogućuje da preuzmu aktivnu ulogu u svojoj njezi. Također, ona potiče otvorenu i transparentnu komunikaciju, povjerenje i saradnju između zdravstvenih radnika, pacijenata i njihovih porodica. To može uključivati aktivno slušanje, postavljanje pitanja i uključivanje pacijenata i porodica u rasprave o planiranju njege. Saradnja s pacijentima i njihovim porodicama u procesu donošenja odluka o njihovoj zdravstvenoj njezi omogućuje im da imaju osjećaj kontrole i vlasništva nad svojim liječenjem. Pacijenti i porodice trebaju imati pristup svojoj medicinskoj dokumentaciji, rezultatima testova i drugim relevantnim zdravstvenim informacijama, jer im to omogućuje aktivno upravljanje svojim zdravljem i učestvovanje u raspravama sa zdravstvenim radnicima.

Ključna vještina medicinske sestre/tehničara u zajednici je poštovanje autonomije i preferencija pacijenata i porodica u vezi s njihovim odlukama o zdravstvenoj njezi. Ovo poštovanje jača njihov osjećaj slobode djelovanja i dodatno ga osnažuje.

2.3.5. Medicinska sestra/tehničar u zajednici kao zagovornik prava na zdravstvenu i socijalnu zaštitu pacijenata

Medicinske sestre/tehničari u zajednici igraju vitalnu ulogu kao zagovornici prava na zdravstvenu i socijalnu zaštitu unutar svojih zajednica. One mogu educirati pojedince i porodice o njihovim pravima na zdravstvenu njegu i socijalnu zaštitu, mogu ih informirati o dostupnim uslugama i pravima, te kako im pristupiti. Time podižu svijest i osnažuju pojedince da traže svoja prava i zalažu se za sebe. Osim toga, promoviraju zdravo ponašanje i preventivne mjere za rano otkrivanje i efikasno liječenje bolesti. Baveći se osnovnim društvenim odrednicama zdravlja, kao što su siromaštvo, neadekvatno stanovanje i nedostatak pristupa obrazovanju, one doprinose ostvarivanju prava na zdravstvenu i socijalnu zaštitu. Medicinske sestre/tehničari u zajednici često rade s marginaliziranom i ranjivom populacijom, kao što su starije osobe, porodice s niskim prihodima, imigranti i osobe s invaliditetom. One se zalažu za te grupe kako bi im se osigurao jednak pristup zdravstvenim uslugama i sistemu socijalne podrške. To uključuje saradnju s organizacijama zajednice, kreatorima politika i drugim učesnicima u rješavanju sistemskih prepreka i nejednakosti.

Ključne poruke:

Zdravlje je stanje potpunog tjelesnog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti, dok se bolest odnosi na specifična abnormalna stanja koja negativno utječu na tjelesnu strukturu ili funkciju.

Zdravlje obuhvata opću dobrobit, dok bolesti uzrokuju različiti faktori poput patogena, genetike, okoliša i načina života.

Osnaživanje pacijenata i porodica uključuje edukaciju, komunikaciju, zajedničko donošenje odluka, pristup informacijama i izvorima podrške, poštovanje autonomije te obuke i izgradnju vještina za aktivno učestvovanje u njihovoj zdravstvenoj njezi.

Patronažne sestre/tehničari zagovaraju prava na zdravstvenu i socijalnu zaštitu educirajući pacijente, promovirajući zdravlje i prevenciju bolesti, zagovarajući prava ranjivih grupa, učestvujući u razvoju politika i prateći i ocjenjujući zdravstvene politike i programe.

Reference:

1. Pilav A. Sistemi zaštite zdravlja, UNSA, 2014.
2. Džubur A. i saradnici, Socijalna medicina, Medicinski fakultet, Sarajevo 2018.
3. Stanley L. Community-Based Nursing: Empowering Healthcare at the Grassroots. J Comm Pub Health Nursing. 2023;9: 451.
4. Zildžić M, Gavran L, Batić-Mujanović O, Gledo I, Alic A, Prasko S, Avdić M. Zdravstvena njega u zajednici. Zdravstveni fakultet u Zenici, Zenica, 2014. ISBN 978- 9958- 692- 10- 9.COBISS. BH-ID 21276678.
5. Smajkic A, Rudić A, Račić M, Jatić Z, Černi-Obrdaj E, et al. Organizacija i praksa obiteljske/porodične medicine. Sarajevo: Šahinpašić; 2013.

Pitanja za završni ispit:

1. Da li medicinske sestre/tehničari rade s marginaliziranom i ranjivom populacijom?
2. Da li vakcine uzrokuju autizam?
3. Da li pacijenti imaju pravo pristupa svojoj medicinskoj dokumentaciji?

2.4. Porodica

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Porodica	– Predavanje – 15 minuta – Rad u grupama (identifikacija i hijerarhija potreba) - 10 minuta – Rad u grupama (identifikacija karakteristika faza u razvoju ličnosti članova jedne porodice i igra uloga – karakteristično za razvojnu fazu porodice) - 15 minuta – Rad u grupama (Procjena porodice - Kalgarijski model: genogram i ekomapa) - 10 minuta – Rad u grupama (međusobne veze i interakcija u porodici) -10 minuta

2.4. Porodica

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- identificirati hijerarhiju ljudskih potreba po Maslowu, duhovnost, motivaciju i ljudsko ponašanje, porodične odnose, ljubav i pripadanje, te prioritete u njihovom zadovoljenju;
- nabrojati faze individualnog rasta i razvoja tokom životne dobi, uključujući i značajne prekretnice;
- nabrojati faktore koji utječu na porodične odnose;
- diskutirati o značajnim aspektima porodice;
- izvršiti procjenu porodice (Kalgarijski model: genogram i ekomapa).

Sadržaj:

Za razvoj ličnosti značajni su mnogobrojni faktori, a u ovoj nastavnoj jedinici će se posebna pažnja posvetiti ljudskim potrebama i motivima ljudskog ponašanja, te ulozi porodice. Maslowljeva teorija ličnosti i piramida ljudskih potreba objašnjavaju značaj različitih potreba, počev od fizioloških potreba do potreba za samoaktuelizacijom i samoostvarenjem. Eriksonova teorija ličnosti prikazuje kontinuirani razvoj ličnosti tokom života kroz različite faze.

Porodica je osnovni prostor za razvoj psihičkog identiteta pojedinca. U porodici se ostvaruju egzistencijalna sigurnost, podrška, ljubav, pripadanje, osjećaj lične vrijednosti, zadovoljavaju se seksualne potrebe i potrebe za potomstvom. Savremena porodica ima uloge u zadovoljavanju afektivnih potreba, formiranju sistema vrijednosti, razvijanju interpersonalnih odnosa te razvoju vještina za rješavanje konflikata. Porodica je otvoreni sistem koji karakteriziraju određeni odnosi, obrasci komunikacije, moći, hijerarhije, uloge, granice i ravnoteže. Svaka porodica prolazi kroz razvojne faze, pri čemu se može susresti s tranzicijskim i netranzicijskim krizama. Definicija porodice može varirati ovisno o kulturnom, društvenom i pravnom kontekstu. Uobičajeno, porodica je grupa osoba koje su povezane krvlju, brakom, posvojenjem ili drugim oblicima srodstva i koje dijele emocionalne veze, odgovornosti i resurse. Porodice mogu imati mnoge oblike i mogu uključivati roditelje, djecu, braću i sestre, nane, bake i djedove, tetke, ujake (dajdže), stričeve (amidže), rođake i širu rodbinu. Osim bioloških odnosa, porodice se mogu formirati i kroz pravne veze, kao što su brak, građanske zajednice ili posvojenje. Porodice se mogu sastojati od pojedinaca koji nisu biološki ili pravno povezani, ali koji dijele bliske emocionalne veze i smatraju se dijelom porodične jedinice. Za zdravstvene radnike, najbolje je da prihvate da je porodica ono što njihovi pacijenti kažu da im je porodica.

2.4.1. Hijerarhija ljudskih potreba po Maslowu, duhovnost, motivacija i ljudsko ponašanje, porodični odnosi, ljubav i pripadanje

Maslowova hijerarhija potreba poznata je motivacijska teorija u psihologiji koja ocrtava pet nivoa ljudskih potreba. Te su potrebe često prikazane kao hijerarhijski nivoi unutar piramide s osnovom fizioloških potreba, sigurnosnih potreba, potreba ljubavi i pripadnosti, potreba za poštovanjem i potreba za samoostvarenjem.

Fiziološke potrebe su najosnovniji zahtjevi za opstanak ljudi i uključuju zrak i disanje, hranu, vodu, sklonište (dom), odjeću, toplinu, spavanje i dr. Ove potrebe su bazične i služe kao primarni motivator našeg ponašanja i njihovo zadovoljenje omogućava preživljavanje.

Sigurnosne potrebe predstavljaju traženje reda, predvidljivosti i kontrole u životu. Sigurnosne potrebe mogu se ispuniti na različite načine kroz emocionalnu sigurnost, finansijsku sigurnost (posao i socijalna zaštita), zakon i red, slobodu od straha, socijalnu stabilnost, zdravlje i dobrobit.

Potrebe ljubavi i pripadnosti uključuju emocionalnu želju za međuljudskim odnosima, povezanost i osjećaj pripadnosti: pripadnost drugima, pripadnost grupi i osjećaj povezanosti.

Potrebe za poštovanjem obuhvataju želju za samopoštovanjem, prepoznavanjem i izgradnjom pozitivne slike o sebi. Ove potrebe se dijele u dvije kategorije: a) samopoštovanje (unutrašnja validacija i priznanja) i b) priznavanje i poštovanje od drugih osoba (vanjska validacija i priznanje).

Potreba za samoostvaranjem nalazi se na vrhu hijerarhije potreba i predstavlja našu težnju za ličnim rastom, kreativnošću i ispunjenjem: ostvarivanje našeg potencijala, traženje smisla i svrhe i učestvovanje u vrhunskim iskustvima. Malo ljudi u potpunosti doseže samoostvarenje, ali svi mogu imati trenutke dubokog ispunjenja i samootkrivanja.

Raspored ispunjenja ovih nivoa ljudskih potreba nije krut. Pojedinci mogu dati prednost različitim potrebama na osnovu svojih jedinstvenih okolnosti i iskustava. Na ponašanje ljudi često utječu višestruke potrebe istovremeno. Maslowova hijerarhija potreba pronalazi aplikacije u različitim oblastima, uključujući motivaciju na radnom mjestu, obrazovanje, savjetovanje i negu. U porodici, roditelji osiguravaju da su te potrebe zadovoljene za njihovu djecu. Osim puke opskrbe, roditelji stvaraju sigurno i negujuće okruženje u kojem se članovi porodice mogu osjećati emocionalno sigurno. Roditelji igraju ključnu ulogu u pružanju osjećaja sigurnosti i predvidljivosti za svoju djecu. To uključuje odnose s roditeljima, braćom i sestrama i širom porodicom. Roditelji neguju emocionalne veze, stvarajući osnovu za ljubav i pripadnost. Kada roditelji ilustriraju ove kvalitete, nadahnjuju put svoje djece prema višem samopoštovanju i ličnom rastu. Na najvišem nivou u porodici, roditelji olakšavaju samootkrivanje svoje djece, potiču kreativnost i podržavaju njihovu težnju za smislenim ciljevima. Kada se porodica ili njezini članovi prvenstveno usredotoče na rješavanje samo potreba nižih nivoa (fiziološke i sigurnosne potrebe) i zanemaruju potrebe višeg nivoa (ljubav i pripadnost, poštovanje i samoostvarenje), to može dovesti do disfunkcije unutar porodice. Tada dolazi do stagnacije u porodičnim odnosima, konflikta s nemogućnošću njegovog rješenja, usporavanja rasta i razvoja, emocionalne nepovezanosti, smanjenja otpornosti i uspostavljanja nefunkcionalnih obrazaca ponašanja i odnosa u porodici.

Uloga medicinske sestre/tehničara u zajednici u kontekstu Maslowove hijerarhije potreba je višestruka i kompleksna i prikazana na Slici 7.



Slika 7. Uloga medicinske sestre/tehničara u zajednici u kontekstu Maslowove hijerarhije potreba pacijenta

2.4.2. Model životnog ciklusa uže porodice

Postoji više modela životnog ciklusa uže porodice. Ovdje će biti razmatrana Duvallova teorija porodičnog životnog ciklusa koji ima sljedećih osam ciklusa:

1. Početna porodica (zasnivanje porodice, „svijanje gnijezda“): ova faza uključuje mlade odrasle osobe koje napuštaju svoju matičnu porodicu, vjenčaju se ili ne i osnivaju vlastito domaćinstvo.
2. Rađanje djece: tokom ove faze parovi postaju roditelji i doživljavaju radosti i izazove odgoja djece. Uključuje trudnoću, porođaj i rano roditeljstvo.
3. Djeca predškolske dobi: faza u kojoj djeca kreću ka predškolskim godinama, roditelji se fokusiraju na razvoj djece, obrazovanje i uspostavljanje rutina. Roditelji često uravnotežuju poslovne i porodične obaveze.
4. Djeca školske dobi: faza u kojoj djeca odrastaju i kreću u školu. Roditelji su aktivno uključeni u njihovo obrazovanje, izvannastavne aktivnosti i društveni razvoj.
5. Djeca tinejdžerske dobi: faza u kojoj djeca postaju adolescenti i koja donosi jedinstvene izazove. Porodice se prilagođavaju promjenljivoj dinamici, utjecajima vršnjaka i neovisnosti tinejdžera. Komunikacija i podrška su ključni.
6. Djeca napuštaju roditeljski dom (prazno gnijezdo): faza u kojoj djeca odrastaju i napuštaju dom zbog fakulteta, posla ili drugih potraga, roditelji se prilagode praznom gnijezdu. Mogu ponovno otkriti vlastite interese i hobije.
7. Roditelji srednjih godina: faza srednje, odrasle dobi roditelja koja uključuje stabilnost karijere, finansijsko planiranje i brigu o starijim roditeljima. To je vrijeme razmišljanja i ponovne procjene.
8. Ostarjeli članovi porodice: faza u kojoj se porodice suočavaju s penzijom, zdravstvenim problemima i gubitkom voljenih osoba. Bake i djedovi i održavanje društvenih veza su neophodni.

Porodični životni ciklusi nisu linearni. Porodica može preispitati određene faze ili ih doživjeti drugačije. Na razvoj svake porodice utječu kultura, vrijednosti i individualne okolnosti. Funkcionalne porodice ispunjavaju sve zadatke koje se pred njih postavljaju za vrijeme određene faze.

2.4.3. Tranzicijske i netranzicijske krize u porodici

Tranzicijske krize događaju se tokom značajnih životnih prijelaza ili promjena, narušavajući porodičnu ravnotežu i zahtijevajući međusobnu podršku i prilagođavanje članova porodice. Primjeri tranzicijskih kriza su razvod, smrt člana porodice, imigracija, formiranje sekundarnih porodica, usvajanje i

udomiteljstvo. Razvod predstavlja veliku porodičnu tranziciju s nastankom novih porodičnih uloga, suočavanjem s emocionalnim stresom i novim životnim uvjetima. Porodica prelazi iz nuklearnog u binuklearni sastav. Održavanje privrženosti između roditelja i djece može ublažiti stres. Gubitak člana porodice, također, predstavlja dubok prijelaz. Tugovanje, prilagođavanje na odsutnost i re-definiranje uloga preostalih članova porodice dio su ove krize. Formiranje novih porodica udajom majke ili ženidbom oca i spajanje s drugom djecom po očuhu ili maćehi uključuje prilagođavanje novim odnosima, ulogama i dinamici. Preseljenje u novu zemlju remeti porodične rutine, kulturne norme i društvene mreže. Djeca koja ulaze u udomiteljstvo ili bivaju usvojena doživljavaju značajne prijelaze, što utječe na njihov osjećaj pripadnosti i privrženosti.

Netranzicijske krize su neočekivani događaji koji predstavljaju izazov za stabilnost porodice. Oni nisu dio prirodnog životnog toka. Primjeri netranzicijskih kriza su bolest, invaliditet, financijske poteškoće, prirodne katastrofe, rat, izbjeglištvo, ovisnost i zloupotreba psihoaktivnih supstanci te pravni problemi. Porodice jedinstveno reagiraju na ove krize. Otpornost, strategije suočavanja i mreže podrške igraju ključnu ulogu u suočavanju s prijelaznim i neprijelaznim izazovima. Funkcionalne porodice se lakše i brže prilagođavaju ovim krizama.

2.4.4. Faze individualnog rasta i razvoja tokom životne dobi, uključujući i značajne prekretnice

Razvoj osobe odnosi se na to kako dijete raste i mijenja se tokom vremena. Rast i razvoj djece se dijeli u četiri oblasti:

1. Fizički razvoj (razvoj snage i fizičkih vještina);
2. Kognitivni razvoj (razvoj razmišljanja i rješavanje problema);
3. Razvoj jezika (razvoj vještina komunikacije i razumijevanja);
4. Socijalno-emocionalni razvoj (razvoj komuniciranja s drugima i obrada osjećaja).

Istražimo različite faze individualnog rasta i razvoja, zajedno s njihovim značajnim prekretnicama:

Razvojna dob	Trajanje	Razvojne prekretnice*
Dojenče i najranije djetinjstvo	0-2 g.	Prepoznavanje osoba, reakcije na izraze lica, osmijeh, sjedenje bez podrške i prijelaz s puzanja na poduzimanje koraka.
Malo dijete	2-3 g.	Igranje lažne igre, komunikacija s drugom djecom i slijeđenje dodijeljenih uputa. Izgovaranje imena poznatih ljudi, bacanje loptice i trčanje.
Predškolsko dijete	3-6 g.	Djeca postaju izražajnija, imenujući svoje simpatije i nesviđanja. Uče brojati do 10, prepoznati boje, recitirati dječije pjesmice i igrati se samostalno na igralištu.
Osnovna škola	6-12 g.	Vještine rješavanja problema i samopouzdanje rastu. Djeca grade bliska prijateljstva, razvijaju vlastite interese i poboljšavaju vještine čitanja.
Adolescencija	12-18 g.	Formiranje vlastitog mišljenja, doživljavaju pubertet i postaju zainteresirani za upoznavanje i seksualnost. Adolescenti dobivaju sve veću neovisnost.

Tabela 8. Faze individualnog rasta i razvoja

*Svaki pojedinac napreduje svojim tempom, ali ove prekretnice služe kao opće smjernice za tipičan razvoj.

Razvojni stadiji odraslih osoba su: rana odrasla dob (20-40 godina), srednja odrasla dob (40-60 godina) i kasna zrela dob (>60 godina). Osim ovoga, postoje i drugi okviri koji opisuju ljudski razvoj, kao što su Piagetovi stadiji kognitivnog razvoja i Eriksonove psihosocijalne faze. Njima se pruža dodatni uvid u različite aspekte rasta i ključnih etapa.

Medicinske sestre/tehničari u zajednici imaju veoma važnu ulogu u praćenju rasta i razvoja na sljedeće načine: 1) procjena razvojnih ključnih prekretnica, 2) provođenje razvojnih skrininga, 3) promocija zdravog života, 4) provođenje preventivnih programa, 5) emocionalna podrška, 6) saradnja u interdisciplinarnom timu.

2.4.5. Funkcije porodice

Porodice pružaju socijalnu podršku, njegu, emocionalnu stabilnost i druženje svojim članovima i imaju osnovnu ulogu u oblikovanju identiteta, vrijednosti, uvjerenja i ponašanja pojedinaca i služe kao primarni kontekst za socijalizaciju i razvoj. Medicinske sestre/tehničari u zajednici treba da poznaju i procjenjuju ulogu porodice u očuvanju zdravlja. Ova uloga porodice je višestruka u različitim aspektima njege, podrške i donošenja odluka o pacijentima. Ključne uloge u očuvanju zdravlja porodice su razvoj zdravih stilova života, zdravstvena edukacija, emocionalna podrška tokom bolesti i nesposobnosti, njegovanje, ohrabrivanje, redukcija stresa, razvijanje otpornosti, osiguravanje potreba, zastupanje člana porodice u zdravstvenom sistemu, dijeljenje informacija, koordinacija zdravstvene njege, pomoć u svakodnevnim životnim aktivnostima, te pomoć u donošenju odluka.

2.4.6. McMaster model funkcioniranja porodice

McMaster model porodičnog funkcioniranja, poznat i kao McMaster Family Assessment Device široko je korišten okvir za procjenu cjelokupnog funkcioniranja porodice. Ovaj model, koji su razvili David H. Olson i njegove kolege s Univerziteta McMaster u Kanadi, pruža sveobuhvatno razumijevanje porodične dinamike i identifikira područja snage i oblasti koje će možda trebati poboljšati unutar porodičnog sistema.

McMaster model naglašava šest dimenzija funkcioniranja porodice:

1. **Rješavanje problema** - ova dimenzija procjenjuje sposobnost porodice da efikasno komunicira i rješava sukobe na konstruktivan način. Zdrave porodice mogu otvoreno rješavati probleme, slušati međusobne perspektive i sarađivati na pronalaženju rješenja.
2. **Komunikacija** unutar porodice ključna je za održavanje zdravih odnosa i promociju razumijevanja. Ova dimenzija procjenjuje jasnoću, otvorenost i efikasnost komunikacijskih obrazaca unutar porodice.
3. **Uloge** se odnose na obrasce ponašanja i odgovornosti dodijeljene članovima porodice. Ova dimenzija ispituje fleksibilnost i jasnoću uloga unutar porodice, kao i mjeru u kojoj se uloge dijele i balansiraju među članovima porodice.
4. **Afektivni odgovor** odnosi se na emocionalnu podršku i empatiju koja se pruža u porodici. Ova dimenzija procjenjuje sposobnost porodice da izrazi emocije, pruži udobnost i potvrdu, te osjetljivo odgovori na međusobne potrebe.
5. **Afektivna uključenost** odnosi se na stepen emocionalne bliskosti i kohezije unutar porodice. Ova dimenzija procjenjuje nivo topline, naklonosti i intimnosti među članovima porodice, kao i mjeru u kojoj se pojedinci osjećaju povezani i cijenjeni unutar porodice.
6. **Kontrola ponašanja** odnosi se na uspostavljanje i provođenje pravila, granica i discipline unutar porodice. Ova dimenzija procjenjuje sposobnost porodice da postavi jasna očekivanja, zadrži odgovarajuće granice i upravlja ponašanjem na dosljedan i pravedan način. Pruža standardizirani alat za procjenu porodične dinamike, identifikiranje područja snaga i slabosti i usmjeravanje intervencija za promociju zdravijeg funkcioniranja porodice.

2.4.7. Faktori koji utječu na porodične odnose

Na porodični život i odnose utječu brojni međusobno povezani faktori. Najznačajniji faktori su: efikasna komunikacija, sistemi podrške, rodne i spolne razlike, porodična struktura, socioekonomski status, kulturna i vjerska uvjerenja, stilovi roditeljstva, životni događaji, mentalno i fizičko zdravlje članova porodice, zloupotreba droga i ovisnost, kriminalna historija člana porodice, skriveni problemi i tajne, mogućnost obrazovanja i zdravstvene njege, problemi u školi i na poslu, upotreba savremenih tehnologija (smartfoni, socijalne platforme, internet) i dr. U slučaju teških bolesti, nastaju dodatni problemi člana porodice, obično žene, koja njeguje bolesnika (hipertenzija, koronarna bolest, dijabetes, depresija, nesanica, umor). Njegovatelj često zanemaruje svoje zdravlje, ne posjećuje zdravstvene ustanove i ne učestvuje u preventivnim programima.

Razumijevanjem ovih faktora i njihovog utjecaja su ključni za razumijevanje porodice. Ne smije se zaboraviti da je svaka porodica jedinstvena, a ti faktori različito djeluju u različitim kontekstima.

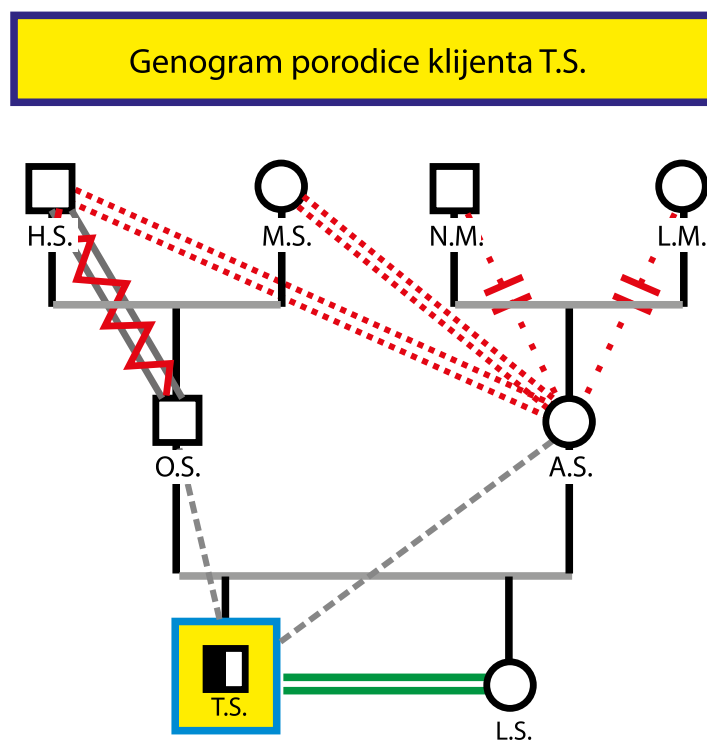
2.4.8. Značajni aspekti porodice

Porodica ima više aspekata: ljubav, podrška, povjerenje, emocionalna stabilnost, komunikacija, uloge, zajednička uvjerenja, običaji i rituali, rješavanje problema, zajedničko vrijeme, granice, fleksibilnost i prilagodljivost.

Na prvom mjestu su međusobna ljubav i podrška. U ovom aspektu članovi porodice međusobno pružaju emocionalnu podršku, brigu i ljubav, te stoje jedni uz druge u izazovnim vremenima. Povjerenje je temelj porodičnih odnosa. Efikasna komunikacija potiče razumijevanje, rješava sukobe i jača veze. Aktivno slušanje i izražavanje osjećaja su vitalni. Osjećaj sigurnosti unutar porodice pruža osjećaj pripadnosti. Odnos i pouzdanost grade snažne veze između članova porodice. Članovi porodice imaju specifične uloge i odgovornosti, što može uključivati finansijske doprinose, kućanske poslove, zdravstvenu negu i pomoć. Svaka porodica ima zajednička uvjerenja, običaje i rituale koji stvaraju osjećaj identiteta i kontinuiteta. Funkcionalne porodice pronalaze konstruktivne načine za rješavanje problema i sukoba. Veoma je značajno da porodica ima svoje zajedničko vrijeme kao što su zajednički obroci, izlasci, tjelesna aktivnost i društvene aktivnosti. Također, zdrave porodice imaju granice i poštovanje prema individualnim potrebama i privatnosti svakog svog člana. U ovome pomaže fleksibilnost i sposobnost prilagođavanja. U slučaju teže bolesti članova porodice, svi ovi aspekti posebno dolaze do izražaja.

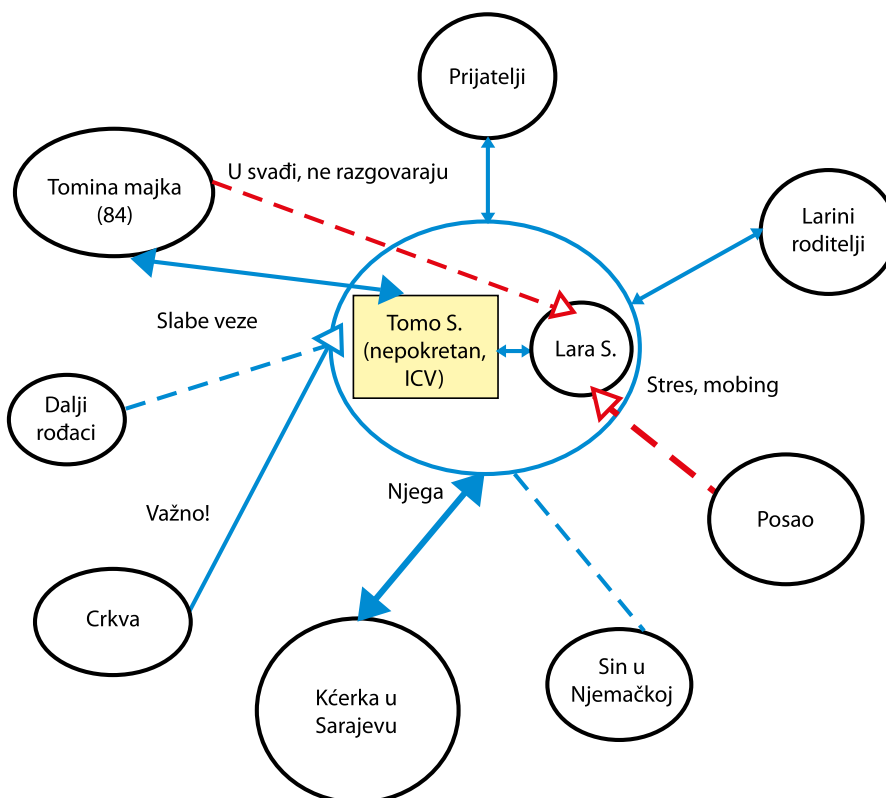
2.4.9. Procjena porodice (Kalgarijski model: genogram i ekomapa)

Calgary Family Assessment Model (CFAM) i Calgary Family Intervention Model (CFIM) vrijedni su alati koje zdravstveni radnici koriste s ciljem boljeg razumijevanja porodične dinamike. CFAM služi za procjenu i razumijevanje porodice ispitivanjem njene strukture, razvoja i funkcioniranja. Procjena strukture porodice odnosi se na sastav porodice, uloge i odnose. To uključuje izradu **genograma**, koji vizuelno predstavlja članove porodice kroz generacije. Procjena razvoja istražuje faze porodičnog životnog ciklusa, tranziciju i zadatke. Funkcionalna procjena ispituje komunikacijske obrasce, sposobnosti rješavanja problema i strategije suočavanja. Genogram je porodično stablo koje prikazuje članove porodice, njihove odnose i relevantne zdravstvene informacije. Pruža uvid u porodičnu dinamiku i međugeneracijske obrasce (Slika 8).



Slika 8. Genogram jedne porodice. Uokvireno u žutom je ishodišna osoba s simbolom prisustva mentalne ili tjelesne bolesti i prikazima međusobnih odnosa u porodici (Genogram uređen pomoću GenoPro2019).

Ekomapa ilustrira porodične veze s vanjskim okruženjem. Uključuje društvene mreže, resurse zajednice i sisteme podrške. Ekomapa pomaže u prepoznavanju prednosti i izazova u kontekstu porodice (Slika 9).



Slika 9. Ekomapa klijenata T.S. i L.S. Plave linije pozitivni odnosi i utjecaji, crvene linije negativni odnosi i utjecaji, debljina linije predstavlja snagu odnosa i utjecaja. Veličina krugova označava značaj (Ekomapa urađena pomoću Boardmix).

Calgary Family Intervention Model (CFIM) služi za planiranje intervencija za promociju porodičnog zdravlja i dobrobiti. Kružni interakcijski dijagrami prikazuju porodične interakcije, komunikacijske obrasce i petlje povratnih informacija. Oni pomažu identificirati oblasti za intervenciju i vizuelizirati porodičnu dinamiku. Intervencije su zasnovane na procjeni za poboljšanje komunikacije, promociju vještina suočavanja i rješavanje određenih zdravstvenih problema i sl.

Ključne poruke:

Medicinska sestra/tehničar u zajednici ima ključnu ulogu u praćenju ostvarivanja Maslowove hijerarhije ljudskih potreba, razvojnih ciklusa porodice, te rasta i razvoja.

McMaster model porodičnog funkcioniranja pruža sveobuhvatno razumijevanje porodične dinamike i identificira područja snage i oblasti koja će možda trebati poboljšati unutar porodičnog sistema.

Genogram je porodično stablo koje prikazuje članove porodice, njihove odnose i relevantne zdravstvene informacije. Pruža uvid u porodičnu dinamiku i međugeneracijske obrasce.

Ekomapa ilustrira porodične veze s vanjskim okruženjem. Uključuje društvene mreže, resurse zajednice i sisteme podrške.

Ekomapa pomažu u prepoznavanju prednosti i izazova u kontekstu porodice.

Reference:

1. Leahey M, Wright LM. Application of the calgary family assessment and intervention models. *Journal of Family Nursing* 2016;22:450–9. doi:10.1177/1074840716667972.
2. Duvall, E. M. *Family development*. Philadelphia, 1957 PA: Lippincott.
3. Duchscher JB, Windey M. Stages of transition and transition shock. *Journal for Nurses in Professional Development* 2018;34:228–32. doi:10.1097/nnd.0000000000000461.
4. Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
5. Mileski M, McClay R, Heinemann K, Dray G. Efficacy of the Use of the Calgary Family Intervention Model in Bedside Nursing Education: A Systematic Review. *J Multidiscip Healthc*. 2022 Jun 16;15:1323-1347.
6. Research History. (n.d.). Maslow's hierarchy of needs. [Researchhistory.org](https://www.researchhistory.org). Retrieved March 15, 2024, from <https://www.researchhistory.org/2012/06/16/maslows-hierarchy-of-needs/?print=1>

Pitanja za završni ispit:

1. Koliko ciklusa ima Duvallova teorija porodičnog životnog ciklusa?
2. U kakav razvoj ubrajamo razvoj komuniciranja s drugim osobama i obradu osjećaja?
3. Šta se nalazi na vrhu Malsowove hijerarhije potreba?

2.5. Porodica/prijatelji kao negovatelji

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Porodica/prijatelji kao negovatelji	– Predavanje – 45 minuta – Diskusija - 15 minuta

2.5. Porodica/prijatelji kao negovatelji

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- navesti ulogu porodice u sveobuhvatnoj njezi, očekivanja, mogućnosti i obaveze;
- pružiti podršku članovima porodice koji su negovatelji;
- navesti uzroke i vrste stresa kojima mogu biti izloženi negovatelji, te načine prevencije stresa.

Sadržaj:

U odnosu na vlastitu bolest, stav bolesnika može biti različit: aktivno sarađujući stav, borbeni, kapitulirajući i izbjegavajući stav, i svi su praćeni nizom različitih emocionalnih reakcija. Porodica bolesnika, također, prolazi kroz različite reakcije i periode prilagođavanja na bolest člana porodice. Stoga je značajno poznavati različite aspekte pomoći i podrške porodici za prihvatanje oboljenja i aktivno uključivanje u pružanje sveobuhvatne njege.

U procesu podrške porodici, potrebno je napraviti rehabilitacijski plan s procjenom kapaciteta porodice, plan za izgradnju resursa za pomoć i njegu i unapređenje vještina za rješavanje problema, te poticati jednako učestvovanje muškaraca i žena u obavezama njege, s obzirom na to da u većini slučajeva njegu unutar porodice pružaju žene. Za proces pružanja njege vezan je stres i sindrom sagorijevanja negovatelja, te je stoga važno savjetovanje i prevencija istih, te prepoznavanje situacija kada je neophodno uključiti članove tima centra za mentalno zdravlje (psihologa i/ili socijalnog radnika).

Uvodne napomene

Članovi porodice i prijatelji često su negovatelji osobama koje su bolesne, imaju određeni invaliditet ili su stare i krhke. Ova njega može obuhvatati niz odgovornosti kao što su pružanje emocionalne podrške i druženje, pomaganje u svakodnevnim aktivnostima, medicinska i zdravstvena njega, upravljanje finansijama i domaćinstvom, procjena i modificiranje sigurnosti u kući i koordiniranje zdravstvenih usluga. Negovatelji pružaju emocionalnu podršku i društvo svojim najmilijima, pružajući utjehu, ohrabrenje i sigurnost u teškim vremenima. Slušaju empatično, prepoznaju osjećaje i pružaju osjećaj pripadnosti i povezanosti. Često negovatelji bolesnicima koji imaju poteškoće u samostalnom obavljanju svakodnevnih aktivnosti pružaju pomoć prilikom kupanja, oblačenja odjeće, dotjerivanja, upotrebe toaleta i hranjenja. Negovatelji pomažu u mobilnosti pacijenta, transferima od kuće do zdravstvenih ustanova i nazad, organiziranju zdravstvenih pregleda, propisivanju lijekova, podjeli i primjeni terapije, pripremi obroka, kupovini, upravljanju finansijama i svim drugim praktičnim zadacima kako bi im pomogli u održavanju neovisnosti i kvaliteta života. Negovatelji identificiraju i rješavaju sigurnosne rizike u kućnom okruženju, instaliraju rukohvate, rampe ili druge pomoćne uređaje kako bi poboljšali pokretljivost i spriječili padove. Također, oni pružaju emocionalnu i mentalnu podršku svojim najmilijima, nudeći empatiju, ohrabrenje i „uho za slušanje“. Pomažu u upravljanju stresom, anksioznošću, depresijom i drugim emocionalnim izazovima i mogu pomoći u pristupu uslugama savjetovanja ili podrške, po potrebi. Oni se zalažu za potrebe i sklonosti svojih najmilijih, osiguravajući da se njihov glas čuje i poštuje u zdravstvenim ustanovama i u zajednici. I konačno, negovatelji pacijentima na kraju života pružaju utjehu, prave društvo i održavaju dostojanstvo, te pomažu u palijativnoj njezi i uslugama hospicija.

2.5.1. Rodna dimenzija pružanja zdravstvene njege

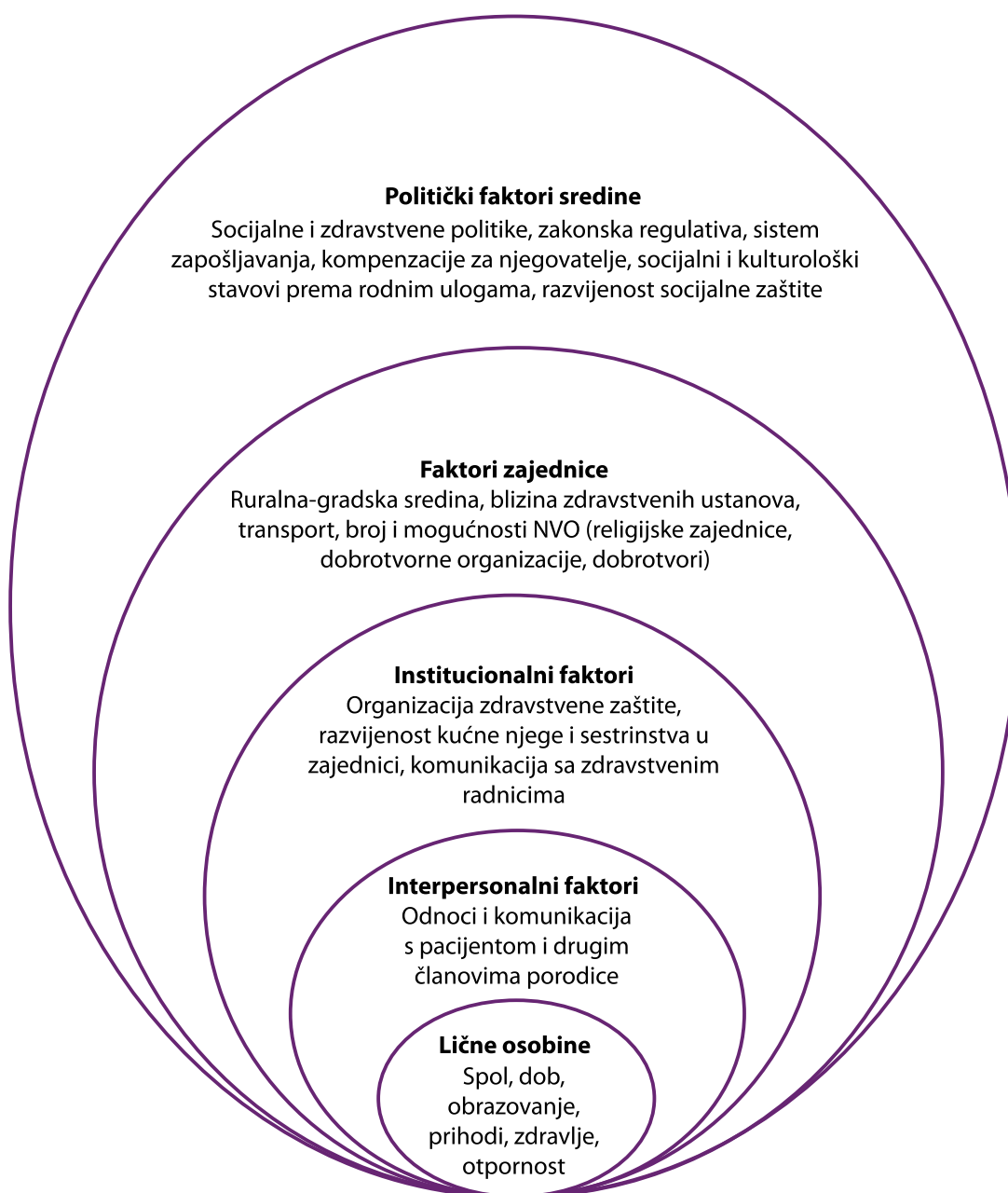
Rodna dimenzija negovanja od strane članova porodice (tzv. neprofesionalna njega, neformalna ili neplaćena njega) unutar porodice ili zajednice, značajan je aspekt dinamike zdravstvene zaštite na globalnom nivou. Tradicionalno, odgovornosti za sve oblike njege, tako i njege bolesnih članova porodice, nesrazmjerno su pale na žene, kako zbog društvenih očekivanja, tako i zbog kulturnih normi. Historijski gledano, od žena se očekivalo da ispune uloge negovatelja unutar porodice. Ova uloga duboko je ukorijenjena u tradicionalnim rodnim normama, gdje se žene smatraju prirodnim negovateljicama. Ova rodna podjela rada često dovodi do toga da žene preuzmu većinu dužnosti oko pružanja njege, bilo da se radi o djeci ili starijim članovima porodice s invaliditetom ili hroničnim bolestima. Prema podacima u Evropskoj uniji, 80% njege pružaju neformalni negovatelji, od kojih su većina žene. Neformalni negovatelji obično su supruge, kćeri srednjih godina ili snahe u dobi od 45 do 75 godina starosti. Iako je negovanje veoma pozitivna uloga, ona ima i negativne efekte na negovateljice, kao što su visok nivo stresa, fizička i emocionalna iscrpljenost, zanemarivanje profesionalnog života, poremećeni porodični i drugi socijalni odnosi, te fizičke i mentalne bolesti. Negovateljice često imaju niz fizičkih bolesti kao što su hronični umor, hipertenzija, dijabetes i muskuloskeletalna bolna stanja. Najčešći mentalni poremećaji negovatelja su anksioznost, depresija, posttraumatski stresni poremećaj i socijalna izolacija. Nerijetko negovateljice zbog stresa i umora koriste psihofarmake i supstance koje izazivaju ovisnost. Žene zbog uloge negovateljica često zanemaruju svoj profesionalni razvoj i karijeru. Politika određene zajednice treba da prepozna ovu značajnu ulogu i da omogući ženama negovateljicama (svakako i muškarcima negovateljima) fleksibilno radno vrijeme, duže godišnje odmori i plaćene porodične dopuste, jeftiniju i pristupačniju profesionalnu negu, posebno kada se radi o njezi bolesne djece i djece s invaliditetom. Posljednjih decenija u našoj zemlji mijenjaju se rodni odnosi. Muškarci sve više preuzimaju uloge u negovanju članova porodice i sve se više prepoznaje važnost zajedničkih obaveza njege unutar porodice.

2.5.2. Očekivanja porodice, mogućnosti i obaveze

Porodica i negovatelji imaju određena očekivanja od društva i zdravstvenih radnika. Prije svega, oni očekuju priznanje i poštovanje, a zatim i podršku i pristup resursima i uslugama podrške. Očekuju

da im se omogući odmor i predah, podrška na radnom mjestu (duži odmori i plaćeni dopusti, fleksibilno radno vrijeme), finansijska nadoknada za njegovanje, besplatna ortopedska pomagala, lijekovi, medicinsko-sanitetske sprave i materijali, zdravstvena i psihološka savjetovanja pojedinačno ili putem grupe i osposobljavanje za ulogu njegovatelja.

Od medicinskih sestara/tehničara u zajednici i drugih zdravstvenih radnika posebno se očekuju pravovremene i tačne informacije o zdravstvenom stanju bolesnika i modalitetima zdravstvene zaštite i njege, kao i edukacija o potrebnim vještinama za njegovanje (kupanje bolesnika, promjena položaja, prevencija dekubitusa, presvlačenje, hranjenje u krevetu i dr.), emocionalna podrška, savjetovanje o korištenju resursa u zajednici i zajedničko planiranje njege. Ključno je da zajednica i zdravstveni radnici ispune ta očekivanja kako bi podržali njegovatelje da pruže kvalitetnu njegu svojim članovima porodice. Na Slici 10. su prikazani faktori koji utječu na njegovatelje i kvalitet njegovanja.



Slika 10. Socijalni i ekološki model faktora koji utječu na njegovatelje (Modificirano prema Molassiotis A, Wang M. *Understanding and Supporting Informal Cancer Caregivers*. *Curr Treat Options Oncol*. 2022 Apr;23(4):494-513.)

2.5.3. Podrška negovatelja (podučavanje negovatelja u segmentu njege, predah u njezi, stres negovatelja – fizički/mentalni/emotivni)

Brojne obaveze prilikom negovanja bolesnog člana porodice često donose negovateljima brojne fizičke i mentalne probleme i bolesti, emocionalnu iscrpljenost i finansijske poteškoće. Zbog uloge negovatelja, nerijetko postaju socijalno izolirani i zanemareni od strane rodbine i prijatelja. Još češće, oni sami prihvataju ulogu „žrtvenog janjeta“ i zanemaruju svoje zdravstvene i sve druge potrebe. Veoma je važno da svi zdravstveni radnici prepoznaju i priznaju važnu ulogu koju članovi porodice i prijatelji imaju kao negovatelji, uz poštovanje stručnosti, znanja i predanosti negovatelja za dobrobit svojih najmilijih.

Uloga medicinske sestre/tehničara u zajednici je da pomogne negovatelju da uzme predah te brine i o samom sebi, da traži podršku od drugih članova porodice, prijatelja ili zajednice. Negovatelju treba pomoći da prevlada različite forme stresa i opterećenja tokom napornog rada za dobrobit i poboljšanje kvaliteta života bolesnog člana porodice. Medicinska sestra/tehničar u zajednici na različite načine, a prije svega posmatranjem, razgovorom i pregledom, procjenjuje fizičko i mentalno zdravlje negovatelja, nivo stresa, finansijske probleme, socijalnu izolaciju, gubitak identiteta, probleme u porodičnim ili profesionalnim odnosima i, konačno, sindrom izgaranja (burnout syndrome). Negovatelje treba ohrabriti da redovno idu na ljekarske preglede i da redovno uzimaju svoju terapiju, ako im je već propisana. U slučaju bolesti, trebaju o tome upoznati nadležnog porodičnog ljekara ili članove centra za mentalno zdravlje, kako bi se uključili u pružanje pomoći negovatelju. Posebno je značajna pomoć u domenu edukacije i pružanja informacija negovateljima u planiranju i organizaciji zdravstvene njege bolesnog člana porodice.

Opterećenje negovatelja se može mjeriti brojnim upitnicima kao što su Zarit Burden Interview (ZBI), Caregiver Strain Index (CSI), Caregiver Reaction Assessment (CRA) i Modified Caregiver Strain Index (MCSI). Objektivni načini mjerenja opterećenja negovatelja su fiziološki pokazatelji stresa (nivo kortizola), vrijednosti krvnog pritiska i glukoze u plazmi, obrasci spavanja ili aktivnosti negovatelja (npr. sati provedeni u pružanju njege).

Ključne poruke:

Prema podacima u Evropskoj uniji, 80% njege pružaju neformalni negovatelji, od kojih su većina žene (supruge, majke, kćeri, snahe).

Ngovatelji imaju značajna fizička, emocionalna, socijalna, profesionalna i finansijska opterećenja.

Medicinska sestra/tehničar u zajednici na različite načine, a prije svega posmatranjem, razgovorom i pregledom, procjenjuje fizičko i mentalno zdravlje negovatelja, nivo stresa, finansijske probleme, socijalnu izolaciju, gubitak identiteta, probleme u porodičnim ili profesionalnim odnosima i, konačno, sindrom izgaranja.

Od medicinskih sestara/tehničara u zajednici posebno se očekuju pravovremene i tačne informacije o zdravstvenom stanju bolesnika i modalitetima zdravstvene zaštite, kao i edukacija o potrebnim vještinama negovanja (kupanje bolesnika, promjena položaja, prevencija dekubitusa, presvlačenje u krevetu i dr.), emocionalna podrška, savjetovanje o korištenju resursa iz zajednice i zajedničko planiranje njege.

Reference:

1. Molassiotis A, Wang M. Understanding and Supporting Informal Cancer Caregivers. *Curr Treat Options Oncol*. 2022 Apr;23(4):494-513. doi: 10.1007/s11864-022-00955-3.
2. Zildžić M, Gavran L, Batić-Mujanović O, Gledo I, Alic A, Prasko S, Avdić M. Zdravstvena njega u zajednici. Zdravstveni fakultet u Zenici, Zenica, 2014. ISBN 978- 9958- 692- 10- 9.COBISS. BH-ID 21276678.
3. Smajkic A, Rudić A, Račić M, Jatić Z, Černi-Obrdalj E, et al. Organizacija i praksa obiteljske/porodične medicine. Sarajevo: Šahinpašić; 2013.
4. Blogposts (2018) The age and gender dimension of informal caregiving, Ageing Equal. Available at: <https://ageing-equal.org/age-and-gender-dimension-of-informal-caregiving/> (Pristupano: 23.01.2024).
5. Kim, A., Woo, K. Gender differences in the relationship between informal caregiving and subjective health: the mediating role of health promoting behaviors. *BMC Public Health* 22, 311 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12612-3>
6. Sun V, Raz DJ, Kim JY. Caring for the informal cancer caregiver. *Curr Opin Support Palliat Care*.2019;13(3):238–42. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000438>.

Pitanja za završni ispit:

1. Koliko je žena neformalnih negovatelja u Evropskoj uniji?
2. Koji su efekti negovanja oboljelog člana porodice na zdravlje neformalnih negovatelja?
3. Kako medicinska sestra/tehničar u zajednici može pomoći negovateljima u smislu olakšanja njege pacijenata?

2.6. Suočavanje s tugom i smrću

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Suočavanje s tugom i smrću	– Predavanje – 20 minuta – Rad u grupama (prikaz četiri slučaja bolesnika u terminalnoj fazi bolesti – napraviti plan edukacije porodice i njegovatelja) - 30 minuta – Izvještavanje, diskusija i zaključci - 10 minuta

2.6. Suočavanje s tugom i smrću

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- identificirati stadije žalovanja i stanje umirućeg bolesnika po Kübler-Rossu (šok, poricanje, ljutnja, prihvatanje i tuga);
- napraviti plan edukacije porodice i njegovatelja o stanju pacijenta i njihovom ponašanju u prisustvu umirućeg pacijenta;
- napraviti plan posjete i savjetovanja ožalošćene porodice i prijatelja kako da se nose s tugom i gubitkom;
- identificirati značaj poštovanja određenih rituala kod ožalošćene porodice, njihove kulturološke i vjerske običaje;
- učestvovati u izradi plana podrške porodici i prijateljima od strane multidisciplinarnog tima.

Sadržaj:

Pacijenti imaju pravo da budu potpuno informirani o svom zdravstvenom stanju, uključujući i medicinske činjenice, neophodne medicinske procedure, potencijalne rizike i dobrobiti svake od njih, te alternative koje se mogu primijeniti. Informacija se može „sakriti“ od pacijenta ako bi predstavljala težak udarac. Neophodna je saradnja s ljekarom porodične medicine u davanju ovih informacija pri prvim posjetama patronažne sestre/tehničara.

Ukoliko se informacija saopćava, onda je treba saopćiti na način koji je pacijentu prihvatljiv i razumljiv. Pacijenti imaju pravo da ne budu informirani ako to zahtijevaju, a također mogu da biraju ko će biti informiran umjesto njih, odnosno u njihovo ime, ako takva osoba postoji. Pacijentima treba osigurati mogućnost da dobiju i drugo mišljenje.

Postoji nekoliko potencijalnih problema u saopćavanju loših vijesti pacijentu i porodici: odlučiti se šta reći, saopćiti rođacima i porodici, objasniti značenje simptoma, koordinirati komunikaciju u profesionalnom timu i dr. Ukoliko u zajednici postoji služba palijativne njege, obavezna je komunikacija s osobljem iste, ukoliko ne, postupa se prema nalogu ljekara porodične medicine.

2.6.1. Pet stadija žalovanja po Kübler-Ross

Kübler-Ross je smatrala da postoji veliki nedostatak sadržaja vezanog uz smrt i umiranje na medicinskim fakultetima. Stoga je razvila vlastiti program kroz niz seminara, koji je s njenim prijašnjim istraživanjima doveo do pisanja knjige. Prvobitno, teoriju je bazirala samo na pacijentima u terminalnoj fazi bolesti, ali je kasnije shvatila da se teorija može primijeniti na bilo koje iskustvo gubitka i proces žalovanja, kao što su smrt voljene osobe, razvod, ovisnost, prekid veze i slično. Također, tvrdila je da stadiji ne moraju biti potpuni niti da se moraju odvijati navedenim hronološkim redom, a isto tako da čovjek ne mora proći kroz sve stadije. Zapravo je reakcija na bolest, smrt ili gubitak jedinstvena, kao i sama osoba koja je doživljava, a neki ljudi mogu zapeti u jednom od stadija.

Pet stadija žalovanja po Kübler-Ross:

Negiranje – uglavnom prva emocionalna reakcija nakon dijagnosticiranja bolesti. Iskazuje se u neprihvatanju dijagnoze i traženju drugog mišljenja. Negiranje može umanjiti početni šok i pomoći pacijentima da nastave svakodnevne aktivnosti. Pacijentu je potrebno pružiti relevantne i istinite informacije o bolesti, usmjeriti ga na budućnost i konkretiziranje ciljeva izvan zdravstvenog okruženja.

Bijes/ljutnja – javlja se spoznaja o gubitku na kojeg pacijenti često emotivno reaguju. Dolazi do idealizacije izgubljenog. Za ovu fazu je karakteristično pitanje: „Zašto ja?“. Ljutnja može biti usmjerena na porodicu, zdravstvene radnike, ali i na sve zdrave ljude. Pacijentima će se pomoći poticanjem na preuzimanje odgovornosti za vlastito ponašanje i spremnost da traže i prihvate pomoć. U savladavanju ljutnje i agresije, korisnim su se pokazale tehnike relaksacije. Često već tokom ove faze dolazi do depresije.

Pogodba/pregovaranje – pacijenti pokušavaju odgoditi zahtjeve bolesti. Cjenkanje se uglavnom odnosi na pitanje može li pacijent nekim postupkom ili promjenom u stilu života nadomjestiti gubitak zdravlja. U tom periodu je potrebno u komunikaciji s pacijentom koristiti parafraziranje irefektivne tehnike kako bi pacijent osvijestio i realno analizirao svoje želje u sigurnom okruženju. Važno je i informirati pacijenta o bolesti kako bi bio što bolje upoznat sa svim aspektima bolesti.

Depresija/tuga – depresivno raspoloženje prisutno je kroz cijeli proces žalovanja, pacijent svoje stanje vidi kao beznadno i svoj dalji život besmislenim. Potrebno je ohrabrivati verbalizaciju pacijentovih osjećaja, te pomoći u definiranju smislenih ciljeva.

Prihvatanje/prilagođavanje – pacijent shvata da je dijagnoza prisutna i da treba svoje resurse usmjeriti prema kontroli svog stanja. Pacijent postaje manje zaokupljen izgubljenim, a povećava se njegova zainteresiranost za aktivnosti svakodnevnog života.

2.6.2. Svjesnost pacijenta, porodice i njegovatelja o pacijentovom stanju

Nakon kompletne procjene, patронаžna sestra/tehničar izrađuje plan aktivnosti koje će provoditi s pacijentom i njegovom porodicom. U aktivnosti se, pored obaveznih intervencija koje se odnose na apliciranje lijekova, pružanje informacija o trenutnom stanju pacijentu i njegovoj porodici, treba uvrstiti i savjetovanje pacijenta i njegove porodice. Psihološko razumijevanje ljudskog ponašanja, emocija i misaonih procesa igra značajnu ulogu u pružanju cjelovite i holističke njege pacijentima. U procesu žalovanja, medicinska sestra/tehničar ima značajnu ulogu. Kvalitetna komunikacija s porodicom toekom bolesti i nakon pacijentove smrti treba biti kontinuirana. Porodici preminulog bolesnika je potrebna podrška u prihvatanju gubitka, izražavanju osjećaja i emocionalnom opraštanju od preminule osobe. Potrebno je pustiti i potaknuti osobu koja žaluje da se isplače i izrazi svoje trenutne osjećaje. Podrška koju će porodica dobiti od cijelog palijativnog tima je od velike važnosti za sve. Osim psihološke podrške, porodici je potrebno dati pisane materijale vezane za žalovanje, kako bi se i sami dodatno educirali o fazama koje ih očekuju. Žalovanje se smatra teškim i bolnim procesom, s ciljevima, vremenom trajanja i ishodom. Cilj je da se osoba koja žaluje suoči s gubitkom, osjećajno odvoji od umrle osobe, duhovno iscijeli i prilagodi na život bez bliske

osobe. Trajanje žalovanja je individualno i ne ograničava se vremenski. Ishod žalovanja bi trebao biti oporavak od gubitka, što uključuje prihvatanje, integraciju uspomena, saznanje o promjeni i nastavak življenja. Ako su poteškoće vezane za žalovanje brojne i dugotrajne i žalovanje se ne odvija u smjeru oporavka, dolazi do patološkog ili produženog žalovanja i osobu je potrebno uputiti na stručnu pomoć. Za početak, samo suočavanje sa smrtonosnom dijagnozom je težak proces, a medicinska sestra/tehničar često učestvuje u istom. Osim verbalne komunikacije, bitna je i neverbalna. Saopćavanje loših vijesti težak je proces koji je potrebno unaprijed isplanirati. Način kojim će medicinska sestra/tehničar saopćiti lošu vijest može utjecati na bolesnika i na njegove reakcije. Faze prihvatanja koje će bolesnik proći su dugotrajne, ali su potrebne kako bi bolesnik prihvatio bolest i eventualno, skoro smrt.

Medicinske sestre/tehničari kao članovi palijativnog tima najčešće su jedni od onih koji najviše bore s bolesnikom. Bolesnik ih prihvata, vjeruje im i povjerava im se. To sve vodi ka povjerenju i uzajamnoj komunikaciji zahvaljujući kojim će medicinska sestra/tehničar bolesniku moći ponuditi stručnu pomoć, ali i individualnu, holističku njegu uključujući i psihičku pomoć. Empatija i razumijevanje osnova su svake palijativne njege. Psihološke smetnje koje se javljaju kod palijativnih bolesnika su česte. Bitno ih je na vrijeme prepoznati i sestrinskim intervencijama zdravstvene njege olakšati. Iako je taj segment zanemaren, razvojem palijativne njege i kontinuiranom edukacijom, sve se više razvija svijest bolesnika, porodice, zajednice, ali i svih članova tima o potrebi psihološke podrške od strane medicinske sestre/tehničara.

2.6.3. Gubitak bližnje osobe

Suočavanje s gubitkom bliske osobe, člana porodice ili prijatelja, može biti jedan od najtežih izazova s kojim se mnogi od nas suočavaju. Gubitak se shvata kao prirodan dio života, ali i dalje možemo biti preplavljeni šokom i zbunjenošću, što dovodi do dugotrajnih perioda tuge ili depresije. Tuga obično s vremenom slabi u intenzitetu, ali tugovanje je važan proces za prevladavanje tih osjećaja i za nastavak prihvatanja vremena provedenog s voljenom osobom. Žalovanje je normalan, zdrav proces prevazilaženja gubitka (smrt bliske osobe, nestanak, prestanak odnosa i sl.) s ciljem usklađivanja unutrašnjeg i vanjskog stanja s novonastalom realnošću. Intenzitet tugovanja ovisi o vrsti odnosa i stepenu bliskosti, a način i dužina žalovanja su individualni.

Kod nekih ljudi, proces žalovanja može početi neposredno nakon gubitka, preuranjeno (npr. kad porodica zna da će bolesni član umrijeti) i odgođeno (nakon izvjesnog vremena od gubitka). Prevazilaženje znači proživljavanje boli i frustracija koje gubitak neminovno donosi i suočavanje s prazninom koja nastaje gubitkom. Žalovanje završava onda kada, prisjećajući se gubitka, osoba osjeća malo ili nimalo boli, kad nauči živjeti s gubitkom, kad prestane živjeti u prošlosti i uspijeva živjeti u sadašnjosti sa svojim bližnjima koji su tu.

Osoba može neutješno i ničim izazvana početi plakati, žaliti se na samoću i istovremeno izražavati želju da bude sama, biti rastresena, nezainteresirana za svakodnevne aktivnosti ili pak kompulzivno raditi. Proces žalovanja obično završava u vremenu do dvije godine nakon gubitka, kad osoba nauči živjeti s gubitkom i vrati se svojoj realnoj svakodnevnici.

U odnosu na psihološke potrebe, proces procjene nastoji odrediti normalne psihološke funkcije na koje utječe trenutni zdravstveni status, s ciljem identificiranja specifičnih psiholoških potreba. Neophodno je i svakodnevno praćenje pacijentovog stanja u svim aktivnostima, te pravovremeno predviđanje problema i postupaka za njihovo rješavanje.

Psihološka procjena započinje prikupljanjem sljedećih podataka:

- biografski/demografski podaci – datum i mjesto rođenja, stepen obrazovanja, podaci o užoj porodici, bračni status, interesi, hobiji;
- procjena fizičkog izgleda – pokazatelj psihičkog stanja (dotjeranost, zapuštenost, stav, mimika);
- procjena kognitivnog statusa – obuhvata procjenu intelektualnih sposobnosti, procjenu verbalnog pamćenja, sposobnosti zadržavanja pažnje, procjenu koncentracije;
- socijalna procjena – obuhvata procjenu neformalne socijalne podrške (stepen socijalne po-

-drške od članova uže porodice, prijatelja, susjeda s kojima je pacijent u bližim odnosima).

Nadalje, psihološka se procjena, osim opažanja, te primjenom intervjua, vrši i korištenjem psiholoških testova i upitnika. Kako bi se odredila prisutnost depresije ili anksioznosti, može se koristiti Upitnik općeg zdravlja (General Health Questionnaire, Goldberg, Huxley) te Bolnička skala anksioznosti i depresije 39 (Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond, Snaith 1983). Iako se od medicinskih sestara/tehničara ne očekuje da identificiraju ili dijagnosticiraju psihičke bolesti, važno je tačno prepoznati postojanje anksioznosti ili depresije jer su to praktično svakodnevne emocije u kontekstu zdravstvene njege.

2.6.4. Posjete i savjetovanje ožalošćenih

Pojam „savjetovanje“ primjenjuje se na raznovrsne načine, ali jedna od dimenzija tog pojma se svakako odnosi na ljude koji pružaju savjetodavne usluge. Praktično svi savjetovatelji smatraju da je za efikasan rad s pacijentom ključan dobar savjetodavni odnos te da su za uspostavu takvog odnosa potrebne tzv. „sržne osobine“ savjetovatelja kao što su empatijsko razumijevanje, prihvatanje pacijentovih mogućnosti da upravlja svojim životom, te kongruentnost ili autentičnost.

Janković (2004) savjetovanje definira kao metodu pružanja pomoći trenutno neuspješnim osobama u njihovom ličnom rastu, razvoju, sazrijevanju i prilagođavanju životnim uvjetima radi njihovog osposobljavanja za samostalno rješavanje aktualnih i budućih problema. Dakle, savjetovanje je proces, a ne jednokratna aktivnost i iziskuje kombinaciju vještina, vlastitih kvaliteta i postupaka. Iako medicinska sestra/tehničar nije terapeut, osim ako je završila psihoterapijsko osposobljavanje nakon završenog studija sestrinstva, ona stručnim osposobljavanjem i formalnim visokim obrazovanjem svakako stječe kompetencije koje omogućuju provođenje savjetovanja pacijenata i njihovih porodica. Nadalje, savjetovanje ima veliku važnost u okruženjima u kojima se ljudi moraju nositi s velikim promjenama ili adaptacijama: životno ugrožavajuće bolesti, stanja deformiranosti, invaliditet i gubici različitih oblika (gubitak funkcije, gubitak budućnosti, gubitak partnera ili rođaka). Savjetovanje u oblasti vještina je pristup usmjeren na osobu, kojim se pacijentima pomaže da nauče vještine samopomoći. Ovdje se odbacuje psihološka terminologija i radi se unutar jednostavnog i direktnog edukativnog okvira. Savjetovanje o životnim vještinama je usredotočeno na osobu, odnosno na raznovrsne sposobnosti i vještine koje su svim ljudima potrebne za opstanak, održavanje i unapređenje kvaliteta života. Prema Burnardu, osnovni preduvjet savjetovateljskog procesa je da pojedinac mora biti voljan učestvovati u savjetovateljskom odnosu i imati želju za promjenom, čak i ako je to samo mirenje s teškom situacijom. Prema tome, savjetovanje je izuzetno korisna aktivnost, ali inicijativa mora dolaziti od pacijenta, a ne od savjetovatelja.

2.6.5. Savjetovanje osoblja - kako se razdvojiti od porodice i prijatelja

Ključni elementi procesa savjetovanja su:

1. stvaranje pomagačkog odnosa: kreiranje okoline, komuniciranje „osnovnih uvjeta“ (kongruencija, empatija, bezuvjetno prihvatanje) – uspostava radnog odnosa;
2. istraživanje problema pomoću učestvovanja, opažanja, slušanja (uključujući parafraziranje, reflektiranje, pojašnjavanje, sažimanje) – procjena problema;
3. postizanje zajedničkog razumijevanja – postavljanje ciljeva;
4. djelovanje – odabir i primjena intervencija;
5. završavanje – završetak savjetovanja i praćenje pacijenta.

Kad jednom započne, svaka od tih faza postaje trajnim dijelom procesa te uspostava odnosa trajno ostaje na savjetovateljevu i klijentovu dnevnom redu, neovisno o tome što je dobar odnos već uspostavljen. Uspostavom pomagačkog odnosa osigurava se emocionalno okruženje u kojem će pacijent osjećati da se može otvoriti u izražavanju svojih problema. Naglasak je na uspostavi prsnog odnosa. Prsnost je priprema za pozitivan psihološki rast i razvoj, a kad je nema, vodi neželjenim, pa čak i štetnim ishodima. Druga faza obuhvata prikupljanje i svrstavanje podataka povezanih s pacijentovom situacijom i razlozima zbog kojih traži savjetovanje. Ona ovisi o savjetovateljevu

stručnom pristupu na ljudske teškoće, o faktorima povezanim s pacijentovom situacijom, o kulturnom okviru u kojem pacijent živi, te o uvjetima koje taj okvir postavlja na pacijentov pogled na svijet. U trećoj fazi neophodno je postavljanje ciljeva, kako bismo znali koliko dobro savjetovanje napreduje i kad ga treba završiti. Pacijent treba biti uključen u razmišljanje i odlučivanje o tome što će se zbivati u savjetovanju. Sljedeća faza je odabir prikladne intervencije, ovisno o teškoćama i na kraju postupno završavanje.

Specifične vještine korištene u procesu savjetovanja su opažanje, učestvovanje i slušanje. Opažanje uključuje zamjećivanje pacijentovog općeg stanja anksioznosti ili neugode, provođenje specifičnog dojma o pacijentovom kulturnom kontekstu, opažanje gesta ili pokreta koji ukazuju na emocionalne ili tjelesne disfunkcije, slušanje kako pacijent govori o svom problemu, te prepoznavanje pacijentovih verbalnih i neverbalnih komunikacijskih obrazaca. Prema tome, pažljivo opažanje pacijenta, kao osobe, ključna je komponenta u fazi procjene problema. Jednako je važno postavljanje pitanja. Postavljanje pitanja je vještina traženja pojedinosti, detalja koji se nalaze u pozadini zbivanja ili informacija koje daju smisao nekom događaju. Otvorena pitanja istražuju procese, a zatvorena nas pitanja opskrbljuju specifičnostima. Izuzetno je važna i sposobnost usmjeravanja pažnje na drugu osobu, te je to osnovni preduvjet za vještine slušanja.

Slušanje je osnovna komunikacijska vještina, ali u savjetovanju se trebamo usmjeriti na parajezik-neverbalne poruke i tišinu. Efikasno slušanje je svakako aktivno, jer slušatelj pokušava, ne samo čuti, nego i prilagoditi i percipirati ono što je preneseno kroz verbalni i neverbalni kanal. Dakle, slušatelj ne sluša samo činjenice koje sagovornik iznosi, već želi razumjeti i dodatne vrijednosti, stavove i osjećaje.

Nadalje, u procesu savjetovanja i uspješnom aktivnom slušanju potrebno je opažati neverbalnu komunikaciju pacijenta kao i osvijestiti vlastitu neverbalnu komunikaciju. Direktna neverbalna komunikacija je podjednako značajna kao i verbalna. Ponekad se takvim direktnim neverbalnim porukama vjeruje više nego verbalnim, jer se ne mogu zloupotrijebiti. Dobar dio neverbalnih poruka, kao što su somatske ili fiziološke reakcije, znakovi određenih emocionalnih stanja, reakcija na određenu situaciju, kao što su suze, tremor, mioza, nije moguće izazvati tako jednostavno kao što se može ispričati neistina. Indirektna neverbalna komunikacija, također, realizira se putem fizičkih reakcija, ali su znakovi tjelesne i fiziološke promjene trenutno ili dugoročno potisnuti. U procesu savjetovanja važno je uočiti razliku između savjetovanja koje primjenjuju psiholozi i psihoterapeuti, te korištenja vještina savjetovanja za efikasnu komunikaciju, što mogu provoditi medicinske sestre/tehničari. U svakom slučaju, smatra se da korištenje vještina savjetovanja s fizički bolesnim osobama donosi brojne pozitivne efekte koji ne mogu biti precijenjeni.

2.6.6. Kulturološki i vjerski običaji u vezi umiranja i njihov značaj

U kontekstu zdravstvene njege, procjena je skup informacija o pacijentovom zdravstvenom statusu, koje medicinska sestra/tehničar analizira, interpretira, te stvara početne procjene ili konstatacije potreba holističke njege i izrade planova za zadovoljenje tih potreba. Najbitniji način komunikacije s pacijentima i njihovim porodicama su pružanje emocionalne podrške, kao i informiranje o liječenju i bolesti. Ovakvim odnosom stvaramo povjerenje i osjećaj zadovoljstva, a ono još bitnije je smanjivanje osjećaja bespomoćnosti i tjeskobe, čak i kod terminalnih bolesti, koji su uzrokovani nedostatkom znanja i informacija o njihovom stanju. Uspješna komunikacija između medicinske sestre/tehničara i pacijenta je poželjna terapijska intervencija jer pacijentima omogućava da izraze svoje psihološke i emocionalne potrebe, postavljaju pitanja i podrazumijevaju bolju angažiranost u procesu liječenja, steknu osjećaj kontrole nad vlastitim zdravljem i liječenjem, te razviju povjerenje i poštovanje u procesu ozdravljenja. Vrlo značajno je da se medicinska sestra/tehničar upozna s religijom koju ukućani prakticiraju, kako bi mogla ispoštovati određene rituale i običaje i tako dala na važnosti njihovog identiteta i poštovanju principa življenja.

Glavne poruke:

Suočavanje s gubitkom bliske osobe, člana porodice ili prijatelja, može biti jedan od najtežih izazova s kojima se mnogi od nas suočavaju.

Tuga obično s vremenom slabi u intenzitetu, ali žalovanje je važan proces za prevladavanje tih osjećaja i za nastavak prihvatanja vremena kojeg ste proveli s voljenom osobom.

Žalovanje je normalan, zdrav proces prevazilaženja gubitka (smrti bliske osobe, nestanka, prestanka odnosa i sl.) s ciljem usklađivanja unutrašnjeg i vanjskog stanja s novonastalom realnošću.

Kübler-Ross je smatrala da postoji pet faza u adaptaciji na gubitak zdravlja i prihvatanje smrti: negiranje, bijes/ljutnja, pogodba/pregovaranje, depresija/tuga i prihvatanje/prilagođavanje.

Uloga medicinske sestre/tehničara u procesu žalovanja je da u skladu sa svojim kompetencijama i ulogom koju ima u multidisciplinarnom timu, pruži pacijentu/porodici/njegovateljima adekvatnu zdravstvenu njegu i psihološku podršku, da prepozna simptomatska ponašanja, procijeni stanje te napravi plan njege i podrške, rehabilitacije i savjetovanja.

Medicinske sestre/tehničari kao članovi palijativnog tima najčešće su jedni od onih koji najviše bore s bolesnikom.

Reference:

1. Kübler-Ross E: Razgovori sa umirućima: Zagreb, 1980.
2. V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Palijativna skrb-brinimo zajedno, Zagreb, 2014.
3. M. Ljubičić: Palijativna zdravstvena njega, Naklada Slap, 2020.
4. Five stages of grief, https://hr.wikipedia.org/wiki/Model_%22K%C3%BCbler-Ross%22, (13.03.2024).
5. Nebojša Jovanović i suradnici: Sposobnost za ljubav i rad, Beograd, 2020.
6. E. Klein, R. Gregurek: Grupna psihoterapija – za medicinske sestre i tehničare, Medicinska naklada, Zagreb, 2007.
7. J. Janković: Savjetovanje u psihosocijalnom radu, Hrvatski izdavač, Zagreb 2004.

Pitanja za završni ispit:

1. Šta je žalovanje?
2. Prema Kübler-Ross, koliko faza žalovanja postoji?
3. Koja je uloga medicinske sestre/tehničara u procesu žalovanja?

Poglavlje III

Javno zdravlje, zdravlje porodice, žene i djeteta

3.1. Epidemiologija, vakcine i kontrola infekcija

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Epidemiologija, vakcine i kontrola infekcija	– Predavanje – 60 minuta – Rad u grupama (kampanja promoviranja vakcinacije, identifikacija izvora zaraze i mjera sprječavanja širenja bolesti) - 45 minuta – Prezenteranje grupnog rada, diskusija i zaključci – 15 minuta

3.1. Epidemiologija, vakcine i kontrola infekcija

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- definirati pojam epidemije, endemije i pandemije;
- razumjeti aktuelne epidemijske i pandemijske rizike;
- objasniti značaj i pristup osnovnim statističkim podacima;
- govoriti o vrijednosti dokaza u statistici;
- objasniti povezanost dokaza i informacija u statistici za planiranje i pružanje zdravstvene njege;
- objasniti značaj aktivnog učešća pacijenta i postupanja prema higijensko-epidemiološkim mjerama;
- razumjeti značaj vakcinacije, vrste vakcina, način čuvanja i rukovanja svakom pojedinačnom vakcinom;
- razumjeti režim skladištenja vakcina – režim hladnoga lanca, skladištenja i distribucije vakcina, znati procedure i uputstva o temperaturama priručnih frižidera kao i rad sa friždžom/termometrom koji se koristi s priručnim frižiderima, poznavati dokumentaciju koja prati čuvanje hladnog lanca u zdravstvenoj ustanovi i na terenu;
- poznavati kalendar redovne vakcinacije, indikacije, kontraindikacije i nuspojave vakcina, te način aplikacije istih;
- educirati pojedinca, porodicu i zajednicu o značaju vakcinacije u skladu s kalendarom vakcinacije i indiciranom vakcinacijom (putovanje u strane zemlje), te o značaju primanja preporučenih doza vakcina u cilju potpune imunizacije, kao i o općim/lokalnim reakcijama na vakcine;
- definirati načine širenja infekcija;
- definirati mjere prevencije širenja zaraznih bolesti;
- definirati mjere samozaštite i zaštite pacijenata od širenja infekcije;
- osigurati sigurno kućno okruženje (vodosnabdijevanje, sterilizacija, odlaganje infektivnog materijala).

Sadržaj:

Epidemiologija je samostalna grana medicine koja se bavi ispitivanjem razloga nastanka i rasprostranjenosti bolesti u ljudskom društvu i korištenjem dobijenih saznanja za prevenciju i iskorjenjivanje bolesti. Procjenjuje izvore, determinante, distribuciju, kontrolu zdravlja i bolesti u ljudskoj populaciji. U osnovi, epidemiologija proučava obolijevanje ljudi i faktore koji utječu na obolijevanje. Osnovni zadatak epidemiologije je da objašnjava i predviđa epidemijske pojave procesa nastanka različitih zaraznih i nezaraznih bolesti. Osim toga, proučava i razvoj bolesti „budućnosti“, što predstavlja funkciju predviđanja epidemijskih pojava oboljenja. Epidemija predstavlja pojavu bolesti u broju koji prevazilazi njenu uobičajenu učestalost u određenoj populaciji. Za rad medicinske sestre/tehničara u zajednici važno je da bude u stanju identificirati eventualnu pojavu epidemije, te identificirati i minimizirati greške u poštovanju higijensko-epidemioloških mjera od strane pacijenta i porodice, objašnjavajući važnost poštovanja istih za zdravlje pacijenta i okoline. Planiranje i pružanje zdravstvene njege bazira se na statističkim podacima i dokazima; ključnim parametrima mjera učestalosti poremećaja zdravlja. Važna je odgovornost pri poštovanju svih smjernica, korištenje zaštitne opreme i poštovanje higijensko-epidemioloških mjera radi lične zaštite i zaštite pacijenta. Prezentira se jačanje imuniteta u borbi protiv infektivnih bolesti, koje se vrši putem imunizacije, te obaveza vakcinacije u skladu s kalendarom vakcinacije. Medicinska sestra/tehničar je uključena u proces hladnog lanca, promociju vakcinacije, aplikaciju vakcina, te praćenje pacijenta i porodice nakon vakcinacije. Prezentira se i Vogralikov lanac, te korištenje sredstava i opreme lične zaštite u cilju sprječavanja nastanka i prijenosa infekcije, s posebnim osvrtom na visoko kontagiozne virusne bolesti. Stvaranje sigurnog okruženja i odlaganje infektivnog otpada igra ključnu ulogu u epidemiologiji, jer pomaže u sprječavanju širenja infekcija i očuvanju zdravlja domaćinstava.

3.1.1. Definicija epidemije, endemije, pandemije; načini javljanja bolesti; vrste epidemija

Epidemiologija je grana medicine koja se bavi istraživanjem raspodjele bolesti na nekom području, procjenjuje izvore, determinante, distribuciju, kontrolu zdravlja i bolesti u ljudskoj populaciji. Ciljevi epidemiologije su:

- utvrđivanje etiologije ili uzroka rizičnih faktora bolesti;
- određivanje proširenosti bolesti u populaciji;
- istraživanje prirodnog toka bolesti i njene prognoze;
- vrednovanje novih preventivnih i terapijskih mjera;
- osiguranje osnove za razvoj javnozdravstvene politike i regulative koja se odnosi na okolišne probleme.

Epidemija je pojava određene bolesti na nekom području u većem broju nego što se očekuje (na barem 200.000 stanovnika). Broj oboljelih se određuje prema podacima javnozdravstvenog nadzora i predstavlja prosjek oboljelih iz prethodnog vremenskog perioda (npr. jedne, dvije ili pet prethodnih godina). Endemija je dugotrajna prisutnost bolesti na nekom području, s masovnim (zajednički izvor zaraze) i progresivnim širenjem (širenje s osobe na osobu).

Pandemija je pojava bolesti u kratkom vremenu u više zemalja ili kontinenata (npr. COVID-19).

Tip epidemije ovisi o mnogo faktora, od kojih su najbitniji vrsta i način ekspozicije, na osnovu čega razlikujemo sljedeće vrste epidemija:

1. **Epidemije zajedničkog izvora** – nastaju kada se osjetljive osobe izlože istom izvoru infekcije
 - a) **Kratkotrajan izvor** – određen broj ljudi je izložen istom izvoru u kratkom vremenskom periodu. Ove epidemije su eksplozivne i svi eksponirani obolijevaju u periodu između minimalne i maksimalne inkubacije za tu bolest (npr. epidemije uslijed trovanja hranom). Javljaju se kod zaraznih i nezaraznih bolesti;
 - b) **Stalan izvor** – veći broj ljudi je izložen istom izvoru tokom dužeg vremenskog perioda. Ove epidemije su eksplozivne i traju onoliko koliko postoji i izvor (npr. epidemije uslijed konzumacije zagađene vode).
2. **Progresivne epidemije** – nastaju kada se bolest prenosi s izvora infekcije na osjetljive osobe, direktnim i indirektnim putem, koje tada same postaju izvor infekcije (npr. gripa). Javljaju se samo kod zaraznih bolesti.
3. **Epidemije miješanog tipa** – na početku se ponašaju kao epidemije zajedničkog izvora, s tim što posjeduju „kontaktni rep“, tj. gdje pored oboljelih preko zajedničkog izvora, obolijevaju i ljudi koji su s njima u kontaktu.

3.1.2. Najčešće infektivne bolesti i načini širenja infekcija

Među vodećim infektivnim bolestima u Federaciji BiH su respiratorne bolesti (gripa/bolesti slične gripi, varicele, streptokokna angina, TBC respiratornog sistema, morbili, scarlatina i infektivna mononukleoza), dvije crijevne bolesti (akutni enterokolitis i trovanje hranom) i jedna parazitoza (skabijes). Bolesti iz ostalih grupa infektivnih bolesti (antropozoonoze i spolno prenosive bolesti) ne nalaze se među deset vodećih zaraznih bolesti.

Putevi širenja infektivnih bolesti jesu načini kojima se zarazne klice prenose od izvora zaraze do novog domaćina. Zarazne bolesti se prenose i šire: kontaktom (neposrednim ili direktnim dodirima, te posrednim ili indirektnim dodirima), hranom, onečišćenom vodom, zrakom, onečišćenom zemljom, preko člankonožaca (artropoda), te preko posteljice (transplacentarno).

Najčešće infekcije koje se prenose kapljičnim putem su: ARI, Q-groznica, psitakoza, TBC, IM, streptokokna angina, ospice, varicela i rubeola. Najčešće infekcije koje se prenose fekalno-oralnim putem su: crijevne infekcije, hepatitis A, te enteroviroze. Dodirima i spolnim putem se najčešće prenose: erizipel, tetanus, bjesnoća, leptospiroza, spolne bolesti (sifilis, gonoreja, klamidijske infekcije), hep-

atitisa B i C, te AIDS. Posredstvom člankonožaca prenosi se malarija, pjegavac, KME, te lišmenijaza, a arteficijski (inokulacijom) prenosi se gnojni meningitis, hepatitis B i C, te AIDS.

3.1.3. Vogralikov lanac

Bilo da se govori o infekcijama ili zaraznim bolestima, Vogralikov lanac pokazuje koji uvjeti moraju biti ispunjeni da bi se neka zarazna bolest mogla pojaviti, a potom i širiti. Ti uvjeti su prikazani kao karice epidemiološkog lanca i odnose se na:

1. **izvor zaraze;**
2. **putevi prijenosa** – širenje infekcije od izvora do mjesta zaraze;
3. **ulazna „vrata“** – ulazno mjesto uzročnika zaraze u organizam;
4. **broj i virulencija klica** – dovoljna količina uzročnika zaraze i sposobnost da izazovu bolest;
5. **dispozicija** – sklonost obolijevanju, stanje imuniteta, odnosno odbrambena snaga organizma.

Do infekcije dolazi kada su sve karice prisutne u datom redoslijedu. Karice lanca međusobno su povezane, te u slučaju nedostatka bilo koje karice u lancu, neće doći do infekcije. Stoga je osnova sprječavanja nastanka i širenja infekcija zaraznim bolestima uklanjanje barem jedne karice Vogralikova lanca. Kako bi spriječili prijenos mikroorganizama s bolesne osobe na zdravu, važno je bolesne izolirati i liječiti. Redovnim čišćenjem i dezinficiranjem neposredne okoline pacijenata smanjujemo mogućnost prijenosa infekcije. Također, potrebno je redovno prati ruke, održavati čistu okolinu, dezinficirati površine, hranu termički dobro obraditi, te uništavati insekte i glodavce. Još jedan način prekidanja Vogralikova lanca je vakcinacija.

3.1.4. Vrste imuniteta

Imunitet je sposobnost organizma da se zaštiti od uzročnika zaraznih bolesti. Zaštitni mehanizam se sastoji od urođenog i stečenog imuniteta. Urođeni imunitet prisutan je od rođenja i uključuje fizičke i hemijske barijere, fagocite i sistem komplementa. Urođeni imunitet je odgovoran za početno prepoznavanje prisustva mikroorganizma i njegovih produkata, pruža početni otpor prodoru mikroorganizama, te započinje i upravlja aktivacijom i razvijanjem stečenog imunološkog odgovora.

Stečeni imunitet je specifičan odgovor na pojedini antigen ili grupu blisko povezanih antigena, a dijeli se na aktivni i pasivni. Aktivni imunitet je zaštita koju stvara imunološki sistem pojedinca i stječe se prirodnim obolijevanjem ili vakcinacijom. Vakcinacijom se stvara imunitet sličan onom nakon prirodnog obolijevanja, ali bez izlaganja bolesti i njenim komplikacijama. Aktivni imunitet se sastoji od imunološkog odgovora posredovanog antitijelima i posredovanog ćelijama. Antitijela stvaraju B limfociti, dok ćelijski imunitet kontroliraju T limfociti. Ove dvije komponente su blisko povezane prilikom infekcije, ali njihova jačina i kvalitet variraju kod različitih infekcija. Pasivni imunitet je zaštita stečena prijenosom antitijela od imune osobe. Ova zaštita je vremenski ograničena, uobičajeno na nekoliko sedmica ili mjeseci. Prijenos antitijela s majke na dijete kroz placentu jedan je od primjera ovog imuniteta.

3.1.5. Kalendar vakcinacije

Vakcinacija je siguran i isplativ način zaštite ljudi od određenih zaraznih bolesti, posebno dojenčadi i male djece. Sve države imaju raspored vakcinacije za vakcine koje se preporučuju u različitoj dobi tokom djetinjstva.

Djeca u Federaciji BiH primaju vakcine prema sljedećem rasporedu:

- odmah poslije rođenja – vakcinacija protiv tuberkuloze i hepatitisa B;
- s navršnim jednim mjesecom života – vakcinacija protiv hepatitisa B;
- s navršena dva mjeseca života – vakcinacija protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja, dječije paralize i bolesti koje uzrokuje hemofilus influence tip b;

- u četvrtom mjesecu života – vakcinacija protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja, dječije paralize i bolesti koje uzrokuje hemofilus influence tip b;
- s navršених šest mjeseci života – vakcinacija protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja, dječije paralize i hepatitisa B;
- s navršених 11 mjeseci života – vakcinacija protiv morbila, rubeole i parotitisa;
- u 18-tom mjesecu života – revakcinacija protiv dječije paralize i bolesti koje uzrokuje hemofilus influence tip b;
- u petoj godini života – revakcinacija protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja i dječije paralize;
- u šestoj godini života – revakcinacija protiv morbila, rubeole i parotitisa;
- u 14-toj godini života – revakcinacija protiv difterije i tetanusa, dječije paralize;
- u 18-toj godini života – revakcinacija protiv tetanusa.

3.1.6. Vakcine (način skladištenja, distribucija, primjena, režim hladnog lanca, kontraindikacije, tehnika izvođenja i nuspojave)

Režim hladnog lanca, način skladištenja i distribucija vakcina

Režim hladnog lanca odnosi se na specifične postupke i uvjete koji su neophodni za održavanje određenih temperatura tokom proizvodnje, transporta, skladištenja i distribucije vakcina. Sve vakcine se moraju čuvati na temperaturi koja je navedena u uputstvu proizvođača. Sva otapala (diluenti) koja dođu odvojeno upakovana, trebaju se čuvati odvojeno i obično u ambijentalnim skladištima, odvojeno na policama u hladnim sobama ili u odvojenom odjeljku u frižideru (2-8 °C). Otapala nikada ne smiju biti zamrznuta. Pravilno upravljanje distribucijom vakcina osigurava da se vakcine prevoze u ispravnom temperaturnom režimu kako bi se eliminirali mogući gubici (rashod) zbog zamrzavanja i/ili prekomjerne izloženosti toploti. U tu svrhu, neophodno je arhiviranje i vođenje evidencije temperaturnih ispisa tokom distribucije. U slučaju prekida hladnog lanca (uslijed kvara opreme, prekida snabdijevanja električnom energijom i dr.) odgovorna osoba dužna je napraviti zapisnik o incidentu/događaju, te evidentirati sve vakcine izložene tom incidentu/događaju. Vakcine se ne smiju baciti niti koristiti, dok se ne dobije pismena povratna informacija od Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine, po kojoj treba postupiti.

Primjena vakcina

Vakcine se mogu primijeniti oralnim, parenteralnim, pernazalnim (npr. vakcina protiv gripe) i perkutanim putem (npr. vakcina protiv velikih boginja). Parenteralni način koji se izvodi u našoj zemlji jeste subkutani (npr. vakcina protiv malih boginja, parotitisa ili rubeole), intradermalni (npr. vakcina protiv tuberkuloze) i intramuskularni (npr. vakcina protiv hepatitisa B, tetanusa, bjesnila, difterije ili pertusisa).

Tehnika izvođenja/aplikacija vakcine parenteralnim putem

Medicinska sestra/tehničar po nalogu ljekara, nakon potpisane saglasnosti od strane roditelja, daje djetetu vakcinu. Prvo identifikira pacijenta i oslobodi ga od dijela odjeće, ovisno na koji način i na koje mjesto aplicira vakcinu. Potrebno je pripremiti odgovarajuću vakcinu, špricu i igle različitih veličina, dezinfekcijsko sredstvo za ruke i kožu, tupfere vate, zaštitne maske, rukavice nesterilne, bubrežnjak, te spremnike za odlaganje medicinskog otpada. Medicinska sestra/tehničar treba oprati i dezinficirati ruke, navući rukavice te staviti zaštitnu masku. Postupak vakcinacije je sljedeći:

- vakcinu izvaditi iz frižidera 15 minuta prije vakcinacije;
- vakcinu lagano promućkati (tokom skladištenja može se pojaviti fini bijeli talog);
- navući propisanu dozu vakcine;
- pacijenta staviti u odgovarajući položaj ovisno o mjestu aplikacije;
- dezinficirati mjesto apliciranja vakcine i sačekati da se osuši;
- vakcinu polako aplicirati pod određenim uglom, ovisno da li se daje sc. ili i.m.;
- nakon apliciranja obući pacijenta, rasprijeti i adekvatno odložiti korišteni materijal.

Mjere opreza: Vakcine čuvati poštujući preporuke proizvođača i vodeći računa da se ne prekine

hladni lanac. Ukoliko se istovremeno primjenjuju dvije vakcine, mjesta aplikacije moraju biti različita. Ukoliko roditelji odbijaju vakcinaciju, moraju potpisati Obrazac ustanove o odbijanju postupka vakcinacije.

Kontraindikacije i nuspojave (neželjene reakcije) vakcina

Kontraindikacije mogu biti opće i posebne. Opće kontraindikacije su: akutna bolest, febrilno stanje, anafilaksa na komponente vakcine i ozbiljne neželjene reakcije na prethodnu dozu vakcine. Za žive virusne vakcine postoje još dvije kontraindikacije, a to su trudnoća i stanja smanjene otpornosti (imunodeficijencije nastale uslijed malignih bolesti, terapija kortikosteroidima i sl.).

Posebne kontraindikacije se odnose na određene vakcine i to:

- Vakcina protiv tuberkuloze se ne smije davati osobama koje imaju poremećen ćelijski odgovor (npr. HIV oboljelima);
- Vakcina protiv trbušnog tifusa se ne daje djeci mlađoj od tri godine i starijima od šezdeset godina;
- Vakcina protiv gripe se ne daje djeci mlađoj od osam godina;
- Korpuskularna vakcina protiv velikog kašlja se ne daje djeci s neurološkim poremećajima (nekontrolirana epilepsija ili progresivna encefalopatija).

Neželjene reakcije se mogu pojaviti u obliku lokalne i opće reakcije. Lokalne reakcije su najčešće i najmanje opasne i obično se manifestiraju na mjestu apliciranja vakcine kao inficirani proces. Opće reakcije su rjeđe i odlikuju se temperaturom, bolom u mišićima, glavoboljom i drugim simptomima. Alergijske (anafilaktičke) reakcije su također rijetke ali i najteže, a prema zakonu se prijavljuju nadležnoj instituciji.

3.1.7. Upotreba informacija (povezanost dokaza i informacija u statistici s planiranjem i pružanjem zdravstvene njege)

Informacije su osnov za planiranje zdravstvene njege. Kroz analizu relevantnih podataka, medicinske sestre/tehničari mogu prilagoditi svoje aktivnosti kako bi što bolje odgovorili na stvarne potrebe, poboljšavajući tako pružanje njege i kvalitet života pacijenata.

Načini na koje informacije igraju važnu ulogu u planiranju zdravstvene njege su:

- a) Identifikacija zdravstvenih potreba populacije – analiza epidemioloških podataka omogućava identifikaciju specifičnih zdravstvenih problema i potreba u određenoj zajednici. Poznavanje prevalence određenih bolesti, faktora rizika i sociodemografskih karakteristika pomaže u usmjeravanju resursa prema prioritetima;
- b) Informacije o demografskim karakteristikama populacije – poput dobi, spola, etničke pripadnosti i socioekonomskog statusa, doprinose boljem razumijevanju specifičnosti njege koja je potrebna;
- c) Određivanje resursa i kapaciteta – informacije o dostupnim zdravstvenim resursima, sestrinstvu u zajednici, broju osoblja, opremi i materijalu, pomažu u planiranju optimalnog iskorištavanja tih resursa prema potrebama zajednice;
- d) Praćenje trendova i promjena u zdravstvenim pokazateljima – kontinuirano praćenje statističkih trendova, uključujući incidencu bolesti, stope mortaliteta, stopu vakcinacije i druge pokazatelje, omogućava pravovremeno prepoznavanje promjena i potreba za prilagođavanjima u planiranju zdravstvene njege;
- e) Ocjenjivanje efikasnosti zdravstvenih intervencija – informacije o rezultatima i efektima prethodno provedenih zdravstvenih intervencija pružaju osnove za procjenu njihove efikasnosti. Evaluacija omogućava prilagođavanje postojećih programa i donošenje odluka o budućim intervencijama;
- f) Razumijevanje socijalnih determinanti zdravlja – informacije o socijalnim faktorima, poput obrazovanja, zapošljavanja, stambenih uvjeta i pristupa zdravstvenim uslugama, pomažu u shvatanju šireg konteksta zdravlja u zajednici. Ovo je ključno za razvoj intervencija koje ciljaju socijalne determinante zdravlja.

3.1.8. Značaj i pristup osnovnim statističkim podacima

Pristup statističkim podacima u epidemiologiji uključuje upotrebu različitih statističkih metoda, poput deskriptivne statistike, inferencijalne statistike, regresijskih analiza i drugih, kako bi se dobili relevantni i pouzdani rezultati. Statistički podaci su ključni alat za donošenje informiranih odluka u prevenciji, kontroli i upravljanju bolestima u populaciji.

Proučavanje distribucije bolesti – epidemiolozi koriste statističke podatke kako bi analizirali i prikazali distribuciju određenih bolesti u populaciji. To uključuje identifikaciju uzrasta, spola, geografskih područja ili drugih varijabli koje mogu biti povezane s incidencom određene bolesti.

Određivanje incidence i prevalence – statistički podaci omogućuju epidemiolozima izračunavanje incidence (novih slučajeva bolesti u određenom vremenskom periodu) i prevalence (ukupnog broja slučajeva u populaciji u određenom trenutku). Ove informacije pomažu u praćenju širenja bolesti i procjeni njene ozbiljnosti.

Analiza rizika – epidemiolozi koriste statističke metode za identifikaciju faktora rizika koji su povezani s bolestima. Analiza rizika uključuje procjenu vjerojatnoće razvoja bolesti u određenoj populaciji, uzimajući u obzir različite izloženosti faktorima rizika.

Istraživanje uzročno-posljedičnih veza – statistički podaci omogućuju epidemiolozima istraživanje uzročno-posljedičnih veza između određenih faktora (npr. izloženost određenom agensu) i pojave određenih bolesti. Analize podataka pomažu u određivanju jačine i značajnosti tih veza.

Praćenje incidence bolesti – analizom vremenskih nizova statističkih podataka, epidemiolozi mogu pratiti promjene u incidenci bolesti tokom vremena. To je važno za identifikaciju epidemija, sezonskih varijacija i dugoročnih trendova.

Planiranje intervencija i prevencija – na osnovu statističkih podataka, epidemiolozi mogu identificirati oblasti visokog rizika i razviti strategije za prevenciju i kontrolu bolesti. To uključuje planiranje vakcinacije, obrazovnih kampanja te praćenje i kontrolu pojave bolesti.

Evaluacija efikasnosti intervencija – kroz praćenje i analizu statističkih podataka nakon provedenih intervencija, epidemiolozi mogu procijeniti efikasnost mjera prevencije i kontrole, te prilagoditi strategije prema stvarnim potrebama populacije.

3.1.9. Vrijednost dokaza u statistici; Zdravstvena njega bazirana na dokazima (planiranje i pružanje zdravstvene njege, statističke analize)

Zdravstvena njega bazirana na dokazima (EBP - eng. Evidence-Based Practice) je pristup pružanja zdravstvene njege koji integrira najnovija istraživanja, kliničko iskustvo zdravstvenih stručnjaka i pacijentove vrijednosti kako bi se donosile informirane odluke o njezi.

Ključni elementi zdravstvene njege bazirane na dokazima uključuju:

Istraživanje – zdravstveni stručnjaci koriste najnovija naučna istraživanja kako bi identificirali najefikasnije metode dijagnoze, liječenja i prevencije bolesti.

Kliničko iskustvo – iskustvo zdravstvenih radnika igra važnu ulogu, ali se kombinira s dokazima kako bi se osiguralo da pristup njezi odražava najbolje dostupne informacije.

Pacijentove vrijednosti i preference – uključivanje pacijenata u proces odlučivanja o njihovoj njezi znači uzimanje u obzir njihovih vrijednosti, preferenci i potreba.

Odlučivanje zasnovano na dokazima – zdravstveni stručnjaci koriste dostupne dokaze kako bi oblikovali dijagnoze, tretmane i intervencije, a odluke se zasnivaju na najboljim dostupnim informacijama.

Prednosti zdravstvene njege bazirane na dokazima uključuju:

Povećan kvalitet njege – integracija najnovijih dokaza u praksu povećava kvalitet pružanja zdravstvene njege.

Povećana efikasnost njege – zdravstveni stručnjaci mogu izabrati strategije koje su pokazale najbolje rezultate, što dovodi do povećane efikasnosti liječenja.

Smanjenje varijacija u praksi – korištenje standardiziranih smjernica zasnovanih na dokazima može smanjiti varijacije u praksi među zdravstvenim radnicima.

Pacijentovo učestvovanje – uključivanje pacijenata u proces odlučivanja zasnovano na dokazima poboljšava saradnju i zadovoljstvo pacijenata.

Smanjenje troškova – smanjenje nepotrebnih postupaka i primjena efikasnih intervencija može dovesti do smanjenja troškova zdravstvene njege.

Zdravstvena njega bazirana na dokazima zahtijeva stalno praćenje i prilagođavanje prakse kako bi se uvijek koristile najnovije informacije. Medicinske sestre/tehničari koji prakticiraju ovu vrstu pristupa oslanjaju se na smjernice, standardne operativne procedure, sisteme za procjenu dokaza i saradnju s kolegama kako bi osigurali najbolju moguću njegu pacijentima.

3.1.10. Planiranje zdravstvene njege (prikupljanje, adaptiranje, prevođenje i razumijevanje informacija i komunikacija)

Prikupljanje informacija i planiranje zdravstvene njege ključni su koraci u osiguranju kvalitetne i personalizirane zdravstvene njege. Ovaj proces obuhvata procjenu potreba, planiranje, provođenje i evaluaciju pružene zdravstvene njege. Prikupljanje osnovnih informacija o pacijentu, uključujući lične podatke, medicinsku historiju, trenutno zdravstveno stanje, alergije, lijekove koje pacijent uzima, prethodne bolesti, operacije ili terapije vrši se anamnezom. Izvođenjem temeljitog fizičkog pregleda vrši se procjena trenutnog zdravstvenog stanja pacijenta, identificiraju se mogući problemi i prikupljaju relevantne kliničke informacije. Aktivno slušanje pacijenata i razgovor o njihovim simptomima, osjećajima i očekivanjima, pomaže u osiguranju holističkog pristupa zdravstvenoj njezi. Razvoj plana intervencija koji uključuje terapiju, lijekove, promjene u načinu života, edukaciju pacijenta i druge aktivnosti pomoći će u postizanju postavljenih ciljeva. Edukacija pacijenata o njihovom zdravstvenom stanju, planu liječenja, prevenciji bolesti te načinima održavanja ili poboljšavanja zdravlja je neophodna. Komunikacija s pacijentom o njegovim doživljajima i promjenama u zdravstvenom stanju je važna kako bi se što lakše prilagodio i uključio u plan zdravstvene njege. Proces planiranja i prikupljanja informacija osigurava da zdravstvena njega bude prilagođena potrebama pacijenta i zasniva se na najnovijim i relevantnim podacima o njihovom zdravstvenom stanju. Ovo je dinamičan proces koji se može prilagoditi tokom vremena kako bi se osigurali najbolji ishodi liječenja pacijenata.

3.1.11. Edukacija roditelja

Edukacija roditelja o epidemiološkim mjerama može doprinijeti boljem razumijevanju mjera koje se mogu poduzeti kako bi se zaštitila cijela porodica od infektivnih bolesti. Kada govorimo o edukaciji roditelja o vakcinaciji, ona uistinu ima ključnu ulogu u promociji zdravlja, kako djece, tako i zajednice. Edukacija roditelja o vakcinaciji treba biti kontinuirani proces koji uzima u obzir nove informacije, promjene u medicinskim smjernicama i individualne potrebe djeteta.

Edukacija se treba bazirati na:

- Razumijevanju osnovnih principa imunizacije i sprječavanju ozbiljnih bolesti;
- Razbijanju mitova;
- Rasporedu tj. kalendaru vakcinacije, te vrstama vakcina;
- Nuspojavama i rizicima;
- Konceptu kolektivnog imuniteta i važnosti učestvovanja u vakcinaciji zbog zaštite cijele zajednice;
- Sigurnosti vakcina i kontrolama kvaliteta kojim se podvrgavaju sve vakcine prije nego što postanu dostupne javnosti.

3.1.12. Prevencija širenja infekcija, samozaštita i zaštita pacijenta

U prevenciju spadaju opće mjere usmjerene na očuvanje zdravlja i bolji higijenski standard, te opće

preporuke i postupke koji smanjuju izloženost infektivnih bolestima. Preventivne specifične mjere uključuju poticanje odbrane (imuniteta) kod pojedinca. Pružajući zdravstvene usluge, medicinska sestra/tehničar svakodnevno se suočava s različitim opasnostima po vlastito, ali i pacijentovo zdravlje i sigurnost. Profesionalne opasnosti, pored bioloških, uključuju i fizičke, mehaničke (ergonomske) i psihološke faktore. Sigurnost i zaštita zdravlja medicinske sestre/tehničara regulirana je aktima vezanim za sigurnost radnog mjesta (EU Direktiva 89/391/EEC, Zakon o zaštiti na radu i interni akti zdravstvenih ustanova). Dužnost medicinske sestre/tehničara je brinuti za vlastitu sigurnost na radu, uključujući poštovanje mjera predekspozicijske i postekspozicijske zaštite, te zaštitu pacijenta. Predekspozicijske mjere vrše se prije izloženosti infektivnom materijalu, a uključuju specifične mjere zaštite (vakcinaciju) i opće ili standardne mjere zaštite. Standardne mjere imaju za cilj smanjenje rizika od prijenosa krvnih i drugih patogena iz poznatih i neprepoznatih izvora, a uključuju pranje i dezinfekciju ruku, pravilnu upotrebu zaštitne odjeće i obuće, pravilnu upotrebu sredstava za ličnu zaštitu, pravilno rukovanje biološkim materijalima, te propisno odlaganje infektivnog otpada.

Zaštitne pregače za jednokratnu upotrebu (plastične) preporučuju se za opću upotrebu i treba ih nositi kada postoji rizik da odjeća ili uniforma budu izložene dodiru krvi, tjelesnih tekućina ili izlučevina. Plastične pregače služe za jednokratnu upotrebu, za jedan postupak, te se skidaju nakon upotrebe. Skidaju se cijepanjem vezica oko vrata i struka te se bacaju u vrećicu za klinički otpad prije odlaska iz prostorije. Zaštitnu masku zajedno sa zaštitom za oči treba nositi tokom postupaka kod kojih dolazi do širenja aerosola ili prskanja krvi i tjelesnih izlučevina, a kako bi se spriječila kontaminacija sluznice usta, nosa i očiju. Maska štiti od prijenosa patogenih mikroorganizama prilikom govora, kihanja ili kašljanja. Masku je potrebno staviti tako da prekriva usta i obje nosnice. Danas se uglavnom koriste maske za jednokratnu upotrebu. Zaštitna kapa i kaljače obavezno se upotrebljavaju prilikom hirurških zahvata, porođaja i protektivnih izolacija. Njihova je svrha spriječiti prijenos mikroorganizama s osoblja na bolesnika.

Sterilne rukavice za jednokratnu upotrebu treba koristiti tokom aseptičkih postupaka kako bi se spriječio prijenos mikroorganizama na bolesnike i kako bi se zdravstveni radnici zaštitili od krvi, sekreta i tjelesnih tekućina. Indicirane su za sve hirurške i aseptične zahvate (postavljanje katetera i drenova, punkcija i anestezija, invazivni zahvati, priprema totalne parenteralne ishrane). Nesterilne rukavice se koriste kako bi se spriječio prijenos mikroorganizama na zdravstvene radnike. Indicirane su u slučajevima kontakta s krvlju i tjelesnim tekućinama, sekretima, infektivnim i opasnim mikroorganizmima. Stavljaju se neposredno prije dodira sa sluznicom ili oštećenom kožom. Rukavice se skidaju nakon upotrebe, prije odlaska drugom bolesniku, prije dodirivanja nekontaminiranih predmeta ili površina i prije izlaska iz sobe. Rukavice treba pažljivo ukloniti kako bi se izbjegla kontaminacija ruku ili drugih površina. Pravilna upotreba rukavica vrlo je bitna kako bi se spriječila kontaminacija ruku, pa tako treba primijeniti pravilnu tehniku navlačenja i uklanjanja rukavica. Nakon uklanjanja rukavica potrebno je ruke oprati.

Prije više od 150 godina, Ignaz Semmelweis (1818-1865) pokazao je da je puerperalna groznica bila zarazna bolest uzrokovana заразним mikroorganizmima, koji su se širili preko ruku zdravstvenih radnika. To je dovelo do uvođenja pranja ruku s kalcijevim hipokloritom u općoj bolnici u Beču. Od tada su mnoga ispitivanja pokazala da su kontaminirane ruke odgovorne za širenje infekcija. Procijenjeno je da bi se do 30% infekcija moglo spriječiti ako zdravstveni radnici temeljito operu ruke prije i nakon kontakta s tjelesnim izlučevinama. Higijena ruku podrazumijeva i higijenu noktiju, a to uključuje odgovarajuće marljivo čišćenje i podrezivanje noktiju, koji mogu sadržavati prljavštinu i mikroorganizme, te mogu doprinijeti širenju infekcija. Nokti trebaju biti kratki, a područje ispod noktiju potrebno je često čistiti sapunom i vodom. Cilj pranja ruku je ukloniti nečistoću i tranzitne mikroorganizme, te smanjiti ukupan broj mikroorganizama na rukama.

Postupak pranja ruku:

- namočiti ruke pod mlazom vode;
- skinuti nakit i ručni sat, zavrnuti rukave;
- nanijeti dovoljnu količinu tekućeg sapuna za pranje ruku;
- trljati ruke dlanom o dlan;

- trljati dlan desne ruke o nadlanicu lijeve ruke i ponoviti s drugom rukom;
- isprepletenim prstima trljajte dlan o dlan ruku;
- obuhvatiti prste suprotne ruke i trljati;
- kružnim pokretima jedne ruke trljati palac desne ruke i ponoviti s drugom rukom;
- vrhove prstiju desne ruke kružno trljati o dlan lijeve ruke i ponoviti s drugom rukom;
- prati ruke 10-15 sekundi do 5 minuta;
- ruke dobro isprati vodom;
- osušiti obje ruke jednokratnim papirnim ubrusom;
- upotrijebljenim papirnim ubrusom zatvorite slavinu za vodu.

Matična zdravstvena ustanova definira propise nošenja radnog odijela Pravilnikom o korištenju radnog odijela i Etičkim kodeksom ponašanja i odijevanja.

3.1.13. Legislativa o zaraznim bolestima

U Federaciji BiH se sistem nadzora nad zaraznim bolestima zasniva na obaveznom prijavljivanju oboljelih prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, br. 46/10 i 75/13), Zakonu o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti („Službene novine Federacije BiH“, broj 29/05) i Pravilniku o načinu prijavljivanja zaraznih bolesti („Službene novine Federacije BiH“ broj 101/12). Nadzor je uglavnom pasivni, osim za gripu, za koju se provodi tzv. Sentinel nadzor nad ILI/ARI grupama bolesti na tri lokaliteta: Sarajevo, Mostar i Zenica, te aktivni nadzor nad akutnom flakcidnom paralizom, morbilima i rubeolom, koji se provodi u sklopu programa Svjetske zdravstvene organizacije. Odgovornosti u sistemu nadzora nad zaraznim bolestima u Federaciji BiH dijele Federalno ministarstvo zdravstva i deset kantonalnih ministarstava, Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH, deset kantonalnih zavoda za javno zdravstvo, 79 domova zdravlja, 19 općih bolnica, dva Univerzitetsko klinička centra i jedna Sveučilišna klinička bolnica. U skladu s Pravilnikom o načinu prijavljivanja zaraznih bolesti, obavezno se prijavljuje svaki slučaj zarazne bolesti koji se nalazi na listi zaraznih bolesti (84 bolesti). Indikatori nadzora, kao i aktivni nadzor nad gripom, morbilima, rubeolom i akutnom flakcidnom paralizom, potvrđuju manjkavosti pasivnog nadzora, ukazuju na probleme u prijavljivanju i lošem protoku informacija, te na važnost uspostave integriranog nadzora zasnovanog na laboratorijskoj analizi.

3.1.14. Obezbjedenje sigurnog kućnog okruženja (vodosnabdijevanje, sterilizacija)

Obezbjedenje sigurnog kućnog okruženja igra ključnu ulogu u epidemiologiji, jer može pomoći u sprječavanju širenja infekcija i očuvanju zdravlja domaćinstava. Neophodno je redovno provjeravati kvalitet vode iz slavine, posebno ako pacijent koristi vodu iz vlastitog izvora. Ako postoji sumnja u kvalitet, neophodno je razmotriti filtriranje vode. Potrebno je osigurati da pacijent ima lagan i siguran pristup vodi, a to između ostalog, uključuje osiguranje čaša ili bočica vode unutar lako dostupnog dometa. Potrebno je održavanje čistoće prostora redovnim čišćenjem prostorija kao što su kupaoonica, kuhinja i radne površine. Koristiti dezinficijense za čišćenje površina koje se često dodiruju, kao što su ručke vrata, prekidači za svjetlo, daljinski upravljači i slično. Ako pacijent koristi medicinska pomagala, neophodno je slijediti upute za dezinfekciju ili sterilizaciju kao i rukovanje sa sterilnim materijalom. Ako pacijent koristi lijekove, neophodno je pravilno ih pohranjivati, te voditi brigu o roku trajanja lijekova. Edukacija pacijenta o važnosti održavanja čistoće i higijene u kući jedna je od važnijih zadaća medicinske sestre/tehničara u zajednici. Važno je poticati pacijenta i porodicu na učestvovanje u održavanju sigurnog okruženja. Sve ove smjernice treba prilagoditi specifičnim potrebama pacijenta i uvjetima njihovog zdravstvenog stanja.

3.1.15. Pravilno odlaganje infektivnog otpada

Infektivni otpad je materijal koji sadržava patogene biološke agense koji zbog svog tipa, koncentracije ili broja mogu izazvati bolest. U infektivni otpad spadaju: uzorci za mikrobiološku analizu,

dijelovi opreme, materijal i pribor koji je došao u dodir s krvlju ili izlučevinama bolesnika ili je korišten pri previjanju rana, sistemi za infuziju, rukavice, PVC vrećice koje su sadržavale biološki materijal, kateteri, sonde, drenovi i drugi pribor za jednokratnu upotrebu. Korišteni oštri predmeti (igle, lancete, šprice, skalpeli i ostali predmeti) mogu izazvati ubod ili posjekotinu. Neoštri infektivni otpad (rukavice, maske, zavojni materijal, kateteri, sonde itd.) odlaže se u namjenske PVC vrećice, koje medicinska sestra/tehničar u zajednici vraća u ustanovu, a potom postupa u skladu s važećim Pravilnikom o zbrinjavanju medicinskog otpada ustanove. Igle, skalpeli i drugi oštri predmeti i staklene epruvete odlažu se u propisane plastične spremnike (kontejnere). Spremnici se pune do dvije trećine posude, zatvore i zalijepe, te nose u ustanovu, a potom se postupa u skladu s važećim Pravilnikom o zbrinjavanju oštrog otpada ustanove.

Kontejner za odlaganje oštih predmeta za jednokratnu upotrebu je od tvrde plastike, neprobojan za sadržaj i napravljen tako da ga oštri otpad ne može probiti i onemogućeno je ispadanje sadržaja ili povređivanje i prijenos infekcije na osobe koje odlažu otpad ili rukuju s otpadom. Kontejner stoji blizu mjesta gdje se koriste oštri predmeti. Medicinska sestra/tehničar priprema kontejner za oštri otpad i bilježi na etiketu izvor otpada, naziv organizacijske jedinice i kategoriju otpada.

Mjere opreza pri odlaganju oštih predmeta:

- odlaganje se vrši na siguran način, koji osigurava ili minimizira rizike od povreda i drugih nepovoljnih događanja;
- kada situacija nalaže vraćanje štitnika na iglu (npr. pen za inzulin, igla, kanila itd.) koristiti metodu „jedne ruke“;
- ukoliko kontejner nije na mjestu izvođenja intervencije, tada se kontaminirana igla ne nosi u ruci, već u bubrežnjaku, a potom pincetom odlaže u namjenski kontejner;
- igle se odlažu tako što se igla od šprice odvaja potezanjem šprice unazad kada je igla već u otvoru kontejnera za oštri otpad.

Postupak s kontejnerom za odlaganje oštih predmeta:

- kontejner se puni do 2/3 njegove zapremine i nakon toga se zatvara i upisuje vrijeme zatvaranja i datum;
- medicinska sestra/tehničar po zatvaranju kontejnera, isti predaje spremnicu koja kontejner odnosi u namjensku prostoriju za privremeno odlaganje otpada u službi, a potom prema dnevnom rasporedu odlaganja otpada, isti odnosi u centralnu namjensku prostoriju za odlaganje infektivnog otpada u ustanovi;
- prilikom rukovanja infektivnim otpadom, osoblje obavezno koristi zaštitnu opremu (zaštitne naočale, zaštitnu masku za lice, vodootpornu keclju i zaštitne rukavice);
- svaka primopredaja infektivnog otpada se evidentira u raspoloživu dokumentaciju uključujući sljedeće podatke: mjesto nastanka otpada (intervencija, služba, ambulanta), vrsta otpada, količina otpada, datum i vrijeme primopredaje, te ime i prezime osobe koja je predala otpad i osobe koja ga preuzima.

Ključne poruke:

Epidemiologija je nauka koja se bavi istraživanjem raspodjele bolesti na određenom području. Cilj epidemiologije je prevencija bolesti i očuvanje zdravlja. Aktivnosti uključuju utvrđivanje uzroka bolesti, određivanje proširenosti bolesti, istraživanje prirodnog toka bolesti, vrednovanje preventivnih mjera te osiguravanje osnova za razvoj javnozdravstvene politike.

Epidemija je pojava određene bolesti na nekom području u većem broju nego što se očekuje. Epidemija je dugotrajna prisutnost bolesti na određenom području, dok je pandemija pojava bolesti u kratkom vremenu u više zemalja ili kontinenata.

Najčešće infektivne bolesti su respiratorne, crijevne i parazitske bolesti, a najčešći načini širenja su kapljični, fekalno-oralni, kontaktom, putem zraka i vode.

Epidemiološki lanac (Vogralikov lanac) uključuje izvor zaraze, puteve prijenosa, ulazna „vrata“, broj i virulenciju klica te dispoziciju.

Imunitet može biti urođeni i stečeni. Stečeni imunitet može biti aktivni (vakcinacija i prirodno obolijevanje) i pasivni (prijenos antitijela).

Kalendar vakcinacije je sistemska praksa vakcinacije prema specifičnom rasporedu, posebno kod djece.

Kod režima hladnog lanca važni su specifični postupci za održavanje temperature vakcina tokom proizvodnje, transporta i distribucije.

Sistem nadzora nad zaraznim bolestima u Federaciji BiH zasniva se na Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i Zakonu o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti.

Odgovornosti u sistemu nadzora nad zaraznim bolestima dijele Federalno ministarstvo zdravstva, kantonalna ministarstva, Zavod za javno zdravstvo, domovi zdravlja i bolnice.

Da bi imali sigurno kućno okruženje, važno je održavanje čistoće prostora redovnim čišćenjem i dezinfekcijom površina, te pravilnim odlaganjem infektivnog otpada u skladu s propisima, uključujući oštre predmete, uz evidentiranje i sigurnosne mjere pri rukovanju otpadom.

Reference:

1. Kuzman I, Infektologija za visoke zdravstvene škole, Medicinska naklada, Zagreb,
2. Galić D, Omanović S, Krtalić P, Mahmutbegović H, Ljevak I, Krako I, Lujić Z, Standardne operative procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (II dio). Sarajevo: Fondacija fami, 2019.
3. Galić D, Ljevak I, Dervišević E, Slijepčević S, Grabovica M. Standardne operative procedure zdravstvene njege za sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite. Sarajevo: Fondacija fami, 2022.
4. Pravilnik o načinu provođenju obavezne imunizacije, imunoprofilakse i hemoprofilakse protiv zaraznih bolesti te o osobama koje se podvrgavaju toj obavezi („Službene novine Federacije BiH“, br. 22/19, 12/21, 47/21 i 69/21).
5. Epidemiološki nadzor nad zaraznim bolestima u FBiH, Bilten XX br. 31, Dostupno na: <http://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2013/04/Bilten-br-31-Epidemiolos%CC%8Cki-nadzor-nad-zaraznim-bolestima-u-FBiH-2012.pdf>, pristupljeno [4.1. 2024].
6. Standardne operative procedure prijema, skladištenja i distribucije vakcina za provođenje programa imunizacije u Federaciji Bosne i Hercegovine, Dostupno na: http://www.akaz.ba/udoc/KZ20EUV20SOP20ZZJZFBiH202023_v.pdf, pristupljeno [12.1. 2024].

Pitanja za završni ispit:

1. Prema Vogralikovom lancu, što predstavlja „dispozicija“?
2. Koja je prva vakcina koja se daje djetetu nakon rođenja?
3. O čemu ovisi način primjene vakcine?

3.2. Socijalna medicina (javno zdravlje, okoliš i zdravlje – situacija u zemlji)

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Socijalna medicina (javno zdravlje, okoliš i zdravlje – situacija u zemlji)	– Predavanje – 45 minuta – Diskusija i zaključci – 15 minuta

3.2. Socijalna medicina (javno zdravlje, okoliš i zdravlje – situacija u zemlji)

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- definirati elemente socio-medicinske dijagnoze;
- prepoznati faktore rizika iz okoline (zagađenje, radijacija, industrijski otpadi, pročišćavanje vode itd.) i njihov utjecaj na zdravlje;
- prepoznati faktore rizika za zdravlje u porodici (alkoholizam, korištenje duhana, pojava anksioznosti i drugih psihičkih promjena kod članova porodice, promjene ponašanja, delinkvencija, korištenje psihotropnih supstanci, nasilje u porodici);
- definirati osnovne metode kvalitativnih i kvantitativnih prikupljanja podataka i informacija vezanih za zdravlje u zajednici;
- dati savjete i organizirati promotivne kampanje o zaštiti okoliša.

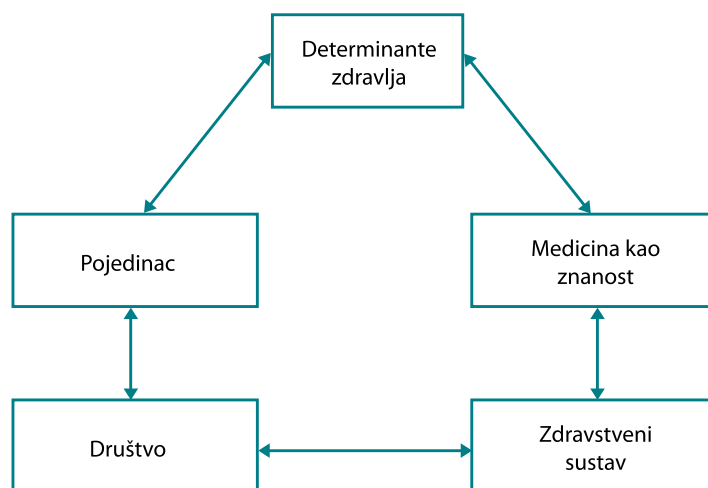
Sadržaj:

Socijalna medicina je nauka koja se bavi ispitivanjem međusobnog utjecaja socijalnih odnosa i patoloških pojava u društvu i pronalaženjem mjera socijalnog karaktera za unapređenje narodnog zdravlja (A. Štampar). Kao javnozdravstvena nauka, socijalna medicina posmatra zdravlje sa stanovišta socijalno-ekonomskih odnosa, utjecaja zajednice te okolišnih faktora. Tehnološki razvoj društva je uvjetovao pojavu novih rizika po zdravlje. Porodica, životni stilovi, uvjeti stanovanja, te vodosnabdijevanje i dispozicija otpada determiniraju zdravlje, te je potrebno definirati rizike i prevenirati njihov utjecaj na zdravlje.

3.2.1. Uloge i zadaci socijalne medicine

Socijalna medicina je nauka koja izučava zdravlje stanovništva sa svim njegovim biološkim, demografskim i epidemiološkim determinantama, u kontekstu utjecaja društvenih socioekonomskih faktora i faktora okoliša, kao i zdravstveni sistem i njegove podsisteme u okviru svih njihovih interakcija. Termin socijalna medicina pojavljuje se revolucionarne 1848. godine u Parizu (J.Guerin). Socijalna medicina se angažirano bavi svim problemima odnosa medicine i društva. „Socijalna medicina je nauka koja se bavi ispitivanjem međusobnog utjecaja socijalnih odnosa i patoloških pojava u narodu i pronalaženjem mjera socijalnog karaktera za unapređenje narodnog zdravlja” (A.Štampar 1923).

Socijalna medicina je multidisciplinarna disciplina, koja se koristi znanjima drugih nauka ili nizom razvijenih svojih subdisciplina ili subspecijalizacija, kao što su medicinska sociologija, medicinska psihologija, demografska statistika, medicinska antropologija, zdravstveni menadžment, zdravstvena statistika, zdravstvena ekonomika, zdravstvena politika itd. Socijalna medicina posebno posmatra zdravlje stanovništva u kontekstu utjecaja društveno-ekonomskih faktora, te izučava zdravstveni sistem i njegove podsisteme u okviru svih njegovih interakcija. Slika 11. prikazuje pet glavnih faktora, čije su interakcije predmet izučavanja socijalne medicine: pojedinac, društvo, medicina kao nauka, zdravstveni sistem i determinante zdravlja.



Slika 11. Predmet izučavanja socijalne medicine

Dakle, socijalna medicina se velikim dijelom bavi posmatranjem sljedećih interakcija:

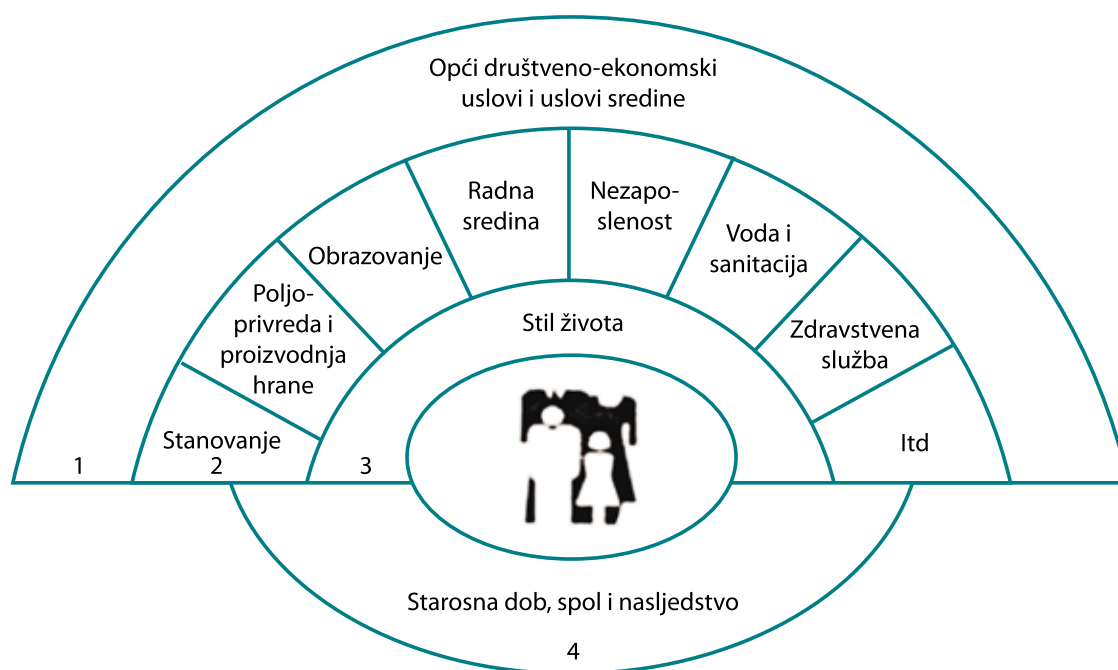
1. odnosi pojedinca i društva;
2. odnosi pojedinca i zdravstvenog sistema;
3. odnosi društva i zdravstvenog sistema;
4. odnosi medicine kao nauke i zdravstvenog sistema;
5. odnosi pojedinca i medicine kao nauke;
6. odnosi društva i medicine kao nauke;
7. djelovanje determinanti zdravlja na zdravlje stanovništva, kao i odgovor ostalih aktera ovog koncepta na determinante zdravlja.

Navedene interakcije imaju značajan utjecaj na zdravlje stanovništva. Pored tih interakcija, socijalna medicina izučava i svaki od spomenutih faktora pojedinačno u mjeri potrebnoj za određena saznanja u sferi utjecaja na zdravlje stanovništva.

Metode istraživanja u socijalnoj medicini su, također, veoma različite i korespondiraju s prirodom problema koji je predmet istraživanja, a to su uglavnom sljedeće metode: epidemiološke, demografske, sociološke, antropološke, psihološke i komunikološke metode, kao i metode zdravstvene ekonomike.

Determinante zdravlja

Zdravstveni radnici često nerado prihvataju konstataciju da ključne determinante zdravlja leže izvan kompetencija zdravstvenog sektora. Koncept razvoja zdravlja ima mnogo sličnosti s ekonomskim razvojem. Oba spomenuta procesa su rezultat aktivnosti koje uključuju mnoge sektore društva, kao i populaciju u cjelini, kroz individualne i kolektivne odluke i akcije. Interesantna je procjena Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) da je doprinos medicinskih usluga dobro razvijenog zdravstvenog sistema na poboljšanju zdravlja stanovništva svega 10-15%, a ostatak je rezultat rada drugih sektora. SZO je nedavno komentirala da je najvažniji medicinski napredak u XIX vijeku bilo otkriće da se pojava zaraznih bolesti uveliko može pripisati uvjetima okoliša, te da se mogu prevenirati kontrolom tih faktora koji im pogoduju. Međutim, najznačajnije otkriće XX vijeka je spoznaja da je ta ista konstatacija tačna i za mnoge nezarazne bolesti. Termin „okoliš“ se ovdje koristi u svom najširem smislu, uključujući socioekonomske, fizičke i psihosocijalne faktore.



Slika 12. Determinante zdravlja

Kao što je vidljivo na Slici 12, glavne determinante zdravlja koreliraju s uvjetima življenja, faktorima okoliša, stilovima života i biološkim faktorima, kao što su starost, spol i nasljeđivanje. Tako, na primjer, politika u oblasti stanovanja, poljoprivrede, edukacije, uvjeta rada, zapošljavanja, vode i sanitacije, transporta, fiskalnih propisa i socijalne njege, često ima veći utjecaj na zdravlje stanovništva nego zdravstveni sektor. Stoga je posebno važno naglasiti značaj intersektorske saradnje u cilju zaštite zdravlja stanovništva, koja bi se, u skladu s Deklaracijom iz Otave, trebala zasnivati na pet oblasti za intervenciju, a to su: kreiranje zdravih javnih politika, kreiranje održivog okoliša, jačanje akcija zajednice, razvoj ličnih vještina u javnom zdravstvu i preorijentacija zdravstvenih usluga.

3.2.2. Procjena faktora rizika (uzročni, doprinoseći, predikivni faktori rizika)

U osnovi svakoga programa zaštite zdravlja je kontrola rizika. Rizici po zdravlje ne postoje izolirano, već u kontinuitetu i predstavljaju proces vezan u lancu kauzaliteta. Lanac kauzaliteta koji vodi ka neželjenim zdravstvenim ishodima uključuje proksimalne i distalne uzroke, odnosno determinante/odrednice zdravlja. Proksimalni uzroci su determinante koje direktno ili skoro direktno djeluju kao uzroci određenih bolesti, dok su distalni uzroci determinante koje djeluju preko niza intermedijarnih faktora. Faktori rizika su atributi, obilježja ili izloženost pojedinca koji povećavaju vjerovatnoću razvoja bolesti ili povreda. Neki primjeri od važnijih faktora rizika su visok krvni priti-

sak, konzumacija duhana i alkohola, nesigurno vodosnabdjevanje i sanitarno-higijenski uvjeti, nezaštićeni seksualni odnosi i dr. (SZO).

Faktori rizika se mogu klasificirati u sljedeće kategorije:

- uzročni faktori rizika (npr. pušenje može izazvati karcinom pluća);
- doprinoseći faktori rizika (npr. nedostatak fizičke aktivnosti može doprinijeti nastanku diabetes mellitusa);
- prediktivni faktori rizika (npr. nepismenost majke može uzrokovati ranu dojenačku smrtnost).

3.2.3. Faktori rizika u okolišu (zagađenje, radijacija, industrijski otpadi, pročišćavanje vode, i dr.) – zdravstveni i ekonomski aspekti

Fizički faktori zdravlja su determinante zdravlja koje djeluju u okolini u kojoj se živa bića razvijaju i predstavljaju preduvjet za obavljanje normalnih bioloških i društvenih funkcija u društvu. Tu ubrajamo kvalitet vode, zraka, zemljišta, hrane, vodosnabdjevanje, dispoziciju otpadnih materija, nivo buke, uvjete stanovanja i dr. Osim toga, najznačajniji izazovi današnjice i budućnosti, a koji se tiču fizičkih determinanti zdravlja, su izloženost nepovoljnim utjecajima klimatskih promjena te otrovnim i drugim fizikalnim materijama, fizičke barijere za osobe s invaliditetom, potrebe za zdravim radnim okruženjem i dovoljnim količinama zdravstveno ispravne hrane i vode i električne energije i sl.

Vodosnabdjevanje i kvalitet vode za piće SZO smatra jednim od osnovnih pokazatelja zdravstvenog stanja stanovništva neke zemlje, s obzirom da voda ima fiziološki, tehničko-ekonomski i epidemiološki značaj. Nažalost, voda je veoma rijetko potpuno čista. Kruženjem u prirodi, ona se obogaćuje raznim materijama. Sastav vode na nekom području zavisi od sastava vazduha i naročito od sastava zemljišta. Zagađivanjem zemljišta zagađuje se i voda, zbog čega voda ima veliki epidemiološki značaj. Poznato je da na područjima gdje je zemljište siromašno jodom, nema dovoljno joda ni u vodi, biljkama ni životinjama. Nedostatak joda dovodi do masovne pojave gušavosti kod ljudi i životinja – pojava poznata kao endemska struma. Osim toga, javlja se i zastoj u mentalnom razvoju djece – pojava poznata kao endemski kretinizam. U većini kontinentalnih zemalja, i zemljište i voda su siromašni jodom, što se nadoknađuje jodiranjem kuhinjske soli. Utvrđeno je da nedostatak fluora u vodi dovodi do masovne pojave zubnog karijesa, naročito kod djece. Stoga je u mnogim zemljama obavezna fluorizacija (dodavanje fluora) vode za piće. Pod određenim uvjetima, voda može sadržavati veće koncentracije azotnih materija (nitrati i nitriti). Dužom upotrebom takve vode nastaje posebna vrsta anemije kod djece (methemoglobinemija), u narodu poznata kao „plava djeca“. Osim toga, novija istraživanja pokazuju da veće količine ovih azotnih materija u namirnicama i vodi za piće mogu u izvjesnim slučajevima dovesti do pojave raka na želucu.

Poseban problem predstavlja zagađivanje vode organskim materijama i ugljovodicima – derivatima nafte i benzina. Same minimalne količine organskog zagađenja ne bi kao takve predstavljale poseban zdravstveni problem, međutim, zbog hlorisanja vode u cilju dezinfekcije, stvaraju se jedinjenja koja se zajedničkim imenom zovu hlorirani ugljovodici, a koja su visoko toksična i kancerogena. Voda može biti zagađena bakterijama, virusima i jajima crijevnih parazita i kao takva može biti put prenošenja zaraznih bolesti kao što su trbušni tifus, paratifus, dizenterija, kolera, zarazna žutica, dječija paraliza i dr. Većina bakterija preživljava u vodi od 10 do 30 dana, dok uzročnik trbušnog tifusa u bistrim vodama preživljava do 60 dana. Hemijsko zagađivanje vode je sve češća pojava. Voda se zagađuje pesticidima, teškim metalima, naftom i njenim derivatima, radioaktivnim materijama i sl., što dovodi do ozbiljnih ekoloških i zdravstvenih posljedica.

Iz svih navedenih razloga, veoma je značajno da se voda redovno kontrolira i da se prati njena zdravstvena ispravnost. Voda koja ne zadovoljava kriterije propisane za vodu za piće, mora se pročišćavati prvenstveno iz zdravstvenih razloga (uklanjanje bakterija i hemijskih nepoželjnih materija, dodavanje fluora i dr.), zatim iz estetskih razloga (uklanjanje mutnoće, boje, mirisa, ukusa i dr.), te za potrebe industrije (uklanjanje tvrdoće, korozivnosti i dr.). Izbor metoda prečišćavanja za-

visi od osobina sirove vode. Bistre vode, bez mutnoće i hemijskog zagađenja prečišćavaju se samo dezinfekcijom; zamućene vode se prečišćavaju taloženjem (sedimentacijom), filtracijom i dezinfekcijom; kod voda koje sadrže gvožđe, mangan, ugljendioksid i dr. primjenjuje se aeracija, tvrde vode se omekšavaju itd. Danas postoji tehnologija kojom se, praktično, svaka voda može dovesti u stanje higijenske ispravnosti. Međutim, često su te metode skupe i ekonomski neisplative. Stoga je izuzetno značajno da se zemljište, podzemne i površinske vode što manje zagađuju.

S aspekta zaštite životne sredine i zdravlja ljudi, neadekvatno upravljanje zemljištem i otpadom predstavlja vrlo značajan problem u savremenom društvu. Pravilno upravljanje ovim resursima je u mnogim zemljama zakonski regulirano. Zagađivanje zemljišta iz različitih izvora dovodi do njegove degradacije i nemogućnosti korištenja. Cilj mjera za oporavak zemljišta je da se poboljša kvalitet zemljišta i spriječi dalje prodiranje kontaminenata u dublje slojeve i u podzemne vode. Da bi zemljište obavljalo svoje funkcije, ono mora biti zdravo i nezagađeno. Međutim, s obzirom na svoju statičnost, lako se zagađuje, a polutanati u njemu mogu da opstanu dugi niz godina. Najveći izvori zagađenja zemljišta danas su industrija, domaćinstva i poljoprivredna proizvodnja. Zagađenje zemljišta ili njegov specifičan sastav mogu, kod ljudi koji žive na tim područjima, dovesti do ozbiljnih zdravstvenih posljedica koje nastaju zbog deficita pojedinih minerala (jod, selen), infekcija različitim bakterijama, parazitima ili zglavkarima, ili pojave određenih vrsta karcinoma (radon, azbest, zeoliti, vulkansko zemljište i dr.).

Otpad čini svaki materijal ili predmet koji nastaje tokom obavljanja različitih djelatnosti, predmeti isključeni iz upotrebe, kao i otpadne materije koje nastaju u potrošnji i koje se ne mogu dalje koristiti. Otpadne materije tokom svog životnog ciklusa prolaze kroz nekoliko faza (stvaranje, sakupljanje, transport, obrada i konačno odstranjivanje). Način na koji se u svim ovim fazama postupa s njima može značajno da utječe na kvalitet životne sredine i zdravlje ljudi. Poznavanje sastava otpada je neophodno radi pravilnog izbora metode postupanja s otpadom, dok je količina stvorenog otpada važna zbog proračuna kapaciteta prerađivačkih postrojenja. Sve metode koje se koriste za konačno uklanjanje otpada mogu nepovoljno da djeluju na životnu sredinu, ali je intenzitet njihovog djelovanja različit, te uvijek treba izabrati onaj metod koji najmanje zagađuje životnu sredinu. Literaturni podaci ukazuju da je stanovanje u blizini deponija i spalionica smeća često vrlo štetno po zdravlje stanovništva, posebno djece. Utvrđeno je da ljudi koji žive u blizini deponija češće imaju različite respiratorne simptome, digestivne probleme, iritacije sluzokoža, mučnine, glavobolje, psihološke probleme i alergije, zatim pojave urođenih defekata, spontanih pobačaja i rađanje djece s manjom porođajnom težinom. Kod stanovnika koji žive u blizini spalionica, zbog emisije toksičnih polutanata, utvrđena je veća učestalost karcinoma laringsa, pluća, leukemija i karcinoma kod djece.

Svojim aktivnostima ljudi stalno zagađuju atmosferu, mijenjajući njen sastav i oslabljujući njenu zaštitnu ulogu. Širom svijeta, aerozagađenje je uzrok mnogih zdravstvenih problema, s obzirom da spoljna sredina u urbanim i ruralnim predjelima sadrži štetne materije i iritanse koji utječu na kvalitet života i dovode do raznih oboljenja. Zagađenje vazduha danas predstavlja jedan od dominantnih ekoloških problema u svijetu. Izvori zagađenja vazduha mogu biti prirodni (vulkani, pjesak s pustinja, gasovi iz močvara, kosmičke radijacije, polen, bakterije itd.) i antropogeni (industrija, saobraćaj, loženje, poljoprivreda itd.). Kod nekih ljudi aerozagađenje izaziva vrlo izražene simptome, dok se kod manjeg broja simptomi uopće ne javljaju. Simptomi mogu imati različit intenzitet, a uključuju fizičku i fiziološku neprijatnost, fiziološke promjene, nesigurne i nespecifične znakova do blagih ili jačih kliničkih manifestacija bolesti, pa čak i do smrti u određenim situacijama. Individualni odgovor na izloženost polutantima zavisi od osobina izložene osobe, prisutnog polutanta ili kombinacije polutanata, koncentracije polutanta i dužine izloženosti, veličine i rasprostranjenosti izvora emisije, lokalnih meteoroloških uvjeta itd. Aerozagađenje kod čovjeka može djelovati na različite organe i sisteme, a najugroženiji su respiratorni i kardiovaskularni sistem. Dejstvo aerozagađenja na imuni sistem može da izazove lokalni ili sistemski odgovor, a efekti koji se javljaju mogu biti u vidu hipersenzitivizacije (alergije i autoimune bolesti) ili imunosupresije (smanjenja imunog odgovora). Respiratorne alergijske bolesti (rinitis, rinosinuzitis, bronhijalna astma i sl.) pokazuju tendenciju porasta u mnogim zemljama u svijetu i ljudi koji žive u urbanim sredinama s izgrađenom industrijom

imaju veće šanse da ispolje alergijske respiratorne simptome u odnosu na osobe koje žive u ruralnim sredinama. Hemijske materije iz životne sredine mogu da imaju i embriotoksične efekte i da dovedu do smrti ploda ili, pak, mogu da djeluju teratogeno i da se dijete rodi s određenim defektima koji nisu uzrokovani naslijeđem.

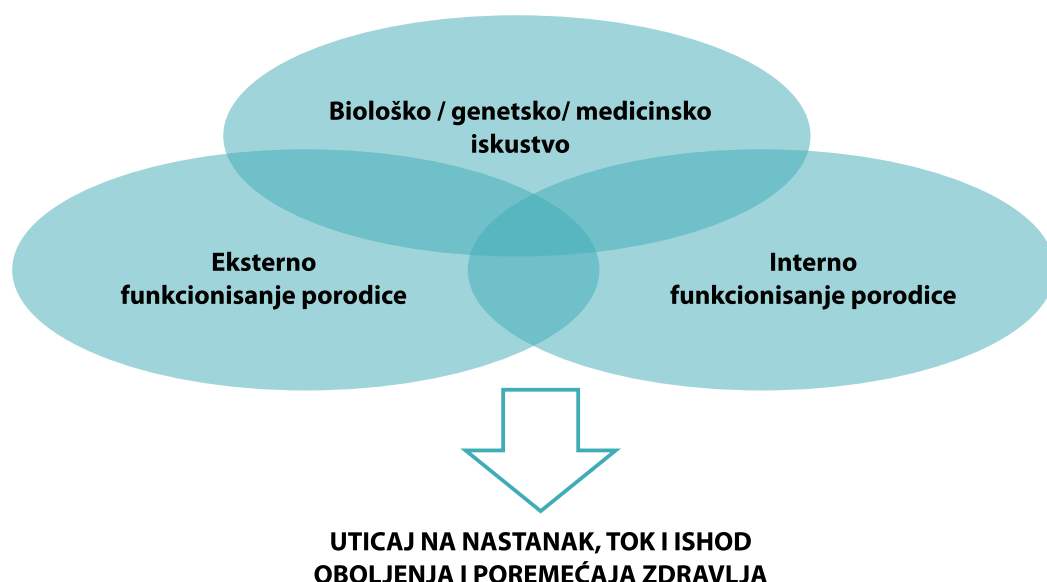
3.2.4. Faktori rizika za zdravlje u porodici (alkoholizam, delinkvencija, korištenje psihotropnih supstanci, nasilje u porodici)

Porodica je osnovna demografska, socijalna i biološka zajednica. Osnovne funkcije porodice su: reproduktivno-biološka, ekonomska, zaštitna i odgojna (Tabela 9).

Funkcije	Značenje
Reproduktivno-biološka	Rađanje djece, produženje vrste, seksualni odnosi.
Ekonomska	Osiguranje materijalnih dobara za izdržavanje članova porodice; primarnu ulogu ima otac, a u novije vrijeme majka ili starija djeca.
Zaštitna	Podrška i pomoć članovima porodice, posebno izdržavanim članovima: djeci, starijim, bolesnim i članovima s poteškoćama u razvoju. Kvalitet roditeljske zaštite u ranom djetinjstvu od posebnog je značenja za buduće mentalno zdravlje – zadovoljenje potreba za toplinom i intimnošću odnosa s majkom, koji su potpomognuti brojnim relacijama s ocem, braćom i sestrama (ukoliko ih ima), čine porodicu najvažnijom zaštitnom sredinom za dijete.
Odgojna	Odgoj djece – porodica služi kao posrednik između sredine i djeteta, pri prijenosu osnova kulture, i utječe na razvoj prvih navika i načina ponašanja važnih za zdrav budući život.

Tabela 9. Funkcije porodice

U modernom industrijskom društvu porodica morala se prilagoditi zakonitostima savremenog života, što je dovelo do promjena njene unutrašnje strukture. Bosna i Hercegovina se nalazi u procesu promjena koje su zahvatile sve segmente društva, pa tako i porodicu. Zbog sve nižih stopa nataliteta, današnja BiH porodica postaje sve manja, značajan je broj rastavljenih brakova ili gubitak nekog od članova porodice tokom minulog rata, sve više je porodica samohranih majki ili očeva, zbog čega djeca rastu u nepotpunim porodicama, a to se odražava na njihovo somatsko i psihičko zdravlje. Promjene u ekonomskoj sferi života dovode do sve veće nezaposlenosti i borbe za osiguranje osnovne egzistencije, pri čemu majka u značajnom broju porodica postaje jedini hranitelj. Zbog prezauzetosti majke, a ne zbog njenog izbjegavanja obaveza, njena uloga odgajatelja se smanjuje, a otac tu ulogu često ne preuzima. Istovremeno se povećava broj jednočlanih porodica koje obično čini jedna starija, bolesna osoba. U uvjetima kada država još nema izgrađene mehanizme socijalne i medicinske zaštite, zbog manjka novčanih sredstava, vrlo je otežano osigurati adekvatnu njegu i zaštitu ovakvih porodica.



Slika 13. Utjecaj porodice na zdravlje

Zdravlje porodice je ključni resurs u biološkom, duhovnom i materijalnom razvoju svakog društva i osnovni faktor ekonomskog razvoja društva. Poznato je da se neke bolesti češće pojavljuju u pojedinim porodicama. Socijalni i psihološki odnosi unutar porodice su jedan od važnih faktora u nastanku poremećaja zdravlja njenih članova. Tako, sama po sebi, porodica može postati izvor zdravstvenog rizika za svoje članove, posebno ako su unutrašnji odnosi u njoj loši. Poznavanje ponašanja porodice važno je za zdravstvenog radnika, jer dinamika porodice utječe na zdravlje svih njenih članova. Primjeri socijalnih faktora koji utječu na zdravlje su kvalitet socijalnih relacija u porodici (odnosi članova porodice) i na poslu, raspoloživost sredstava kako bi se zadovoljile dnevne potrebe za hranom, komunikacijom, obrazovanjem, poslom, plaćom i dr. Kultura, odnosno običaji i tradicija, te uvjerenja porodice i zajednice sve više imaju utjecaj na zdravlje. Izloženost kriminalu, nasilju, društvenim poremećajima i diskriminacijama različite vrste, stepen javne sigurnosti, kvalitet obrazovanja, prisustvo ili izostanak socijalne podrške i društvene interakcije, izloženost masovnim medijima i novim tehnologijama, kao što su mobitel i Internet su izazovi življenja u današnjem vremenu. Psihološki odnosi unutar porodice ne smiju se zanemariti u genezi bolesti, posebno ako su sukobi, napetosti, nesporazumi, različita očekivanja i interesi dugotrajni, što prouzrokuje kontinuirani stres koji utječe na pojavu bolesti. Ovakve porodične prilike mogu uvjetovati nastanak sociopatija ili „socijalnih bolesti“, kao što su alkoholizam, narkomanija, delinkvencija i prostitucija.

Alkoholizam je ozbiljan socijalno-medicinski problem društva, raširen u cijelom svijetu, koji historijski gledano potječe iz najstarijih vremena. Prema definiciji SZO, hronični alkoholičari su osobe koje trajno i prekomjerno konzumiraju alkoholna pića, postajući postepeno ovisne o alkoholu, pri čemu ispoljavaju duševne poremećaje ili manifestacije koje oštećuju njihovo fizičko i psihičko zdravlje, odnos s okolinom, te socijalno i ekonomsko stanje.

Alkoholizam nastaje kombinacijom tri faktora: čovjek (psihološka struktura, adaptacijske sposobnosti, traženje „izlaza“ iz teške životne situacije), sredina (ekonomski uvjeti života, socijalna struktura, urbanizacija, etička i religiozna shvatanja, običaji i standardi o konzumiranju alkoholnih pića), te sam alkohol. Učestalost alkoholizma naročito raste kada postoje socijalni sukobi, veliki društveni potresi, ratovi i druge katastrofe. Novija ispitivanja govore u prilog porodičnom alkoholizmu, bilo da je u pitanju nasljeđe ili navike i ponašanje koji se formiraju u porodici. Socijalne posljedice alkoholizma osjeća alkoholičar, njegova porodica i njegovo društveno okruženje, a one uključuju: raspad porodice, radnu nesposobnost, ekonomske posljedice i materijalno propadanje, izvršavanje krivičnih djela, saobraćajne udesa, povezanost s prostitucijom, kraće trajanje života i dr.

Primarna prevencija alkoholizma predstavlja najznačajniju grupu mjera, jer je liječenje oboljelih od alkoholizma dugotrajno i skupo, a rezultati najčešće nezadovoljavajući. Ova prevencija uključuje:

socijalni model prevencije (zasniva se na principima zaštite zdravlja i odnosa pojedinac-porodica-društvo, započinje u što ranijoj fazi života pojedinca, uz pružanje podrške zdravom porodičnom životu i formiranju odgovarajućih stavova društva prema alkoholizmu), kontrolu distribucije i konzumacije alkohola (određivanje odgovarajućih cijena alkoholnih pića sve do potpune zabrane korištenja alkohola, provođenje društvenih akcija za suzbijanje alkoholizma, zabrana reklamiranja alkoholnih pića u sredstvima javnog informiranja, kontrola proizvodnje, otkupa i prodaje alkoholnih pića i dr.), te edukaciju medicinskih i nemedicinskih stručnjaka i šire javnosti. Sekundarna prevencija obuhvata ranu dijagnozu i liječenje oboljelih. Liječenje zahtijeva angažiranje stručnjaka različitih profila (ljekar, psihijatar, psiholog, socijalni radnik, medicinska sestra i dr.). Tercijarna prevencija ima za cilj kompletnu rehabilitaciju izliječenog alkoholičara (socijalnu, medicinsku i profesionalnu), kako bi se on vratio normalnom životu u porodici, životnoj i radnoj sredini.

Sve navike i zavisnosti od medikamenata i drugih supstanci, SZO naziva toksikomanijama, označivši time stanje povremenog ili hroničnog trovanja prirodnim ili sintetičkim drogama. U širem smislu, **droga** je naziv za materije biljnog, hemijskog ili životinjskog porijekla koje služe za izradu lijekova. Danas se ovaj naziv češće koristi za supstance koje se uzimaju u cilju uživanja, a vrlo brzo i do stvaranja navike, te psihičke i fizičke ovisnosti, remeteći normalne životne funkcije. Psihička ovisnost je jaka emocionalna i mentalna potreba da se uzme neka vrsta droge, u cilju postizanja zadovoljstva ili izbjegavanja neprijatnih posljedica apstinencijskog sindroma. Fizička ovisnost je rezultat ćelijske adaptacije na drogu, odnosno ugrađivanja droge u metabolizam korisnika, što se u slučaju naglog prestanka unošenja manifestira kao apstinencijalni sindrom. Apstinencijalni sindrom manifestira se kao neodoljiva potreba da se uzme droga, vegetativnim sindromom i somato-motornim simptomima. Zahvaljujući ćelijskoj adaptaciji, razvija se i fenomen tolerancije, odnosno smanjenje efekta pri ponovnom uzimanju iste doze droge.

Uzroci nastanka bolesti ovisnosti su kompleksni i nalaze se u interakciji čovjek-sredina-droga. Dostupnost droge ima značajnu, ali ne i presudnu ulogu. Psihološka struktura ličnosti često je odlučujući faktor u procesu nastajanja bolesti ovisnosti: konstitucionalne i stečene predispozicije ličnosti, uključujući emotivnu nestabilnost, neurotičnost i želju za bjekstvom od stvarnosti i sociopatske osobine. Osim ovih, važni su i socijalno-ekonomski i kulturni faktori sredine: okruženje, profesija, stres, loše ekonomsko stanje, loši emocionalni odnosi među članovima porodice, neopravdani zahtjevi ili indiferentnost roditelja. Farmakodinamska svojstva droge i njeni psihofarmakološki efekti, također, mogu utjecati na pojavu bolesti ovisnosti. Neke osobe žele da postignu bjekstvo od realnosti, odmor i san, pa se odlučuju za hipnotike ili analgetike, dok se drugi opredjeljuju za psihostimulanse i trankilanse, sa željom da smanje strah, unutrašnju napetost i nezadovoljstvo, dožive relaksaciju i osjećaj prijatnosti.

Preventivne mjere podrazumijevaju prethodno upoznavanje s modelom ponašanja mladih osoba i uzrocima narkomanije, odnosno zbog čega su droge atraktivne za određeni uzrast i određene socijalne grupe. Zdravstveno-vaspitne mjere u primarnoj prevenciji su od najvećeg značaja. Zdravstveno vaspitanje je integrirano u odgojno-obrazovni proces u predškolskim i školskim ustanovama, kao i lokalnim zajednicama, zdravstvenim i radnim organizacijama. Edukacijom je potrebno obuhvatiti kategoriju djece i omladine, roditelje, nastavnike, školske pedagoge, zdravstvene radnike, kulturne radnike i zaposlene u medijima. Sekundarna prevencija obuhvata pravovremeno otkrivanje i liječenje uživatelja droge. Registar za bolesti ovisnosti omogućava da se na određenom području dobiju podaci o zloupotrebi narkotika, koji predstavljaju preduvjet za organiziranje prevencije i liječenja. Uporedo se, uz medicinski, primjenjuju i socijalni i rehabilitacijski model liječenja. Tercijarna prevencija obuhvata mjere medicinske, socijalne i profesionalne rehabilitacije u cilju smanjenja posljedica narkomanije na najproduktivniji dio stanovništva. Medicinsko i socijalno praćenje treba da bude kontinuirano po otpuštanju izliječenog narkomana iz ustanove za liječenje.

3.2.5. Značaj prikupljanja kvalitativnih i kvantitativnih podataka i informacija vezanih za zdravlje u zajednici

Zajednice čine osnovu stabilnosti društva, ali i promjena. Karakteristika zajednica je da pokazuju izvjesni stepen solidarnosti, čuvaju i pomažu svoje članove. Nezaobilazno je da zajednice utječu i na zdravlje svih članova te zajednice, bilo da same zajednice predstavljaju izvor zdravstvenih rizika ili da okolišni faktori zajednice predstavljaju izvor zdravstvenih rizika članova zajednice. Zdravlje zajednice kao područje javnog zdravstva je disciplina koja se bavi proučavanjem i poboljšanjem zdravstvenih karakteristika bioloških zajednica. Zdrava zajednica je mjesto gdje ljudi imaju liderstvo u procjeni vlastitih resursa i potreba, gdje javno zdravstvo, socijalna infrastruktura i politike podržavaju zdravlje i gdje su raspoložive osnovne javnozdravstvene usluge, uključujući i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. Socijalno-medicinska dijagnostika je proces prikupljanja, mjerenja i analiziranja objektivnih pokazatelja/indikatora o zdravstvenom stanju stanovništva i funkcioniranju zdravstva na istom području. U cilju svrsishodnog prikupljanja podataka, Vlada FBiH svake godine donosi plan statističkih istraživanja od interesa za Federaciju BiH.

Za procjenu zdravstvenog stanja stanovništva određenog područja koriste se direktni i indirektni pokazatelji, kao što su demografski podaci, vitalni događaji, te pozitivni i negativni indikatori zdravstvenog stanja. Broj i starosna struktura stanovništva jednog područja stalno se mijenjaju kao posljedica prirodnog i migracijskog kretanja stanovništva, a te promjene mijenjaju obim i sadržaj zdravstvenih potreba stanovništva. Informacije o promjenama u stanovništvu imaju veliki značaj za planiranje zdravstvene zaštite. Osnovni izvor podataka o stanovništvu je popis stanovništva. Biološki tip stanovništva određenog područja određuje se na osnovu starosne strukture, posmatrajući učešće dobnih grupa stanovništva. Prema Sundbergu, tip stanovništva može biti progresivan, stacionaran ili regresivan, u ovisnosti od učešća starosnih podgrupa u ukupnom stanovništvu.

Biološki tip stanovništva	Starosne grupe		
	0-14 godina (%)	15-49 godina (%)	50 i više godina (%)
Progresivan	40	50	10
Stacionaran	33	50	17
Regresivan	20	50	30

Tabela 10. Tipovi stanovništva

Vitalni pokazatelji predstavljaju pokazatelje prirodnog kretanja stanovništva, koje je posljedica rađanja i umiranja u određenom vremenskom periodu na određenoj teritoriji i tu ubrajamo: stopu nataliteta, stopu mortaliteta, mortalitet dojenčadi i prirodni priraštaj.

U pozitivne indekse zdravlja spadaju pokazatelji psihofizičke kondicije zajednice, a na osnovu antropometrijskih, psihometrijskih, sociometrijskih i bioloških mjerenja. Antropometrijska mjerenja se provode s ciljem proučavanja utjecaja faktora sredine na fizički razvoj stanovništva mjerenjima visine, težine, obima glave itd., i provode se kroz sporadična istraživanja. Psihometrijskim mjerenjima određuju se psihičke sposobnosti i karakteristike stanovništva. Sociometrija proučava odnose, ponašanje i reakcije u zajednici. Biološka mjerenja podrazumijevaju procjenu individualnih u odnosu na standardne vrijednosti (npr. pretrage krvi, urina itd.). Negativni indeksi zdravlja podrazumijevaju morbiditet, mortalitet, invalidnost i apsentizam. Morbiditet i mortalitet su i najčešće korišteni pokazatelji koji služe za ocjenu zdravstvenog stanja stanovništva. Koriste se opće i specifične stope morbiditeta.

Procjena zdravstvenih zahtjeva i potreba pripadajuće populacije putem socijalno-medicinske dijagnostike ima sljedeće ciljeve:

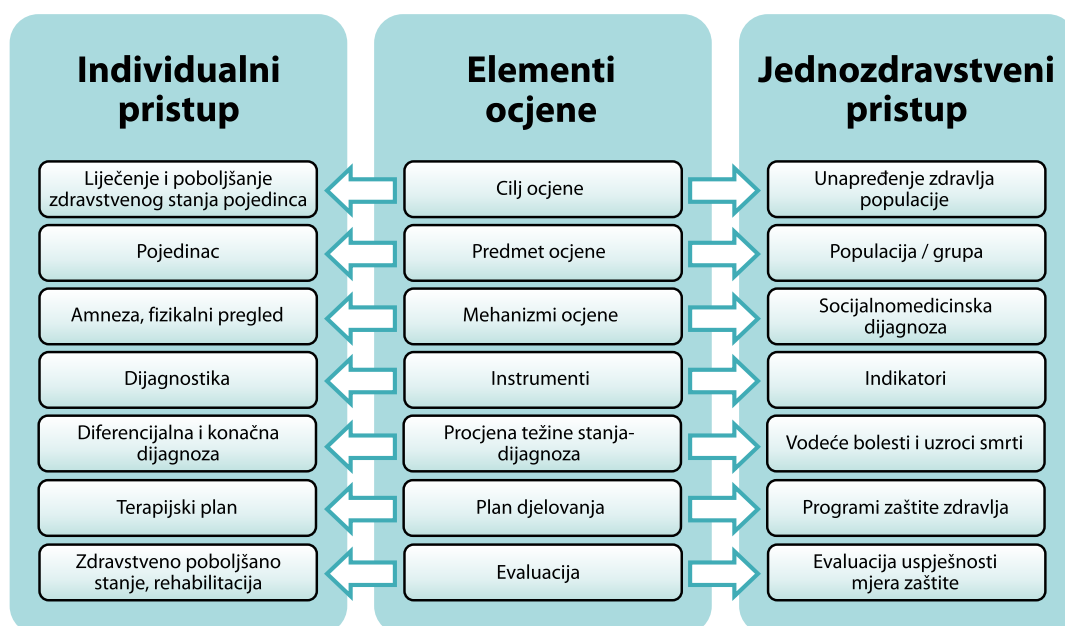
- utvrditi sastav i strukturu pripadajuće populacije, te probleme u zajednici;

- poznavati vitalne događaje, kao i pokazatelje zdravlja pripadajuće populacije;
- odabrati prioritete na koje se može utjecati programskom zdravstvenom zaštitom;
- implementirati mjere, aktivnosti i/ili programe kojima se može utjecati na prioritetne probleme zajednice;
- odabrati pokazatelje/indikatore za praćenje promjena;
- podrška reformskim promjenama u zdravstvu u smislu jačanja preventivnog pristupa na-
spram pretežno kurativnog.

Značaj prikupljanja kvalitativnih i kvantitativnih podataka i informacija u zajednici vezanih za zdravlje ogleda se u postavljanju socijalno-medicinske dijagnoze pripadajućeg stanovništva, odabiru prioriteta i implementacije odabranih aktivnosti ili programa unutar zdravstvenog sektora, godišnjem praćenju odabranih pokazatelja, praćenju korištenja zdravstvene zaštite u skladu sa zdravstvenim potrebama i zahtjevima, planiranju zdravstvenih kadrova i organizacije rada.

3.2.6. Koncept novog javnog zdravstva – javne politike usmjerene ka zdravlju (zdrave javne politike)

Unapređenje zdravlja predstavlja sveobuhvatan društveni i politički proces koji uključuje akcije usmjerene ka jačanju vještina i sposobnosti pojedinaca i akcije usmjerene promjeni socijalnih, ekonomskih i okolišnih uvjeta kojima se teži ukloniti njihov (potencijalno negativan) efekat na zdravlje pojedinaca i društva. Zdravstvena zaštita u svijetu postaje kompleksnija i skuplja, te se zemlje suočavaju s problemima održivosti vlastitih sistema zdravstvene zaštite. Napretkom tehnologije, programi kliničkog liječenja postaju sve složeniji i skuplji, što rezultira reformama i rekonstruiranjem sistema zdravstvene zaštite u zemljama koje su usmjerene prema programima prevencije i kontrole oboljenja, koji su manjih direktnih koštanja. Jedan od rezultata reformi je i povećanje svjesnosti stanovništva o zdravlju kao važnom socijalnom cilju. U ovom procesu glavnu ulogu ima javno zdravstvo. Charles-Edward Amory Winslow, lider u javnom zdravstvu u SAD-u, 1920. godine dao je sljedeću definiciju javnog zdravstva: "Javno zdravstvo je nauka i umjetnost preveniranja bolesti, produženja života, unapređenja fizičkog zdravlja i efikasnosti kroz organizirane napore zajednice za sanaciju okoline, kontrolu infekcija u zajednici, edukaciju pojedinca o principima lične higijene, organiziranje zdravstvene službe za ranu dijagnozu i preventivnu terapiju bolesti i razvoj socijalnih mehanizama koji će osigurati da svaka individua u zajednici ima standard života koji će joj omogućiti da očuva zdravlje."



Slika 14. Individualni i javnozdravstveni pristup

Početak osamdeset godina 20. vijeka obilježen je značajnim širenjem 'socijalnih pokreta' među kojima Pokret za promociju zdravlja, integriran u „novo javno zdravstvo“ predstavlja jedan od najznačajnijih. Novo javno zdravstvo može se integrirati u sva tri modela zdravlja, ali je najdominantniji socio-okolinski model.

U novom javnom zdravstvu govorimo o tri glavne domene:

- poboljšanje zdravlja (unapređenje i promoviranje zdravlja, reduciranje nejednakosti, rješavanje širih odrednica zdravlja – zapošljavanje, stanovanje i sl., zdravlje porodice, zdravlje zajednice, obrazovanje, životni stil i zdravstveno obrazovanje);
- zaštita zdravlja (čisti zrak, hrana i voda, nadzor i kontrola nad infektivnim oboljenjima, zaštita od radijacije, hemikalija i trovanja, pripravnost i odgovor na katastrofe, okolišni zdravstveni hazardi i prevencija ratnih i socijalnih poremećaja);
- kvalitet zdravstvene i socijalne zaštite (politika zdravstvenih sistema i planiranje, kvalitet i standardi, zdravstvena zaštita bazirana na dokazima, klinička medicina, efikasnost, te istraživanje, pregled i evaluacija).

Novo javno zdravstvo, kao naučna disciplina, podrazumijeva primjenu bioloških, socijalnih i bihevioralnih nauka u istraživanju fenomena ljudskog zdravlja s dva glavna cilja analize: epidemiološke studije zdravstvenog stanja stanovništva te studije organiziranog socijalnog odgovora na zdravstveno stanje stanovništva, posebno načina u kojima je ovaj odgovor struktura u sistemu zdravstvene zaštite. Koncept novog javnog zdravstva definira zdravlje kao dio svakodnevnog života i suštinske dimenzije kvaliteta života, uključujući edukaciju za zdravlje, komunikaciju za zdravlje, razvoj zajednice, organizacijski razvoj, javne politike usmjerene ka zdravlju (zdrave javne politike), zagovaranje/zastupanje za zdravlje, intersektorsku saradnju, samopomoć i uzajamnu pomoć, te demokratsko učešće građana u procesu donošenja odluka vezanih za zdravlje.

Efektivno rješavanje problema u javnom zdravstvu zahtijeva ekspertize velikog broja stručnjaka s različitim iskustvima i različitim profilima obrazovanja. Veliki broj javnozdravstvenih disciplina je uključen u novo javno zdravstvo, počevši od socijalne medicine, epidemiologije, higijene i okolišnog zdravlja, biostatistike, psihologije, sociologije, zdravstvenog menadžmenta do zdravstvene ekonomike. Stoga, novo javno zdravstvo s promocijom zdravlja motivira i uključuje veliki broj aktera u društvu, pojedince, udruženja, nevladine organizacije, civilno društvo, vladine organizacije i institucije, a sve u cilju promocije, unapređenja i poboljšanja zdravlja. Novo javno zdravstvo koncentrirano je na međuodnose između bogatstva, društvenog blagostanja, obrazovanja i zdravstva, socijalnog kapitala i zdravlja. Svi novi faktori – socijalni, ekonomski i faktori društvenog kvaliteta kontinuirano postaju sve važniji kao determinante/odrednice zdravlja i uzroka bolesti. Zdravlje/bolest je „multisektorska oblast“. Stoga, zdravstveni radnici, od ljekara do medicinskih sestara/tehničara, trebaju imati znanja, od anatomije, fiziologije, antropologije, epidemiologije, do sociologije, socijalnog marketinga, menadžmenta, administracije, komunikacije i prava, tj. savremeni pristup u liječenju i/ili izlječenju bolesti treba „univerzaliste“, a ne samo „tehničare“ (Basch, 1990). Era u kojoj živimo zahtijeva multidisciplinarnu pristupe jer je davno prošlo vrijeme u kojem je svaka disciplina imala svoje teorije i razumijevanja, koji su bili vrlo slabo povezani s pronalascima unutar drugih disciplina (Russell, 1989).

Osnovne funkcije javnozdravstvenih ustanova su monitoring i ocjena zdravstvenog stanja stanovništva, očuvanje i unapređenje zdravlja planiranjem i provođenjem mjera nadzora nad zaraznim i nezaraznim oboljenjima (maligne neoplazme, dijabetes melitus i dr.), osiguranje ispravnosti hrane, vode, zraka i predmeta opće upotrebe, nadzora okoliša, promocije zdravlja i prevencije oboljenja, provođenje redovnih zdravstveno-statističkih istraživanja, razvoj zdravstvenih politika i donošenje planova razvoja zdravstva, stručno-tehnološka podrška ministarstvima zdravstva, evaluacija efikasnosti i kvaliteta zdravstvene zaštite, te mobilizacija sektora izvan zdravstva za određene zdravstvene probleme (poljoprivreda, ekologija, javno informiranje i sl.). U Federaciji BiH javnozdravstvene ustanove su hijerarhijski povezane, od higijensko-epidemiološke službe domova zdravlja, preko kantonalnih do Federalnog zavoda za javno zdravstvo.

Ključne poruke:

Socijalna medicina je naučna disciplina koja izučava zdravlje stanovništva, sa svim njegovim biološkim, demografskim i epidemiološkim determinantama, u kontekstu utjecaja društvenih faktora (socioekonomski) i faktora okoliša, kao i zdravstveni sistem i njegove podsisteme u okviru svih njihovih interakcija.

Interesantna je procjena SZO da je doprinos medicinskih usluga dobro razvijenog zdravstvenog sistema na poboljšanju zdravlja stanovništva svega 10-15%, a ostatak je rezultat rada drugih sektora. Stoga je važno naglasiti značaj intersektorske saradnje u zaštiti zdravlja stanovništva.

U osnovi svakog programa zaštite zdravlja je kontrola rizika. Faktori rizika mogu se klasificirati kao: uzročni, doprinoseći i prediktivni faktori rizika.

Porodica je osnovna demografska, socijalna i biološka zajednica. Zdravlje porodice je ključni resurs u biološkom, duhovnom i materijalnom razvoju svakog društva i osnovni faktor ekonomskog razvoja društva.

Zdravlje zajednice kao oblast javnog zdravstva je disciplina koja se bavi proučavanjem i poboljšanjem zdravstvenih karakteristika bioloških zajednica.

Socijalno-medicinska dijagnostika je proces prikupljanja, mjerenja i analiziranja objektivnih pokazatelja/indikatora o zdravstvenom stanju stanovništva i funkcioniranju zdravstva na istom području. Za procjenu zdravstvenog stanja stanovništva određenog područja koriste se direktni i indirektni pokazatelji.

U cilju svrsishodnog prikupljanja podataka, Vlada FBiH svake godine donosi plan statističkih istraživanja od interesa za Federaciju BiH.

Novo javno zdravstvo, kao naučna disciplina, podrazumijeva primjenu bioloških, socijalnih i bihevioralnih nauka u istraživanju fenomena ljudskog zdravlja. Koncept novog javnog zdravstva definiše zdravlje kao dio svakodnevnog života i suštinske dimenzije kvaliteta života.

U Federaciji BiH javnozdravstvene ustanove su hijerarhijski povezane, od higijensko-epidemiološke službe domova zdravlja, preko kantonalnih do Federalnog zavoda za javno zdravstvo.

Reference:

1. Jakovljević Đ. i sar., Socijalna medicina, Medicinski fakultet Novi Sad, Novi Sad, 1995.
2. Smajkić A., Socijalna medicina s organizacijom zdravstva - I dio, Škole narodnog zdravlja Medicinskog fakulteta u Sarajevu, 1997.
3. Pilav A. Sistemi zaštite zdravlja, UNSA, 2014.
4. Džubur A. i saradnici, Socijalna medicina, Medicinski fakultet, Sarajevo 2018.
5. Cucić V. i sar., Socijalna medicina, Savremena administracija, Beograd 2000.
6. Timotić B. i sar. Socijalna medicina, II dopunjeno izdanje, „Velarta“, Beograd 2000.
7. Nikšić D. Praktikum iz socijalne medicine sa teorijskim osnovama. Medicinski fakultet, Sarajevo 2007.
8. Jović S. Socijalna medicina s epidemiologijom i higijenom, Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet, 2011.

Pitanja za završni ispit:

1. Šta je socijalno-medicinska dijagnostika?
2. Šta je doprinoseći faktor rizika u nastanku diabetes mellitusa?
3. Šta Vlada FBiH donosi svake godine, u cilju svrsishodnog prikupljanja zdravstveno-statističkih podataka?

3.3. Profiliranje zajednice – rad s lokalnom zajednicom, korištenje pristupa procjena zdravstvenih potreba

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Profiliranje zajednice – rad s lokalnom zajednicom, korištenje pristupa procjena zdravstvenih potreba	– Predavanje (I dio) – 50 minuta – Rad u grupama (uraditi profil listu za svoju lokalnu zajednicu i odrediti lokalne prioritete) – 20 minuta – Izvještavanje i diskusija - 20 minuta – Predavanje (II dio) - 50 minuta – Rad u grupama (analizirati po jedan prioritetni problem iz lokalne zajednice, predložiti mjere za rješavanje problema, uključujući partnere iz lokalne zajednice) - 20 minuta – Izvještavanje i diskusija - 20 minuta

3.3. Profiliranje zajednice – rad s lokalnom zajednicom, korištenje pristupa procjena zdravstvenih potreba

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- identificirati zdravstveno-socijalne potrebe i probleme ljudi u zajednici;
- identificirati prioritete u rješavanju zdravstveno-socijalnih potreba i problema;
- poboljšati kvalitet zdravstvene njege u zajednici;
- provesti aktivnosti da svi članovi zajednice imaju mogućnost ravnopravnog pristupa u rješavanju zdravstveno-socijalnih potreba i problema;
- izraditi metodološki okvir za razvoj profila zajednice (pripremiti profil liste, analizu razvijanja službi u zajednici, te odrediti lokalne i nacionalne prioritete);
- definirati set mjera zdravstvene zaštite za stanovništvo (svi relevantni pokazatelji – starosna i spolna struktura, socioekonomski pokazatelji i dr.).

Sadržaj:

Za proces profiliranja zajednice potrebno je uraditi procjenu zdravstvenih i socijalnih potreba zajednice što obuhvata prikupljanje, analizu i prezentaciju prikupljenih podataka. Ove informacije se koriste za istraživanje, za potrebe statistike, za potrebe lokalne zajednice, medija, zdravstvenih radnika ili socijalne službe. Za izradu metodološkog okvira za razvoj profila zajednice potrebno je pripremiti profil liste, analizu razvijanja službi u zajednici, te odrediti lokalne i nacionalne prioritete.

3.3.1. Zajednica – pojam i definicija

Riječ zajednica potječe od latinskih riječi *communitas* (zajednica) i *communis* (zajednički). U literaturi postoji veliki broj definicija zajednice. Hillery je analizirao njih 94 i zaključio da jedino što im je zajedničko jeste konstatacija da „zajednicu“ čine ljudi (Tones K, 1990). Njemački sociolog Tönnies (1887) utemeljio je definiciju zajednice po kojoj je zajednica prirodna grupa, nastala spontano, stihijski i veoma dugim razvojem. U zajednici preovladavaju osjećanja, ljubav, običaji, tradicija, solidarnost, prisnost, povjerenje, vjernost i unutrašnje snage koje je drže. Zajednica je društvena jedinica, jedna ili nekoliko grupa ljudi koji dijele prostor, pravila, religiju, vrijednosti, običaje ili identitet. Zajednice mogu dijeliti osjećaj mjesta koje se nalazi u određenom geografskom području (zemlja, selo, grad ili susjedstvo) ili u virtuelnom prostoru putem komunikacijskih platformi. Iako su zajednice obično male u odnosu na vlastite društvene veze, one se, također, mogu odnositi na pripadnost velikim grupama kao što su nacionalne zajednice, međunarodne zajednice i virtuelne zajednice. Prema nastanku, vezama unutar zajednica i društvenih grupa, razlikujemo primarne i sekundarne zajednice.

Primarne zajednice	Sekundarne zajednice
Uzajamni prisni odnosi	Posredni odnosi
Nema formalne specifikacije uloga, iako su uloge jasne po tradiciji ili načinu ponašanja (uloga majke, najugledniji susjed, vođe itd.)	Formalna organizacija i podjela rada, upis u članstvo, uloge i položaji su određeni, a članovi su postavljeni ili formalno odabrani
Nastaju spontano, pod utjecajem prilika (rođenje, zajednički rad, blizina stanovanja)	Nastaju zbog posebnih interesa članova, ciljevi su jasni svim članovima, a često su i formalno dogovoreni
Komunikacija je neposredna, pa prema tome češća i potpunija	Postoje specijalizirani komunikacijski kanali i pravila
Grupe su manje, pa je važna grupna dinamika i lična interakcija	Grupe su obično velike, pa vladaju pravila odnosa u mnoštvu i gomili
Primjeri: porodica, susjedstvo, prijatelji, saradnici na poslu	Primjeri: stručna udruženja, institucije, političke stranke

Tabela 11. Razlike između primarne i sekundarne zajednice

Misija javnog zdravstva je „zdravi ljudi u zdravoj zajednici“, a vizija je promocija fizičkog i mentalnog zdravlja, prevencija oboljenja, povreda i onesposobljenja. Da bi se ostvarila ova misija i vizija, neophodan je multidisciplinarni i intersektorski pristup, partnerstvo u zajednici i primjena istraživanja u oblasti javnog zdravstva. Politika zdravijeg življenja polazi od činjenice da se većina faktora koji utječu na zdravlje nalazi izvan zdravstvenog sektora, da nejednakosti u zdravlju često proističu iz nejednakosti u društvu i da se zdravije življenje može postići jačanjem individualne i društvene odgovornosti za zdravlje.

3.3.2. Procjena zdravstvenih potreba zajednice

Kriteriji po kojima se zajednica identificira proizilaze iz niza elemenata: kulture, etničke pripadnosti, rase, spola, vjere, socioekonomskog stanja, obrazovanja, zanimanja, mjesta boravka, jezika, iskustva, nezaposlenosti, pripadnosti jednom ljekaru porodične medicine i dr. Za rad medicinske sestre/tehničara u zajednici, od velike važnosti je procjena zdravstvenih i socijalnih potreba zajednice i provođenje mjera za odgovor na identificirane potrebe. Bilo kakvu intervenciju u zajednici nije

moguće planirati ni provesti ako nije zasnovana na ocjeni i analizi stanja, potreba i odnosa (Blackie C, 1998). Procjena zdravstvenih i socijalnih potreba zajednice uključuje nekoliko oblasti, kao što su zdravlje, obrazovanje, socijalne potrebe, socijalna politika, način rješavanja socijalnih problema, stanovanje, odmor i rekreacija, okoliš i dr. Za procjenu stanja koriste se izabrani indikatori i metode koje razvijaju pojedine zemlje radi svojih specifičnosti. Osnova koncepta primarne zdravstvene zaštite jeste shvatanje zajednice kao klijenta. U tom slučaju, medicinska sestra/tehničar u zajednici sarađuje s drugim sektorima i disciplinama radi utvrđivanja specifičnih potreba stanovništva, identifikira grupe i podgrupe stanovništva sa specifičnim problemima i potrebama (npr. starije osobe, adolescenti, mlade porodice, pacijenti s hroničnim bolestima, gojaznošću, pothranjenošću, ovisnici o psihoaktivnim supstancama i dr.), da bi u konačnici provela aktivnosti na rješavanju tih problema, te doprinijela unapređenju zdravlja zajednice u cjelini. Medicinska sestra/tehničar u zajednici s dugogodišnjim iskustvom i poznavanjem prilika može znatno doprinijeti stvaranju realne i objektivne slike zdravstvenog i socijalnog stanja u zajednici.

Za procjenu zdravstvenog stanja stanovništva koristi se individualni ili grupni pristup. Kod individualnog pristupa, predmet posmatranja je pojedinac, a kao elementi služe simptomi, objektivni nalaz i drugi postupci koji služe za uspostavljanje dijagnoze ili provođenja liječenja. Instrumenti za procjenu zdravstvenog stanja zovu se indikatori (pokazatelji, varijable), kojima se direktno ili indirektno mjere promjene. Indikatori su uglavnom kvantitativne prirode (apsolutni ili relativni broj), a rjeđe kvalitativni (konstatcija da nešto postoji ili ne, gradacija kao izuzetno dobro, dobro, ni dobro ni loše, loše). Relativni brojevi se najčešće koriste za teritorijalna i vremenska poređenja, i to kao proporcije (procenti) – kao pokazatelji strukture, i stope – kao pokazatelji učestalosti ili nivoa neke pojave.

Indikator treba biti: validan (da mjeri samo definirane parametre), objektivan (da rezultat mjerenja bude isti, iako ga vrše različiti ljudi u istim ili sličnim okolnostima), osjetljiv (da je senzitivan na promjenu situacije koju oslikava) i specifičan (da reflektira promjene samo specifične situacije na koju se odnosi).

Podjela zdravstvenih indikatora:

- Indikatori zdravstvene politike – politička saglasnost u strategiji zaštite zdravlja, distribucija resursa, ravnopravnost, organizacijski okvir;
- Indikatori zdravstvenog statusa – pozitivni indeksi zdravlja (antropometrija, psihometrija, sociometrija) i negativni indeksi zdravlja (morbidity, mortalitet, apsentizam, invalidnost);
- Demografski događaji – stanovništvo (brojnost, struktura i druga obilježja), vitalni događaji (natalitet, nupcijalitet, divorcijalitet, mortalitet) i mehanički događaji (migracija);
- Socijalno-ekonomski indikatori – životni standard i sredstva za zdravstvenu zaštitu;
- Indikatori stanja životne sredine – higijensko-sanitarne prilike i epidemiološka situacija;
- Potrebe i zahtjevi za zdravstvenom zaštitom;
- Standardi i normativi;
- Pokazatelji zdravstvene djelatnosti – zdravstveni radnici, mreža zdravstvenih ustanova, korištenje zdravstvene zaštite.

Primjer javnozdravstvenih podataka za procjenu potreba zajednice:

- Stopa mortaliteta i morbiditeta;
- Nesreće (posebno djece i starijih osoba);
- Rizici za zdravlje djece (nezbrinuta djeca, zlostavljanje, nasilje);
- Stresni faktori (siromaštvo, nezaposlenost, kriminal, loši uvjeti stanovanja);
- Podaci o radu zdravstvenih ustanova (čekanje na pregled, dostupnost, zadovoljstvo korisnika uslugama);
- Podaci o radu komunalnih službi (dostupnost pitke vode, telefonskih usluga, kanalizacijske mreže, odvoz komunalnog otpada, stanje zelenih površina, dostupnost trgovina, tržnica, ad-

- administrativnih službi);
- Sport, rekreacija, kultura.

Pojedine zemlje za procjenu zdravstvenih i socijalnih potreba koriste Jarmanov indeks i Townsendovu skalu (Velika Britanija). Jarmanov indeks uključuje osam varijabli: domaćinstva s jednim roditeljem, djeca mlađa od pet godina, starije osobe koje žive same, nezaposlene osobe, nekvalificirane osobe, migracije stanovništva, prenatrpani stanovi i etničke manjine. Navedeni podaci mogu se pronaći u lokalnoj zajednici iz podataka o popisu stanovništva. Za procjenu pomoću Townsendove skale koriste se četiri područja: postotak nezaposlenih, postotak porodica bez automobila, postotak prenatrpanih porodica i postotak porodica koje stanuju u kući ili stanu koji nisu njihovo vlasništvo.

3.3.3. Stadiji profiliranja zdravstvenih i socijalnih potreba, pristupi i primjena informacija

Najbolji način procjene potreba jest korištenje što je moguće više dostupnih izvora informacija (istraživanje, statistika, lokalna zajednica, mediji, zdravstveni radnici i saradnici, socijalna služba i dr.). Neki izvori informacija su lako dostupni, što uveliko ovisi o raspoloživim resursima. Zdravstvene potrebe pojedinca ili zajednice zahtijevaju ostvarivanje koristi za zdravlje kao univerzalne kategorije života, a ne samo zdravlja koje je rezultat medicinskog modela pružanja zdravstvenih usluga. Koncept općih zdravstvenih potreba uključuje, ne samo potrebe za zdravstvenom zaštitom, nego i potrebe za stanovanjem, zaposlenjem, obrazovanjem itd. Učestalost i vrsta zdravstvenih potreba je različita kod stanovništva razvijenih i nerazvijenih područja, kod mladog i starijeg stanovništva, kod ljudi koji žive na selu i gradu i sl. Korisnici mogu imati različit pristup zadovoljenja iste zdravstvene potrebe, te iako je određena intervencija tehnički pružena, pacijent s njom nije uvijek zadovoljan (npr. duge liste čekanja). Zahtjevi za zdravstvenom zaštitom se zadovoljavaju na različitim nivoima zdravstvene zaštite, te shodno kategorizaciji zahtjeva, obimu i vrsti usluga, od 65-80% zahtjeva bi se trebalo zadovoljiti na nivou primarne zdravstvene zaštite, a ostatak na sekundarnom i tercijarnom nivou.

Stadiji procjene zajednice uključuju sljedeće faze:

1. Prikupljanje informacija

Ova faza podrazumijeva prikupljanje relevantnih informacija koje će pomoći u procjeni zdravstvenog statusa i zdravstvenih potreba populacije u zajednici. Informacije o potrebama za zdravstvenom njegom u zajednici se dobijaju analizom zdravstvenog i socijalnog stanja registriranog stanovništva u timovima porodične medicine. Također, informacije se mogu prikupiti i od članova porodice, od pružatelja usluga zdravstvene njege s primarnog, sekundarnog ili tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite, iz ustanove u kojoj je pacijent smješten, ili bilo koje druge službe u zajednici (vrtići, starački domovi, ustanove za djecu i omladinu sa smetnjama u razvoju, starački domovi, sigurne kuće, centar za socijalni rad itd.)

2. Analiza informacija

Ova faza podrazumijeva interpretaciju i detaljnu analizu prikupljenih podataka. Tada polako formiramo okvirnu sliku o zdravstveno-socijalnom stanju zajednice. Utvrđuju se uzroci koji su doveli do određenih stanja, definiraju preporuke za unapređenje i poboljšanje trenutne situacije u zajednici, te određuju prioritete u djelovanju uz obrazloženje. Izrađuje se akcijski plan zdravstveno-promotivnih aktivnosti uz jasno definirane ciljeve postavljenih aktivnosti, vremenski okvir i identifikaciju aktera koji će učestvovati u implementaciji ovih aktivnosti.

3. Prezentacija rezultata

Dobijene informacije se koriste za istraživanje, potrebe statistike, lokalne zajednice, medija, zdravstvenih radnika i socijalne službe.

3.3.4. Okvir za razvoj profila zajednice, razvijanje službi i podrška zdravstvenim projektima u zajednici

Zajednica počiva na društvenim interakcijama u kojima pojedinci i grupe na određenom lokalitetu zajedno djeluju, povezani ne samo geografskim i demografskim već i društvenim varijablama koje tu zajednicu definiraju. Kako bi postigao stanje cjelokupnog fizičkog, mentalnog i društvenog blagostanja, pojedinac ili grupa moraju biti u stanju identificirati i realizirati svoje aspiracije, zadovoljiti potrebe i mijenjati ili se nositi s rizičnim faktorima okoline. Zdravstvena zaštita usmjerena ka zajednici je po svojoj prirodi multidisciplinarna, obzirom na složenost utjecaja na zdravlje i blagostanje zajednice. Svojim institucionalnim pristupom i prisustvom, medicinska sestra/tehničar u zajednici postaje najistaknutiji pružatelj zdravstvenih usluga. Planiranje programa vezanih za javno zdravlje uzima u obzir populacijski pristup, aktivnosti na odrednicama zdravlja, sveobuhvatne interesektorske inicijative, učešće javnosti, te intervencije koje potiču promjene ponašanja, socijalne, okolinke i promjene politike. Provodi se na mjestima gdje ljudi žive i rade. Prioriteti se definiraju u odnosu na oboljenja i faktore rizika, visokorizične grupe, rodne specifičnosti, pristupačnost i korištenje zdravstvene zaštite i metode preventivnog djelovanja. Razlog, način i vrijeme odlaska u zajednicu dogovara tim porodične medicine na redovnim sastancima, kada zajedno razmatraju prioritete, te identificiraju prioritetne grupe stanovništva ili zdravstveni problem. U sklopu publikacije Smjernice za unapređenje sestrinstva u zajednici/polivalentne patronaže na nivou općina u FBiH, razvijen je obrazac koji se koristi za profiliranje zajednice (Prilog 1).

Određivanje prioritetnih aktivnosti se vrši prema definiranim kriterijima i to:

- Frekvencija oboljenja/problema;
- Ozbiljnosti oboljenja/problema;
- Izvodivost aktivnosti (percepcija/zahtjev, kontekst, moguća efektivna intervencija, raspoloživi resursi).

Jačanje primarne zdravstvene zaštite (PZZ) osnovni je cilj brojnih ranijih ili trenutnih projekata u našoj zemlji. Ostvarivanje potencijala reforme zdravstvenog sistema usmjerenih na PZZ i službi u zajednici je fokus projekata koji se trenutno provode u zdravstvu. Rezultati većine projekata doprinijeli su brojnim dobrobitima u zdravstvenom sistemu, kako bi poboljšali pružanje usluga krajnjim korisnicima. Ključno je da postignuta unapređenja u zdravstvenom sistemu postanu održiva i nakon završetka projektnih aktivnosti.

Postoji nekoliko faza u kontinuitetu odnosa zdravstvenih radnika i članova jedne zajednice:

- Prvi kontakt sa zajednicom – inicijalni kontakt pri kojem zdravstveni radnici obavještavaju članove zajednice o aktivnostima koje se pokreću;
- Uključivanje zajednice – članovi zajednice daju svoje komentare i vode postojeće aktivnosti;
- Saradnja zajednice – kontinuirano učešće članova zajednice u aktivnostima vezanim za zdravlje;
- Participacija zajednice – visok stepen uključivanja, formira se zdravstveni tim/savjet kojeg čine zdravstveni radnici i predstavnici zajednice.

3.3.5. Metodološki pristup u procjeni potreba za zdravstvenom zaštitom

U cilju pružanja odgovarajuće zdravstvene zaštite neophodno je poznavanje svih okolnosti u kojima ljudi žive i rade, te načina života i njihovog biološkog nasljeđa. Pojedinac je samo dio zajednice u kojoj živi, te je neophodno poznavanje i drugih okolišnih faktora, kao i zdravstvenih pitanja koja su vezana za biološku fazu života (uzrast). Model životnog ciklusa je metodologija pomoću koje se vrši globalna procjena zdravstvenih potreba stanovništva/pojedinca, a prema uzrastu, u skladu s promjenama u biološkom/fiziološkom i socijalnom životnom krugu. Bazira se na biomedicinskom modelu zdravlja jer prikazuje bolesti i faktore rizika u nastanku bolesti kroz biološke faze života sa svim zdravstvenim izazovima u odgovarajućoj životnoj dobi koji, pored biološkog utjecaja, za-

vise i od drugih modificirajućih faktora, od čega su najvažnije četiri grupe faktora: socioekonomski, okolišni, genetski i kulturološki.

Pozitivni indeksi zdravstvenog stanja pojedinca su objektivni pokazatelji željene prosječne psiho-tjelesne kondicije i socijalne harmonije, i klasificiraju se u četiri grupe:

1. Antropometrijski indeksi (tjelesna težina, tjelesna visina, indeks tjelesne mase);
2. Psihometrijski indeksi (indeks inteligencije);
3. Sociometrijski indeksi (indeksi adaptacije, komunikacije);
4. Biološki standardi (glikemija, broj eritrocita, broj leukocita itd.).

Negativni indeksi zdravstvenog stanja su:

1. Morbiditet (incidenca, prevalenca, opći i specifični, vanbolnički i bolnički);
2. Mortalitet (opći i specifični, perinatalni, dojenački, maternalni, muškarci 35-44, 45-54 godine, žene 35-44, 45-54 godine);
3. Apsentizam (medicinski razlozi – bolest, povreda, njega člana porodice; nemedicinski – klima na radnom mjestu, interpersonalni odnosi, uvjeti rada, stanovanje i ishrana tokom rada);
4. Invalidnost (potpuna, djelimična – obavljanje posla sa skraćenim radnim vremenom i sposobnost za rad na puno radno vrijeme, uz prekvalifikaciju).

Starosne grupe	Utjecaji na zdravlje
Od rođenja do prve godine	- Zdrav početak života uvjet je zdravog rasta i razvoja djeteta predstavlja bazu za dostizanje punog razvojnog potencijala djeteta - Kvalitet vanjskoga okruženja je najvažniji faktor u rastu i razvoju – kvalitet okruženja u porodici i utjecaj porodice (njega, ishrana, redovna imunizacija)
Predškolska dob – druga godina do polaska u školu (6-7 godina života)	- Kvalitet vanjskog okruženja najvažniji je faktor u rastu i razvoju – kvalitet okruženja u porodici i utjecaj porodice (njega, ishrana, redovna imunizacija) - Kognitivni razvoj
Školska dob – 6-7 godina do 18-19 godina <i>Mlađe školsko doba</i> 6-7 godina do 10-11 godina <i>Srednje školsko doba</i> 11 - 14 godina <i>Starije školsko doba</i> 15-18/19 godina	- Kvalitet vanjskoga okruženja – lokalna zajednica, škola, formalna edukacija - Priprema za zdrave životne stilove - Priprema za zdrav, neovisan život odraslih - Utjecaj vršnjačkih grupa - Specijalne potrebe – adolescencija
Srednja ili odrasla dob - 19 godina do 64 godine	- Period punog razvoja ličnosti, orijentacije prema drugima i trajna socijalizacija, razvoj autonomije - Stres - Životni stil - Nesreće - Bolesti vezane za radno mjesto - Mentalno zdravlje - Promocija zdravlja - Trudnoća

	- Formiranje porodice, podizanje potomstva - Koronarna srčana oboljenja, srčani i moždani udari, respiratorna oboljenja, skrininzi – karcinomi grlića materice, karcinomi dojke, karcinomi debelog crijeva, priprema za starost
65 do 74 godine	- Svi glavni uzroci hroničnih bolesti, onesposobljenost (posebno vezano za pokretljivost i senzacije) - Demencija, depresija, održavanje funkcije i neovisnosti - Socijalna izolacija
75 godina i više	- Multipli morbiditet - Demencija, depresija - Održavanje funkcije i neovisnosti - Socijalna izolacija, kvalitet stanovanja

Tabela 12. Razvojne faze – biološki ciklus rasta i razvoja

3.3.6. Definiranje seta mjera zdravstvene zaštite stanovništva

Mjere zdravstvene zaštite se definiraju kao standardni medicinski i drugi postupci koji se poduzimaju u cilju postavljanja dijagnoze zdravstvenog stanja i/ili prepoznavanja zdravstvenih potreba i zdravstvene intervencije kojima se modificira tok bolesti i zdravstveni procesi.



Slika 15. Mjere zdravstvene zaštite (Pilav A. Sistemi zaštite zdravlja)

Prema obuhvatu, mjere zdravstvene zaštite se mogu primijeniti na zdravstvene probleme pojedina, grupa i širih zajednica i dijele se na:

1. Individualne mjere zdravstvene zaštite – podrazumijevaju postupke s pojedincima: npr. terapijski plan za pacijente s hroničnim bolestima (hipertenzija, diabetes mellitus, hronična bubrežna insuficijencija, astma itd.), programi rehabilitacije (fizikalna rehabilitacija, mentalna rehabilitacija itd.);
2. Populacijske (kolektivne) mjere zdravstvene zaštite – podrazumijevaju javne, organizirane programe zaštite zdravlja širih zajednica i ugroženih grupa stanovništva s planiranim, dugoročnim djelovanjima i ishodima (program mjera zaštite zdravlja od štetnih faktora okoline, program mjera zaštite zdravlja radnika, program zaštite mentalnog zdravlja itd.).

Prema ciljevima, mjere zdravstvene zaštite dijele se na:

1. Preventivne mjere zdravstvene zaštite – cilj je sprječavanje nepovoljnog zdravstvenog stanja osobe;
2. Kurativne mjere zdravstvene zaštite – cilj je liječenje, njega i rehabilitacija pacijenta.

Prema učešću, mjere zdravstvene zaštite dijele se na:

1. Aktivne mjere zdravstvene zaštite – samoinicijativno ih preduzimaju stručnjaci i one su uglavnom preventivne mjere, a zasnivaju se na zdravstvenim potrebama stanovništva;
2. Pasivne mjere zdravstvene zaštite - preduzimaju se na zahtjev pacijenata i uglavnom su terapijske/kurativne.

U različitim fazama bolesti, poduzimaju se samo određene mjere zdravstvene zaštite, od unapređenja i očuvanja zdravlja do rehabilitacije. Mjere i aktivnosti zdravstvene zaštite moraju biti zasnovane na naučnim dokazima, odnosno moraju biti sigurne i efikasne i u skladu s principima profesionalne etike.

Najefikasnija mjera za unapređenje i očuvanje zdravlja je primarna prevencija koja uključuje identifikaciju faktora rizika za oboljenje s ciljem njihove redukcije ili eliminacije, posebno kod ranjivih grupa stanovništva. Strategije za prevenciju oboljenja su akcije usmjerene prema specifičnim rizičnim grupama stanovništva i faktorima rizika koji su udruženi s različitim tipovima rizičnog ponašanja. Mjere primarne prevencije provodi zajednica, ali i sam pojedinac, a podrazumijevaju: opću i ličnu higijenu, dostupnost zdravstveno ispravne vode za piće, pravilnu ishranu, upotrebu specifičnih nutritijenata, fizičku aktivnost, lični i društveni standard, zdravstveno obrazovanje, zaštitu od okolišnih faktora, bračno savjetovanje, izbjegavanje alergena i sl. Uz prevenciju bolesti usko se veže pojam promocija zdravlja. Strategije promocije zdravlja imaju za cilj osposobiti stanovništvo ili grupu stanovništva da postane/ostane zdravije. Promocija zdravlja je intervencija javnoga zdravstva i uključuje kombinaciju različitih metoda, a ishodi se mjere, ne samo u ultimativnim ciljevima poboljšanja zdravlja, pravičnosti i kvaliteta života, nego i u ciljevima intervencije same po sebi, kao što su poboljšanje znanja, stavova, prakse i motivacije. Promocija zdravlja se provodi zdravstvenim akcijama (kampanjama) kojima se šire zdravstvene poruke u zajednici i kojima se ljudi mobiliziraju na provođenje određenih zdravstvenih aktivnosti.

Sekundarna prevencija ima za cilj održavanje dobrog zdravlja i usmjerena je ka reduciranju broja utvrđenih slučajeva poremećaja zdravlja ili bolesti stanovništva (prevalenca) putem ranog otkrivanja bolesti u fazi kada se na ishod zdravlja može djelovati. U tu svrhu se koristi tehnika nadzora faktora rizika i otkrivanje nemanifestnih poremećaja zdravlja u predsimptomskoj fazi bolesti, a sve u cilju preveniranja ili ograničavanja invalidnosti i drugih katastrofalnih posljedica koje bi mogle nastati ako se ne poduzmu odgovarajući tretmani.

Mjere sekundarne prevencije podrazumijevaju mjere pronalaženja slučajeva, pojedinačne i masovne preglede (skrining metoda), prevenciju širenja zaraznih oboljenja, prevenciju komplikacija i posljedica, skraćivanje perioda invalidnosti, limitaciju onesposobljenosti, adekvatan tretman za zaustavljanje procesa bolesti, prevenciju budućih komplikacija i posljedica, te adekvatan tretman za ograničavanje invaliditeta.

Tercijarna prevencija je usmjerena ka reduciranju broja posljedica postojećeg poremećaja zdrav-

lja ili bolesti. U tu svrhu se primjenjuju različite mjere prevencije dalje progresije bolesti, smanjenja posljedica i komplikacija, kao i prijevremene smrtnosti i invalidnosti, a s krajnjim ciljem pomoći pojedincu za ostvarenje optimalnog nivoa zdravlja u datom momentu i u datim prilikama. Mjere tercijarne prevencije podrazumijevaju rehabilitaciju, radnu terapiju unutar bolnica, prevenciju daljih komplikacija i posljedica, te adekvatan tretman za ograničavanje invaliditeta.

Ključne poruke:

Zajednica je društvena jedinica jedne ili nekoliko grupa ljudi koji dijele teritoriju, pravila, religiju, vrijednosti, običaje ili identitet. Zajednice mogu dijeliti osjećaj mjesta koje se nalazi u određenom geografskom području (zemlja, selo, grad ili susjedstvo) ili u virtuelnom prostoru putem komunikacijskih platformi.

Za rad medicinske sestre/tehničara u zajednici, od velike važnosti je procjena zdravstvenih potreba zajednice i provođenje zdravstvenih intervencija za rješavanje tih potreba.

Za procjenu stanja pojedinih faktora rizika u zajednici, koriste se izabrani indikatori i metode koje razvijaju pojedine zemlje da bi iskazali svoje specifičnosti. Model životnog ciklusa je metodologija pomoću koje se vrši globalna procjena zdravstvenih potreba stanovništva/pojedinca, a prema uzrastu, u skladu s promjenama u biološkom/fiziološkom i socijalnom životnom krugu.

Mjere zdravstvene zaštite se definiraju kao standardni medicinski i drugi postupci koji se poduzimaju u cilju postavljanja dijagnoze zdravstvenog stanja i/ili prepoznavanja zdravstvenih potreba i zdravstvene intervencije kojima se modificira tok bolesti i zdravstveni procesi. Najefikasnija mjera za unapređenje i očuvanje zdravlja je primarna prevencija.

Prevencija uključuje identifikaciju faktora rizika za oboljenja s ciljem njihove redukcije ili eliminacije, posebno kod ranjivih grupa stanovništva.

Uz prevenciju bolesti usko se vezuje pojam promocija zdravlja. Strategije promocije zdravlja imaju za cilj osposobiti stanovništvo ili grupu stanovništva da postane/ostane zdravije.

Reference:

1. Smjernice za unapređenje sestrinstva u zajednici/polivalentne patronaže na nivou općina u FBiH, Fondacija fami, Sarajevo, 2022.
2. Mojsović Z i suradnici, Sestrinstvo u zajednici, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 2005.
3. Zildžić M, Gavran L i suradnici, Zdravstvena njega u zajednici, Zdravstveni fakultet, Zenica, 2014.
4. Mojsović Z i suradnici, Sestrinstvo u zajednici, Zdravstveno Veleučilište, Zagreb, 2007.
5. Pilav A. Sistemi zaštite zdravlja, Fakultet zdravstvenih studija, UNSA, 2014.
6. Džubur A. i sar., Socijalna medicina, Medicinski fakultet, Sarajevo 2018.
7. Zajednica, Hrvatska enciklopedija, Leksikografski zavod Miroslav Krleža, dostupno na <https://www.enciklopedija.hr/clanak/66736> (02.01.2024).
8. World Health Organisation. Community nursing for countries in Transition. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe, 2001.
9. World Health Organisation. The Family Health Nurse. Context, conceptual framework and curriculum. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe, 2000.
10. Mape potreba i resursa zajednice, vodič za implementaciju, IBHI 1997.
11. World Health Organisation. Community Health Needs Assessment Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001.
12. Priručnik za dodatnu edukaciju porodične medicine, Medicinske sestre/tehničari, Sarajevo, 2011/2012.

Pitanja za završni ispit:

1. Šta obuhvata postupak procjene zajednice?
2. Prema kojim definiranim kriterijima se vrši određivanje prioriternih aktivnosti u zajednici?
3. Koje mjere ubrajamo u mjere sekundarne prevencije?

3.4. Planiranje porodice i zdravlje žene

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Planiranje porodice i zdravlje žene	– Predavanje (I dio) - 40 minuta – Rad u grupama (prepoznati zdravstvene potrebe žena) - 20 minuta – Predavanje (II dio) - 40 minuta – Diskusija i zaključci - 20 minuta

3.4. Planiranje porodice i zdravlje žene

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- da promoviraju zaštitu i unapređenje zdravlja žena;
- da educiraju o značaju planiranja porodice, mjerama kontracepcije, abortusu i posljedicama istog u slučaju nelegalnog i nestručnog obavljanja;
- da ukažu na značaj skrininga u cilju ranog otkrivanja preventabilnih karcinoma kod žena;
- da prepoznaju znakove spolnog zlostavljanja;
- da educiraju o prepoznavanju najčešćih spolno prenosivih oboljenja i komplikacijama koje mogu izazvati.

Sadržaj:

Značaj očuvanja i unapređenja zdravlja žena je prepoznat kroz poseban vid zdravstvene zaštite u okviru primarne zdravstvene zaštite. Broj neželjenih trudnoća i abortusa uslijed toga je visok. Stoga je neophodno upoznavanje sa savremenim načinima promoviranja metoda i sredstava za kontracepciju kao vida zaštite reproduktivnog zdravlja i planiranja porodice, kao i upoznavanje sa zaštitom od spolno prenosivih bolesti, rješavanje aktuelnih i potencijalnih dijagnoza zdravstvene njege kod trudnica, porodilja, žena u reproduktivnoj dobi i menopauzi. Važno je prepoznati fizičke promjene i promjene ponašanja kod seksualno zlostavljanih osoba, te uključiti službe i ustanove koje će reagirati daljim postupcima. Simptomatologija spolno prenosivih bolesti je češća kod žena, te je i utjecaj spolno prenosivih oboljenja na cjelokupno zdravlje nekoliko puta veći kod žena nego kod muškaraca, koji su češće samo prenositelji. Mnoga neliječena benigna oboljenja dovode do komplikacija, neplodnosti, oštećenja sluznice i predstavljaju „ulazna vrata“ za HIV, HPV i dr.

3.4.1. Seksualnost i seksualno/reproduktivno zdravlje

Seksualnost i spolno/reproduktivno zdravlje osnovni su aspekti ljudskog života koji obuhvataju brojne teme uključujući seksualnu orijentaciju, rodni identitet, seksualno izražavanje, odnose i zadovoljstvo. Seksualno zdravlje zahtijeva pažljivo razmatranje jer je ključno za cjelokupno zdravlje i dobrobit pojedinaca, parova, porodica i zajednice. Ono podrazumijeva zdrave i sigurne seksualne odnose, kao i mogućnost ugodnog i sigurnog seksualnog iskustva, bez prisile, diskriminacije i nasilja. Reproductivno zdravlje podrazumijeva slobodu ljudi da imaju zadovoljavajući i siguran seksualni život, sposobnost reprodukcije i slobodu odlučivanja hoće li, kada i koliko često to činiti. Veoma važna činjenica je da je jedno od osnovnih ljudskih prava donositi vlastite odluke o svom spolnom i reproduktivnom zdravlju. Odgovorno ostvarivanje ljudskih prava zahtijeva da sve osobe poštuju prava drugih. Negativne posljedice ili stanja povezana sa seksualnim zdravljem uključuju infekcije virusom humane imunodeficijencije (HIV), spolno prenosive infekcije i infekcije reproduktivnog trakta i njihove štetne ishode (kao što su maligne bolesti i neplodnost), neželjena trudnoća i pobačaj, seksualna disfunkcija, spolno nasilje i štetne prakse (kao što su genitalno sakaćenje žena).

Uloga medicinske sestre/tehničara u zajednici, kao i drugih zdravstvenih radnika, pružanje je sveobuhvatnih i kvalitetnih informacija o seksu i seksualnosti, edukacija o rizicima s kojima se mogu suočiti i njihovoj ranjivosti na štetne posljedice nezaštićene seksualne aktivnosti. Potrebno je da medicinska sestra/tehničar u zajednici osigura pristup tačnim informacijama i sigurnoj, efikasnoj, pristupačnoj i prihvatljivoj metodi kontracepcije po vlastitom izboru pacijenta, kao i informacije i vještine o zaštiti od spolno prenosivih infekcija. Također, medicinske sestre/tehničari procjenjuju da li je određenoj osobi uskraćeno osnovno pravo vezano za seksualnost, seksualno i reproduktivno zdravlje.

3.4.2. Fertilitet/infertilitet

Plodnost (fertilitet) i neplodnost (infertilitet) važni su aspekti reproduktivnog zdravlja koji mogu imati značajan utjecaj na pojedince, parove i porodicu. Plodnost se odnosi na prirodnu sposobnost začeca i rađanje potomstva. Na njega utječu različiti faktori, uključujući dob, reproduktivno zdravlje, hormonalnu ravnotežu i način života. Kod žena je plodnost usko povezana s menstrualnim ciklusom, ovulacijom i zdravljem reproduktivnih organa (jajnici, jajovodi i materica). Kod muškaraca plodnost ovisi o proizvodnji i kvaliteti sperme.

Plodnost obično opada s godinama, posebno kod žena. Ženska plodnost počinje opadati krajem 20-ih godina i značajno se smanjuje nakon 35. godine zbog faktora kao što su smanjena rezerva jajnika i povećan rizik od hromosomskih abnormalnosti. Neplodnost se definira kao nemogućnost začeca nakon jedne godine redovnog, nezaštićenog odnosa (ili šest mjeseci za žene starije od 35 godina). Također, može se odnositi na nemogućnost nošenja trudnoće do termina. Uzroci neplodnosti kod žena uključuju ovulacijske poremećaje, blokade jajovoda, abnormalnosti materice i faktore povezane s dobi. Kod muškaraca neplodnost može biti posljedica niskog broja spermija, slabe pokretljivosti sperme ili strukturnih abnormalnosti reproduktivnih organa. Neplodnost može imati duboke emocionalne, psihološke i društvene efekte na pojedince i parove. To može dovesti do osjećaja tuge, gubitka, stresa i iskušenja odnosa. Neplodnost, također, može utjecati na samopoštovanje i osjećaj identiteta.

Ukupne stope plodnosti odnose se na prosječan broj djece koju žena reproduktivne dobi (15-44 godine) može očekivati tokom svojih reproduktivnih godina. U 2021. godini ukupna stopa plodnosti u Bosni i Hercegovini iznosila je 1,35 djece po jednoj ženi i bila je tri uzastopne godine u padu u odnosu na 2018. godinu kada je iznosila 1,38. Za razliku od Bosne i Hercegovine, ukupna stopa plodnosti u Evropskoj uniji 2022. godine iznosila je 1,46 živorođene djece po jednoj ženi, u rasponu od 1,08 na Malti do 1,79 u Francuskoj. U našim susjednim zemljama, stopa plodnosti u Hrvatskoj iznosi 1,53 a u Srbiji 1,59.

Faktori koji mogu utjecati na plodnost su:

- medicinska stanja (npr. sindrom policističnih jajnika, endometrioza, azospermija);

- faktori načina života (npr. pušenje, prekomjerna konzumaciju alkohola, gojaznost, nezdrava ishrana, hronični stres);
- okolišni faktori (npr. izloženost teškim metalima, određenim hemikalijama i aerozagađenju);
- faktori radnog mjesta (npr. izloženost hemikalijama, jonskom zračenju, toplini ili teškim fizičkim naporima);
- određeni lijekovi (NSAIL, hemoterapija, radioterapija, imunosupresivi, kortikosteroidi, antidepresivi i antipsihotici).

Najčešći uzroci neplodnosti kod žena u Bosni i Hercegovini su smanjena rezerva jajnika (39%), problemi s jajovodima (31%), problemi s ovulacijom (13%) i sindrom policističnih jajnika (6%). Uzroci neplodnosti kod muškaraca su problemi sa spermatogenezom (smanjen broj i pokretljivost spermija i problemi s morfologijom spermija) (82%) i azospermija (14%).

Mogućnosti liječenja neplodnosti ovise o osnovnom uzroku i mogu uključivati modifikacije načina života, lijekove za plodnost, potpomognute reproduktivne tehnologije (kao što su in vitro oplodnja, intrauterina oplodnja), hirurške intervencije i donorske gamete ili embrije.

Medicinske sestre/tehničari u zajednici igraju ključnu ulogu u promociji reproduktivnog zdravlja, pružanju podrške pojedincima i parovima u vezi plodnosti, obezbjeđuju informacije za parove i pojedince, upućuju na izvore podrške i zdravstvene pomoći za liječenje neplodnosti. Njihov holistički pristup zdravstvenoj njezi, u kombinaciji s njihovom prisutnošću u zajednici, čini ih neprocjenjivim izvorima pomoći za pojedince koji traže smjernice i podršku u pronalasku odgovora na pitanja vezana za plodnost.

3.4.3. Kontracepcija – metode i sredstva

Seksualno zdravlje zahtijeva pažljivo razmatranje jer je ključno za cjelokupno zdravlje i dobrobit pojedinaca, parova, porodica i zajednice. Ono podrazumijeva zdrave i sigurne seksualne odnose, kao i mogućnost ugodnog i sigurnog seksualnog iskustva, bez prisile, diskriminacije i nasilja. Reproductivno zdravlje podrazumijeva da ljudi mogu imati zadovoljavajući i siguran seksualni život, sposobnost reprodukcije i slobodu odlučivanja hoće li, kada i koliko često to činiti.

Planiranje porodice obuhvata širok raspon usluga, informacija i intervencija usmjerenih na osnaživanje pojedinaca i parova da donose informirane odluke o svom reproduktivnom zdravlju i pristupe potrebnim resursima i podršci za provođenje tih izbora. Glavni elementi planiranja porodice su: kontraceptivna sredstva i metode, savjetovanje i edukacija, zdravstveni faktori (dob, genetika, zdravlje), sociokulturološki aspekti (religija, socijalni pritisak, kultura, ekonomski aspekti), usluge planiranja porodice (savjetovaništa, nevladine organizacije) i angažman i zagovaranje zajednice. Kontracepcija obuhvata metode ili uređaje koji se koriste za sprječavanje trudnoće. Dostupne su različite metode kontracepcije, svaka sa svojim mehanizmima djelovanja, stopama efikasnosti i razmatranjima.

Barijerne (mehaničke) metode kontracepcije

Sprječavaju spermu da dođe u kontakt s jajnom ćelijom. Jedinu preveniraju seksualno prenosive infekcija (SPI).

1. Kondomi muški (jednostavna upotreba, koristi se samo u toku odnosa);
2. Kondomi ženski (Femidom);
3. Dijafragma (komplicirana upotreba, postavlja se u rodnici neposredno prije odnosa, pokriva grlić materice i sprječava spermije da uđu u matericu i oplode jajnu ćeliju; koristi se uvijek sa spermicidima, ostaje u rodnicu 6-8 h nakon odnosa; može se koristiti više puta);
4. Cerivkalna kapa (komplicirano postavljanje, ostaje na vratu materice i do 6 h, koristi se uvijek sa spermicidima; često u toku odnosa spadne s cerviksa).

Neželjeni efekti ovih kontraceptivnih metoda su alergijske reakcije i iritacije, dok su kontraindikacije alergije na lateks i hemikalije u spermicidima.

Hemijske metode kontracepcije

Ove metode koriste hemijska sredstva (spermicidi) koja svojim karakteristikama i bazičnošću

ometaju i uništavaju spermije. Zbog neefikasnosti, koriste se uz barijernu kontracepciju. Mogu biti u vidu gela, krema, tableta i poliuretanske spužve promjera 5 cm. Neželjeni efekti ovih kontraceptivnih metoda su alergijske reakcije i iritacije, dok su kontraindikacije alergije na hemijska sredstva u spermicidima.

Hormonalne metode kontracepcije

Sprječavaju ovulaciju, zgušnjavaju cervikalnu sluz kako bi blokirali spermije i istanjuju sluznicu materice, što onemogućava oplodnju. Ovdje ubrajamo sljedeće:

1. Kombinirane oralne pilule (sintetski estrogen/progesteron, koriste se svakodnevno 21 dan, potom pauza 7 dana. Pored kontracepcije, koriste se i za liječenje policističnih jajnika, neredovnih ciklusa, dismenoreje – bolnih menstruacija, akni i obilnih krvarenja);
2. Progestinske pilule (Progestin, koriste se bez pauze);
3. Flasteri (transdermalno, kontinuirana niska doza hormona, izbjegava se prvi prolaz kroz jetru, postavljaju se jednom sedmično tri sedmice, potom jedna sedmica pauza kako bi se pojavila redovna menstruacija);
4. Vaginalni hormonski prsten (progesteron/estrogen, jednostavno postavljanje, ostaje u rodnici tri nedjelje, potom se vadi da bi se dobila oskudna menstruacija, nakon koje se odmah prvi dan postavlja novi prsten);
5. Injekcije (progestin, djeluje tri mjeseca);
6. Implantati (progestin, u vidu štapića koji se postavlja potkožno u unutrašnju stranu nedominantne nadlaktice, djeluje tri godine).

Neželjeni efekti ovih kontraceptivnih metoda su:

- a) Kombinirani oralni kontraceptivi – probojno krvarenje (obično samo tokom prvih nekoliko mjeseci korištenja); povećanje tjelesne težine, mučnina, nadutost, zadržavanje tekućine, povišeni krvni pritisak, osjetljivost dojki, povećan rizik od stvaranja tromboze;
- b) Oralni kontraceptivi koji sadrže samo progestin: neredovne ili potpuno izostale menstruacije tokom prve godine korištenja, glavobolje i povećanje tjelesne težine.

Kontraindikacije za ove kontraceptivne metode su: kardiovaskularne bolesti, historija tromboembolijskih događaja, neregulirana hipertenzija, benigni i maligni tumori, bolesti i oštećenja jetre, migrena s neurološkim simptomima, dijabetes melitus s komplikacijama (nefropatija, renopatija i neuropatija), trudnoća, dojilje do šest mjeseci nakon poroda i žene starije od 35 godina koje su pušači.

Intrauterini ulošci (IUU)

Intrauterini ulošci (spirale) se umeće u samu matericu i štite od trudnoće tri do deset godina. Mana ove metode je što ginekolog postavlja uložak u matericu, ali je nakon toga veoma jednostavna za korištenje. Nedostatak ove metode je što olakšava infekcije materice i jajovoda. Ovdje ubrajamo sljedeće:

1. Hormonalni ulošci (zgušnjavaju cervikalnu sluz i istanjuju sluznicu materice, djeluju 3-5 godina ovisno o proizvođaču, sistemska apsorpcija hormona je vrlo mala, a zbog reduciranja menstrualne krvi koristi se kao terapija u slučajevima obilnih i produženih krvarenja).
2. Bakreni ulošci (oslobađaju bakrene ione koji su toksični za spermu i izazivaju trajnu upalu niskog intenziteta edometrija sprječavajući oplodnju, djeluju do 10 godina).

Kontraindikacije za ove kontraceptivne metode su: nepravilno krvarenje ili potpuni izostanak menstruacije, olakšane infekcije materice i jajovoda, rijetko perforacija materice i spontano izbacivanje IUU. Kontraindikacije su: promjene na PAPA testu, česte vaginalne infekcije, historija vanmaterične trudnoće.

Svjesnost o plodnim danima

Menstrualni ciklus u prosjeku traje 28 dana. Otprilike, od 7. do 15. dana je plodni period s ovulacijom oko 14-og dana. Praćenjem menstrualnih ciklusa, bazalne tjelesne temperature, cervikalne

sluzi i drugih znakova plodnosti mogu se identificirati plodni dani s ciljem suzdržavanja od odnosa ili da bi se dodatno koristile metode kontracepcije tokom plodnih dana. Zbog neredovnosti ciklusa, ova metoda kontracepcije je veoma nepouzdana.

1. Kalendarska metoda (izbjegava se snošaj od 8. do 19. dana ciklusa);
2. Posmatranje cervikalne sluzi (Billingsova metoda) – cervikalna sluz nakon menstruacije je viskozna (gusta), ali onda prema ovulaciji postaje sve rjeđa, dok u vrijeme ovulacije postane vodenasta, bistra i rastezljiva. Nakon ovulacije, cervikalna sluz se ponovo zgusne, zatvarajući cerviks.
3. Temperaturna metoda (svakodnevno mjerenje tjelesne temperature, s pojavom ovulacije temperatura raste za oko 0,2 do 0,5°C. Potreban je kvalitetan toplomjer da se uoče ove temperaturne razlike).
4. Simptotermalna metoda (kombinira prethodne tri metode: kalendarsku, posmatranje cervikalne sluzi i mjerenje temperature).

Nedostaci ove metode su napor svakodnevnog praćenja i suzdržavanje od odnosa.

Prekinuti snošaj

Podrazumijeva da muškarci povlače svoj penis iz vagine prije ejakulacije. Metoda je nepouzdana jer podrazumijeva dobru samokontrolu i precizno određivanje vremena. Pored toga, spermiji se mogu osloboditi i prije ejakulacije.

Metoda laktacijske amenoreje

Fiziološka metoda planiranja porodice u kojoj se koristi činjenica da dojenje bez dohrane dojenčeta odgađa povratak plodnosti i menstrualnih ciklusa. U ovoj metodi je bitno da dojenče doji što veće količine i to na zahtjev, a ne po planiranom rasporedu, što uključuje dojenje u noćnim satima. Na ovaj način amenoreja se održava prosječno 5-6 mjeseci, nakon čega postaje neefikasna. Starija dob porodilje i veći broj rođene djece pozitivno utječe na dužinu laktacijske amenoreje. Ova metoda zahtijeva oprez jer žena može postati plodna i prije pojave prve menstruacije nakon poroda, mada je ponekad prva menstruacija nakon poroda anovulacijska. Žene koje ne doje dobijaju menstruaciju u prosjeku 1,5-2 mjeseca nakon poroda.

Trajne metode kontracepcije

Hirurške metode koje dovode do trajne neplodnosti. Osobe mlađe od 35 godina ne mogu se podvrgnuti ovim zahvatima, osim žene kojima bi trudnoća ugrozila život ili kod kojih je dokazano da bi rodila dijete s teškim prirođenim manama. Ovdje ubrajamo sljedeće:

1. Muškarci: vazektomija sjemenovoda kako bi se spriječilo da ejakulat sadrži spermu.
2. Žene: podvezivanje jajovoda ligaturama, kopčama, resekcija jajovoda, elektrokoagulacija ili termokoagulacija kako bi se spriječilo da sperma dođe do jajne ćelije.

Hitna (postkoitalna) kontracepcija („pilula za dan poslije“)

Postoje dvije metode hitne kontracepcije: hormonalna i postavljanje IUD. Žene koje imaju redovne menstruacije imaju rizik od trudnoće nakon jednog spolnog čina oko 5%. Ovaj rizik se povećava na 20-30% ako se odnos dogodio u sredini ciklusa.

1. Hormonalna: Kombinirane estrogensko-progesteronske pilule ili samo progesteron pilule. Koristi se u jednoj dozi najduže 72-120 sati nakon nezaštićenog odnosa. Uzimanje unutar 24h je 100% efikasno.
2. Postavljanje IUD do pet dana nakon odnosa.

Neželjeni efekti ove kontraceptivne metode su:

- a) Hormonski: obično su rijetki i blagi, ali se može pojaviti mučnina, bol ili osjećaj nelagode u trbuhu, povraćanje, neuobičajeno ili nepravilno krvarenje iz rodnice, bolne menstruacije, bol u zdjelici, osjetljivost dojki, glavobolja, vrtoglavica i umor. Bitno je primijetiti da neki od

ovih neželjenih efekata mogu imitirati prve znake trudnoće i to treba objasniti pacijentici.

b) IUU: neželjeni efekti su isti kao i kod redovno postavljenih IUU.

Ove metode nemaju apsolutnih kontraindikacija.

U Tabeli 13. su predstavljene metode kontracepcije i njihova efikasnost.

Metoda	Vrste	% neželjenih trudnoća u tipičnoj upotrebi* za godinu dana
Bez kontracepcije		85
Barijerna	Kondomi muški	18
	Kondomi ženski	21
	Dijafragma	12
	Cerikalna kapa	-
	Spermicidi	24
Hormonalna	Kombinirane oralne pilule	19
	Progestinske pilule	9
	Flasteri	9
	Vaginalni hormonski prsten	9
	Injekcije	6
	Inplantati	0,05
Intrauterini ulošci (IUU)	Hormonalni ulošci	0,2
	Bakreni ulošci	0,8
Svjesnost plodnih dana		24
Prekinut snošaj		22
Metoda laktacijske amenoreje**		-
Hitna kontracepcija	Hormonalna (unutra 24h nakon odnosa)	0,4%
Postavljanje IUU		-
Trajne metode	Muškarci	0,15
	Žene	0,5

* Tipična upotreba je upotreba kontraceptivnog sredstva među tipičnim parovima koji ne koriste metodu perfektno.

** Metoda laktacijske metode ako se pravilno koristi je veoma efikasna.

Tabela 13. Kontraceptivne metode i njihova efikasnost

Efikasnost kontraceptivne metode mjeri se brojem trudnoća na 100 žena koje koriste tu metodu godišnje. Metode se klasificiraju prema njihovoj efikasnosti na:

- vrlo efikasne (0–0,9 trudnoća na 100 žena);
- efikasne (1–9 trudnoća na 100 žena);
- umjereno efikasne (10–19 trudnoća na 100 žena);
- manje efikasne (20 ili više trudnoća na 100 žena).

Medicinske sestre/tehničari u zajednici pružaju sveobuhvatne informacije i edukacije o metodama kontracepcije, uključujući njihove mehanizme djelovanja, stope efikasnosti, česte neželjene efekte,

prednosti, nedostatke, informacije o povratku plodnosti nakon prekida korištenja određene metode, zaštiti od spolno prenosivih infekcija i zdravstvenim rizicima određene kontracepcijske metode. Nude savjetovanje prilagođeno individualnim potrebama, preferencijama i reproduktivnim ciljevima, pomažući pojedincima i parovima u donošenju informiranih odluka o kontracepciji. Bave se zabludama i mitovima koji okružuju kontracepciju, promoviraju kontracepcijsku pismenost i osnažuju klijente da preuzmu aktivnu ulogu u upravljanju svojim reproduktivnim zdravljem.

3.4.4. Skriningi na preventabilne karcinome kod žena

Skriningi za preventabilne karcinome kod žena obično uključuju rak dojke i rak grlića materice.

3.4.4.1. Skrining raka dojke

Skrining na rak dojke uključuje prvenstveno mamografiju (redovni mamogrami svake dvije godine preporučuju se ženama u dobi od 50 do 74 godina, iako smjernice mogu varirati, ovisno o pojedinačnim faktorima rizika). Druge metode kao što su samopregled, klinički pregled, ultrazvuk i CT, MRI ne spadaju u metode skrininga već samo pomažu u ranom otkrivanju i evaluiranju karcinoma dojke. Preporučuje se procjena žena s ličnom ili porodičnom anamnezom raka dojke, jajnika, jajovoda ili peritonealnog karcinoma ili koje imaju porijeklo povezano s mutacijama gena osjetljivosti na rak dojke 1 i 2 (BRCA1/2) i nakon toga upućivanje na genetsko savjetovanje i, ako je indicirano nakon savjetovanja, genetsko testiranje.

3.4.4.2. Skrining raka grlića materice

Skrining na rak grlića materice uključuje Papa test i obično se preporučuje početak u dobi od 21 godine i ponavlja se svake tri godine za žene u dobi od 21 do 29 godina. Za žene u dobi od 30 do 65 godina, Papa test zajedno s HPV (humani papiloma virus) testiranjem preporučuje se svakih pet godina ili samo Papa test svake tri godine.

Pored ovih skrininga, žene treba da rade skrininge i na sljedeće karcinome:

3.4.4.3. Skrining raka debelog crijeva

Postoji više metoda skrininga karcinoma debelog crijeva, a preporučuju se osobama u dobi od 50 do 76 godina. Skrining može početi i ranije (45-49 godina) kod osoba s visokim rizikom (porodična anamneza raka debelog crijeva, muškarci i osobe s drugim faktorima rizika kao što su gojaznost, dijabetes, dugotrajno pušenje i nezdrava upotreba alkohola).

Metode skrininga raka debelog crijeva uključuju:

Kolonoskopija – svakih 10 godina;

1. Fekalni okultni test krvi (FOBT) ili fekalni imunohemijski test (FIT) – jednom godišnje;
2. sDNA-FIT – svake 1-3 godine (sDNA – stolica DNA testovi otkrivaju DNA biomarkere za rak u ćelijama izlučenim iz sluznice debelog crijeva i rektuma u stolicu);
3. Fleksibilna sigmoidoskopija – svakih 5 godina, često u kombinaciji s FOBT-om ili FIT-om;
4. CT kolonografija – svakih 5 godina.

3.4.4.4. Skrining raka jajnika

Trenutno ne postoje pouzdani testovi skrininga za rak jajnika za žene s prosječnim rizikom. Međutim, za žene s pozitivnom porodičnom anamnezom raka jajnika ili dojke, preporučuje se genetsko savjetovanje i testiranje. Kada je u pitanju rak jajnika, radi se metoda otkrivanja slučaja, što znači da se žene s povećanim rizikom podvrgavaju detaljnim ginekološkim pregledima i slikovnim tehnikama, kao što su transvaginalni ultrazvuk, CT, MRI i testiranje na tumor markere (Ca-125). Povećan rizik za karcinom jajnika imaju žene s pozitivnom porodičnom anamnezom i žene s genetskim mutacijama

BRCA1 ili BRCA2. Simptomi karcinoma jajnika su nespecifični i obuhvataju sljedeće: bol ili pritisak u trbuhu, nadutost, zatvor, urinarne simptome, bol u leđima ili umor.

3.4.4.5. Skrining raka kože

Ne postoje naučni dokazi o uspješnom skriningu raka kože, ali redovni pregledi kože žene u vidu samopregleda i periodičnih pregleda kože od strane zdravstvenih radnika, kako bi se pratile bilo kakve promjene na mladežima ili drugim abnormalnostima kože, mogu pomoći u ranom otkriivanju.

3.4.4.6. Skrining raka pluća

Skeniranje CT niske doze (LDCT) preporučuje se ženama u dobi od 55 do 80 godina koje imaju historiju teškog pušenja i trenutno puše ili su prestale pušiti u posljednjih 15 godina. Skrining treba prekinuti nakon što osoba ne puši 15 godina ili razvije zdravstveni problem koji značajno ograničava očekivani životni vijek ili sposobnost ili spremnost da se podvrgne kurativnoj operaciji pluća.

Važno je da medicinska sestra/tehničar u zajednici razgovara sa ženama o faktorima rizika, porodičnoj anamnezi i životnim navikama i da im preporučuje redovne skrininge karcinoma koje zapisuje u medicinsku dokumentaciju. Osim toga, da potiče žene da održavaju zdrav načina života, uključujući redovnu tjelesnu aktivnost, uravnoteženu ishranu, ograničenu konzumaciju alkohola i izbjegavanje duhana.

3.4.5. Namjerni prekidi trudnoće

Namjerni prekid trudnoće, poznatiji kao pobačaj (abortus), složena je i često kontroverzna tema. Zakoni i propisi koji se odnose na pobačaj značajno se razlikuju ovisno o zemlji i jurisdikciji. Svaka žena u Bosni i Hercegovini ima pravo, prema važećim zakonima na entitetskim nivoima, da prema vlastitom izboru odlučuje o prekidu trudnoće u periodu do desete nedjelje trudnoće. „Zahtjev za prekid trudnoće podnosi se zdravstvenoj organizaciji koja ima organiziranu službu za zdravstvenu zaštitu žena u smislu Zakona o zdravstvu. Zahtjevu za prekid trudnoće koji je podnijela punoljetna trudnica koja posjeduje poslovnu sposobnost, kao i trudnica starija od 16 godina koja sama ostvaruje sredstva za život po osnovu rada, udovoljit će se ako trudnoća nije prešla 10 sedmica i ako se prekidom trudnoće neće neposredno ugroziti život ili zdravlje trudnice“. Ove uvjete provjerava specijalista ginekologije i akušerstva koji zajedno s trudnicom potpisuje zapisnik u dva primjerka.

Ako trudnica ne ispunjava uvjete za pobačaj, onda komisija o zahtjevima za prekid trudnoće odlučuje u sljedećim slučajevima:

1. ako se radi o maloljetnoj trudnici ili trudnici lišenoj poslovne sposobnosti;
2. ako je trudnoća prešla 10 sedmica;
3. ako bi dalje održavanje trudnoće moglo neposredno ugroziti život ili zdravlje trudnice;
4. ako se na osnovu saznanja medicinske nauke može očekivati da će se dijete roditi s teškim tjelesnim ili psihičkim nedostacima;
5. ako se radi o trudnoći koja je nastala kao posljedica krivičnih djela: silovanja, obljube nad maloljetnom osobom ili ženom lišenom poslovne sposobnosti, obljube zloupotrebom položaja ili rodoskrvnjenja;
6. ako ljekar odbije da izvrši prekid trudnoće.

Iako zakon koji definira uvjete za prekid trudnoće nalaže dokumentiranje i izvještavanje, u Bosni i Hercegovini ne postoji tačna statistika o broju, vrstama i načinima namjernih pobačaja. Pristup sigurnim i legalnim uslugama pobačaja kao i njihova cijena se razlikuje ovisno o dijelovima Bosne i Hercegovine. Na nekim mjestima mogu postojati sveobuhvatne usluge reproduktivne zdravstvene zaštite, uključujući savjetovanje o pobačaju i postupke. U drugim područjima, pristup može biti ograničen zbog zakonskih ograničenja, kulturuloških prepreka, nedostatka zdravstvene infrastrukture ili stigme oko pobačaja.

Nesigurni pobačaji, koji se često izvode u okruženjima u kojima nedostaju odgovarajuće medicinske ustanove i obučeni zdravstveni radnici, mogu dovesti do ozbiljnih komplikacija, uključujući infekciju, krvarenje, neplodnost, pa čak i smrt. Pobačaji se mogu izvoditi različitim metodama, uključujući lijekove (kao što su mifepriston i misoprostol) ili hirurške postupke (kao što su vakuumska aspiracija ili dilatacija i evakuacija). Odabrana metoda može ovisiti o faktorima kao što su gestacijska dob, dostupnost usluga i individualne preferencije.

Pogledi na pobačaj mogu se razlikovati ovisno o vjerskim, kulturnim i vlastitim uvjerenjima. Neki pojedinci i grupe mogu se protiviti pobačaju pod bilo kojim okolnostima, dok se drugi zalažu za pravo izbora pobačaja, kao dijela reproduktivne i tjelesne autonomije. Potrebno je informirati pacijentice o rizicima i komplikacijama pobačaja, koji je uglavnom sigurna intervencija ukoliko je izvodi odgovarajući stručnjak u zdravstvenoj ustanovi. Moguće komplikacije uključuju sljedeće: nepotpuni pobačaj (70 od 1000 žena prije 14 sedmica), obilno krvarenje (1 od 1000 žena), oštećenje materice ili sepsa, perforacija materice, oštećenje genitalnog trakta i unutrašnjih organa, alergijska reakcija, emocionalni i psihološki efekti i neuspjeli abortus.

Medicinska sestra/tehničar u zajednici pristupa raspravama o pobačaju s osjetljivošću, poštovanjem različitih gledišta i usredotočenosti na zdravlje i dobrobit pojedinaca koji traže usluge reproduktivne zdravstvene zaštite. Osim toga, informiranje o relevantnim zakonima, pravilima i resursima u nečijem području može pomoći pojedincima da pristupe zdravstvenoj zaštiti koja im je potrebna.

3.4.6. Seksualno prenosive bolesti

Spolno prenosive bolesti (spolno prenosive infekcije - SPI) su infekcije koje se šire s jedne osobe na drugu seksualnim kontaktom. Postoje brojne vrste SPI, svaka sa svojim skupom simptoma, komplikacija i tretmana. Najčešće SPI i njihovi uzročnici su: klamidija (*Chlamydia trachomatis*), gonoreja (*Neisseria gonorrhoeae*), sifilis (*Treponema pallidum*), *Mycoplasma genitalium*, trihomonijaza (*Trichomonas vaginalis*), humani papiloma virus (HPV), HIV/AIDS (HIV), hepatitis B (virus hepatitisa B), chancroid (*Haemophilus ducreyi*), limfogranuloma venereum (određene vrste klamidije trahomatis), herpes (herpes simplex virus), stidne uši, šuga i negonokokni uretritis (NGU) koji ima nepoznat uzrok.

Kliničke slike SPI variraju, ali ovdje navodimo najčešće i najznačajnije simptome:

Genitalni iscjedak – neobičan iscjedak iz penisa ili rodnice čest je simptom nekoliko spolno prenosivih bolesti, uključujući klamidiju, gonoreju i trihomonijazu. Iscjedak može biti bijel, žut, zelen ili krvav i može imati neugodan miris.

Genitalni ulkusi ili rane – bolne rane, ulkusi ili mjehurići na genitalijama ili oko usta karakteristični su za infekcije kao što su genitalni herpes (HSV-2) i sifilis. Ove rane mogu biti popraćene bolom, svrbežom ili peckanjem.

Disurija – bol ili nelagoda tokom mokrenja, može se pojaviti kod različitih spolno prenosivih bolesti, uključujući klamidiju, gonoreju i genitalni herpes.

Genitalni svrbež ili iritacija – svrbež, iritacija ili crvenilo u području genitalija mogu biti simptomi stanja kao što su stidne uši, šuga ili infekcija kandidom kod žena.

Bol u zdjelici ili nelagoda u trbuhu – upalna bolest zdjelice koja je posljedica neliječene klamidije ili gonoreje, uključuje bol u zdjelici, nelagodu u trbuhu ili bol tokom odnosa.

Bolni odnos – dispareunija može se pojaviti kod različitih SPI, uključujući genitalni herpes, klamidiju i trihomonijazu.

Rektalni simptomi – SPI koje se prenose analnim odnosom, kao što su klamidija, gonoreja i sifilis, mogu uzrokovati simptome poput rektalne boli, iscjетка ili krvarenja.

Simptomi slični gripi – neke SPI, posebno tokom početnih faza infekcije, mogu uzrokovati simptome slične gripi kao što su temperatura, umor, bolovi u tijelu i otečeni limfni čvorovi. To se može dogoditi kod infekcija poput HIV-a, akutnog HIV sindroma i ranih stadija sifilisa.

Važno je napomenuti da mnoge SPI, uključujući klamidiju, gonoreju i HPV, mogu biti asimptomatske, što znači da pojedinci mogu imati infekciju bez primjetnih simptoma. Međutim, čak i u

nedostatku simptoma, neliječene spolno prenosive bolesti još uvijek mogu dovesti do ozbiljnih komplikacija i prijenosa na seksualne partnere.

Medicinska sestra/tehničar u zajednici informira pacijente o značaju SPI, njihovoj prevenciji i ranom otkrivanju. Važno je da se pojedinci koji su seksualno aktivni, posebno oni s više partnera ili koji se upuštaju u visokorizično seksualno ponašanje, podvrgnu redovnom testiranju na SPI kao dio rutinske zdravstvene zaštite. Rana dijagnoza i liječenje SPI ključni su za sprječavanje komplikacija, smanjenje prijenosa na druge i održavanje seksualnog zdravlja.

3.4.7. Seksualno zlostavljanje

Seksualno uznemiravanje oblik je uznemiravanja koji obuhvata korištenje eksplicitnih ili implicitnih seksualnih konotacija, koje obuhvataju neželjene i neprikladne ponude poticaja u zamjenu za seksualne radnje. Uznemiravanje se može manifestirati u različitim društvenim kontekstima, uključujući radno mjesto, domaćinstvo, obrazovne ustanove i vjerske ustanove. I počinitelji i žrtve mogu biti bilo kojeg spola. Seksualno uznemiravanje smatra se nezakonitim u savremenim pravnim okvirima. Uznemiravanje na radnom mjestu može se smatrati nezakonitim ako se događa redovno ili ozbiljno, što dovodi do uspostavljanja neprijateljske ili uvredljive radne atmosfere ili kada kulminira nepovoljnim ishodom zapošljavanja, poput degradacije žrtve, prekida ili dobrovoljnog odlaska s posla. Tumačenje seksualnog uznemiravanja, pravno i društveno, razlikuje se među kulturama.

Postoje dvije glavne kategorije u koje se seksualno uznemiravanje može klasificirati:

1. "Quid pro quo" je latinski izraz koji se može prevesti kao „ovo za ono“. Seksualno uznemiravanje je fenomen koji nastaje kada pojedinac, često na poziciji autoriteta kao što je nadzornik, šef, direktor, traži ili suptilno sugerira seksualne radnje u zamjenu za prednosti zaposlenja ili radnog mjesta. To može uključivati povećanje plaće, napredovanje, poželjnije rasporede rada, zadržavanje zaposlenika itd. Potencijalne posljedice za odbijanje takvih napredovanja mogu uključivati otpuštanje, zastrašivanje, snižavanje plaće, manje poželjne zadatke ili nezadovoljavajuće smjene s položaja.
2. Nadalje, postoje oblici seksualnog uznemiravanja koji se mogu klasificirati prema karakteristikama uznemiravanja.
 - a) Verbalno seksualno uznemiravanje obuhvata čin davanja seksualno eksplicitnih izjava;
 - b) Neverbalno seksualno uznemiravanje uključuje različite nepoželjne gesta, govora tijela i druge neverbalne znakove seksualne konotacije;
 - c) Fizičko seksualno uznemiravanje predstavlja bilo koji oblik nepoželjnog fizičkog kontakta koji je seksualne prirode: neželjeno dodirivanje ili fizički kontakt bez pristanka, silovanje (penetraciju u tijelo žrtve), pokušaj silovanja, prisiljavanje žrtve na seksualne radnje, kao što je oralni seks ili penetracija u tijelo počinitelja, te milovanje ili neželjeno seksualno dodirivanje;
 - d) Izlaganje ili vršenje spolnih radnji nad samim sobom;
 - e) Neželjene seksualno eksplicitne fotografije, e-poruke ili tekstualne poruke.

Krivični i drugi zakoni u Bosni i Hercegovini poznaju sljedeća krivična djela povezana sa seksualnim uznemiravanjem: a) silovanje pod prijetnjom životu i tijelu osobe; b) obljuba/spolni odnos zloupotrebom položaja – zloupotrebom moći i nadređenosti nad nekim ko je u podređenom položaju; c) spolna ucjena/prinuda na spolnu odnos – prijetnjom da će se otkriti informacije štetne po ugled i čast osobe, prijetnja nekim teškim zlom; d) obljuba nad nemoćnom osobom/spolni odnos s nemoćnom osobom – spolni odnos s osobom koja nije u mogućnosti pružiti otpor; e) spolni odnos s djetetom – koje se opet nalazi u podređenom položaju i ranjivo je zbog uzrasta i godina; f) spolno uznemiravanje – uznemiravanje osobe koja se nalazi u odnosu podređenosti ili zavisnosti ili koja je posebno ranjiva zbog uzrasta, bolesti, invaliditeta, zavisnosti, trudnoće, teške tjelesne ili duševne smetnje; g) bludne radnje i h) zadovoljenje pohote.

Medicinska sestra/tehničar u zajednici ima sljedeću ulogu kada je pacijentica seksualno uznemiravana: pružanje emocionalne podrške, prijavljivanje incidenta, osiguravanje potrebne podrške pacijentici, zagovaranje prava pacijentice, upućivanje na određene izvore pomoći, educiranje pacijentice o njenim pravima i budućim koracima i dokumentiranje događaja u medicinskoj dokumentaciji.

Ključne poruke:

Seksualno zdravlje zahtijeva pažljivo razmatranje jer je ključno je za cjelokupno zdravlje i dobrobit pojedinaca, parova, porodica i zajednice. Ono podrazumijeva zdrave i sigurne seksualne odnose, kao i mogućnost ugodnog i sigurnog seksualnog iskustva, bez prisile, diskriminacije i nasilja. Reproductivno zdravlje podrazumijeva pravo ljudi da imaju zadovoljavajući i siguran seksualni život, sposobnost reprodukcije i slobodu odlučivanja hoće li, kada i koliko često to činiti. Medicinske sestre/tehničari u zajednici igraju ključnu ulogu u promoviranju reproduktivnog zdravlja, pružanju podrške pojedincima i parovima u vezi plodnosti, osiguravanju informacija za parove i pojedince, upućivanju na izvore podrške i zdravstvene pomoći za liječenje neplodnosti. Planiranje porodice odnosi se na dobrovoljni i svjesni postupak donošenja odluka pojedinaca i parova kako bi se odredio broj, vrijeme i razmak između rađanja njihove djece, kao i metode i usluge koje koriste za postizanje svojih reproduktivnih ciljeva.

Reference:

1. Sexual health (no date) World Health Organization. dostupno: <https://www.who.int/health-topics/sexual-health> (Pristupano: 23.01.2024).
2. Sexual & reproductive health - United Nations Population Fund. Dostupno na <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health> (Pristupano: 23.01.2024).
3. Ümit G, Izetbegovic S, Admir R, Spahovic H, Cihan G. Causes of Sterility in Bosnia-Herzegovina Population. *Mater Sociomed*. 2015 Jun;27(3):185-7. doi: 10.5455/msm.2015.27.185-187.
4. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth Edition. 5th edn WHO. 2015.
5. Fertility statistics (2024) EuroStat, Statistics Explained. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics#:~:text=Highlights&text=3.88%20million%20babies%20were%20born%20in%20the%20EU%20in%202022.&text=The%20total%20fertility%20rate%20stood,Malta%20to%201.79%20in%20France. (Pristupano: 10.03. 2024).
6. Zakon o uslovima i postupku za prekid trudnoće ("Službeni list SRBiH", broj 29/1977).
7. Krivični zakon Brčko distrikta Bosne i Hercegovine ("Službeni glasnik Brčko distrikta BiH", broj: 10/03, 6/05, 21/10 i 9/13).
8. Krivični zakon Federacije BiH („Službene novine FBiH“, broj: 36/03, 37/03, 21/04, 69/04, 18/05, 42/10, 42/11, 59/14 i 76/14).
9. Krivični zakonik Republike Srpske ("Službeni glasnik Republike Srpske", broj: 64/17).
10. Zakon o krivičnom postupku Federacije BiH („Službene novine Federacije BiH“, broj: 35/03, 37/03, 56/03, 78/04 28/05,55/06, 27/07, 53/07, 9/09 i 12/10).
11. Zakon o krivičnom postupku Republike Srpske („Službeni glasnik Republike Srpske“, broj: broj: 50/03, 111/04, 115/04, 29/07, 68/07, 119/08, 55/09, 80/09, 88/09 i 92/09).
12. Zakon o zaštiti i postupanju s djecom i maloljetnicima u krivičnom postupku Federacije BiH („Službene novine Federacije BiH“, broj: 7/14).
13. Zakon o zaštiti i postupanju s djecom i maloljetnicima u krivičnom postupku Republike Srpske („Službeni glasnik Republike Srpske“, broj: 13/10 i 61/13) Zakon o zaštiti od nasilja u porodici Federacije BiH („Službene novine Federacije BiH“, broj: 20/13).
14. Zakon o zaštiti od nasilja u porodici Republike Srpske („Službeni glasnik Republike Srpske“, broj: 102/12).
15. Ross S, Naumann P, Hinds-Jackson D.V, Stokes L, (January 31, 2019) "Sexual Harassment in Nursing: Ethical Considerations and Recommendations" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 24, No. 1, Manuscript 1. doi <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol24No01Man01>

Pitanja za završni ispit:

1. U koju vrstu kontracepcije ubrajamo dijafragmu?
2. Kako definiramo neplodnost?
3. Koji su oblici seksualnog uznemiravanja prema karakteristikama uznemiravanja?

3.5. Zdravlje djeteta i majke

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Zdravlje djeteta i majke	– Predavanje (I dio) - 40 minuta – Diskusija - 10 minuta – Predavanje (II dio) - 40 minuta – Diskusija - 20 minuta – Predavanje (III dio) - 40 minuta – Diskusija - 20 minuta – Rad u grupama (analizirati po jedan slučaj kroz plan sestrinske njege: posjeta popodilji i novorođenčetu; posjeta porodici s malim djetetom; posjeta porodici s adolescentom i posjeta samohranjoj majci) - 40 minuta – Izvještavanje i diskusija - 30 minuta

3.5. Zdravlje djeteta i majke

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- definirati značaj zdravstvene njege majke, djeteta i porodice u partnerstvu s drugim članovima tima primarne zdravstvene zaštite;
- napraviti plan za provođenje aktivnosti s jasno određenim zadacima za trudnicu/porodilju, partnera, patronažnu sestru itd.;
- napraviti plan s evaluacijom aktivnosti za zdrav psihofizički razvoj i odgoj bebe i djeteta u porodici;
- provesti primjerne interakcije u porodici;
- učestvovati u timskom radu sa subjektima u zajednici vezanim za zaštitu djeteta i majke;
- prepoznati znakove i simptome zlostavljanja i zanemarivanja djece i majki u porodici, te znakove postpartalne depresije.

Sadržaj:

Zdravstvena njega majke, djeteta i porodice provodi se u partnerstvu s drugim članovima tima primarne zdravstvene zaštite, a fokusirano je na zdravu trudnoću, zdrav stil života, identifikaciju rizika u trudnoći, identifikaciju specifičnih rizika za zdravlje, zaposlenje, socijalnu zaštitu, kulturu, ishranu majke itd. Prenatalna zaštita, porod, postnatalna zdravstvena njega, osiguranje zdravstvene njege i dojenje, također, spadaju u djelokrug rada medicinske sestre/tehničara u zajednici, kao i pružanje zdravstvene njege i podrške majci adolescenta i porodici samohranog roditelja, u skladu sa svojim kompetencijama. Koristeći proces zdravstvene njege kao metod rada, medicinska sestra/tehničar procjenjuje potrebe pacijenta, definira dijagnoze zdravstvene njege, postavlja ciljeve, te provodi intervencije u skladu s postavljenim prioritetima i ciljevima. U svom radu medicinska sestra/tehničar u zajednici treba koristiti sestrinski proces, sestrinske dijagnoze i procjenjivati potrebe za zdravstvenom njegom. Osim toga, treba koristiti standardne operativne procedure koje imaju jasno razrađene korake, postaviti ciljeve njege, te provoditi intervencije u skladu s postavljenim ciljevima.

3.5.1. Zdrava trudnoća (zdrav stil života, rizici u trudnoći, specifični rizici po zdravlje, zaposlenje, socijalna zaštita, kultura)

Trudnoća je poseban period u životu svake žene. To je period kada žena treba najviše pažnje da posvećuje zdravom načinu života, pravilnoj i uravnoteženoj ishrani, izbjegavanju štetnih faktora koji bi mogli narušiti zdravlje embrija, odnosno fetusa itd. Trudnice traže savjete od svojih ginekologa, ljekara porodične medicine, pretražuju internet, čitaju različitu stručnu literaturu i razmjenjuju mišljenja sa svojim prijateljicama, kako bi prikupile što više saznanja o tome šta im je činiti tj. šta je potrebno izbjegavati kako bi na svijet donijele zdravo dijete. Iz dana u dan sve je veći broj naučnih dokaza o faktorima koji su štetni za majku i plod, a još više o faktorima koji povoljno djeluju na trudnoću.

Zdrav stil života trudnice

Rezultati istraživanja pokazali su da trudnice treba motivirati na promjenu načina života i usvajanje zdravih stilova života. Trudnice nastoje promijeniti svoj način života zbog majčinske odgovornosti i rađanja zdrave bebe. Pristup informacijama i podrška iz različitih izvora potiču majčinu unutrašnju odluku da se promijeni, što dovodi do modificiranja različitih aspekata života. Aspekti koji utječu na stil života uključuju kontrolu ishrane, tjelovježbu, brigu o sebi, prestanak pušenja, prestanak konzumacije alkohola i droga, održavanje društvenih odnosa i kontrolu stresa. Uz redovne ginekološke kontrole, trudnice mogu nastaviti s obavljanjem umjerenih tjelesnih aktivnosti i tjelovježbe (hodanje, trčanje, vožnja biciklom, plivanje, fitnes, tenis, i sve ono čime se trudnica bavila i prije trudnoće), ali trebaju paziti da ne povrijede trbuh. Naučna istraživanja su dokazala da takve aktivnosti nisu štetne ni za trudnicu ni za bebu. Spolni odnos se može nastaviti tokom trudnoće, osim ako ne dođe do krvarenja, boli, istjecanja plodove vode ili stezanja materice.

Rizici u trudnoći

1. Alkohol

Danas se smatra da je najsigurnije uopće ne konzumirati alkohol u trudnoći jer konzumiranje i minimalnih količina alkoholnih pića može ugroziti fetalni razvoj, te dovesti do tzv. fetalnog alkoholnog sindroma (FAS, u SAD-u se dijagnosticira kod 1 na 750 novorođenčadi godišnje). FAS uključuje mentalnu retardaciju, zaostajanje u fetalnom rastu, uključujući težinu, visinu i obim glave djeteta, te kraniofacijalne i srčane anomalije i smetnje ponašanja.

2. Pušenje, upotreba droga i lijekova

Već dugo vremena prisutna je jasna preporuka: "Ne pušite i ne konzumirajte droge". Pušenje se jasno povezuje sa slabijim ishodima trudnoće, poput male porođajne težine, prijevremenog poroda, male gestacijske dobi, sindroma iznenadne smrti djeteta do prve godine života ili rođenja mrtvorodenčeta. Dobra je vijest da značajan broj trudnica (do 40%) spontano prestaje pušiti u trudnoći, međutim 2/3 ovih žena ne apstinira od pušenja unutar godine dana od poroda. Ne treba uzimati samovoljno lijekove tokom trudnoće, već samo na preporuku ljekara, kada za to postoji indikacija, i to onih koji su sigurni za plod. Posebno osjetljiv period je prvi trimestar kada se razvijaju organi ploda. U sistemsku cirkulaciju ne ulaze samo lijekovi koji se peroralno konzumiraju (preko usta), već i transdermalno (preko kože), putem rektalnih čepića i sl. Stoga je potreban oprez i obavezna konsultacija s nadležnim ljekarom u pogledu upotrebe svih preparata. Potrebno je izbjegavati pesticide, herbicide i insekticide.

3. Kafa

Za većinu trudnica, konzumacija dvije šoljice kafe dnevno (jedna sadrži prosječno 150 mg kofeina) ne predstavlja opasnost, ali svakako treba izbjegavati veće količine kofeina (četiri šoljice kafe dnevno ili količina iznad 500 mg kofeina je prevelika u trudnoći). Kofein (sadrži ga čokolada i neki gazirani sokovi) djeluje na centralni nervni sistem 15 minuta nakon pijenja kafe. Blago povećava krvni pritisak, srčanu frekvenciju te stimulira mokrenje, što smanjuje količinu tekućine u tijelu, a dobra hidracija je osnova zdrave trudnoće. Neke studije ukazuju da više od 600 mg/dan kofeina uzrokuje manju porođajnu težinu djeteta.

4. Prehrambene navike

Listeriozu uzrokuje bakterija *Listeria monocytogenes*, a simptomi trovanja dovode do blage ili srednje teške probavne bolesti karakterizirane mučninom, povraćanjem i proljevom. Teški slučajevi trovanja mogu izazvati prekid trudnoće tj. pobačaj, meningitis ili sepsu kod novorođenčeta. Za sprječavanje infekcija koje se prenose hranom, najbolje je često prati ruke prilikom pripreme hrane, paziti na čuvanje i zagrijavanje hrane, te vodom temeljito oprati svježe voće i povrće.

Specifični rizici po zdravlje

Trudnice se trebaju savjetovati da svakako izbjegavaju X (rendgensko zračenje) u trudnoći, a pri svakom odlasku ljekaru ili na neku dijagnostičku pretragu trebaju naglasiti da su u drugom stanju. Potrebno je izbjegavati saune, bazene, hidromasažne kade s toplom vodom jer mogu dovesti do porasta tjelesne temperature, te su pogodne za razvoj urogenitalnih infekcija, kojima su žene ionako sklone u trudnoći. Obaveza poslodavca je da ženu za vrijeme trudnoće, odnosno dojenja djeteta, rasporedi na druge poslove ako je to u interesu njenog zdravstvenog stanja, koje je utvrdio ovlašteni ljekar, a ako to nije u mogućnosti, žena ima pravo na odsustvo s rada uz naknadu plaće, u skladu s kolektivnim ugovorom i pravilnikom o radu. Trudnicama, porođajama i dojiljama zabranjen je rad na poslovima na kojima postoji rizik od izloženosti opasnim materijama.

3.5.2. Ishrana trudnice/majke

Jedan od najčešćih dobronamjernih savjeta trudnicama je da „sada trebaju jesti za dvoje“, što naravno nije tačno. Prema novijim smjernicama, smatra se da u prvom trimestru trudnoće nema porasta energetske potrebe, dok u drugom trimestru treba povećati energetske unos za 340 kcal/dan, a u trećem trimestru za 452 kcal/dan. Kod pothranjenih žena, preporučuje se porast težine tokom trudnoće za 15-20 kg, kod normalno uhranjenih žena za 11-13 kg, a kod pretilih žena za 7 kg. U piramidi prehrane preporučuje se 20% proteina (cca 60 gr), 30% masnoća i 50% ugljikohidrata, što bi u prosjeku iznosilo 2500 kcal/dan, tj. obilje voća (2-4 porcije) i povrća (3-5 porcija), mlijeka i mliječnih proizvoda (4-6 porcija), hljeba i žitarica (6-10 porcija), mesa i ostalih proteinskih obroka (3-4 porcija), 6-8 čaša vode te jedna šoljica kafe. Tokom trudnoće ne povećavaju se samo energetske potrebe organizma već i potrebe za mineralima i vitaminima, koji su esencijalni za rast i razvoj ploda, a to su: folna kiselina, željezo, kalcij, cink i omega-3 masne kiseline.

3.5.3. Prenatalna zaštita, porod, postnatalna njega, osiguranje njege

Trudnicama je potrebna uobičajena prenatalna zdravstvena zaštita kako bi osigurale svoje zdravlje i zdravlje fetusa. Često je potrebna procjena zdravstvenog stanja zbog simptoma i znakova bolesti. Uobičajeni simptomi koji su često povezani s trudnoćom su vaginalno krvarenje, bol u zdjelici, te povraćanje i oticanje donjih ekstremiteta. U najboljem slučaju, žene koje planiraju trudnoću trebale bi posjetiti doktora prije začeća, kako bi dobile savjete o opasnostima u trudnoći i njihovom umanjivanju. Početna uobičajena posjeta doktoru trebala bi se dogoditi između 6 i 8 sedmice gestacije. Kontrolne preglede bi trebalo vršiti u razmacima od oko 4 sedmice do 28. sedmice trudnoće, u razmacima od po 2 sedmice u periodu od 28. do 36. sedmice trudnoće, te nakon toga svake sedmice do poroda. Zakonom o radu FBiH („Službene novine FBiH“, br. 43/99, 32/00 i 29/03), definirano je da zaposlenica za vrijeme trudnoće, porođaja i njege djeteta ima pravo na porođajno odsustvo uz nadoknadu plaće u trajanju od jedne godine neprekidno.

Prenatalna zdravstvena zaštita uključuje skrining na poremećaje, poduzimanje mjera za umanjivanje opasnosti po majku i fetus, te savjetovanje. Najveći zdravstveni rizik u akutnoj fazi je postporođajno krvarenje. Nakon poroda, mjesto na kojem je posteljica bila pričvršćena na stijenku materice krvari, a materica se steže kako bi se spriječio gubitak krvi. Stezanje ili kontrakcije materice pomažu da se ona vrati u svoju prvobitnu veličinu. Nakon kontrakcije, fundus (vrh) materice može se opipati kao čvrsta masa u nivou pupka. Važno je da materica ostane čvrsta, a medicinska sestra ili primalja često će procjenjivati i fundus i količinu krvarenja. Masaža materice obično se koristi za poticanje kontrakcija materice. Ako je majka tokom poroda imala urez međice ili epiziotomiju, ili je došlo do

jačeg spontanog pucanja tkiva međice, nakon poroda se međica šije. U prošlosti se epiziotomija radila rutinski. Međutim, novija istraživanja pokazuju da rutinska epiziotomija, kada se očekuje normalan porod bez komplikacija ili instrumenata, ne nudi prednosti u smislu smanjenja perinealne ili vaginalne traume. Selektivna upotreba epiziotomije rezultira manjom perinealnom traumom. Zdravstveni radnik može preporučiti mjere za ublažavanje bolova u međici. U roku od otprilike 10 sekundi nakon porođaja, novorođenče udahne prvi put, a primalja stavi dijete na majčina prsa. Stanje novorođenčeta procjenjuje se prema Apgar skali. Patronažna sestra prati stanje bebinog pupka do otpadanja pupčanog batrljka. Babinje je period koji obuhvata šest do osam sedmica nakon porođaja. U tom periodu prilagođavanja na nove uvjete, ženu nazivamo babinjačom. Organi porodilje zauzimaju prijašnji položaj, oblik, veličinu i funkciju, i potreban joj je odmor, mir i podrška okoline. Neke od situacija u kojima beba treba pregled su povišena tjelesna temperatura, infekcija pupka, nenapredovanje u tjelesnoj težini, odbijanje obroka, razdražljivost, uporan plač itd.

3.5.4. Kvalitet okruženja u porodici i utjecaj porodice (njega, ishrana, redovna imunizacija)

Prethodne studije koje su ispitivale socijalnu podršku u trudnoći obično su ispitivale uključenost oca ili globalne mjere socijalne podrške i nisu istraživale utjecaj uključenosti drugih članova porodice u trudnoću. Uključivanje porodice u trudnoću podrazumijeva savjete, podršku i pomoć u pripremi za porod, praćenje prenatalne njege i porođaj od strane članova porodice ženama tokom trudnoće. Potrebno je uključiti bračnog odnosno vanbračnog partnera ili porodicu i s njima razgovarati i o važnosti podrške majci pri dojenju. Uključivanje porodice u trudnoću može koristiti trudnicama smanjenjem majčinskog stresa, poticanjem pozitivnog majčinskog ponašanja, stabilnosti i emocionalne sigurnosti tokom ovog velikog životnog događaja i perioda prijelaza u roditeljstvo. Uključivanje porodice, također, može povećati znanje trudnica o trudnoći. Međutim, većina studija o uključenosti porodice u trudnoću provedena je u zemljama u razvoju. Nedostaju podaci o utjecaju porodične podrške budućih roditelja na psihološko zdravlje trudnica. Na stavove i praksu roditelja u vezi njege i ishrane djeteta, te značaj redovne imunizacije utječu mnogi faktori, uključujući one koji se odnose na individualnu percepciju, društvene odnose i širi kontekst u kojem roditelji žive. Medicinske sestre/tehničari u zajednici moraju iskoristiti svaku priliku u kućnim posjetama za promociju pravilne ishrane i redovne vakcinacije djece po kalendaru vakcinacije u FBiH.

3.5.5. Dojenje i prestanak dojenja

Sisanje je stimulans za izlučivanje mlijeka i zbog toga je značajno staviti novorođenče na majčine grudi već u prvih sat vremena nakon porođaja. Dojenje stimulira lučenje hormona oksitocina koji dovodi do izlučivanja mlijeka u mliječne kanaliće dojke i do kontrakcija materice, pa mnoge dojilje mogu upravo za vrijeme dojenja osjetiti bol u području materice. Kako bi dijete posisalo kolostrum koji je važan za razvoj njegovog imunološkog sistema i zdravlje probavnog sistema, potrebno je što ranije nakon poroda (idealno prvi sat nakon porođaja) omogućiti dojenje (zlatni sat). Za pravilnu uspostavu dojenja važan je udoban položaj majke, djetetov pravilan hvat dojke, hranjenje isključivo dojenjem i dojenje novorođenčeta na zahtjev. Dojenje nije samo hranjenje već i kontakt majke i djeteta koji pozitivno djeluje na psihomotorni razvoj djeteta. Pri svakom antenatalnom pregledu treba promovirati i poticati dojenje. Potrebno je da primalja, specijalista porodične medicine, specijalista ginekologije i akušerstva, savjetnik za uspostavljanje laktacije, vršnjački savjetnik za dojenje i dijetetičar savjetuju o važnosti dojenje odmah nakon porođaja. Važno je dati sveobuhvatne informacije o zdravstvenim koristima za novorođenče i majku. Isključivo dojenje je biološki i nutritivno odgovarajuće za rast tokom prvih šest mjeseci i podrazumijeva da dojenče prima samo majčino mlijeko (tj. nikakve druge tekućine ili čvrstu hranu, osim vitamina ili lijekova ako je tako naznačeno). Pri kućnoj posjeti, majci se mogu dati brošure/priručnici o dojenju. U razgovorima o dojenju, ne pretpostavljati da majka zna kako dojiti. Razgovarati o rješenjima potencijalnih poteškoća (npr. potreba da se majka vrati na posao). Potrebno je zabilježiti namjere majke u vezi s dojenjem u njen zdravstveni karton. Savršeno vrijeme za prestanak dojenja ne postoji. Svaka majka može sama odlučiti kada je spremna prestati dojiti. Neki od razloga za prestanak dojenja su: uvođenje krute

hrane (dohrane), povratak majke na posao ili polazak djeteta u vrtić, nova trudnoća, bolest majke ili djeteta koja je nespojiva s dojenjem, medicinski ili terapijski tretman koji je nespojiv s dojenjem i sl.

3.5.6. Praćenje psihofizičkog razvoja i odgoja bebe i djeteta u porodici (rani rast i razvoj)

Podjela razvojnih dobi

- Prenatalni period obuhvata period od začeća do rođenja (prva dva mjeseca su embrionalni period, a ostatak fetalni period);
- Dojenačka dob traje od rođenja do kraja prve godine života, prve četiri sedmice se označavaju posebno kao novorođenačka dob;
- Predškolska dob, u širem smislu obuhvata period od početka druge do kraja šeste godine života (mlađa predškolska dob obuhvata drugu i treću godinu života, a predškolsku dob u užem smislu obuhvata period od četvrte do kraja šeste godine života);
- Školska dob obuhvata period od početka sedme godine života do početka puberteta koji obično počinje s 10 godina kod djevojčica i 12 godina kod dječaka;
- Pubertet počinje s pojavom sekundarnih spolnih karakteristika i traje do spolne zrelosti;
- Adolescencija traje od nastupa spolne zrelosti do završetka rasta i razvoja, koji kod djevojkama u prosjeku nastupa između 16. i 18. godine, a kod mladića između 18. i 20. godine života.

Rast je povećanje određenih dimenzija (visina tijela, obim glave) ili ukupne mase tijela ili mase pojedinih organa. Razvoj obuhvata kvalitativne promjene, diferenciranje i sazrijevanje biokemijskog sistema, struktura, funkcija, reaktivnosti i prilagođavanja pojedinih tkiva, organa i funkcija organizma od začeća do kraja razvojne dobi, tj. do adolescencije. Odgoj je proces izgrađivanja, razvijanja i oblikovanja čovjeka u njegovim ljudskim odlikama.

Općim krivuljama rasta pratimo rast u visinu i rast tjelesne težine i na taj način procjenjujemo **fizički rast djeteta**. Parametri koje mjerimo su: dužina/visina, težina, centilne krivulje (težinsko-dobne, visinsko-dobne), brzina rasta, rast glave, razvoj zuba, ocjena fizičke konstitucije i stanja uhranjenosti i težinsko-visinske centilne krivulje.

Mlađe predškolsko dijete

- Usporava se brzina rasta (u prosjeku na 12 cm)
- Prirast težine 2 do 2,5 kg
- Prirast obima glave za 2 cm
- Smanjuje se apetit
- Hod sa široke osnove postaje stabilniji i sigurniji
- Penjanje i silazak niz stepenice
- Manuelna spretnost
- Istraživanje okoline
- Razvoj govora, dijapazon od razumijevanja do spajanja dvije riječi
- Početak toaletnog treninga

Predškolsko dijete

- Ravnomjeran prirast u težini, po 2 kg, sa 6 godina cca 20 kg
- Motoričke vještine se usavršavaju
- Svjesnost osobnosti, znaju reći ime i spol
- Stvaranje uzora unutar porodice/imitacija
- Igre s ulogama (mama, tata, doktor)
- Pojava tjeskobe, agresivnosti, straha (mucanje, sisanje palca, mokrenje u krevet, noćna mora)

Školsko dijete

- Brzina rasta 6 cm/godišnje
- Prirast tjelesne mase 3 kg/god
- Pubertetski zamah rasta (10 godina za djevojčice, 12 godina za dječake)
- Nicanje molara („šestice“) i početak druge denticije (zamjene)
- Respiratorne infekcije i dalje normalno 6 do 7 godišnje
- Maksimalni razvoj limfnog tkiva

Pubertet

- Ubrzanje tjelesnog rasta i razvoja
- Dozrijevanje gonada
- Razvoj sekundarnih spolnih oznaka
- Prosječan period početka puberteta za djevojčice s 10 godina, za dječake s 12 godina
- Prva sekundarna spolna oznaka kod djevojčica je uvećanje grudi, kod dječaka je uvećanje testisa
- Rast u tjelesnu visinu, porast tjelesne težine, porast organa, prevashodno srca i trbušnih organa, pubičnih kostiju, stopala i ramena
- Maksimalna brzina rasta djevojčica je oko 12. godine, nakon menarhe narastu još samo 5 do 7 cm
- Maksimalna brzina rasta dječaka je oko 14. godine, za 4 do 5 godina puberteta narastu za 28 cm

Slika 16. Rast i razvoj djeteta

3.5.7. Poticanje zajedničke odgovornosti i aktivne uloge oca u odgoju bebe i djeteta

Tradicionalnu ulogu očeva kao hranitelja porodice zamijenilo je suroditeljstvo i aktivna uloga u odgoju djece. Danas se često govori o modernim očevima koji, uz majku, brinu o svojoj djeci, te sve više naučnika istražuje ulogu i utjecaj očeva na djetetov razvoj i odrastanje. Očevi su, kao i majke, stubovi u razvoju djetetovog emocionalnog blagostanja. Djeca traže od svojih očeva da postavljaju pravila i provode ih, te da im pruže osjećaj fizičke i emocionalne sigurnosti. Djeca žele svoje očeve učiniti ponosnim, a uključen otac potiče njihov unutrašnji rast i snagu. Studije su pokazale da, kada su očevi nježni i podržavaju djecu, to uveliko utječe na dječiji kognitivni i društveni razvoj, te im ulijeva opći osjećaj dobrobiti i samopouzdanja. Istraživanja su pokazala i da su kćerke koje imaju dobar odnos s ocem manje sklone eksperimentiranju s drogama i alkoholom, te rjeđe ispoljavaju delinkventno ponašanje i depresiju.

3.5.8. Znakovi i simptomi zlostavljanja i zanemarivanja djece i majki u porodici i postpartalna depresija

Zlostavljanje i zanemarivanje djece predstavlja složen psihosocijalni problem koji prevazilazi okvire rješavanja unutar zdravstvenog sistema. Medicinski aspekt se odnosi na individualni psihopatološki uzrok i njegove posljedice po fizičko i psihičko zdravlje.

Razlikujemo nekoliko oblika zlostavljanja:

- **Fizičko zlostavljanje** predstavlja namjerno povređivanje djece;
- **Fizičko zanemarivanje** predstavlja uskraćivanje adekvatne ishrane, odjeće, medicinske njege i sigurnosti, nevakcinisanost i sl.;
- **Psihičko zanemarivanje i zlostavljanje** predstavlja namjerno uskraćivanje emocionalne podrške potrebne za zdrav psihički razvoj, teroriziranje ponašanjem i verbalno;
- **Seksualno zlostavljanje** predstavlja svaki čin koji uključuje dijete, a za cilj ima seksualno zadovoljenje odraslih;
- **Munchausenov sindrom** predstavlja težak psihološki poremećaj pri kojem odrasla osoba svjesno ili nesvjesno, u cilju zadovoljenja neke materijalne ili emocionalne koristi, namjerno škodi djetetu ili izmišlja simptome, kako bi privukla pažnju medicinskog osoblja ili članova porodice, prikazuje dijete bolesnim, daje mu lijekove ili druga sredstva, iznuđuje medicinske postupke i sl. Ovo je bizaran oblik zlostavljanja koje rezultira čestim hospitalizacijama, pretragama i pregledima.

Znakovi zlostavljanja i zanemarivanja djeteta su: dijete je izrazito šutljivo, povučeno i uplašeno, slabije mimike, nepovjerljivo, niskog samopoštovanja, sa znacima regresije. Vanjski znakovi uključuju modrice, hematome, ogrebotine, moždano krvarenje dojenčeta bez prethodnog zdravstvenog rizika, promjene na koži u predjelu genitalija, nagli gubitak ili povećanje tjelesne težine, problemi s učenjem i nelagoda pri fizičkom kontaktu ili blizini. Ukoliko nam se dijete povjeri, važno je ostati miran, pokazati razumijevanje, vjerovati djetetu (jer rijetko lažu o zlostavljanju), ne izražavati zgražanje ili gađenje, ohrabriti ih u odluci da otkriju tajnu, ne okrivljavati ih, ne davati lažna obećanja te ih pripremiti da ćete to morati prijaviti.

Psihijatrijski poremećaji povezani s porodom

Rođenje djeteta može pokrenuti niz snažnih emocija, od uzbuđenja i radosti do straha, tjeskobe i depresije. Većina majki može doživjeti postporođajni baby blues, koji obično uključuje promjene raspoloženja, anksioznost, razdražljivost, tugu, napade plača, osjećaj preopterećenosti, smanjenu koncentraciju, tjeskobu, probleme s apetitom te poteškoće sa spavanjem. Ovaj osjećaj melanhonije obično počinje unutar prva 2 do 3 dana nakon poroda i može trajati do dva tjedna. S druge strane, neke majke mogu doživjeti teži, dugotrajniji oblik depresije poznat kao postporođajna depresija (PPD). Ponekad se naziva peripartalna depresija jer može započeti tokom trudnoće i nastaviti se nakon poroda. Rijetko se nakon poroda može razviti i ekstremni poremećaj raspoloženja koji se

naziva postporođajna psihoza. Postporođajna depresija nije karakterna mana ili slabost, ponekad je to jednostavno komplikacija porođaja. Postporođajna depresija se prvobitno može zamijeniti s baby blues-om, ali simptomi su intenzivniji i traju duže. To je poremećaj koji ometa sposobnost majke da se brine o svojoj bebi i obavlja druge dnevne aktivnosti. Simptomi se obično razviju unutar prvih nekoliko sedmica nakon poroda, ali mogu početi i ranije tokom trudnoće ili kasnije do godinu dana nakon rođenja djeteta. Simptomi postporođajne depresije uključuju depresivno raspoloženje ili teške promjene raspoloženja, previše plača, poteškoće u povezivanju s bebom, povlačenje od porodice i prijatelja, gubitak apetita ili jedenje puno više nego inače, nesanicu ili previše spavanja, ogroman umor ili gubitak energije, manje interesa i zadovoljstva u aktivnostima u kojima je majka ranije uživala, intenzivna razdražljivost i ljutnja, strah da nije dobra majka, beznađe, osjećaj bezvrijednosti, srama, krivnje ili neadekvatnosti, smanjena sposobnost jasnog razmišljanja, koncentracije ili donošenja odluka, nemir, teška anksioznost i napadi panike, misli o povređivanju sebe ili svoje bebe i na kraju, ponavljajuće misli o smrti ili samoubistvu.

Fizički znakovi postporođajne depresije nastaju zbog emocionalnog i mentalnog stresa uslijed postporođajne depresije, a mogu uključivati: glavobolje, bolove u mišićima i trbuhu, hronični umor, gubitak energije, promjene apetita (bilo da se jede previše ili premalo), probleme sa spavanjem i sl. Medicinska sestra/tehničar u zajednici bi prilikom posjete majci i bebi trebala tragati za promjenama u ponašanju kao znakovima postporođajne depresije, pogotovo ukoliko dobija informacije da se majka povlači od partnera, prijatelja i članova porodice, ako ne želi biti sama s bebom i nije zainteresirana za brigu o djetetu niti za povezivanje s njim, ako ne želi učestvovati u svojim uobičajenim aktivnostima, kao što su vježbanje i hobiji, i ako ima ispade ljutnje ili bijesa prema drugima te izbjegava zadatke i odgovornosti. Ako majka ima postporođajnu depresiju, potrebno joj je liječenje koje joj može pomoći u upravljanju simptomima i povezivanju s bebom. Psihoterapija ili „terapija razgovorom“ standardna je preporuka za žene koje imaju PPD. Modeli terapije poput kognitivne bihevioralne terapije mogu pomoći novim majkama da se pozabave svojim osjećajima u sigurnom okruženju koje ih podržava. Psihijatri u centru za mentalno zdravlje i ljekari porodične medicine mogu propisati lijekove protiv depresije (neke antidepressive je sigurno uzimati tokom aktivnog dojenja).

Problemi muškaraca u postporođajnom periodu

U postporođajnom dobu, pogotovo ako žena pati od PPD, i muškarci mogu doživjeti razočarenje, zbunjenost, isključenost i veliku brigu za partnericu, osjećati se nesposobnima da joj pomognu u prevladavanju PPD, što može stvoriti frustraciju i ljutnju. U takvim situacijama, većina muškaraca doživljava mnogo žrtvovanja kako bi održali vezu i porodicu na okupu. Većina muškaraca smatra da su stekli zrelost i povećali samopoštovanje nakon tog perioda, ali je za neke rezultat bio razvod, sporovi oko starateljstva i usamljenost. Rezultati istraživanja upućuju na to da medicinske sestre/tehničari u zajednici i ljekari porodične medicine trebaju više pažnje posvetiti i mentalnom zdravlju muškaraca tokom postporođajnog perioda. Važno je da se budući roditelji pouče o mogućnostima ovih poremećaja i metodama njihovog prevazilaženja, te da se o njima informiraju na prenatalnim tečajevima ili prije otpusta iz bolnice.

3.5.9. Majka adolescent, porodica samohranog roditelja

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) za 2019 godinu, adolescentice u dobi od 15 do 19 godina u zemljama s niskim i srednjim primanjima, imale su 21 milion trudnoća, od kojih je približno 50% bilo neželjeno, što je rezultiralo s 12 miliona poroda. Adolescentice su suočene s većim rizikom od eklampsije, puerperalnog endometritisa i sistemskih infekcija nego žene u dobi od 20 do 24 godine, a bebe adolescentnih majki suočene su s većim rizikom od niske porođajne težine, prijevremenog poroda i drugih neonatalnih stanja. Sprječavanje trudnoća među adolescenticama, te mortalitet i morbiditet povezani s trudnoćom osnova su za postizanje pozitivnih zdravstvenih ishoda tokom čitavog života i imperativ za postizanje ciljeva održivog razvoja koji se odnose na zdravlje majki i novorođenčadi.

3.5.10. Najčešće dječije bolesti

Među najčešće dječije bolesti ubrajamo sljedeće bolesti:

Obična prehlada – uzrokuju je virusi koji se lako šire u okruženjima u kojima su ljudi u bliskom kontaktu jedni s drugima. Ne postoji specifični lijek za prehladu, ali se simptomi poput groznice, povišene tjelesne temperature, bolova u mišićima ili glavobolje mogu liječiti lijekovima koji se izdaju bez recepta kao što su paracetamol ili ibuprofen.

Infekcije uha – prema Američkoj pedijatrijskoj akademiji (AAP), djeca su sklonija infekcijama uha nego odrasli. Infekcije uha mogu biti uzrokovane bakterijama ili virusima. Simptomi uključuju bol u uhu, groznicu, razdražljivost, poteškoće sa spavanjem i povlačenje za uho. Liječenje je simptomatsko i antimikrobno.

Gripa – virusna bolest koja se lako širi kada zaražene osobe kašlju ili kišu. Simptomi uključuju temperaturu, grlobolju, umor, bolove u tijelu i zimicu. Većina slučajeva može se liječiti kod kuće kontroliranjem simptoma lijekovima, tekućinom i odmorom. Rizik od obolijevanja se smanjuje redovnim godišnjim vakcinisanjem. Vakcinacija protiv gripe ne garantira da se bolest neće pojaviti, ali može smanjiti rizik od najčešćih sojeva virusa, te ozbiljnost i trajanje simptoma.

Bronhitis – javlja se kada dišni putevi u plućima nateknu i proizvode sluz u plućima. Simptomi uključuju kašalj, bol u prsima, umor, glavobolju, bol u tijelu i grlobolju. Prema Američkom centru za kontrolu i prevenciju bolesti (CDC), većinu slučajeva bronhitisa uzrokuje virus koji se često javlja nakon infekcije gornjih dišnih puteva. Liječenje je simptomatsko.

Respiratorne sincicijske virusne infekcije (RSV) – kod djece i odraslih većinom uzrokuje blage simptome slične prehladi uključujući temperaturu, kašalj, curenje nosa i kihanje. Međutim, kod male dojenčadi i starijih osoba može izazvati ozbiljnije tegobe kao što je upala dišnih puteva i upala pluća. Nema specifičnog lijeka, ali postoji monoklonsko antitijelo ugrožene grupe djece.

Bolest šaka, stopala i usta – vrlo je zarazna, ali obično nije vrlo ozbiljna bolest. Prema Američkom CDC-u, najčešće se javlja kod dojenčadi i djece do pet godina. Simptomi uključuju periferni osip na koži, groznicu, ranice u ustima i simptome slične gripi.

Konjunktivitis – poznat pod uobičajenim (i opisnim) nazivom „ružičasto oko“. Znakovi ružičastog oka uključuju crvenilo, iscjedak, svrbež i oticanje jednog ili oba oka. Postoji više uzroka, ali zarazni tip konjunktivitisa uzrokuje bakterija ili virus koji dospije u oko. Pedijatar ili ljekar porodične medicine može liječiti ružičasto oko antibiotskom mašću ili kapima za oči.

Gastroenteritis – poznat i kao stomačna gripa, iako to zapravo nije gripa. Uzrokuje ga virus koji se brzo širi. Simptomi uključuju mučninu, povraćanje i proljev, i obično prolaze unutar nekoliko dana. Liječenje uključuje odmor i unos tekućine kako bi se izbjegla dehidracija.

Sinusitis – tehnički izraz za infekciju sinusa. Uzrokuje ga nakupljanje tekućine u sinusima, što omogućuje rast bakterija i virusa. Većina slučajeva sinusitisa uzrokovana je virusima. Simptomi uključuju curenje iz nosa, začepljen nos, glavobolju, pritisak ili bol u licu, kapanje sluzi u grlo, grlobolju, kašalj i loš zadah. Liječenje je simptomatsko, ali i antibiotsko.

Streptokokna angina – akutna upala ždrijela, tj. grla (faringitis) koju uzrokuje bakterija pod nazivom *Streptococcus pyogenes* koja ulazi u nos i grlo. Uzrokuje upalu grla, groznicu, natečene krajnike i bol u stomaku. Dijete s ovim simptomima treba posjetiti pedijatra kako bi se napravio strep test. Liječi se penicilinskim antibioticima.

Pneumonija – akutna upala plućnog parenhima (upala pluća), najčešće uzrokovana virusima i bakterijama, a rjeđe drugim mikroorganizmima, određenim lijekovima i drugim stanjima (kao što su autoimune bolesti). Simptomi uključuju kašalj, bol u prsima, temperaturu i teškoće pri disanju. Liječenje je kauzalno.

Virusne osipne bolesti – infektivne bolesti koje su najčešći uzrok obolijevanja u dječijoj dobi. Razvoj antivirusnih i antibakterijskih vakcina dešava se od polovine 20. vijeka.

Morbile ili ospice – akutna, visoko zarazna, generalizirana infektivna dječija bolest. Prenosi se kapljičnim putem. Simptomi uključuju temperaturu, kataralne respiratorne simptome, konfluentni makulopapulozni osip i patognomonične promjene na oralnoj sluznici (Koplikove pjege). Vakcinacija se vrši s 12 mjeseci, a postekspozicijska profilaksa se daje tri dana nakon kontakta. Liječenje je simptomatsko.

Rubeola – uzročnik je virus Rubeole, koji je za djecu i odrasle slabo patogen, ali je izrazito patogen za plod. Simptomi uključuju osip na licu, vratu, trupu i ekstremitetima, umjereno povišenu temperaturu i limfadenopatiju. Kombinirana trovalentna MMR vakcina daje se s navršених 12 mjeseci života, te potom u sedmoj godini života.

Varičela ili vodene kozice – izrazito zarazna bolest koju uzrokuje herpes zoster virus. Prodromalni stadij uključuje povišenu temperaturu, glavobolju i povraćanje. Osip se javlja 3-5 dana nakon infekcije, a pacijent je zarazan dok kožne promjene ne postanu kraste. Primarne komplikacije su encefalitis i miokarditis, a sekundarne komplikacije su bakterijske infekcije kože.

Mnoge uobičajene bolesti u djetinjstvu prolaze same od sebe ili se povuku odmorom i lijekovima. Imunizacija je najdjelotvornija i najsigurnija mjera sprječavanja zaraznih bolesti. Međutim, neki simptomi zahtijevaju dodatnu kontrolu ljekara. Medicinske sestre/tehničari u zajednici bi trebali savjetovati roditelje da je u sljedećim slučajevima neophodan pregled ljekara: djeca s oslabljenim imunološkim sistemom, dijabetesom, astmom ili drugom hroničnom bolešću, zatim djeca koja pokazuju znakove dehidracije, imaju visoku temperaturu ili teško dišu.

3.5.11. Njega bolesne bebe i djeteta

Preporuke SZO za medicinske sestre/tehničare u zajednici su da prepoznaju i upute djecu sa znakovima opasnosti u zdravstvenu ustanovu, savjetuju i upućuju roditelje ako smatraju da dijete ima upalu pluća, proljev ili groznicu, identificiraju i upućuju djecu s teškom pothranjenošću, upućuju djecu s drugim problemima kojima je potrebna ljekarska pomoć te savjetuju o kućnoj njezi sve bolesne djece. Odabrane intervencije zahtijevaju dostupnost i upotrebu četiri jednostavna lijeka: antibiotik (obično amoksicilin), oralne rehidracijske soli (ORS) i tablete cinka. Porodice su na prvoj liniji brige za svoju djecu, a potrebna im je podrška, ohrabrenje i povjerenje kako bi se brinuli za svoju djecu.

3.5.12. Vođenje medicinske dokumentacije

Medicinska sestra/tehničar u zajednici vodi posebnu medicinsku dokumentaciju kada je praćenje trudnice, porodilje, novorođenčeta i dojenčeta (0-6 mjeseci), predškolskog djeteta (1-5 godina) i školskog djeteta (6-18 godina) u pitanju, a koja je definirana Pravilnikom o obaveznoj medicinskoj dokumentaciji („Službene novine Federacije BiH”, broj 61/18). U svakoj službi u domovima zdravlja postoje pisane procedure koje su izrađene prema preporukama Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine (AKAZ) i koje su obavezujuće. S druge strane, Fondacija fami je u okviru Projekta jačanja sestrinstva u BiH stavila na raspolaganje priručnike s ujednačenim i jasno definiranim sestrinskim standardnim operativnim procedurama, kao jedan od alata za standardizaciju prakse i osiguranje kvalitetne i sigurne zdravstvene njege. Zahvaljujući priručniku, svim medicinskim sestrama/tehničarima u ustanovama primarne zdravstvene zaštite u FBiH sada su na jednom mjestu dostupne informacije o procedurama relevantnim za njihov rad.

Ključne poruke:

Medicinska sestra/tehničar u zajednici ima značajnu ulogu u pružanju zdravstvene njege trudnicama tako što ih informira o fiziologiji trudnoće i promjenama koje je očekuju za vrijeme trudnoće, kroz koje trudnica trenutno prolazi, o toku poroda i o brizi za dijete nakon poroda.

Prilikom svake kućne posjete, patronažna sestra/tehničar s trudnicom treba razgovarati o važnosti adekvatne ishrane, redovne (i posebne) oralne higijene i o opasnostima konzumiranja alkohola, cigareta i kofeina te pravilnom korištenju lijekova.

Medicinska sestra/tehničar u zajednici pri svojim redovnim posjetama pomaže porodilji u babinjem periodu (period nakon poroda u trajanju od 40 dana ili šest sedmica nakon rođenja djeteta) educira porodilju o značaju dojenja i pomaže uspostaviti pravilnu tehniku dojenja, te educira porodilju o njezi dojenčeta i značaju vakcinacije za zdravlje djeteta. Prepoznaje simptome najčešćih dječijih bolesti i daje adekvatne savjete u vezi prevencije, dijagnostike i liječenja.

Reference:

1. Rosenzweig Jukić I. Preporuke za zdravu trudnoću. 2008. <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/14090/Preporuke-za-zdravu-trudnocu.html> (21.01.2024).
2. Bagherzadeh, R., Gharibi, T., Safavi, B. et al. Pregnancy; an opportunity to return to a healthy lifestyle: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth 21, 751 (2021) <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04213-6>
3. Zildžić M, Gavran L, Batić-Mujanović O, Gledo I, Alic A, Prasko S, Avdić M. Zdravstvena njega u zajednici. Zdravstveni fakultet u Zenici, Zenica, 2014.
4. PAT - radna knjiga medicinski tehničar 2007/2008.
5. Mardešić D i sar., Pedijatrija, Školska knjiga Zagreb, 2000.
6. US Preventive services Task Force, 2000.
7. Smajkić A. i sar. Organizacija i praksa obiteljske/porodične medicine. Šahinpašić. Sarajevo, 2013.
8. Barišić T, Kandić A, Popović A, Stanojević- Anđić M, Milovanović M. Klinički vodič za antenatalnu zaštitu. Federalno ministarstvo zdravstva, Sarajevo, 2021.
9. Galić D, Omanović S, Krtalić P, Mahmutbegović H, Ovčina D, Blaž S, Viteškić S, Franjić I. Standardne operativne procedure zdravstvene zaštite u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. I dio. Fondacija fami, Sarajevo, 2017.
10. World Health Organization. Adolescent pregnancy. 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> (21.01.2024.)
11. Langdon K. Postpartum Depression Signs. 2024. <https://www.postpartumdepression.org/postpartum-depression/signs/> (21.02.2024).
12. Mayo Clinic. Postpartum depression. 2022. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/postpartum-depression/symptoms-causes/syc-20376617> (21.02.2024.)
13. Engqvist I, Nilsson K. Men's experience of their partners' postpartum psychiatric disorders: narratives from the internet. Ment Health Fam Med. 2011;8(3):137-46. PMID: 22942895; PMCID: PMC3314270.

Pitanja za završni ispit:

1. Prema piramidi ishrane, koja ishrana se preporučuje trudnici?
2. Koji period obuhvata dojenačku dob?
3. Kako se naziva težak psihološki poremećaj, kada odrasla osoba svjesno ili nesvjesno, u cilju zadovoljenja neke materijalne ili emocionalne koristi, namjerno škodi djetetu?

Poglavlje IV

Sadržaj zdravstvene njege u zajednici

4.1. Procjena pacijenta

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Procjena pacijenta i potreba za njegom	– Predavanje - 35 minuta – Rad u grupama - 20 minuta – Izvještavanje i diskusija - 10 minuta
Procjena pacijenta kao početak procesa zdravstvene njege	– Predavanje - 35 minuta – Rad u grupama (učesnici će kroz prikaz četiri slučaja uraditi procjenu pacijenta/porodice, primjenjujući izvore podataka za procjenu) - 30 minuta – Izvještavanje i diskusija - 15 minuta
Utvrdjivanje potreba pacijenta i problema pacijenta – Postavljanje sestrinske dijagnoze	– Predavanje - 35 minuta – Rad u grupama (učesnici će kroz četiri prikaza slučaja uraditi procjenu pacijenta, identificirati probleme i postaviti kratko- i dugoročne ciljeve njege) - 30 minuta – Izvještavanje i diskusija - 15 minuta
Sestrinska dokumentacija za polivalentnu patronažu	– Predavanje - 30 minuta – Rad u grupama (popunjavanje sestrinske dokumentacije) - 30 minuta – Diskusija i zaključci - 15 minuta

4.1. Procjena pacijenta

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- primijeniti sestrinsku procjenu pacijenta kao metodu rada u svakodnevnoj sestrinskoj praksi;
- primijeniti modele za utvrđivanje potreba u zdravstvenoj njezi kod pojedinca, porodice i zajednice;
- utvrditi specifične potrebe pacijenta kroz procjenu trenutnog stanja pacijenta;
- prikupljati podatke koristeći informacije dobijene od pacijenta, porodice i iz dokumentacije, te na osnovu objektivnog stanja utvrđenog na licu mjesta;
- procjenom utvrditi probleme pacijenta (postaviti sestrinsku dijagnozu) i dodatne spoljne faktore koji utječu na njegovo trenutno zdravstveno stanje;
- evaluirati procjenu i prema potrebi je revidirati.

Sadržaj:

Proces zdravstvene njege je promišljen, problemski orijentiran pristup koji uključuje principe i naučne metode u zadovoljenju ljudskih potreba za njegom. (Regionalni biro za Evropu SZO u Kopenhagenu, Služba za sestrinstvo, 1980). Procjena zdravstvenog stanja pacijenta je početni segment procesa zdravstvene njege; procjenom utvrđujemo prisutnost problema, identificiramo ga (uspostavljanje sestrinske dijagnoze), planiramo i implementiramo zdravstvenu njegu. Pacijentovo stanje se procjenjuje na osnovu prikupljenih podataka o njegovom psihičkom i fizičkom stanju, kao i utjecaju okolnih faktora. Podaci se prikupljaju komunikacijom s pacijenom, porodicom, posmatranjem, mjerenjem, analizom dokumentacije itd. Adekvatna procjena je ključna za cjelokupan proces sestrinske njege. Svoje zaključke medicinska sestra/tehničar saopćava članovima tima kroz plan sestrinske njege.

4.1.1. Koncept procesa zdravstvene njege i sestrinska procjena (sestrinski proces, sestrinska procjena pacijenta kao važan dio procesa, funkcionalna procjena, upotreba obrazaca za procjenu u kući)

Proces zdravstvene njege je sistem rada medicinske sestre/tehničara u zajednici koji je usmjeren na identifikaciju i rješavanje potreba pojedinca, porodice i zajednice. Predstavlja promišljen, problem-ski orijentiran pristup koji uključuje principe i naučne metode u zadovoljenju potreba ljudi za nje-gom. Proces zdravstvene njege, kao naučno zasnovana metoda, pruža brojne prednosti u odnosu na klasični pristup u sestrinskom radu.

Primjena procesa zdravstvene njege omogućava:

- bolje organiziranje, sistematiziranje i provođenje zdravstvene njege;
- pružanje individualizirane i problemski usmjerene zdravstvene njege;
- fleksibilnost u njezi – brzo prilagođavanje njege izmijenjenim potrebama korisnika i uvjetima;
- aktivnu participaciju korisnika u njezi, zaštiti i unapređenju zdravlja;
- dokumentiranje svih etapa rada u zdravstvenoj njezi;
- kontinuitet i ekonomičnost u pružanju zdravstvene njege;
- bolju koordinaciju unutar tima zdravstvene njege;
- bolju i kvalitetniju komunikaciju i koordinaciju medicinskih sestara/tehničara u zajednici s ljekarima, zdravstvenim i drugim radnicima.

Glavne faze procesa zdravstvene njege se u svim uobičajenim situacijama odvijaju sljedećim re-dosljedom: utvrđivanje potreba za njegom (procjena); postavljanje sestrinske dijagnoze; planiran-je njege; realiziranje planiranih aktivnosti (implementacija) i evaluacija (vrednovanje).

- **Utvrđivanje potreba korisnika za njegom** – Procjena pacijenta je prva faza procesa zdrav-stvene njege kroz koju se prikupljaju i procjenjuju podaci o subjektivnom i objektivnom sta-nju pojedinca, porodice, grupe i zajednice te okolnostima u kojima je nastao zdravstveni pro-blem ili druga životna situacija za čije rješavanje je potrebna stručna pomoć službe zdrav-stvene njege.
- **Sestrinska dijagnoza** se izdvojila kao posebna međufaza procesa zdravstvene njege sredi-nom 70-tih godina prošlog vijeka, kada je Američko društvo medicinskih sestara (ANA) pri-hvatilo i ozakonilo upotrebu ovog termina. Činjenica da je prihvatanje sestrinske dijagnoze uslijedilo niz godina poslije početka primjene procesa zdravstvene njege, a izdvajanje u po-sebnu međufazu još kasnije, govori da je stvaranje sestrinske dijagnoze izuzetno složena ak-tivnost i da su medicinske sestre/tehničari dugo razvijale proces zdravstvene njege kao teorij-ski model.
- **Planiranje** čini drugu fazu procesa zdravstvene njege. Zdravstvena njega se planira na osno-vu prikupljenih podataka o stanju korisnika i u skladu s postojećim uvjetima.
- **Realizacija (implementacija)** je treća faza procesa zdravstvene njege koju medicinska sestra/tehničar provodi u saradnji s korisnikom/pacijentom, članovima porodice i drugim zdravstve-nim profesionalcima, prema potrebi. Realizacija je, s aspekta bolesnika, najznačajniji dio pro-cesa zdravstvene njege jer obuhvata neposredno pružanje zdravstvene njege koja je planom predviđena.
- **Evaluacija** je posljednja faza procesa zdravstvene njege, iako se vrednovanje provedenih aktivnosti i procjena reagiranja korisnika na njih vrši kontinuirano. Evaluacija je najmjerodav-nija ocjena rezultata zdravstvene njege ostvarena kroz sam proces zdravstvene njege.

Utvrđivanje potreba za njegom, tj. procjena pacijenta je prva faza procesa zdravstvene njege. Obuh-vata organizirano i sistematsko prikupljanje podataka o reagiranju pacijenta/korisnika na bolest ili drugu životnu situaciju, kao i procjenu valjanosti prikupljenih informacija i dokumentiranje svih relavantnih podataka u formi sestrinske anamneze. Prikupljanje podataka počinje prilikom prvog kontakta korisnika sa zdravstvenom ustanovom i traje, na određeni način, tokom cijelog procesa zdravstvene njege i liječenja. Medicinska sestra/tehničar često počinje prikupljati podatke i prije nego što se sretne s korisnikom. Na osnovu telefonskog razgovora, uputa ili od pratnje saznaje

ime, spol, uzrast, pokretljivost, mogućnost komuniciranja i sl. To joj pomaže da lakše uspostavi prvi kontakt i ljubazno prihvati korisnika oslovljavajući ga imenom. Takav kontakt uvjerava korisnika da je očekivan i da će mu se posvetiti puna pažnja, te pomaže da se uspostavi odnos bliskosti i povjerenja. Medicinska sestra/tehničar u zajednici, prije susreta s korisnikom treba da pregleda njegovu postojeću dokumentaciju kako ne bi postavljala suvišna pitanja. Prikupljanje podataka dalje se odvija kroz neposredan razgovor s korisnikom ili članovima porodice, te kroz posmatranje i mjerenja. Pri prvom kontaktu prikupljaju se dvije vrste podataka: opći, koji se odnose na sve aspekte zdravstvenog stanja i na stil življenja (u periodu prije i za vrijeme bolesti) i specifični, koji karakteriziraju reagiranje korisnika na postojeći (aktuelni ili potencijalni) zdravstveni problem.

Procjena	Kontinuirano prikupljanje podataka o korisniku, analiziranje podataka i identificiranje korisnikovog problema ili potreba za zdravstvenom njegom.
Metode prikupljanja podataka	Intervju, posmatranje, mjerenja (tjelesna težina, visina, BMI, skala bola, temperatura, puls, krvni pritisak, GUK, PEF), analiza postojeće medicinske dokumentacije.
Izvori podataka	<i>Primarni</i> (bolesnik/korisnik, ili roditelj kada je malo dijete u pitanju), <i>sekundarni</i> (član porodice ili druga osoba iz neposredne okoline, članovi zdravstvenog tima ili drugi stručnjaci) i <i>tercijarni</i> izvori (odgovarajuća dokumentacija).
Alati za procjenu	Skale i obrasci za procjenu (obrazac procjene pokretljivosti, skala bola, skala procjene rizika od dekubitusa, obrazac procjene mentalnog statusa (MMS–mini mental status), skala za procjenu flebitisa, obrazac procjene rizika od pada, tablica za procjenu kardiovaskularnog rizika i dr.).
Sestrinska dijagnoza	Krajnji rezultat ili zaključak dobijen procjenom ili identifikacijom problema. Sestrinska dijagnoza je opisnog karaktera i piše se na BHS jezicima. Tekst dijagnoze sastoji se od problema/simptoma i uzroka (npr. nesаница uslijed učestalog mokrenja tokom noći, nemogućnost samostalnog davanja inzulina uslijed slabovidnosti, pretilost uslijed nedovoljne fizičke aktivnosti i sl.).

Tabela 14. Procjena pacijenta i potreba za njegom

4.1.2. Izrada i upotreba liste praćenja „checklist“ za procjenu pacijenta

Prilikom prve kućne posjete, medicinska sestra/tehničar u zajednici vrši procjenu stanja pacijenta u svrhu njegove kategorizacije. Ponovnu procjenu vrši ovisno od stanja pacijenta (poboljšanje ili pogoršanje). Kategorizacijom se pacijenti razvrstavaju u četiri kategorije, na osnovu stanja, kao i prema broju i kompleksnosti propisanih intervencija koje je neophodno izvršiti.

	Faktor kategorizacije	1	2	3	4
1	Higijena				
2	Oblačenje				
3	Hranjenje				
4	Eliminacija				
5	Hodanje				
6	Sjedenje				
7	Premještanje				
8	Rizik za pad				
9	Rizik za nastanak dekubitusa				
10	Komunikacija				
11	Postupci zdravstvene njege				
12	Dijagnostički postupci				
13	Terapijski postupci				
14	Edukacija				
Bodovi po kategorijama					
Bodovi ukupno					

Tabela 15. Faktori kategorizacije pacijenata

Faktore od 1-7 ocijeniti ocjenom od 1 do 4, ovisno od stanja i potreba (*ocjena 1* samostalni pacijent, *ocjena 4* pacijent potpuno ovisi o drugoj osobi).

Faktor 8 – ukoliko ne postoji rizik za pad, pacijenta svrstati u prvu kategoriju *ocjena 1*, ukoliko postoji rizik za pad, procjenu izvršiti pomoću Morseove skale za procjenu rizika za pad. Ovisno o broju bodova, pacijenta svrstati u kategorije: nizak rizik (0–24 boda) *ocjena 2*, umjeren rizik (25–44 boda) *ocjena 3*, visok rizik (45 i više bodova) *ocjena 4*.

Faktor 9 – rizik za nastanak dekubitusa procijeniti pomoću Braden skale: nema rizika (19–23 boda) *ocjena 1*, prisutan rizik (15–18 bodova) *ocjena 2*, umjeren rizik (13–14 bodova) *ocjena 3*, visok rizik (10–12 bodova) i vrlo visok rizik (9 i manje bodova) *ocjena 4*.

Faktor 10 – pacijenta svrstati u određenu kategoriju ovisno o njegovoj sposobnosti da primi i razumije usmene i pismene upute. Pacijenta s afazijom (nemogućnost govora) ocijeniti s *ocjenom 4*, pacijenta s dislalijom (nerazumljiv govor) ocijeniti ovisno o intenzitetu i poteškoćama u komunikaciji *ocjenom* od 1 do 3.

Faktor 11 – odnosi se na specifične postupke u zdravstvenoj njezi: njega rana, specifičnosti pri eliminaciji (stoma, kateter) i sl. Ukoliko je pacijent samostalan pri ovim postupcima ili ukoliko ovi postupci nisu potrebni, ocjenjuje se *ocjenom 1*, a u više kategorije svrstava se ovisno o vrsti pomoći koju mu pruža patronažna sestra/tehničar.

Faktor 12 – kategorija pacijenta ovisi o dijagnostičkom postupku koji će se provoditi, ovisi o vrsti pripreme koja je potrebna (fizička/psihika), potrebnoj pomoći patronažne sestre/tehničara, asistiranju pri zahvatu, te intenzitetu nadzora koji je potreban po završetku pretrage.

Faktor 13 – pacijenti su kategorizirani ovisno o vrsti i učestalosti terapije koja im se aplicira.

Faktor 14 – kategorija pacijenta ovisi o intenzitetu edukacije koja se provodi, te vrsti znanja i vještina koje je potrebno usvojiti, a ovisi i o uključenosti ukućana u edukaciju.

Svaka kategorija se boduje zasebno, broj bodova za pojedini faktor jednak je kategoriji u koju je pacijent svrstan. Ovisno o ukupnom broju bodova, određuje se kategorija u koju će pacijent biti svrstan. Minimalan broj je 14, a maksimalan 56.

KATEGORIJA TEŽINE STANJA	1	2	3	4
BROJ BODOVA	14–24	25–36	37–47	48–56

Tabela 16. Kategorije težine stanja pacijenta

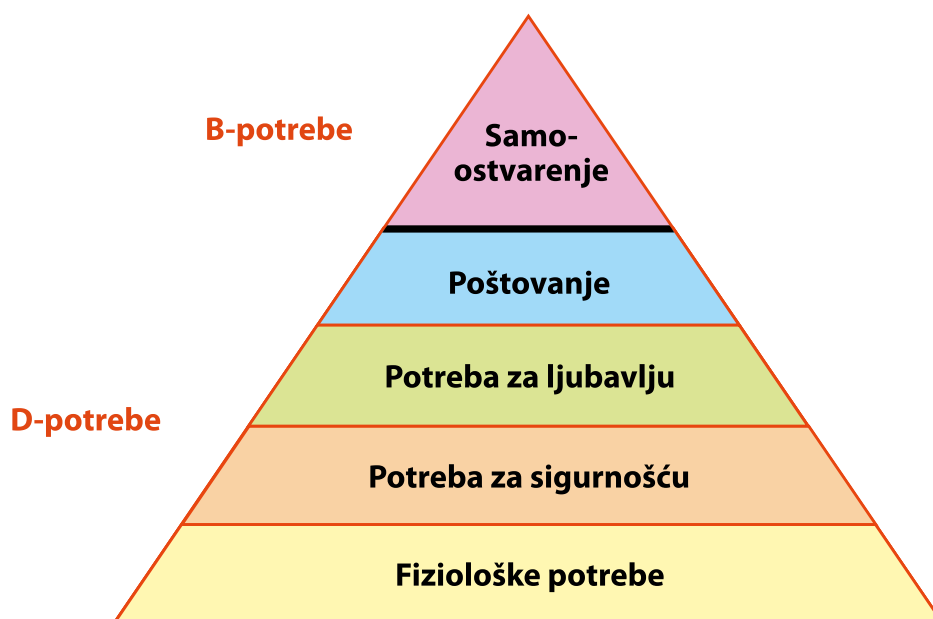
Da bi mogla sagledati i utvrditi potrebe korisnika za njegom, medicinska sestra/tehničar u zajednici mora znati šta su to potrebe, koje su osnovne ljudske potrebe i na koji način mogu da se zadovolje, u okolnostima narušenosti zdravlja i ograničenja zbog bolesti, nemoći i/ili neznanja.

4.1.3. Osnovne ljudske potrebe po spolu i njihovo zadovoljenje u okolnostima narušenosti zdravlja ili ograničenja zbog bolesti, nemoći ili neznanja

Čovjekove potrebe se razlikuju od potreba svih drugih živih bića, prije svega po bogatstvu i raznovrsnosti te načinu njihovog zadovoljenja. Razlikuju se i među ljudima različitih kultura i različitog stepena razvijenosti društva u kojem žive. Neki autori kažu da se čovjek može procjenjivati prema razvijenosti njegovih potreba i posebno, prema načinu na koji ih zadovoljava. Međutim, sve čovjekove potrebe su se razvile iz osnovnih potreba koje čine njihovu bazu i koje su univerzalne – zajedničke za sve ljude. No, iako su osnovne potrebe zajedničke, način na koji se ispoljavaju i zadovoljavaju može imati obilježje uzrasta, obrazovanja, sredine i kulturnog miljea iz kojeg čovjek potječe, odnosno u kojem se razvija. Na primjer, svi ljudi imaju potrebu da uzimaju hranu, ali se mogu vrlo različito označiti i klasificirati prema načinu na koji to čine.

Jedna od najpoznatijih podjela ljudskih potreba je hijerarhija potreba Abrahama Maslowa koja je nastala 1943. godine. Maslow smatra da individualno ponašanje ljudi zavisi od toga kako će zadovoljiti primarne, a nakon toga i sekundarne potrebe. Prema ovoj hijerarhiji, potrebe svrstavamo u pet kategorija:

- Fiziološke potrebe;
- Potrebe za sigurnošću;
- Potrebe za ljubavlju (socijalne potrebe);
- Potrebe za poštovanjem;
- Potrebe za samoaktuelizacijom (samoostvarenjem).



Slika 17. Maslowljeva hijerarhija ljudskih potreba

Samoaktuelizacija	Sigurnost	Ljubav i pripadanje	Značaj i svrha	Fiziološke potrebe	Igra
Inspiracija, kreativnost, autentičnost, lični rast, originalnost, radost življenja, ispunjenje, vrijeme samo za sebe, privatnost.	Krov nad glavom, pravni poredak, stabilnost, fizička sigurnost, siguran prijevoz, sigurnost bližih, kontrola, granice, iskrenost.	Intimnost, povjerenje, podrška, bliskost, razumijevanje, uvažavanje, biti voljen, zajedništvo, prihvatanje, seksualna intimnost, privrženost, poštovanje.	Optimizam, priznanje, samopoštovanje, učenje, podučavanje, napredak, samoizražavanje, nada, ugled, odgovornost, integritet, vlastita vrijednost.	Voda, hrana, odmor, seksualnost, zrak, toplina, dodir, fizička aktivnost.	Smijeh, zabava, užitek.

Tabela 17. Osnovne ljudske potrebe

4.1.4. Prikupljanje podataka koristeći metode i izvore podataka i praktična primjena procesa procjene pacijenta

Izvor podataka za procjenu pacijenta može biti primarni, sekundarni ili tercijarni. Primarni izvor podataka je sam pacijent. Posmatrajući pacijenta, medicinska sestra/tehničar u zajednici prikuplja podatke o tjelesnom stanju, stanju svijesti i ponašanju. S druge strane, intervjuom dobija verbalne poruke o percepciji vlastitog zdravstvenog stanja, stavovima, znanju, željama i potrebama, ali i povratne informacije kojim provjerava uspješnost provedene intervencije. Sekundarni izvor podataka su druge osobe (članovi porodice, prijatelji, susjedi, zdravstveni i nezdravstveni radnici, negovatelji i dr.). Oni daju i/ili dopunjavaju podatke prikupljene od primarnih izvora, ili kada pacijent to nije u stanju, ili kada ne želi. Također, zagovornici su pacijentovih interesa i pomažu pri tumačenju njegovog ponašanja i reakcija. Tercijarni izvor podataka uključuje sve oblike medicinske dokumentacije u kojoj se nalaze opći podaci o pacijentovoj medicinskoj dijagnozi, podaci o ranijim eventualnim

hospitalizacijama i liječenju, laboratorijski nalazi, terapija koju pacijent koristi i dr.).

Prikupljanje podataka se vrši na tri načina:

- sistematičnim zahvatom – dispanzerskom metodom na osnovu evidencije, odnosno posjetom zdravih osoba i bolesnih pacijenata;
- urgentnim zahvatom – posjetom i obilaskom pacijenta u kući na osnovu naloga ili preporuke ljekara porodične medicine;
- slučajnim zahvatom – kada medicinska sestra/tehničar u zajednici slučajnom kontrolom na terenu otkrije pacijenta kojem je potrebna zdravstvena njega.

Metode prikupljanja podataka su:

- intervju za anamnestičke podatke;
- posmatranje za uvid u razvoj, stanje zdravlja i funkcioniranje;
- mjerenja za ocjenu rasta, patoloških promjena ili zbivanja;
- analiza dostupne medicinske dokumentacije.

Intervju je socijalna vještina kojom se služe brojni profesionalci, a može se protumačiti kao razgovor između dvije osobe, u ovom slučaju medicinske sestre/tehničara u zajednici i njenog korisnika/pacijenta. Intervju se razlikuje prema cilju, planu, psihološkoj ravnopravnosti i psihološkoj atmosferi, a vodi se s određenim ciljem, prema određenom planu koji je pripremio voditelj samog intervjuja. Voditelj treba imati autoritet, te znati poticati razgovor i dobiti sve potrebne informacije na ugodan i lijep način. Medicinska sestra/tehničar u zajednici bilježi sve potrebne podatke u dokumentaciju na osnovu lične procjene. Bilo bi najbolje bilježiti samo najvažnije, ključne podatke za vrijeme trajanja intervjuja, kako bi se pažljivo slušao korisnik/pacijent. Intervju se može provoditi u dijagnostičke i terapijske svrhe. Također, intervju može biti strukturirani s prethodno pripremljenim pitanjima, i nestrukturirani bez pripremljenih pitanja, ali s jasnim ciljem koji ima osoba koja vodi intervju.

Posmatranje je druga značajna tehnika prikupljanja podataka. Posmatrač vlastitim osjetilima (vidnim, slušnim, taktilnim, njušnim) dolazi do podataka o različitim aspektima pacijentovog stanja i okolinskih utjecaja. Fizikalni pregled (posmatranje) uključuje inspekciju (vizuelno posmatranje), auskultaciju (slušno posmatranje pomoću stetoskopa), palpaciju (taktilno posmatranje) i perkusiju (slušno posmatranje). Posmatranje u procesu zdravstvene njege zasniva se na stručnom znanju, a vrši se sistemski i različitim pristupima. Ono što je važno jeste da se prilikom posmatranja pregledaju svi tjelesni sistemi, opće stanje, vitalni znaci, kao i fiziološke i psihičke funkcije.

Za prikupljanje podataka koriste se instrumenti kao pomoćna sredstva, a to su obrasci za sestrinsku anamnezu, upitnici i skale procjena. Medicinska sestra/tehničar u zajednici vrši antropometrijska mjerenja – mjerenja visine, težine, obima raznih dijelova tijela (struka, kukova, potkoljenica, natkoljenica, grudnog koša, glave). Od vitalnih znakova mjeri se temperatura, krvni pritisak, disanje, puls, saturacija kapilarne krvi pulsним oksimetrom te vrijednosti glukoze u krvi. Postoje razni upitnici i skale za detaljnije i trajno praćenje pojedinih stanja bolesnika. Neke od najpoznatijih su skale za procjenu boli, skala za procjenu dekubitusa, skala za praćenje i procjenu inkontinencije, skale za procjenu svijesti, skale za procjenu flebitisa, skale za procjenu rizika od pada i druge, a koje se primjenjuju zavisno od specifičnog stanja bolesnika.

Analiza dostupne dokumentacije podrazumijeva sistematičan pregled zdravstvenog kartona sa svom pratećom dokumentacijom, uvid u elektronsku dokumentaciju, razgovor s porodičnim ljekarom pacijenta i drugim zdravstvenim profesionalcima po potrebi.

4.1.5. Procjena i utvrđivanje problema kod pacijenta, porodice i zajednice

Procjena je početni korak u procesu zdravstvene njege, ali i trajna aktivnost prikupljanja podataka, kojom se utvrđuju potrebe za zdravstvenom njegom. Procjena se može odvijati na nivou pojedinca (individualna procjena), porodice (porodična procjena) i na nivou zajednice (procjena zajednice).

Individualna procjena obuhvata korisnikov zdravstveni status, sadašnje stanje i ponašanje, opće stanje, mogućnosti, uvjerenja i druge važne faktore za korisnika i za planiranje zdravstvene njege. Podaci moraju biti sveobuhvatni i odnositi se na prošlo i sadašnje stanje zdravlja korisnika. U obzir je potrebno uzeti sve faktore koji utječu na zdravlje pojedinca i porodice, a to su: fiziološki, psihološki, intelektualni, fizički, socijalno-kulturološki, te faktori okoline. Podaci se mogu dobiti iz različitih izvora, što je opisano u poglavljima 4.1.1. i 4.1.4. Tačnost prikupljenih podataka provjerava se s pacijentom, a podaci prikupljeni početnom procjenom su osnova za kasnije poređenje i praćenje zdravstvenog stanja i ponašanja pojedinca, porodice ili zajednice. Prilikom procjene, medicinska sestra/tehničar u zajednici mora imati holistički pristup, ne smije biti koncentrirana samo na jedan problem, treba znati prepoznati izvore pomoći i podrške, znati kategorizirati potrebe, probleme i dostupna sredstva i resurse.

Prilikom kućne posjete konkretnom pacijentu, medicinska sestra/tehničar u zajednici trajno procjenjuje i zdravstvene potrebe njegove porodice. Porodica ima različite važne zadaće i funkcije koje osiguravaju njen integritet i ispunjavanje potreba njenih članova. Najvažnije funkcije porodice su: materijalna, reproduksijska, zaštitna, socijalizacijska i podržavajuća. Kada se razboli jedan član porodice, to ima veliki utjecaj na ostale članove i na njihove međusobne interakcije. Porodica, također, pozitivno utječe na zdravstveni oporavak svojih članova. Kada pojedinac živi sam, njegov oporavak je mnogo teži, te je potrebno dodatno uključiti rodbinu, susjede i prijatelje kako bi pomogli u njegovom oporavku. Različiti stresori kao što su bolest, smrt, razvod i sl. mogu razorno djelovati na ulogu pojedinca u porodici i na ispunjavanje funkcija porodice. Svrha procjene porodice kao korisnika zdravstvene njege jeste određivanje potreba za sestrinskom intervencijom. Lični doživljaji, iskustvo, lične i emocionalne sklonosti i predrasude medicinske sestre/tehničara ne smiju utjecati na objektivnost njene procjene. Prikupljeni podaci mogu, po potrebi, biti potvrđeni i od ostalih članova porodice. Prilikom prve kućne posjete porodici, medicinska sestra/tehničar u zajednici popunjava obrazac PAT 1 – Patronažni karton porodice, koji sadrži osnovne podatke o porodici kao što su broj članova, dob, zaposlenje, stručna sprema, zatim podaci o domaćinstvu i zdravstvenom stanju u porodici (Prilog 2). Ovi podaci daju opću sliku o jednoj porodici, a polazna tačka za procjenu jeste poznavanje karakteristika zdrave porodice. Posebna procjena se vrši u porodici s bolesnim članom, koja se odnosi na analizu bolesnikovih potencijala za oporavak i brigu o sebi i planiranje pružanja kvalitetne pomoći da se bolesnik potpuno ili djelomično vrati u svoje ranije zdravstveno stanje. Procjena zajednice je detaljno opisana u poglavlju 3.3.

4.1.6. Primjena odgovarajuće dokumentacije/kontrolnih listi za procjenu pojedinca, porodice i zajednice

Sestrinska dokumentacija je sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta i svakodnevnog rada medicinske sestre/tehničara u zajednici. Služi za dokumentiranje planirane i pružene zdravstvene njege i ishoda pacijenta, a omogućava dobru komunikaciju u multidisciplinarnom timu, kontinuitet, sigurnost i kvalitet njege. Medicinske sestre/tehničari obavezni su dokumentirati proces zdravstvene njege u svim njenim fazama zbog zakonske obaveze i zbog profesionalne odgovornosti. Sestrinska dokumentacija vodi se u pisanom i elektronskom obliku (sestrinska dokumentacija u elektronskom obliku skraćuje vrijeme traženja dokumentacije i važnih podataka, te omogućava povezanost u zdravstvenom sistemu).

Pravilnik o obliku i sadržaju osnovne medicinske dokumentacije („Službene novine Federacije BiH“, broj 61/18), definirao je dokumente za vođenje evidencija u polivalentnoj patronaži, gdje se između ostalih nalazi obrazac PAT 2 – Sestrinska anamneza (Prilog 3a), te obrazac Plan patronažne njege (Prilog 3b). Obrasci za procjenu porodice i zajednice su spomenuti u poglavlju 4.1.5.

Sestrinska anamneza je skup podataka o bolesniku/korisniku koje medicinska sestra/tehničar prikuplja razgovorom i fizikalnim pregledom (posmatranjem i mjerenjima), u cilju postavljanja sestrinske dijagnoze i utvrđivanja potreba za njegom. Prikupljanje podataka za sestrinsku anamnezu je složena intervencija koja mora da se osmisli, planira i izvede na organiziran i sistematiziran način. Sestrinska anamneza se razlikuje od ljekarske anamneze, prije svega u tome što ima sestrinski prist-

up, specifičan za njeno nastajanje. Usmjerena je na bolesnika/korisnika, na njegovo stanje i reagiranje na bolest, na otkrivanje nezadovoljenih potreba i problema bolesnika koji se mogu rješavati zdravstvenom njegom. Ljekarska anamneza usmjerena je uglavnom na otkrivanje i liječenje bolesti.

Riječ dijagnoza podrazumijeva prepoznavanje i utvrđivanje nekog problema. Čin iznošenja tvrdnje, odnosno donošenja zaključaka o nečemu samo po sebi obavezuje i nosi visok stepen odgovornosti. Za postavljanje sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj njezi potrebna su adekvatna stručna i opća znanja, koja se mogu steći kroz visoko i specijalističko obrazovanje.

LJEKARSKA DIJAGNOZA	SESTRINSKA DIJAGNOZA
Ljekarska dijagnoza prevashodno označava patološko stanje, bolest, povredu, sindrom.	Sestrinska dijagnoza označava <i>reagiranje</i> cjelovite ličnosti čovjeka (fizičko, psihičko, posebno emocionalno i socijalno) na bolest, povredu ili drugu životnu situaciju u vezi sa zdravljem. Sestrinska dijagnoza pokazuje kako zdravstveni problem utječe na aktivnosti i svakodnevni život bolesnika i kako on lično doživljava promjene funkcija u vezi s patološkim procesom ili izmijenjenom životnom situacijom.
Ljekarska dijagnoza se uglavnom ne postavlja za zdrava stanja, iako se ljekari bave i zdravim ljudima.	Sestrinska dijagnoza može da se odnosi i na zdravlje ili životnu situaciju koja treba da se podrži ili unaprijedi sestrinskim aktivnostima, na primjer „uspješno dojenje“ ili „ponašanje koje teži zdravlju“.
Ljekarsku dijagnozu postavlja ljekar samostalno ili s konzilijumom ljekara.	Sestrinsku dijagnozu po pravilu postavlja medicinska sestra zajedno s bolesnikom ili njegovim zastupnikom, a po potrebi i s timom sestara.
Ljekarska dijagnoza se po pravilu odnosi na pojedinca.	Sestrinska dijagnoza može da se odnosi na pojedinca, grupu ili zajednicu.
Ljekarsku dijagnozu postavlja ljekar na osnovu anamneze, fizikalnog pregleda, laboratorijskih, radioloških i drugih metoda medicinsko-tehnološke dijagnostike.	Sestrinsku dijagnozu postavlja medicinska sestra na osnovu sestrinske anamneze, posmatranja, sestrinskog fizikalnog pregleda i mjerenja – metodama, sredstvima i tehnikama zdravstvene njege.
U ljekarskoj dijagnozi etiološki faktori po pravilu imaju značenje uzročnika bolesti ili povrede.	U sestrinskoj dijagnozi etiološki faktori mogu da budu brojni i nemaju potpuno značenje uzročnika, već pomažućeg faktora.
Ljekarska dijagnoza može se iskazati u jednom dijelu – nazivu dijagnoze (pneumonija, gastritis i dr.).	Sestrinska dijagnoza po pravilu ima dva do tri tri dijela. Pored naziva sadrži i naglašene etiološke faktore, na primjer, poremećen ritam sna u vezi s predstojećom operacijom.
Ljekarska dijagnoza je postojana, stabilna – ostaje ista sve dok bolest ili povreda traje.	Sestrinska dijagnoza je često kratkotrajna, jer su reagiranja na zdravstveni problem po svojoj prirodnoj dinamici promjenljiva.

Tabela 18. Razlika između sestrinske i ljekarske dijagnoze

Dijagnoze u zdravstvenoj njezi mogu se formulirati po modelu:

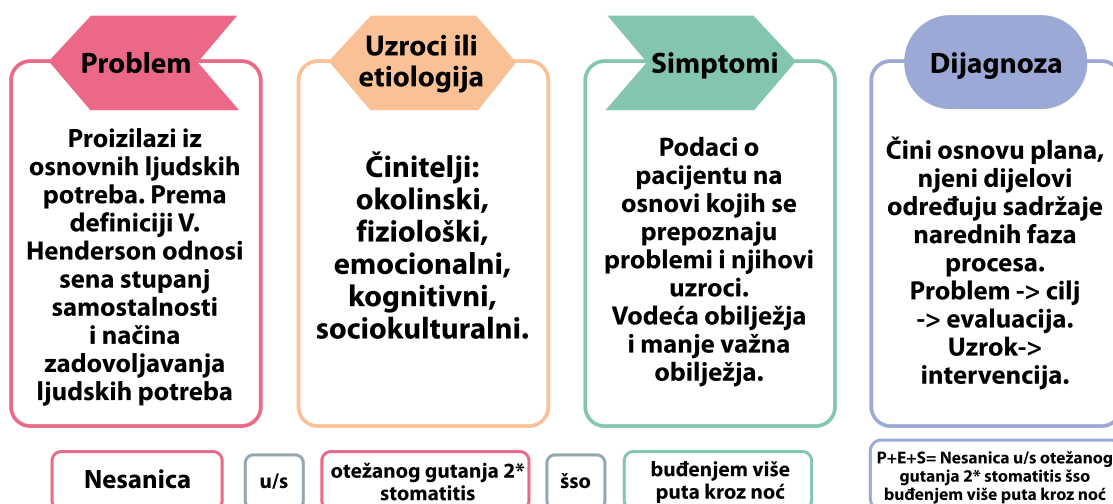
1. PES/PUS (problem – etiologija/uzrok – simptom): aktualni problemi/aktuelne sestrinske dijagnoze:
 - Problem – opis aktuelnog (npr. umor) ili potencijalnog problema (npr. visok rizik za umor);
 - Etiologija – faktori koji utječu na razvoj problema (npr. opća slabost);
 - Simptomi ili definirajuća obilježja pokazatelji na osnovu kojih se procjenjuje prisutnost određenog problema (npr. osjećaj iscrpljenosti i smanjene mogućnosti za tjelesne i mentalne aktivnosti, koji ne prolaze nakon odmora).

Primjer PES modela:

- Problem (I dio dijagnoze) – smanjena mogućnosti brige za sebe (lična higijena);
 - Etiologija ili uzrok (II dio dijagnoze) – smanjeno podnošenje napora (dugotrajno mirovanje);
 - Simptom ili vodeće obilježje (III dio dijagnoze) – nemogućnost samostalnog odlaska do toaleta.
2. PE/PU (problem – etiologija/uzrok): potencijalni problemi/potencijalne sestrinske dijagnoze. U formulaciji PE modela ne piše se treći dio sestrinske dijagnoze (simptom).

Dijelovi i sadržaj sestrinskih dijagnoza

Primjer: nesanica u/s otežanog gutanja 2* stomatitis šso buđenjem više puta kroz noć



Slika 18. Sestrinske dijagnoze

Ključne poruke:

Proces zdravstvene njege, kao naučno zasnovana metoda, pruža brojne prednosti u odnosu na klasični pristup u sestrinskom radu.

Prikupljanje podataka počinje prilikom prvog kontakta korisnika/pacijenta sa zdravstvenom ustanovom i traje, na određeni način, tokom cijelog procesa njege i liječenja. Zapravo, medicinska sestra/tehničar prikupljanje podataka često počinje i prije nego što se sretne s korisnikom/pacijentom.

Čovjekove potrebe se razlikuju od potreba svih drugih živih bića, prije svega po bogatstvu i raznovrsnosti reagiranja i načinu njihovog zadovoljenja. Potrebe se razlikuju i među ljudima različitih kultura i različitog stepena razvijenosti.

Procjena je početni korak u procesu zdravstvene njege, ali i trajna aktivnost prikupljanja podataka, kojom se utvrđuju potrebe za zdravstvenom njegom. Procjena se može odvijati na nivou pojedinca (individualna procjena), porodice (porodična procjena) i na nivou zajednice (procjena zajednice).

Za postavljanje sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj njezi potrebna su adekvatna stručna i opća znanja, koja se mogu steći kroz visoko i specijalističko obrazovanje.

Reference:

1. Mojsović Z. i suradnici, Sestrinstvo u zajednici, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 2005.
2. Zildžić M, Gavran L. i suradnici, Zdravstvena njega u zajednici, Zdravstveni fakultet, Zenica, 2014.
3. Mojsović Z. i suradnici, Sestrinstvo u zajednici, Zdravstveno Veleučilište, Zagreb, 2007.
4. Standardne operativne procedure zdravstvene njege u PZZ - I dio, Fondacija fami, Sarajevo, 2017.
5. Standardne operativne procedure zdravstvene njege u PZZ - II dio, Fondacija fami, Sarajevo, 2019.
6. Priručnik za dodatnu edukaciju porodične medicine, Medicinske sestre/tehničari, Sarajevo, 2011/2012.
7. Tijanić M, Đuranović D, Rudić R, Milović Lj: Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo, drugo izdanje, Naučna knjiga, 2001.
8. Pravilnik o obliku i sadržaju osnovne medicinske dokumentacije, Federalno ministarstvo zdravstva, „Sl. novine Federacije BiH“ broj 61/18, Sarajevo, 2018.
9. Smjernice za unapređenje sestrinstva u zajednici/polivalentne patronaže na nivou općina u FBiH, Fondacija fami, Sarajevo, 2022.
10. Osnovne ljudske potrebe, dostupno na <https://exedra.online/hr/osnovne-ljudske-potrebe/> (14.01.2024).
11. Njegovan D, Razvoj ljudskih potreba, Pula, 2016. dostupno na <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unipu:1321/preview> (14.01.2024).
12. Katić Z, Sestrinska dokumentacija, uloga i važnost, Split, 2017, dostupno na <https://zir.nsk.hr/islandora/object/ozs%3A341/datastream/PDF/view> (16.01.2024).
13. Proces zdravstvene njege, Dijagnoza u procesu zdravstvene njege, dostupno na <https://pznj-mfpu.unipu.hr/i-faza-procesa-zdravstvene-njege-utvrđivanje-potreba-za-zdravstvenom-njegovom-iii-podfaza/> (16.01.2024).

Pitanja za završni ispit:

1. Šta ubrajamo u metode prikupljanja podataka o pacijentima?
2. Kako se dijele izvori podataka za procjenu pacijenta?
3. Šta znači skraćenica PES u formuliranju sestrinskih dijagnoza?

4.2. Planiranje zdravstvene njege – planiranje u partnerstvu s pacijentima i porodicom

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Priprema plana sestrinske njege	– Predavanje - 45 minuta – Rad u grupama (utvrđivanje prioriteta potreba pacijenta, postavljanje ciljeva, planiranje i implementacija prema prioritetima, evaluacija) - 25 minuta
Uključivanje pacijenta i porodice u plan sestrinske njege	– Predavanje - 45 minuta – Rad u grupama (izrada i prezentacija plana sestrinske njege) - 45 minuta – Diskusija - 20 minuta

4.2. Planiranje zdravstvene njege – planiranje u partnerstvu s pacijentima i porodicom

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- napraviti plan zdravstvene njege i izdvojiti probleme pacijenta po prioritetima;
- postaviti ciljeve u odnosu na trenutno stanje pacijenta;
- donositi odluke o planiranju njege u partnerstvu s pacijentom i porodicom;
- implementirati plan zdravstvene njege i primijeniti neophodne korake u realizaciji zdravstvene njege;
- dokumentirati realizirane aktivnosti;
- primijeniti evaluaciju kao etapu procesa zdravstvene njege pri vrednovanju uspješnosti zdravstvene njege jednog konkretnog korisnika (pacijenta, grupe, porodice).

Sadržaj:

Plan sestrinske njege sastoji se od procijenjenih problema/potreba pacijenta za njegom razvrstanih po prioritetima, planiranih aktivnosti, implementiranih aktivnosti i evaluacije urađenog (Prilog 3b). Adekvatno, pravovremeno i tačno vođenje dokumentacije veoma je važno za ishod zdravstvene njege pacijenta. Na izdvajanje prioriteta utječu situacije koje ugrožavaju život (za pojedinca – zastoj vitalnih funkcija, pogoršanje jedne od više dijagnoza, za porodicu – gubitak člana porodice, za zajednicu – prirodne nepogode kao što su poplava, zemljotres i sl.). Plan sestrinske njege u partnerstvu s pacijentom i porodicom treba da bude aktuelan (da odražava stanje pacijenta i njegove potrebe za zdravstvenom njegom), jasan, precizan i koncizan.

4.2.1. Proces zdravstvene njege – procjena zdravstvenog stanja i potreba pacijenta, planiranje, implementacija i evaluacija

Procjena zdravstvenog stanja pacijenta treba se zasnivati na holističkom pristupu koji podrazumijeva da je čovjek biološko, psihološko, duhovno i socijalno biće, nedjeljivo od okoline u kojoj živi. Iz tog razloga holizam uključuje i porodicu, stil života, socijalno-ekonomski status, duhovnost, zajednicu i sve ostale faktore koji imaju značenje za čovjeka. No, prikupljanje podataka ovisi o razlogu provođenja zdravstvene njege i stanju bolesnika, te se prema tome određuje obim i vrsta podataka. Naime, različite su procjene bolesnika koji su životno ugroženi, koji se liječe od neke hronične bolesti, koji čekaju hirurški zahvat, koji su na odjelu za ovisnost, palijativnu negu itd. Medicinska sestra/tehničar pri procjeni treba razmatrati i uvažiti sve značajne faktore koji utječu na zdravlje: fiziološke, psihološke, intelektualne, fizičke, socio-kulturalne i faktore okoline, prethodno i sadašnje zdravstveno stanje, kao i njegove poglede na zdravlje. U procesu procjene neophodne su vještine kritičkog razmišljanja koje pružaju okvir za donošenje odluka za razvoj i usmjeravanje plana njege za bolesnika koji uključuje koncepte prakse zasnovane na dokazima. Sistemske sestrinske procjene redovno se provode u gotovo svakoj zdravstvenoj ustanovi.

Na primjer:

- Sestrinska anamneza se uzima pri samom susretu s bolesnikom, kad su potrebne dodatne subjektivne informacije;
- Sveobuhvatne procjene „od glave do pete“ rade se prilikom susreta s bolesnikom, i kada se utvrdi da je to potrebno prema hemodinamskom statusu i općem stanju bolesnika;
- Kratke fizikalne procjene rade se po potrebi i radi utvrđivanja promjena u statusu bolesnika, te radi poređenja s prethodnom procjenom;
- Fokusirane procjene provode se kao odgovor na određeni problem koji se prepoznaje kao potreba za daljnjom procjenom;
- Hitne procjene rade se u hitnim situacijama.

Ciljevi prikupljanja podataka o pacijentima su:

- Utvrditi potencijalne probleme i rizike;
- Obavijestiti ljekara o neobičnim ili abnormalnim nalazima;
- Provesti sestrinske intervencije u skladu s kompetencijama.

Izvori podataka o pacijentima mogu biti:

- Primarni izvor podataka je bolesnik koji govori o sebi;
- Sekundarni izvor podataka su druge osobe koje govore o bolesniku (porodica, rodbina, prijatelji, susjedi, zdravstveni i nezdravstveni radnici koji brinu o bolesniku – patronažna sestra/tehničar, socijalni radnik, fizioterapeut, psiholog itd.);
- Tercijarni izvor podataka predstavlja medicinska dokumentacija, mišljenja stručnjaka, nalazi dijagnostičkih pretraga itd.

Podaci koje medicinska sestra/tehničar prikuplja od bolesnika čine sestrinsku anamnezu. Obim i sadržaj prikupljenih podataka ovisi o stanju bolesnika, pa osim identifikacijskih podataka (ime i prezime, dob, adresa, bračno stanje, zanimanje, radni odnos), anamneza obuhvata skup podataka o tjelesnim, psihološkim i socijalnim područjima zdravstvenog stanja i ponašanja bolesnika prije i tokom bolesti. Federalno ministarstvo zdravstva, na osnovu člana 42. stav (2) Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva („Službene novine Federacije BiH“, broj 37/12), donijelo je Pravilnik o obliku i sadržaju osnovne medicinske dokumentacije, koji obuhvata i sestrinsku dokumentaciju, uključujući sestrinsku anamnezu (Prilog 3a) i plan patronažne njege (Prilog 3b).

Često upotrebljavani model prikupljanja podataka u sestrinskoj anamnezi je model Marjory Gordon koja je 1987. godine definirala 11 obrazaca zdravstvenog funkcioniranja. Sadržaj obrazaca modificira se u skladu sa specifičnostima bolesnika i razlozima procjene i predstavlja sistemski vodič u prikupljanju podataka (Tabela 19).

Područje procjene	Primjeri procjene
Percepcija i održavanje zdravlja	Procjena općeg zdravstvenog stanja pacijenta, aktivnosti koje pacijent provodi za očuvanje zdravlja te uspješnost provedenih aktivnosti. Uključuje percepciju vlastitog zdravlja ili bolesti te pridržavanje i razumijevanje uputa i savjeta zdravstvenih radnika, procjenu rizika na poslu, kod kuće i u okolini.
Ishrana	Procjena uobičajenog načina ishrane, vrste, količine, rasporeda, uzimanja tekućine, značajnijih promjena tjelesne težine, promjene apetita te postojanje teškoća prilikom uzimanja hrane, pomoć druge osobe pri hranjenju.
Eliminacija	Obuhvata učestalost, karakteristike stolice, primjenu laksativa, učestalost i karakteristike mokrenja, svijest o eliminaciji. Ukoliko je osoba inkontinentna, potrebna je informacija o uzroku, vrsti, intenzitetu inkontinencije te upotrebi pomagala za inkontinenciju.
Aktivnosti	Obuhvata procjenu snage za izvođenje željenih i traženih aktivnosti, te stepen samostalnosti pri obavljanju aktivnosti hranjenja, obavljanja lične higijene, odijevanja, održavanja domaćinstva, promjene položaja u krevetu.
Spavanje – odmor	Procjena osjećaja odmorenosti i spremnosti osobe za dnevne aktivnosti. Važno je procijeniti kvalitet sna, raspored spavanja, dnevnih odmora te problema vezanih za spavanje poput nesanica, učestalih buđenja tokom noći, noćnih mora, upotrebu lijekova za spavanje.
Kognitivno-perceptivne funkcije	Kognitivne sposobnosti – pamćenje, rasuđivanje, donošenje odluka, komunikacija. Perceptivne sposobnosti – stanje vida, sluha, okusa, mirisa – korištenje pomagala, percepcija boli.
Percepcija samog sebe	Uključuje procjenu opisa i doživljaj osobe (pozitivna ili negativna samopercepcija).
Uloga i odnosi s drugima	Uključuje procjenu bliskih osoba, procjenu porodice i odnosa u porodici. Procjena porodice je važna jer se na taj način može procijeniti da li porodica djeluje kao podrška, motivacija i ohrabrenje bolesniku ili ga odbacuje. Isto tako, potrebno je uvidjeti ko je osoba u porodici na koju je moguće usmjeriti najveći dio podrške i edukacije pri njezi za bolesnika.
Seksualna aktivnost i reprodukcija	Uključuje podatke o reproduktivnom zdravlju i seksualnosti, roditeljstvu ili specifičnim periodima poput menopauze, andropauze itd.
Sučeljavanje i tolerancija stresa	Odnosi se na toleranciju osobe prema određenim stresorima u svakodnevnom životu te mogućnostima podrške u trenucima krize ili napetosti.

Vrijednosti i stavovi	Značajno je procijeniti vrijednosti koje se odnose na tradiciju, vjeroispovijest, etičke norme, stavove koji su važni pri odlučivanju.

Tabela 19. Obrasci zdravstvenog funkcioniranja

Medicinska sestra/tehničar prikuplja podatke o bolesniku iz primarnih, sekundarnih i tercijarnih izvora koristeći intervju, posmatranje, fizikalni pregled bolesnika, razna mjerenja i analizu dokumentacije (Tabela 20).

Vrsta podataka	Izvor
Primarni	Bolesnik
Sekundarni	Druge osobe: porodica, susjedstvo, radna okolina, škola, saradnici i slično
Tercijarni	Medicinska dokumentacija

Tabela 20. Vrste podataka/izvora podataka o pacijentima

Pregled bolesnika uključuje sistemsku procjenu stanja bolesnika u kojemu medicinska sestra/tehničar dolazi do potrebnih podataka za definiranje sestrinske dijagnoze i potrebnih intervencija koristeći metode fizikalnog pregleda bolesnika koje uključuju inspekciju, auskultaciju, palpaciju, perkusiju i olfakciju.

Posmatranje uključuje sljedeće:

- Posmatranje od glave do pete – pregled počinje od glave prema nižim dijelovima tijela. Posmatraju se izgled i funkcije dijelova tijela, kao i opće stanje i vitalni znakovi;
- Posmatranje velikih tjelesnih sistema – posmatraju se izgled i funkcija dijelova tijela pri čemu se objedinjuju oni znakovi koji su u vezi s pojedinim sistemima;
- Posmatranje psihofizičkog funkcioniranja pojedinca – posmatraju se fiziološke i psihičke funkcije kao i odnos pojedinca u kontekstu s okolinom.

Bolesnika treba pregledati u dobro osvijetljenoj prostoriji koja, pored umjetnog osvjetljenja, ima i prirodni izvor svjetlosti. Neophodno je osigurati privatnost bolesnika i udobno ga smjestiti.

Područje procjene	Primjeri procjene
Opći izgled	Hod, držanje tijela, kretanje, korištenje pomagala, građa tijela (korelacija visine i težine) higijena i odijevanje, izraz lica (raspoloženje, mentalni status, bol)
Koža	Boja, bljedilo, crvenilo, ikterus, lezije i oštećenja kože, osipi, madeži, strije, bradavice
Glava i vrat	Oblik glave, tjeme (alopecija, perut, upalne promjene), simetričnost i pokretljivost vrata (tortikolis, ukočenost vrata) zjenice (mioza, midrijaza), beonjače (crvenilo, icterus, bljedilo), pomagala za vid, položaj očnih jabučica (npr. nistagmus, strabizam, enoftalmus, egzoftalmus), upalne promjene na očima, ustima i usnoj šupljini, uhu, licu, vratu, zadah iz usta, korištenje pomagala za sluh, vid, edem, asimetrija ili pareza lica, procjena hidriranosti usne šupljine, jezik (obložen, zadebljan, naslage), simetričnost vrata i limfni čvorovi

Prsni koš i leđa	Ožiljci, osipi, madeži, oblik, deformiteti (ljevčasti, kokošja prsa, bačvasti), iskrivljenja kralježnice (kifoza, lordoza, skolioza), tonus mišića, promjene na dojka (ginekomastija, iscjedak iz bradavica, udubljenja, promjene na koži dojke, uvučenost bradavica, kvržice), disanje (korištenje pomoćne dišne muskulature, zvukovi pri disanju)
Abdomen	Tvrdoća i bolnost, obim, distendiranost trbušne stijenke, proširenost vena (npr. caput medusae)
Ekstremiteti	Motorika, deformacije zglobova, deformacije i pokretljivost ekstremiteta, nedostatak dijela ekstremiteta (amputacije), izgled i oblik prstiju ruke (npr. batičasti prsti, leukonihija, koilonihija, zadebljani i rupičasti nokti, izgrizeni nokti), donji ekstremiteti – dorzifleksija, plantarna fleksija, rotacija gležnja, mogućnost hoda i pokretljivost, pomagala pri hodu, edemi, gljivice na noktima, oštećenja na stopalima (povrede, kalus, klavus), atletsko stopalo, urastao nokat, snaga tonus mišića, kontraktura gornjih i donjih ekstremiteta.

Tabela 21. Pregled vanjskog izgleda bolesnika („od glave do pete“)

Planiranje zdravstvene njege započinje nakon prikupljanja podataka i definiranja sestrinskih dijagnoza. Planiranje uključuje utvrđivanje prioriteta, definiranje ciljeva i planiranje intervencija za postavljene sestrinske dijagnoze i izradu plana zdravstvene njege kako bi se prevenirala pojava problema, umanjili ili riješili problemi (sestrinske dijagnoze) kod pacijenta. Plan zdravstvene njege podložan je promjenama kako se mijenja stanje pacijenta, i može biti individualiziran, standardiziran i modificirani standardizirani plan.

Implementacija obuhvata aktivnosti koje medicinska sestra/tehničar provodi, a odnose se na unaprijed isplanirane dijagnostičke i terapijske postupke, edukaciju, savjetovanje, demonstriranje i monitoring tj. praćenje pacijenta. Kod savjetovanja i edukacija, potrebno je u dokumentaciji navesti kratak opis sadržaja te evidentirati ukoliko je pacijentu uručen informacijski ili promotivno-preventivni materijal.

Evaluacija je posljednja faza procesa zdravstvene njege, premda se neprestano izmjenjuje s ostalim od početka njege za pacijenta pa do njenog kraja. Stoga je opravdano razlikovati kontinuiranu i završnu evaluaciju. Kontinuirana evaluacija predstavlja trajno praćenje pacijentovog stanja, a završna je jednokratna, te uključuje informacije prikupljene tokom trajanja procjene i vrši se u trenutku predviđenog cilja. Evaluacija je planirana i sistematska usporedba aktualnog pacijentovog zdravstvenog stanja i ponašanja po završenoj njezi s željenim i unaprijed definiranim ciljevima. Drugim riječima, evaluacijom se utvrđuje da li su i do koje mjere postignuti ciljevi. Neovisno o ishodu (cilj postignut, cilj djelomično postignut, cilj nije postignut), potrebno je revidirati cjelokupni plan zdravstvene njege. Evaluacija je ocjena ispunjenosti zadatih ciljeva. Kada cilj nije ispunjen, ocjena je negativna, pa je tada potrebno izraditi novi plan zdravstvene njege i uraditi procjenu. U slučaju odstupanja, potrebno je ista evidentirati, te navesti objašnjenja.

4.2.2. Zdravstvena njega pacijenta bazirana na procjeni stanja pacijenta

Zdravstvena njega pacijenta bazirana na procjeni stanja pacijenta predstavlja pristup njezi koji se zasniva na pažljivoj analizi i razumijevanju trenutnog zdravstvenog stanja pacijenta. Personalizirana njega omogućava medicinskim sestrama/tehničarima da prilagode planove njege i intervencije prema specifičnim potrebama, uvjetima i ciljevima. Kategorizacija pacijenta u sestrinstvu znači svrstavanje bolesnika u određenu kategoriju prema individualnim potrebama za zdravstvenom njegom tokom određenog vremenskog perioda, s osnovnim ciljem ostvarivanja progresivne njege.

Kategorizacijom bolesnika dobija se uvid u njegove potrebe za zdravstvenom njegom, te se tako nastoji osigurati optimalna njega i broj medicinskih sestara/tehničara koje brinu za bolesnika, a u skladu s njegovim potrebama. Kategorizacija ne znači neophodno da su svi bolesnici u istoj kategoriji identični, već da su slični jedni drugima, s obzirom na određene karakteristike, u odnosu na bolesnike iz drugih kategorija. Kategorizacija pacijenta vrši se uz pomoć tabele koja sadržava 16 faktora kategorizacije: higijena, oblačenje, hranjenje, eliminacija, hodanje/stajanje, sjedenje, premještanje/okretanje, rizik za pad, stanje svijesti, rizik za nastanak dekubitusa, vitalni znakovi, komunikacija, specifični postupci u zdravstvenoj njezi, dijagnostički postupci, terapijski postupci i edukacija. Svaki od faktora ocjenjuje se ocjenom od 1 do 4. Stoga je najmanji ukupan broj bodova 16, a najveći 64. Najveći broj pacijenata se nalazi u kategorijama 2 i 3 (Tabela 22).

Kategorija	Broj bodova	Vrijeme potrebno za zbrinjavanje tokom 24h
1 – samonjega	16-26	1-2 sata
2 – minimalna njega	27-40	3-5 sati
3 – intermedijalna njega	41-53	6-9 sati
4 – intenzivna njega	54-64	10 i više sati

Tabela 22. Tablica bodova po kategorijama

4.2.3. Donošenje kliničkih odluka u planiranju zdravstvene njege

Planiranje zdravstvene njege u partnerstvu s pacijentom i porodicom ključan je aspekt kvalitetne i individualizirane njege. Ova saradnja promovira aktivno učešće pacijenta i porodice u donošenju odluka o njihovoj njezi, što može rezultirati poboljšanjem ishoda liječenja i zadovoljstva pacijenata. Osnovu plana zdravstvene njege čini analiza podataka koja predstavlja opis problema i njegovih uzroka, a koji utječu ili mogu utjecati na stanje bolesnika. Nakon prikupljanja podataka potrebno ih je analizirati, tj. izvršiti kliničku procjenu.

Analiza podataka uključuje:

- Grupiranje podataka (npr. prema obrascima zdravstvenog funkcioniranja);
- Interpretiranje (tumačenje) podataka;
- Validiranje podataka (provjera tačnosti zaključka).

Pri analizi podataka medicinska sestra/tehničar treba procijeniti slijedeće:

- Odstupanje utvrđenog stanja ili ponašanja od normalnog, u kojem obimu i na koji način;
- Uzroke odstupanja;
- Načine na koje stanje ili ponašanje bolesnika utječe na zadovoljenje njegovih osnovnih ljudskih potreba;
- Moguće rizike za zdravlje ili progresiju postojećeg stanja.

Vrste planova zdravstvene njege

1. Individualni – prazni obrazac za svakog pacijenta posebno, prema prikupljenim informacijama;
2. Standardizirani – unaprijed izrađeni obrazac za pojedine sestrinske dijagnoze s ciljevima i intervencijama koje su preporučene za primjenu kako bi se riješili problemi kod pacijenata iz iste kategorije;
3. Modificirani standardizirani – obrazac koji čini kompromis između individualnih i standardiziranih. Izrađuje se jednako kao standardizirani, ali je moguće prilagoditi ciljeve i intervencije stanju, navikama i osobinama pojedinog pacijenta.

PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE				
DATUM	SESTRINSKA DIJAGNOZA (PES ILI PE)	CILJ	INTERVENCIJA	EVALUACIJA
18.07.2023.	Neupućenost u primjenu glukometra u svezi nedostatka specifičnog iskustva s DM tip 1 što se očituje izjavom pacijenta: „Kako se koristi ovaj aparat?”	Po završetku edukacije pacijent će biti upućen u primjenu glukometra: -18.7.2023. godine nabrojat će potreban pribor za mjerenje vrijednosti šećera u krvi -19.7.2023. godine demonstrirat će namjenu pribora za mjerenje vrijednosti šećera u krvi -20.7.2023. godine demonstrirat će primjenu glukometra.	Medicinska sestra/tehničar će: -18.7.2023. godine nabrojati pribor za primjenu glukometra koristeći edukativni materijal u sobi za edukaciju 16:00-16:30h -19.7.2023. godine demonstrirati primjenu glukometra prema preporučenim smjernicama u sobi za edukaciju 16:00-16:30h -20.7.2023. godine provjeriti demonstraciju glukometra OSKI testom u sobi za edukaciju 16:00-16:30h.	Cilj postignut: - pacijent nabraja potreban pribor za mjerenje vrijednosti šećera u krvi 18.7.2023. godine Medicinska sestra/tehničar NN - pacijent demonstrira namjenu pribora za mjerenje vrijednosti šećera u krvi 19.7.2023. godine Medicinska sestra/tehničar NN - pacijent demonstrira primjenu glukometra 20.7.2023. godine Medicinska sestra/tehničar NN - evaluacija plana: uzrok problema u potpunosti otklonjen, utvrđeni problem više ne postoji, nema recidiva, komplikacija starog niti novih problema 20.7.2023. Medicinska sestra/tehničar NN.

Tabela 23. Primjer plana zdravstvene njege (Prilog 3b)

Marjory Gordon definirala je 1982. godine sestrinske dijagnoze kao akutni ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre/tehničari, s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo, sposobne i ovlaštene tretirati. Sestrinska dijagnoza je naziv za problem koji medicinska sestra/tehničar samostalno prepoznaje i tretira. Kao takva, čini osnovicu za odabir intervencija zdravstvene njege. Svrha joj je olakšavanje komunikacije, definiranje sestrinske prakse (onakve kakva jest, a ne kakva bi trebala biti), poticanje dokumentiranja i definiranje oblasti zdravstvene njege. Osim toga, sestrinske dijagnoze identificiraju znanja za studente, strukturiraju nastavne sadržaje te razlikuju zdravstvenu negu od medicine. Iz godine u godinu, sestrinske dijagnoze se sve više prepoznaju i definiraju. Tako je 1961. godine postojala 21 sestrinska dijagnoza, a 2004. čak 167 sestrinskih dijagnoza. Najčešće primijenjen model sestrinskih dijagnoza je „PES” model (problem, etiologija, simptom). Svakodnevnne promjene, koje nisu evidentirane u planu zdravstvene njege, mogu se unositi u

obrasce pod nazivom sestrinska opažanja. Najčešći modeli sestrinskih opažanja su: SOAPIE (Tabela 24), PIE i problemski usmjerena sestrinska dijagnoza (PUSD).

SOAPIE model obuhvata:

- S = subjektivni podaci
- O = objektivni podaci
- A = analiza podataka
- P = planirane intervencije
- I = intervencije (provedene)
- E = evaluacija

Postoji i produžena verzija ovog obrasca – SOAPIER. Pritom R označava reviziju, odnosno izmjenu/ dopunu plana.

DATUM	IME I PREZIME
S	Slabost, zimica
O	Tjelesna temperatura 39,5°C, znojenje
A	Febrilitet
P	Medicinska sestra/tehničar će: 1. obavijestiti ljekara o zdravstvenom stanju pacijenta; 2. primijeniti ordinirani antipiretik Lupocet a' 500mg tbl. per os; 3. primijeniti nefarmakološku metodu (evaporaciju); 4. osigurati 1000 ml vode nadohvat ruke; 5. monitoring vitalnih znakova, svijesti, stanja kože i sluznica; 6. provjeriti tjelesnu temperaturu za 60'.
I	Provedene intervencije 1, 2, 3, 4, 5, 6.
E	Za 60' pacijent je afebrilan, tjelesna temperatura 36,9°C, crvenilo kože nije prisutno - izraditi plan zdravstvene njege (VR za febrilitet) ili (plan za SMP - M.K. febrilitet)

Tabela 24. Obrazac trajnog praćenja pacijenta SOAPIE

Ključne poruke:

Procjena zdravstvenog stanja pacijenta treba se zasnivati na holističkom pristupu, uključujući biološki, psihološki, duhovni i socijalni aspekt pacijenta, uzimajući u obzir i utjecaj okoline. Prikupljanje podataka ovisi o razlogu provođenja zdravstvene njege te stanju bolesnika, što utječe na obim i vrstu prikupljenih podataka.

Sestrinska procjena se provodi kritičkim razmišljanjem, te pruža okvir za donošenje odluka i razvoj plana njege zasnovanog na dokazima. Trebaju biti sveobuhvatne, fokusirane, prilagođene različitim situacijama i potrebama pacijenta.

Prikupljanje podataka ima za cilj utvrđivanje potencijalnih problema i rizika, informiranje ljekara o neobičnim nalazima, te provođenje sestrinskih intervencija.

Primarni izvor podataka je bolesnik, sekundarni su druge osobe (porodica, zdravstveni radnici), a tercijarni medicinska dokumentacija, mišljenja stručnjaka i dijagnostički nalazi.

Sestrinska anamneza se uzima pri samom susretu s bolesnikom, kad su potrebne dodatne subjektivne informacije. Obuhvata identifikacijske podatke, podatke o tjelesnom, psihološkom i socijalnom aspektu zdravstvenog stanja i ponašanja bolesnika.

Saradnja s pacijentom i porodicom ključna je za kvalitetnu i individualiziranu negu, potiče aktivno učestvovanje u donošenju odluka te poboljšava ishode liječenja i zadovoljstvo pacijenata.

Planovi zdravstvene njege mogu biti individualni, standardizirani i modificirani standardizirani planovi.

Sestrinska dijagnoza je ključna komponenta plana zdravstvene njege, pruža osnovu za odabir intervencija i ima svrhu olakšavanja komunikacije, definiranja sestrinske prakse te poticanja dokumentiranja. Najčešće primijenjen model za definiranje sestrinske dijagnoze je „PES” model (problem, etiologija, simptom).

Evalvacija procesa zdravstvene njege vrši se kontinuirano tokom pružanja njege, a revizija plana je potrebna ovisno o promjenama u pacijentovom stanju ili odgovoru na negu.

Reference:

1. Čukljek S. Osnove zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 1995.
2. Čukljek S. Sestrinska dokumentacija. Pavić J,ur. Turuk V, ur. Zbornik radova: Hrvatsko sestrinstvo ususret Europskoj uniji; 2011, 24.-26. ožujka; Opatija, Hrvatska. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2004. str. 75-78.
3. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju; 1996.
4. Ljevak I. & suradnici, Osnove zdravstvene njege, Mostar, Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru; 2024.

Pitanja za završni ispit:

1. Kada se uzima sestrinska anamneza?
2. Ko ili šta je primarni izvor podataka?
3. Kada je pacijent kategoriziran u kategoriji 1, koje vrijeme je potrebno za zbrinjavanje tokom 24h?

4.3. Vođenje sestrinske dokumentacije i standardne operativne procedure (SOP) za polivalentnu patronažu

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Vođenje sestrinske dokumentacije i standardne operativne procedure (SOP) za polivalentnu patronažu	– Predavanja - 100 minuta – Diskusija - 20 minuta

4.3. Vođenje sestrinske dokumentacije i standardne operativne procedure (SOP) za polivalentnu patronažu

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- definirati sestrinsku dokumentaciju zdravstvene njege;
- koristiti dokumentaciju zdravstvene njege pri radu u zajednici;
- utvrditi dokumentaciju kao vid pravne zaštite i potrebu u radu patronažne sestre/tehničara;
- poznavati sestrinske standardne operativne procedure (SOP-ove), njihov značaj i primjenu.

Sadržaj:

U radu patronažne sestre/tehničara važnu ulogu zauzima vođenje dokumentacije zdravstvene njege uključujući set patronažne dokumentacije (PAT 1-12, te ostala patronažna dokumentacija), protokole, te zakonske akte koji reguliraju ovu oblast. Oblast kvaliteta i sigurnosti zdravstvene njege neizostavno uključuje i oblast standardizacije sestrinske prakse. Standardne operativne procedure (SOP) predstavljaju najčešće korišten alat za unapređenje pružanja usluga iz domena zdravstvene njege. Biće predstavljen značaj i sadržaj, te mogućnost primjene SOP-ova.

4.3.1. Dokumentacija medicinske sestre/tehničara u zajednici i važnost vođenja sestrinske dokumentacije

Sestrinska dokumentacija u svijetu, zajedno s procesom zdravstvene njege, počinje sa značajnijim razvojem sredinom 20. vijeka. Dokumentacija predstavlja skup podataka koji služe procjeni, planiranju, implementaciji, evaluaciji, kontroli i stručnom nadzoru planirane i provedene zdravstvene njege. Dokumentiranje sestrinskih postupaka sastavni je dio sigurne i efikasne sestrinske prakse. Zdravstveni radnici u dokumentaciju zapisuju podatke o svojim saznanjima, provedenim postupcima i pruženim zdravstvenim uslugama korisnicima zdravstvene zaštite – pacijentima, kojima je neophodna zdravstvena njega u rješavanju aktuelnih ili potencijalnih zdravstvenih problema. Dokumentacija se vodi pojedinačno za svakog pacijenta i čini sastavni dio zdravstvenog kartona pacijenta ili kartona zdravstvene njege. Sadržaj i forma sestrinske dokumentacije su prilagodljivi, pa se tako mogu uskladiti sa specifičnostima pojedinih oblasti zdravstvene njege.

Sestrinska dokumentacija kao pravni dokument koristi se:

- Da bi se odredilo da li je provedena zdravstvena njega u pravo vrijeme i na adekvatan način, prema profesionalnim standardima struke;
- Da bi se utvrdila i poduprla vjerodostojnost u svjedočenju medicinske sestre/tehničara, odnosno zdravstvene ustanove;
- Da bi se utvrdio obim štete ili povrede, te eventualne reakcije na lijekove/supstance;
- Da bi se „prizvalo sjećanje“ na saslušanjima.

Prema Agenciji za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine (AKAZ), osnovni elementi sestrinske dokumentacije su:

1. Zaglavlje – naziv ustanove, službe/poliklinike/odjeljenja/dispanzera;
2. Opći podaci o pacijentu – ime, prezime, spol, ime jednog roditelja, JMBG, adresa stanovanja, broj telefona;
3. Sestrinski proces – procjena, plan, implementacija, evaluacija.

Sestrinska dokumentacija je, između ostalog, pokazatelj kvaliteta u menadžmentu procesa zdravstvene njege. Daje jasan uvid u planiranje, organiziranje, vođenje, upravljanje ljudskim potencijalima i kontrolu kvaliteta. Podaci iz sestrinske dokumentacije pokazatelji su sigurnosti, kompetencija medicinske sestre/tehničara, procedura, efikasnosti i kontinuiteta zdravstvene njege. Također, služe za izračun vremena potrebnog za direktnu ili indirektnu njegu. Kod opisanih i primjereno evidentiranih sestrinskih intervencija, olakšana je kontrola i procjena kadra potrebnog za njihovo izvođenje. Sestrinska dokumentacija direktno pokazuje kvalitet zdravstvene njege koji je pružen određenom pacijentu u određenom trenutku. Kvalitet zdravstvene njege podrazumijeva stepen izvrsnosti koji je proizišao iz primjene standarda zasnovanih na pravilima struke. Zato se zahtijevaju najviši standardi i stalna unapređenja, koja doprinose očuvanju zdravlja, prevenciji bolesti i u konačnici, poboljšanju kvaliteta života. Postupci koje provodi medicinska sestra/tehničar imaju direktan efekat na tok i ishod liječenja, doživljaj i zadovoljstvo pacijenta uslugama i boravkom u ustanovi.

Standardi zdravstvene njege su prihvaćeni i odobreni postupci koji omogućuju da se zdravstvena njega pružena pacijentu upoređuje i mjeri. Standardi zdravstvene njege omogućuju upotrebu jedinstvene terminologije unutar profesije, olakšavaju evaluaciju, poboljšavaju kvalitet, osnova su za educiranje novih radnika i studenata (pojednostavljuju primjenu procesa zdravstvene njege). Također, pomažu utvrditi potrebe za osobljem i opremom, te pružaju transparentnost i olakšavaju komunikaciju. Valja naglasiti da, iako su osnova za postizanje i mjerenje kvaliteta, ne garantiraju najviši kvalitet njege.

4.3.2. Karton pacijenta

Na osnovu člana 42. stav (2) Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva („Službene novine FBiH“, broj 37/12), od 01.01.2019. primjenjuje se Pravilnik o obliku i sadržaju osnovne medicinske dokumentacije („Službene novine FBiH“, broj 61/18). Ovaj Pravilnik je 2022. godine dopunjen dokumen-

tacijom za primarni, sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite, koja je od 01.01.2023. godine obavezujuća u FBiH.

a) Zdravstveni karton pacijenta

- 1) zdravstveni karton pacijenta u porodičnoj medicini,
- 2) zdravstveni karton medicine rada,
- 3) zdravstveni karton predškolskog djeteta,
- 4) zdravstveni karton školskog djeteta,
- 5) zdravstveni karton studenta,
- 6) zdravstveni karton žene,
- 7) stomatološki karton,
- 8) karton korisnika centra za mentalno zdravlje;

b) Karton obavezne imunizacije

c) Protokol pacijenta

d) Matična knjiga osoba smještenih u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi

e) Historija bolesti

f) Temperaturno-terapijsko-dijetetska lista

g) Lista anestezije

h) Otpusno pismo

i) Lista kliničkog puta pacijenta

j) Karton zdravstvene njege

k) Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege

1. PAT 1 – Patronažni karton porodice
2. PAT 2 – Sestrinska anamneza
3. PAT 3 – Karton zdravstvene njege trudnice
4. PAT 4 – Karton zdravstvene njege porodilje
5. PAT 5 – Karton zdravstvene njege novorođenčeta i dojenčeta (0-12)
6. PAT 6 – Karton zdravstvene njege predškolskog djeteta (1-5 godina)
7. PAT 7 – Karton zdravstvene njege školskog djeteta (6-18 godina)
8. PAT 8 – Karton zdravstvene njege oboljelog od maligne bolesti
9. PAT 9 – Karton zdravstvene njege oboljelog od dijabetesa
10. PAT 10 – Karton zdravstvene njege oboljelog od hronične bolesti
11. PAT 11 – Karton zdravstvene njege oboljelog od tuberkuloze
12. PAT 12 – Nalog za posjetu patronažne sestre/tehničara
13. Ostala dokumentacija:
 - Plan patronažne njege,
 - Protokol planiranih posjeta patronažne sestre/tehničara,
 - Izjava o odbijanju posjete patronažne sestre/tehničara,
 - Obrazac prijave incidentne situacije i obrazac analize incidentne situacije,
 - Preporuka centru za socijalni rad,
 - Status lokalne zajednice – spisak učesnika.

l) Karton akušerske zdravstvene njege

m)Knjige

- Knjiga evidencija zaraznih bolesti,
- Knjiga evidencija o proizvodnji, prometu i potrošnji opojnih droga,
- Knjiga evidencije o potrošnji opojnih droga u zdravstvenim ustanovama,
- Knjiga evidencije o sterilizaciji.

Karton polivalentne patronažne zdravstvene njege sadrži:

PAT 1 – Patronažni karton porodice

Obrazac je osnova za monitoring zdravstvenog stanja cjelokupne porodice te pojedinca unutar porodice. Popunjava se pri prvom susretu s porodicom i pružanju usluga patronažne djelatnosti

jednoj ili više osoba unutar jedne porodice. Unose se podaci o nosiocu porodice, članovima uže porodice, domaćinstvu i zdravstvenom stanju porodice.

PAT 2 – Sestrinska anamneza

Ispunjava se prilikom prvog susreta s pacijentom ili svaki put ako je došlo do promjene stanja. Sadrži sve relevantne podatke vezane za pacijenta. Medicinska sestra/tehničar određene podatke dobija direktno od pacijenta, a druge prikuplja posmatranjem i fizikalnim pregledom, a vrši i procjenu rizika od pada.

PAT 3 – Karton zdravstvene njege trudnice

Otvara se pri prvom susretu s trudnicom i pružanju usluga patronažne djelatnosti. Sadrži sve parametre vezane za trudnoću, zdravstveno stanje trudnice, rizična ponašanja, redovne kontrole, prethodne trudnoće i abortuse. Vodi se evidencija i o savjetovanjima.

PAT 4 – Karton zdravstvene njege porodilje

Otvara se prilikom prve posjete porodilji. Evidentiraju se svi podaci o bračnom statusu, prethodnim trudnoćama, podacima o porodu i novorođenčetu. Evidencija opservacije stanja porodilje, provedene intervencije i savjetovanja.

PAT 5 – Karton zdravstvene njege novorođenčeta i dojenčeta (0-12)

Otvara se prilikom prve posjete. Evidentiraju se lični podaci, dojenje, porođajne povrede, bolesti, komplikacije prilikom i poslije poroda, zaposlenje majke, vakcinacija. Uredno se evidentiraju sva zapažanja, savjetovanja i datumi posjeta.

PAT 6 – Karton zdravstvene njege predškolskog djeteta (1-5 godina)

Karton se otvara za dijete čiji zdravstveni problem ili problem u razvoju zahtijeva posjetu patronažne sestre/tehničara, a na osnovu naloga ljekara koji identificira problem i potrebu za pružanjem patronažne njege djetetu. Evidentiraju se parametri vezani za dijete, podaci o majci, vakcinaciji, kao i intervencije i savjetovanja.

PAT 7 – Karton zdravstvene njege školskog djeteta (6-18 godina)

Karton se otvara za dijete čiji zdravstveni problem ili problem u razvoju zahtijeva posjetu patronažne sestre/tehničara, a na osnovu naloga ljekara koji identificira problem i potrebu za pružanjem patronažne njege. Evidentiraju se preležane bolesti, naziv škole, vakcinacija, sistematski pregledi, fizička aktivnost, kao i sve intervencije i savjetovanja.

PAT 8 – Karton zdravstvene njege oboljelog od maligne bolesti

Karton se otvara za svakog pojedinca čiji zdravstveni problem zahtijeva posjetu patronažne sestre/tehničara, a na osnovu naloga ljekara koji identificira problem i potrebu za pružanjem patronažne njege. U karton se evidentiraju svi parametri vezani za oboljelog, posjete, intervencije i savjetovanja.

PAT 9 – Karton zdravstvene njege oboljelog od dijabetesa

Karton se otvara za svakog pojedinca čiji zdravstveni problem zahtijeva posjetu patronažne sestre/tehničara, a na osnovu naloga ljekara koji identificira problem i potrebu za pružanjem patronažne njege. U karton se evidentiraju svi parametri vezani za oboljelog, rizična ponašanja, pregled stopala, kao i sve intervencije i savjetovanja.

PAT 10 – Karton zdravstvene njege oboljelog od hronične bolesti

Karton se otvara za svakog pojedinca čiji zdravstveni problem zahtijeva posjetu patronažne sestre/tehničara, a na osnovu naloga ljekara koji identificira problem i potrebu za pružanjem patronažne njege. U kartonu se evidentiraju svi parametri vezani za oboljelog, rizična ponašanja, kao i sve intervencije i savjetovanja.

PAT 11 – Karton zdravstvene njege oboljelog od tuberkuloze

Karton se otvara za svakog pojedinca čiji zdravstveni problem zahtijeva posjetu patronažne sestre/tehničara, a na osnovu naloga ljekara koji identificira problem i potrebu za pružanjem patronažne njege. U kartonu se evidentiraju svi parametri vezani za oboljelog, rizična ponašanja, kao i sve intervencije i savjetovanja.

PAT 12 – Nalog za posjetu patronažne sestre/tehničara

Obrazac se popunjava za svaku posjetu za jednog pacijenta. Popunjava se u jednom primjerku i vraća se onom koji je izdao nalog. Pacijent ili staratelj obavezno potpisuju nalog.

Ostala dokumentacija

Plan patronažne njege

Ispunjava se prilikom posjeta patronažne sestre/tehničara porodici ili pojedincu po nalogu ljekara i sadrži planirane i izvršene intervencije i postupke, kao i evaluaciju provedenih intervencija i postupa.

Protokol planiranih posjeta patronažne sestre/tehničara

Upisuju se sve planirane posjete patronažnih sestara/tehničara, kao i provedeni postupci, preventivni ili kurativni, datum i vrijeme trajanja posjeta, kao i procjene rizika.

Izjava o odbijanju posjete patronažne sestre/tehničara

Ukoliko pacijenti odbiju posjetu ili intervenciju patronažne sestre/tehničara propisan od ljekara, dužni su potpisati ovu izjavu. Izjava se ulaže u karton pacijenta.

Obrazac prijave i analize incidentne situacije

Ispunjava se u slučaju incidenta između pacijenta i osoblja. Obrazac analize incidentne situacije sadrži kratku analizu eventualne štete nastale u incidentu, predviđa rizik ponavljanja incidenta, te klasificira mogući uzrok koji je doveo do incidentne situacije.

Preporuka centru za socijalni rad

Prilikom posjete porodici/pacijentu, patronažna sestra/tehničar dužna je ocijeniti uvjete okruženja u kojem porodica boravi. To je od velikog značaja, posebno u porodicama s djecom, gdje bi patronažna sestra/tehničar prilikom posjete trebala procijeniti eventualno postojanje porodičnog nasilja, posebno nasilja nad djecom, eventualno procijeniti da li je mjesto stanovanja neuvjetno i druge probleme koje bi patronažna sestra/tehničar smatrali utemeljenim za prijavu centru za socijalni rad.

Status lokalne zajednice – spisak učesnika

Dio posla patronažne službe je i patronaža zajednice koja podrazumijeva identifikaciju problema određene lokalne zajednice, te rad na tome kroz savjetovanja i edukacije koje se provode na nivou zajednice.

Dokumentacija za primarni nivo zdravstvene zaštite sadrži sljedeće obrasce:

- PRIM 1. Obrazac zdravstvene njege medicinske sestre/tehničara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti;
- PRIM 2. Plan zdravstvene njege za hronične bolesnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti;
- PRIM 3. Evidencija o urađenoj intervenciji medicinske sestre/tehničara;
- PRIM 4. Knjiga o intervencijama medicinske sestre/tehničara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti;
- PRIM 5. Protokol naručivanja pacijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

4.3.3. Elektronska evidencija i menadžment informacija

Direktan kontakt s bolesnikom pruža najvrijedniji i najbogatiji izvor informacija, kako za medicin-

sku sestru/tehničara, tako i za ljekara, pacijenta, pa i cijelu zajednicu. Stoga je neophodna savremena, brza i sigurna pohrana i pronalaženje podataka o pacijentu. Kao što je već rečeno, sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege postavljamo na osnovu prikupljenih podataka. Ti podaci značajni su u svim daljim fazama zdravstvene njege. Ipak, nije važna samo količina podataka, već i dostupnost. Medicinska sestra/tehničar nema koristi od podataka do kojih ne može pravovremeno doći, ma koliko oni bili detaljni, brojni i kvalitetni. Stoga primjereno i blagovremeno pronalaženje ranije pohranjenih informacija o pacijentu značajno poboljšava kvalitet procesa zdravstvene njege i unapređuje zdravstvene usluge. Dakle, neophodna je informatizacija koja će osigurati brži i jednostavniji protok, spremanje i pristup informacijama. Informacijski sistem povezuje sistem za prikupljanje, pohranu, ponovno korištenje i obradu podataka, upravljanje i kontrolu resursa (opreme, ljudi i programa) s ciljem ispunjenja specifičnih zadataka. Omogućuje preciznu, brzu i izvodljiviju analizu podataka, što u konačnici dovodi do donošenja boljih odluka u upravljanju i unapređenja kvaliteta procesa zdravstvene njege. Potrebe medicinske sestre/tehničara za podacima odnose se na njegu pacijenta, sestrinski kadar, administraciju i organizacijske podatke, te znanja dobijena istraživanjem za praksu zasnovanu na dokazima.

Postoje četiri faze informatizacije zdravstvene njege: prikupljanje podataka, edukacija korisnika sistema, formiranje radnih stručnih projektnih timova koji će organizirati, planirati i kontrolirati primjenu informatizacije zdravstvene njege te testiranje, korekcije i realizacija. Kao oblik informatizacije, sve je više zastupljena i kompjuterizacija sestrinske dokumentacije. U fokusu je unapređenje komunikacije i dostupnosti informacija, bez obzira na fizičku udaljenost. U svrhu lakše informatizacije i komunikacije, brojne profesije formiraju vlastite nomenklature djelatnosti. Nomenklatura djelatnosti označava pojedine profesije prema određenim principima i kriterijima. U sestrinstvu, to je specifična Međunarodna klasifikacija sestrinske prakse (International Classification for Nursing Practice – ICNP). Radi se o posebnom internacionalnom rječniku kojim se evidentira rad medicinskih sestara/tehničara i kojim se opisuje zdravstvena njega. Uspostava takvog jedinstvenog rječnika te vrednovanje rezultata uveliko olakšava informatizaciju zdravstvene njege. Sestrinska dokumentacija postaje dio informacijskog sistema u sestrinstvu koji je podsistem zdravstvenih institucija. Administrativni dio sadrži podatke o pacijentu, izvršenim medicinskim uslugama, troškovima, utrošenom materijalu, lijekovima i sl. Elektronski zdravstveni zapis je skup svih podataka prikupljenih tokom svih boravaka pacijenta u zdravstvenom sistemu, tj. podaci o zdravlju i bolesti pojedinca od rođenja do smrti. Kao takav, osigurava smanjenje napora i vremena, povećanje kvaliteta dokumentacije i njege, korištenje za analize i komunikaciju, umanjuje greške vezane za nečitljivost, povećava standardizaciju i produktivnost. Kompletna elektronska dokumentacija povezuje zapise svih profesija uključenih u njegu pacijenta. Nakon uspostave informacijskog sistema unutar neke ustanove, moguće je istu povezati s drugim ustanovama (npr. primarnu zdravstvenu zaštitu s bolnicama, apotekama...) čime se omogućuje centraliziranje informacijskog sistema, uvid u hronologiju zbivanja, bolesnikovo stanje i potrebe, olakšava se saradnja i uključivanje na svim nivoima zdravstvene zaštite.

Prednosti ovakve pohrane podataka su:

- brži i jednostavniji unos podataka u odnosu na zapis na papiru;
- upisani podatak je jasan i nedvosmislen;
- primopredaja službe je jasnija, konkretnija i sadržajnija;
- mogućnost identifikacije autora zapisa;
- jednostavniji uvid u provedenu zdravstvenu njegu;
- automatsko izračunavanje kategorije (brzi uvid u potrebnu količinu zdravstvene njege);
- bolja organizacija rada.

Nadalje, elektronski zapis olakšava protok, spremanje i pristup informacijama, omogućava donositeljima odluke da u potpunosti koriste dostupne informacije za planiranje, provođenje i evaluaciju. Primjereno i pravovremeno pronalaženje ranije pohranjenih podataka utječe na uspješnost upravljanja u sestrinstvu, mjeri količinu rada na računaru za svaku medicinsku sestru/tehničara, te omogućava uvid u vrijeme unosa podataka i vidljiv potpis medicinske sestre/tehničara.

Prepreke ovakvog načina vođenja dokumentacije su:

- nedostatak znanja i vještina za korištenje informatičkog programa;
- nedovoljan broj računara;
- sporost računarskog procesa;
- gubitak momentalno ubačenih podataka;
- „pad sistema“.

4.3.4. Procjena potreba i planiranje sestrinske zdravstvene njege

Procjena stanja pacijenta je inicijalna faza procesa zdravstvene njege i tačan je uvid u stanje pacijenta u trenutnoj situaciji. Medicinska sestra/tehničar s ostalim članovima tima treba procjenjivati stanje pacijenta, utvrđivati potrebe pacijenta u cilju provođenja što kvalitetnije njege. Mora prikupiti informacije o trenutnom stanju pacijenta, njegovim vjerovanjima, očekivanjima, razumijevanju, suočavanju i prihvatanju situacije. Plan zdravstvene njege medicinska sestra/tehničar izrađuje u saradnji s pacijentom.

Vrste planova zdravstvene njege

1. Individualni – prazni obrazac koji se popunjava za svakog pacijenta posebno, prema informacijama dobijenim od pacijenta.
2. Standardizirani – unaprijed izrađeni obrazac za pojedine sestrinske dijagnoze s ciljevima i intervencijama koje su preporučene za primijeniti kako bi se riješili problemi kod pacijenta.
3. Modificirani standardizirani – obrazac koji čini kompromis između individualnih i standardiziranih. Izrađuje se jednako kao standardizirani, ali je moguće prilagoditi ciljeve i intervencije stanju, navikama i osobinama pojedinog pacijenta.

4.3.5. Obrasci naloga ljekara – Obrazac za put pacijenta bolnica-kuća, kuća-bolnica

Proces otpusta pacijenta iz bolnice odvija se prema nalogu ljekara i uključuje nekoliko koraka kako bi se osiguralo sigurno i efikasno prelaženje iz bolničke njege u zajednicu. Određeni koraci prilikom otpusta iz bolnice mogu varirati ovisno o politikama i praksama određene bolnice, a nalog ljekara igra ključnu ulogu u cijelom procesu. Važno je da pacijent ima sve potrebne resurse i informacije kako bi sigurno nastavio svoju njegu van bolničkog okruženja.

Prenošenje informacija o pacijentu pri otpuštanju iz bolnice važno je zbog:

- kontinuiteta zdravstvene njege;
- bolje komunikacije između članova tima;
- sprječavanje fizioloških i psihosocijalnih problema kod pacijenata u kućnim uvjetima;
- uključivanja porodice u zdravstvenu njegu i kvalitet života pacijenta i porodice;
- planiranje otpusta iz bolnice i pisanje sestrinskog otpusnog pisma pacijenta.

Upućivanje obavijesti (sestrinskog otpusnog pisma) o planiranom otpustu ustanovi u koju se premješta pacijent, ili medicinskoj sestri/tehničaru zdravstvene njege koji će se brinuti o pacijentu u kućnim uvjetima:

1. Planirani otpust pacijenta

- Bolesnik se o otpustu s bolničkog liječenja obavještava od strane ljekara najmanje 24h prije otpusta. Ako bolesnik nije u mogućnosti izvijestiti porodicu (dijete, osobe starije životne dobi, nepokretan bolesnik) o vremenu otpusta, to obavlja medicinska sestra/tehničar.
- Ukoliko je potreban prijevoz pacijenta kući sanitetskim vozilom, odgovorna medicinska sestra/tehničar u saradnji s porodicom vrši organizaciju transporta.
- Bolesnik vrši primopredaju bolničkih i ličnih stvari na osnovu obrazaca o preuzetim i predatim stvarima i vrijednostima.

- Medicinska sestra/tehničar priprema medicinsku dokumentaciju pacijenta, na osnovu koje ljekar piše otpusno pismo i otpusnicu u tri primjerka. Jedan primjerak daje pacijentu (ili njegovoj pratnji), drugi se dostavlja nadležnom ljekaru porodične medicine, a treći primjerak se ulaže u historiju bolesti.
- U slučaju smrtnog ishoda pacijenta, vrši se ispis i potpisivanje četvrtog primjerka otpusnog pisma koji se dostavlja nadležnoj službi patologije.
- Odgovorna medicinska sestra/tehničar, također, na osnovu sestrinske dokumentacije piše sestrinsko otpusno pismo s preporukama za nastavak provođenja zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i za provođenje zdravstvene njege u kućnim uvjetima.
- Bolesnik/porodica/staratelj se informira o obavezi javljanja porodičnom ljekaru.

2. Otpust pacijenta na lični zahtjev

- Ukoliko bolesnik zahtijeva prekid bolničkog liječenja, ljekar mu ukazuje na mogućnost posljedica prekida liječenja i vlastite odgovornosti za dalji tok bolesti.
- Ako i pored objašnjenja bolesnik i dalje zahtijeva prekid liječenja, potrebno je da bolesnik, zakonski zastupnik ili staratelj potpiše zahtjev za prekid bolničkog liječenja (obrazac propisuje ustanova).
- U slučaju da bolesnik odbija potpisati obrazac, odgovorni ljekar i medicinska sestra/tehničar odjela/jedinice evidentiraju odbijanje potpisa u historiju bolesti i sestrinsku dokumentaciju.
- Ljekar i medicinska sestra/tehničar evidentiraju u otpusnom pismu i sestrinskoj dokumentaciji da se bolničko liječenje prekida na lični zahtjev pacijenta.
- Samovoljno napuštanje bolničkog liječenja predstavlja incidentnu situaciju i podliježe obaveznoj prijavi prema proceduri Prijava i izvještavanje o incidentnim situacijama.

Ukoliko porodica/staratelj odbija da preuzme pacijenta, medicinska sestra/tehničar obavještava socijalnog radnika ustanove, koji ostvaruje kontakt s nadležnom institucijom.

3. Premještaj pacijenta u drugu ustanovu

Indikaciju za premještaj postavlja nadležni ljekar ili tim lekara, a pripremu pacijenta i premještaj obavlja medicinska sestra/tehničar. Premještaj pacijenta se može vršiti unutar ustanove ili u drugu zdravstvenu ustanovu, u redovnom i hitnom postupku. Nakon što je plan razvijen, potrebna je koordinacija aktivnosti kako bi se osigurao neometan premještaj na drugi odjel ili u drugu ustanovu. Jedna medicinska sestra/tehničar mora preuzeti odgovornost za koordinaciju plana i aktivnosti svih osoba koje su povezane s premještanjem pacijenta, te im daje neophodne informacije i naloge u vezi premještaja.

4.3.6. Zakonski aspekti vođenja sestrinske dokumentacije

Medicinska sestra/tehničar koja vodi sestrinsku dokumentaciju odgovorna je za tačnost, potpunost i pravovremenost evidentiranih podataka. Stoga je važno da uz svaku bilješku ostavlja potpis. Bez obzira na oblik u kojem se dokument nalazi (papirni ili digitalni), mora biti zaštićen po najvišim standardima. Elektronska dokumentacija zahtijeva tehničku zaštitu, a papirna etičnu i fizičku. Pravni okvir sestrinske dokumentacije i procesa zdravstvene njege u Federaciji BiH odnosi se na Zakon o sestrinstvu i primaljstvu FBiH te Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva. Na pitanja prikupljanja, obrade i davanja ličnih podataka sadržanih u medicinskoj dokumentaciji primjenjuju se odredbe Zakona o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH“, br. 49/06 i 76/11). Podatke sadržane u medicinskoj dokumentaciji mogu koristiti i pojedinci na koje se ti podaci odnose radi ostvarivanja svojih prava u skladu s posebnim zakonima.

Prema članu 35. stav (1) Zakona o sestrinstvu i primaljstvu FBiH obaveza i odgovornost medicinske sestre/primalje je „...voditi sestrinsku, odnosno primaljsku dokumentaciju koja je dijelom medicinske dokumentacije i kojom se evidentiraju provedeni postupci, a u skladu s posebnim propisima o evidencijama u oblasti zdravstva...“.

Član 41. Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva: „Zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici svojim potpisom potvrđuju navode i rezultate pregleda, odnosno drugih zdravstvenih usluga ili medicinskih mjera koje se evidentiraju u osnovnu medicinsku dokumentaciju. Za tačnost, potpunost i pravovremenost unesenih podataka u medicinsku dokumentaciju, odgovoran je zdravstveni radnik i zdravstveni saradnik koji vrši unos podataka“. Medicinska dokumentacija se čuva 10 godina od posljednjeg unosa podataka, osim stomatološkog kartona koji se čuva trajno i zdravstvenog kartona i historije bolesti koji se čuvaju 10 godina nakon otpuštanja pacijenta iz bolnice.

4.3.7. Standardne operativne procedure sestrinske njege

Standardne operativne procedure (SOP) su pisani set instrukcija, koje se navedenim slijedom implementiraju s ciljem pružanja sestrinskih usluga na siguran i standardiziran način, bez negativnih efekata na zdravlje pacijenta, osoblja ili okruženja. Time se smanjuje mogućnost grešaka i negativnih efekata na zdravlje pacijenta, osoblja ili okruženja, povećava se sigurnost pacijenta, kontroliira kvalitet, preveniraju greške, primjenjuje se važeća regulativa i osigurava primjena dobre prakse. SOP-ovi se također koriste za edukaciju novozaposlenih medicinskih sestara/tehničara i studenata na visokoobrazovnim ustanovama. Svrha SOP-ova je osiguranje da svi zaposlenici izvršavaju iste postupke na potpuno isti način. SOP-ove je potrebno imati za svaki postojeći proces, kada se uvodi novi proces, kada se mijenja postojeći proces, kada se uvodi nova tehnologija, kada se mijenjaju standardi i zakonska regulativa, te u slučaju novih saznanja o učestalosti incidentnih situacija. U FBiH, Fondacija fami uz podršku Federalnog ministarstva zdravstva izdala je niz priručnika sa SOP-ovima zdravstvene njege za primarnu, sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu.

Sastavni dijelovi SOP-ova su:

1. Zaglavlje (naziv zdravstvene ustanove, naziv procedure, vrsta procedure, jedinstveni broj procedure, broj stranica procedure)
2. Opća izjava o politici (određuje stav ustanove prema određenoj proceduri ili postupku. Definiše cilj/svhu i razlog primjene procedure)
3. Oblast primjene (organizacijska jedinica/služba gdje će se primjenjivati);
4. Distribucija i nadzor (kome treba da je dostupna, ko obavlja nadzor nad provođenjem iste, po nivoima odgovornosti)
5. Procedura/postupak/proces/koraci (opis koraka u odvijanju procesa rada koji je predmet procedure)

Ključne poruke:

Razvoj sestrinske dokumentacije započeo je sredinom 20. vijeka, predstavljajući skup podataka ključnih za procjenu, planiranje, implementaciju, evaluaciju i kontrolu zdravstvene njege.

Sadržaj i forma sestrinske dokumentacije su prilagodljivi i čine sastavni dio zdravstvenog kartona pacijenta, obuhvatajući demografske podatke, te podatke o zdravstvenoj njezi. Sestrinska dokumentacija služi kao sredstvo „prizivanja sjećanja“ za provjeru ispravnosti provedene zdravstvene njege, kao podrške vjerodostojnosti svjedočenja medicinske sestre/tehničara te utvrđivanja obima štete ili povrede.

Prema Agenciji za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH, osnovni elementi sestrinske dokumentacije su: zaglavlje, opći podaci o pacijentu, te sestrinski proces zdravstvene njege – procjena, plan, implementacija i evaluacija.

Elektronska sestrinska dokumentacija poboljšava komunikaciju, pristup informacijama, analize i donošenje odluka, pružajući brži i jednostavniji unos podataka, te bolju organizaciju rada.

Završetak bolničkog liječenja bilježi se u otpusnom pismu, a samovoljno napuštanje bolničkog liječenja smatra se incidentnom situacijom koja se obavezno prijavljuje prema procedurama ustanove.

Standardne operativne procedure (SOP) su pisani set instrukcija, koje se navedenim slijedom implementiraju s ciljem pružanja sestrinskih usluga na siguran i standardiziran način, bez negativnih efekata na zdravlje pacijenta, osoblja ili okruženja.

Reference:

1. Galić D, Omanović S, Krtalić P, Mahmutbegović H, Ljevak I. i sur. Standardne operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. II. dio. Sarajevo: Fondacija fami; 2019.
2. Čukljek S. Sestrinska dokumentacija. Pavić J,ur. Turuk V, ur. Zbornik radova: Hrvatsko sestrinstvo ususret Europskoj uniji; 2011, Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2004.
3. Zakon o sestrinstvu i primaljstvu („Službene novine Federacije BiH“, broj 43/13).
4. Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva („Službene novine Federacije BiH“, broj 37/12).
5. Pravilnik o dopunama pravilnika o obliku i sadržaju osnovne medicinske dokumentacije „Službene novine Federacije BiH“, 2022., Dostupno na: https://zzjzks.ba/wp-content/uploads/2022/11/1-Pravilnik-o-dopuni-Prav.-o-obliku-i-sadrzaju-osnovne-med.dok_Sl.n.FBiH-br.-72-22.pdf
6. Naputci za popunjavanje zdravstveno-statističkih obrazaca, Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH, Sarajevo/Mostar; 2019. Dostupno na: <https://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2019/12/Obrasci-za-prijavu-HRV-18-12-2019.pdf> pristupljeno [4.1. 2024].

Pitanja za završni ispit:

1. Čemu služi sestrinska dokumentacija kao pravni dokument?
2. Koga medicinska sestra/tehničar obavještava ako porodica/staratelj odbija da preuzme pacijenta?
3. Kada su standardne operativne procedure potrebne?

4.4. Zdravlje i zaštita medicinske sestre/tehničara u zajednici pri radu

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Zdravlje i zaštita medicinske sestre/ tehničara u zajednici pri radu	– Predavanja - 45 minuta – Diskusija - 15 minuta

4.4. Zdravlje i zaštita medicinske sestre/tehničara u zajednici pri radu

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- navesti propise koji se odnose na zaštitu medicinskih sestara/tehničara i njihovu primjenu u svakodnevnoj praksi;
- primijeniti mjere zaštite u rukovanju s toksičnim supstancama;
- primijeniti mjere zaštite od infekcije;
- koristiti zaštitne položaje pri fizičkim naporima;
- primijeniti odgovarajuće taktike u slučaju agresije/nasilja od strane pacijenta/porodice.

Sadržaj:

Medicinske sestre/tehničari su u svom svakodnevnom radu izložene brojnim štetnim utjecajima i to: fizičkim, psihičkim, biološkim, hemijskim i drugim supstancama i zagađivačima. Sve ovo može dovesti do profesionalnih oštećenja, smanjenja radne sposobnosti i invaliditeta. Medicinske sestre/tehničari trebaju poznavati i primjenjivati zaštitne položaje tijela pri fizičkom naporu, mjere zaštite pri radu s hemijskim sredstvima i određenim lijekovima (npr. citostaticima), te mjere zaštite od infekcija. Također, trebaju primjenjivati mjere vlastite zaštite u kućnim posjetama u slučaju različitih oblika agresije ili nasilja od strane pacijenata/porodice. Upoznavanje sa Zakonom o zaštiti na radu. Sve patronažne sestre/tehničari su dužne koristiti zaštitnu odjeću/sredstava na radu u skladu s aktivnostima koje obavljaju i stanjem pacijenta.

4.4.1. Zaštita od opasnosti na poslu - toksične supstance, povrede/nezgode, infekcije, zaštita mentalnog zdravlja

Zakonom o zaštiti na radu u Federaciji BiH („Službene novine FBiH“, broj 79, str. 31-79) uređuju se prava, obaveze i odgovornosti poslodavaca i radnika u vezi s provođenjem i poboljšanjem sigurnosti i zaštite zdravlja radnika na radu, kao i opći principi prevencije, te sistem pravila sigurnosti i zaštite zdravlja na radu, čijom primjenom se postiže sprječavanje povreda na radu, profesionalnih oboljenja i drugih oboljenja u vezi s radom, kao i zaštita radne okoline, te druga pitanja u vezi sa sigurnošću i zaštitom zdravlja na radu (član 1, tačka 1). Posebna zaštita se propisuje radi očuvanja duševnog i tjelesnog razvoja mladih, zaštite žena od rizika koji bi mogli ugroziti ostvarivanje materinstva, zaštite osoba s invaliditetom i profesionalno oboljelih osoba od daljeg oštećenja zdravlja i umanjenja njihove radne sposobnosti i očuvanja radnih sposobnosti starijih radnika u granicama primjerenim njihovoj životnoj dobi (član 1, tačka 2).

Toksične supstance

Prema odredbama Zakona o zaštiti na radu FBiH (član 3):

- **Opasne materije** su eksplozivne, zapaljive, oksidirajuće, otrovne, zarazne, korozivne, kancerogene i radioaktivne materije utvrđene standardima i drugim propisima, a koje se proizvode, koriste ili skladište u procesu rada, kao i materije čija su svojstva, kada su vezane za neke supstance, opasne po život i zdravlje radnika;
- **Štetnosti** su hemijske, biološke i fizičke štetnosti, koje mogu uzrokovati oštećenje zdravlja radnika i drugih osoba koje su im izložene;
- **Biološke štetnosti** su biološki agensi, odnosno mikroorganizmi, uključujući i genetski modifikirane ćelijske kulture i endoparazite čovječijeg i životinjskog porijekla, koji mogu uzrokovati zarazu, alergiju ili trovanje, a koji se koriste u radu ili su prisutni u radnoj okolini.

Postupci koje obavlja patronažna sestra/tehničar mogu dovesti do izlaganja nekom od ovih supstanci i na taj način predstavljati rizik za zdravlje. Stoga je važno poznavanje postupaka i procedura rukovanja s takvim supstancama, te pridržavanje propisanih mjera zaštite.

Povrede/nezgode

Premještanje i podizanje pacijenata, patronažna sestra/tehničar provodi prilikom pružanja zdravstvenih usluga nepokretnim pacijentima. Podizanje i premještanje pacijenta potrebno je izvoditi na siguran način za pacijenta i za patronažnu sestru/tehničara, a da je ujedno i edukativno-demonstracijski postupak za članove porodice ili njegovatelje. Prije podizanja i/ili premještanja pacijenta potrebno je uraditi brzu procjenu:

- psihofizičkog stanja pacijenta (stepen pokretljivosti, mišićnu snagu, podnošenje napora, mogućnosti komunikacije i saradnje i sl.);
- prisutnosti povreda, oštećenja i propisanih ograničenja pacijenta;
- prisutnosti i vrste bola;
- okruženja.

Premještanje pacijenta s ležaja u sjedeća kolica:

- postaviti kolica paralelno s ležajem tako da je naslon kolica okrenut prema uzglavlju kreveta;
- skinuti stranicu kolica koja je do kreveta;
- zakočiti kolica;
- podignuti držače za noge na kolicima;
- pacijent samostalno, ili uz pomoć, treba da zauzme sjedeći položaj;
- spustiti noge pacijenta preko ruba ležaja;
- stati ispred pacijenta u lagani raskorak blago savijenih koljena i primijeniti jedan od preporučenih hvatova;
- pacijent može da obuhvati medicinsku sestru/tehničara za ramena ili oko vrata;
- uspraviti pacijenta i polukružnim pokretom smjestiti pacijenta u kolica;
- vratiti stranicu kolica;

- spustiti držače za noge;
- namjestiti noge na držače;
- nasloniti leđa pacijenta na naslon i zakopčati sigurnosni pojas;
- ruke pacijenta položiti u krilo.

Pomoć pacijentu koji hoda:

- stati tijesno uz pacijenta;
- rukom koja je bliže tijelu pridržavati pacijenta oko struka;
- drugom rukom pridržavati ispruženu ruku pacijenta koristeći hvat šakom.

Pomoć pacijentu pri padu:

- ukoliko se dogodi da pacijent pada, sigurnije je nježno i polako spustiti pacijenta na pod nego pokušati spriječiti pad;
- podmetnuti svoje tijelo i pustiti da tijelo klizi, ne pokušavati zadržati tijelo (kontrolirani pad);
- pacijenta potom namjestiti u mogući fiziološki položaj i pozvati pomoć.

Podizanje pacijenta s poda:

- u situaciji kada je pacijent na podu, pozvati pomoć;
- ni pod kojim okolnostima ne pokušavati samostalno podići pacijenta s poda;
- ukoliko je pacijent u mogućnosti da sarađuje i koristi vlastitu snagu, tada pomoći pri ustajanju.

Kad god je moguće, podizanje i premještanje pacijenta patronažna sestra/tehničar treba da izvodi s još jednom osobom (članom porodice ili njegovateljem), koristeći propisane hvatove. Kada je nesigurna u svoju snagu (kod pacijenata koji su preteški), treba pozvati pomoć prije pokušaja podizanja, kako bi se izbjegle povrede pacijenta i medicinske sestre/tehničara. Bez obzira koji hvat ili koja tehnika se koristi, položaj stopala je od velikog značaja za vlastitu sigurnost (stopala trebaju čvrsto stajati na podu, odvojena u smjeru pokreta pacijenta, polusavijenih koljena i ispravljene kičme).

Infekcije

U svrhu prevencije infekcije tj. prijenosa mikroorganizama s medicinske sestre/tehničara na bolesnika i obrnuto, jedna od mjera je upotreba vlastite zaštitne odjeće. Pravilna primjena vlastite zaštitne opreme prije i nakon kontakta s oboljelim od visoko kontagioznih virusnih bolesti, važna je zbog prevencije širenja bolesti. Lična zaštitna oprema može biti izvor infekcije ukoliko se ne koristi na ispravan način, stoga upotreba kao i uvježbanost pri oblačenju i skidanju, ima veliki značaj. Odluka o upotrebi i odabiru odgovarajuće lične zaštitne opreme mora se procijeniti na osnovu nivoa rizika povezanog s kontaminacijom odjeće, kože, krvlju i tjelesnim tekućinama kod određene intervencije. Svaka osoba koja uđe u izolaciju mora znati pravila izolacije i pravila korištenja lične zaštite. Tih pravila moraju se pridržavati i osobe bliske bolesniku koje dolaze u posjetu, te su ih o tome dužne educirati medicinske sestre/tehničari. Zaštitna odjeća treba se koristiti u skladu s odgovarajućim standardima. U svrhu zaštite koristimo se kapom, maskom, naočalama, ogrtačem, rukavicama i kaljačama.

Pranje ruku je najvažnija i najefikasnija metoda prevencije prijenosa mikroorganizama. U ovisnosti od potreba, medicinska sestra/tehničar pere ruke na dva načina: obično (higijensko) pranje ruku ili higijenska dezinfekcija. U sredstva lične zaštite ubrajamo zaštitnu masku, zaštitne naočale, rukavice, kaljače i radno odijelo. **Zaštitna maska** se koristi za jednokratnu upotrebu, a cilj je sprječavanje prijenosa mikroorganizama izdahnutim zrakom i kapljicama pljuvačke. Pokriva usta i nos i mijenja se u slučaju kihanja, kašljanja ili ako je mokra. Nakon upotrebe, odlaze se u infektivni otpad. **Zaštitne naočale** se koriste uz zaštitnu masku kada postoji rizik od prskanja krvi, tjelesne tekućine, sekreta ili izlučevina u lice i oči. **Zaštitne rukavice** se koriste prilikom svih intervencija. **Kaljače** se koriste prilikom ulaska u prostor pacijenta i isključivo su za jednokratnu upotrebu.

Više o ličnoj zaštiti u nastavnoj jedinici 3.1.

Zaštita mentalnog zdravlja

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, mentalno zdravlje je stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresovima, može raditi produktivno i plodno, te je sposoban doprinositi svojoj zajednici. Mentalno zdravlje je značajno povezano s našim subjektivnim osjećajem dobrobiti – našom emocionalnom, psihološkom, socijalnom (društvenom), duhovnom, ali i tjelesnom dobrobiti i sastavni je dio općeg zdravlja. Osoba koja je dobrog mentalnog zdravlja zadovoljna je, pozitivna, sposobna biti sretna u porodici, prihvata druge ljude, sposobna je stvarati i održavati prijateljstva, produktivna je i dobro se nosi sa životnim nedaćama i stresovima. Posao patronažne sestre/tehničara može dovesti do različitih nepredviđenih, stresnih i frustrirajućih situacija. Stoga je zaštita i unapređivanje njihovog mentalnog zdravlja od velikog značaja, kako za njih same, tako i za njihovu svakodnevnu radnu efikasnost. Mjere koje mogu biti od koristi u zaštiti mentalnog zdravlja mogu se podijeliti na mjere koje se provode na nivou organizacijske jedinice i mjere na ličnom nivou. Mjere na nivou organizacijske jedinice mogu biti edukacija radnika, transparentnost u radu, supervizija, konsultacije, podrška radnicima, te bolja komunikacija. Mjere na ličnom nivou mogu biti različite tehnike relaksacije i samopomoći, fizička aktivnost, odvajanje privatnih obaveza od profesionalnih, te kvalitetno korištenje slobodnog vremena.

4.4.2. Obuka i protokoli za sigurnost medicinske sestre/tehničara u kućnoj posjeti – Samozaštita medicinske sestre/tehničara u domu pacijenta u slučaju nasilja od strane pacijenta/porodice

Obaveze poslodavca su da:

- procjeni rizik za svako radno mjesto;
- utvrdi poslove s povećanim rizikom;
- donose pravilnik o sigurnosti i zaštiti zdravlja na radu;
- zaposli stručne saradnike u slučaju postojanja poslova s povećanim rizikom;
- savjetuje se s radnicima o svim bitnim pitanjima koja se tiču potencijalnog nasilja;
- osposobi radnike za siguran rad stjecanjem teoretskog i praktičnog znanja;
- obavještava radnike i sindikate o rizicima, te preduzetim mjerama;
- osigura periodične ljekarske preglede za radnike na radnim mjestima s povećanim rizikom.

Medicinske sestre/tehničari koji su prvi u direktnom kontaktu s pacijentima su znatno češće žrtve nasilja u poređenju s drugim zdravstvenim radnicima. Čin nasilja može poprimiti različite oblike koji uključuju verbalno nasilje (neosnovane kritike i prigovori, prijetnja fizičkim nasiljem, vrijeđanje, ismijavanje, omalovažavanje, negativni komentari i sl.), fizičko nasilje (šamaranje, guranje, štipanje, čupanje kose, udaranje, prekrivanje usta, pokušaj ubistva i ubistvo), maltretiranje, (seksualno) uznemiravanje, rodno-zasnovano nasilje, zastrašivanje, narušavanje ugleda, zlostavljanje i druge. Verbalno zlostavljanje je najčešći tip nasilja u zdravstvenim ustanovama, dok su pacijenti najčešći počinitelji.

Postupci medicinske sestre/tehničara u slučaju nasilja:

- prepoznati nasilje kao takvo i odgovoriti na adekvatan način, a odgovor treba kreirati tako da je usmjeren na verbalnu komunikaciju i rješavanje problema;
- upozoriti osobu s neprimjerenim ponašanjem da je medicinska sestra/tehničar tu po službenoj dužnosti, te da se mora prema njoj odnositi na profesionalan način;
- pozvati kolege ili nadležnu osobu da se uključe (tj. imati svjedoka/inju);
- ukoliko se osobi na koju je usmjereno nasilje upućuju prijetnje po fizičku sigurnost, potrebno je pozvati odgovornu osobu službe osiguranja, odnosno pozvati nadležnu policijsku stanicu u slučaju rada u zajednici ili terenskim ambulancama;
- ukoliko je došlo do fizičkog nasilja, javiti se na ljekarski pregled radi utvrđivanja stepena tjelesnih povreda i prijaviti slučaj policiji;
- javiti se nadležnom specijalisti u slučaju prepoznavanja znakova prolongiranog stresa;

- prijaviti svaki oblik nasilja na propisanom obrascu nadležnoj službi ustanove.

Postupci prijavljivanja i izvještavanja u slučaju nasilja:

- obrazac prijave nasilja zajedno sa žrtvom nasilja popunjava odgovorna osoba službe, odjeljenja ili ambulante gdje se incident dogodio u što kraćem roku, a najduže nakon tri dana i dostavlja nadležnoj službi ustanove;
- ukoliko je na Obrascu prijave nasilja naznačeno da uposlenik želi pokretanje krivičnog postupka, odgovorna osoba uposlenika upućuje u pravnu službu ustanove s kopijom Obrasca prijave nasilja, gdje uposlenik dobija pravni savjet i slučaj se eventualno upućuje nadležnom tužiteljstvu;
- svaku prijavu nasilja na kojoj je naznačeno da su u rješavanju problema učestvovali pripadnici Ministarstva unutrašnjih poslova – Policijska uprava, odgovorna osoba kopira i dostavlja direktoru ustanove i pravnoj službi;
- odgovorna osoba omogućava sistem podrške nakon incidenta, ukoliko je neophodno;
- poslodavac će informirati javnost o ovim slučajevima (npr. putem letaka, postera, javnih nastupa) kako bi se podigla svijest o ovom problemu i radilo na njegovom sprječavanju.

Medicinska sestra/tehničar zajedno s odgovornom osobom službe, odjeljenja ili ambulante evidentira događaj nasilja tokom radnog vremena u propisanu dokumentaciju ustanove. Primjer na Slici 19.

OBRAZAC PRIJAVE PRIJETNJE ILI NASILJA UPOSLENICIMA

Služba/Poliklinika	
Ime i prezime zaposlenika	
Datum	Vrijeme dešavanja incidenta
Mjesto dešavanja	

Detalji o pacijentu/pratiocu pacijenta koji prijeti /napada

Ime i prezime pacijenta	
Spol	Dob
Razlog dolaska u Ustanovu	

Šta se desilo ? Opis načina na koji se incident desio:

Poduzete aktivnosti:

Intervencija osobe iz obezbjeđenja naše Ustanove	DA	NE
Prisutna osoba iz policijske stanice	DA	NE

Vrsta verbalnog nasilja	Vrsta fizičkog nasilja
Neosnovana kritika	Samaranje
Prigovor	Guranje
Prijetnja fizičkim nasiljem	Stipanje
Vrijeđanje	Udaranje
Neosnovane priče o osoblju u prisustvu drugih	Čupanje kose
Ismijavanje	Prekrivanje usta
Negativni komentari ličnih karakteristika	Pokušaj ubistva
Omalovazavanje	Ubistvo
Ostalo:	Ostalo :

Emocionalno-psihološko nasilje

Pretjerana kontrola postupaka i načina pružanja zdravstvene usluge	
Ostalo :	

*označiti jednu ili više kategorija nasilja

Reakcija uposlenika nakon incidentne situacije			
uznemirenost		napetost	
zabrinutost		plac	
zebnja		uplašenost	

Šteta po uposlenika koji je pretrpio nasilje /prijetnje

- odlazak na bolovanje	☐	- vidljive tjelesne ozljede	☐
- smanjena produktivnost	☐	-	☐
- pogoršano zdravstveno stanje	☐	- bez vidljive štete	☐
- materijalna šteta	☐		

*Rubriku štete po zaposlenika ispunjava Koordinator upravljanja rizikom

UPOSLENIK ŽELI POKRETANJE PRAVNOG POSTUPKA	DA ☐	NE ☐

Datum popunjavanja obrasca

Potpis osobe koja popunjava obrazac

Slika 19. Primjer obrasca prijave prijetnje ili nasilja nad uposlenicima

Ključne poruke:

Prava, obaveze i odgovornosti poslodavaca i radnika u vezi sa sigurnošću i zaštitom zdravlja radnika uređeni su Zakonom o zaštiti na radu u Federaciji BiH. Cilj je sprječavanje povreda na radu, profesionalnih oboljenja, zaštita radne okoline te zaštita posebnih grupa (mladi, žene, osobe s invaliditetom, profesionalno oboljeli, stariji radnici).

Prema Zakonu o zaštiti na radu FBiH, toksične supstance su opasne materije, štetnosti i biološke štetnosti. Patronažna sestra/tehničar treba poznavati postupke i procedure rukovanja s ovim supstancama.

Mjere za prevenciju infekcija uključuju upotrebu lične zaštitne opreme, pravilno pranje i dezinfekciju ruku.

Mjere zaštite mentalnog zdravlja provode se na nivou organizacijske jedinice i ličnom nivou medicinskih sestara/tehničara.

Poslodavci imaju obavezu procjene rizika, donošenja Pravilnika, zapošljavanja stručnjaka, educiranja radnika i osiguravanja periodičnih pregleda.

Medicinske sestre/tehničari često su žrtve nasilja, te su važni postupci prepoznavanja, odgovora i prijavljivanja nasilja.

Reference:

1. Galić D, Omanović S, Krtalić P, Mahmutbegović H, Ljevak I. i sur. Standardne operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. II. dio. Sarajevo: Fondacija fami; 2019.
2. I. Ljevak i sur., Osnove zdravstvene njege, Sveučilište u Mostaru, Mostar; 2024.
3. Zakon o zaštiti na radu FBiH. „Službene novine FBiH“, broj 79, str. 31-46.
4. Dom zdravlja Mostar. Procedura 119. Politika o mentalnom zdravlju osoblja, 2023.

Pitanja za završni ispit:

1. U kojem roku se, u slučaju nasilja, treba dostaviti prijava o tom događaju?
2. Ko popunjava obrazac prijave nasilja?
3. Prema Zakonu o zaštiti na radu FBiH, koje materije se smatraju opasnim materijama?

4.5. Nastavak i provođenje bolničkih vještina u kući

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Nastavak i provođenje bolničkih vještina u kući	– Predavanja - 45 minuta – Rad u grupama (napraviti plan njege za slučaj koji zahtijeva uključivanje drugih profesionalaca) - 60 minuta – Diskusija - 15 minuta

4.5. Nastavak i provođenje bolničkih vještina u kući

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- definirati razliku između zdravstvene njege bolesnika u bolnici i kod kuće;
- definirati intervencije zdravstvene njege u kući;
- napraviti plan zdravstvene njege u kući;
- napraviti plan uključivanja pacijenta i porodice u provođenju plana zdravstvene njege;
- identificirati slučajeve koji zahtijevaju dodatno angažiranje drugih zdravstvenih profesionalaca.

Sadržaj:

Organizacija zdravstvene njege bolesnika u kući provodi se kroz pripremu za kućnu posjetu (fizička i psihička), pripremu dokumentacije, materijala, naloga od porodičnog doktora, izvođenje sestrinskih intervencija kod kuće, procjenu kućnih uvjeta, uključivanje pacijenta i porodice u zdravstvenu njegu, transport materijala, te podučavanje pacijenta i porodice. Rad medicinske sestre/tehničara u zajednici se odvija primjenom procesa zdravstvene njege koji uključuje procjenu potreba, definiranje sestrinskih dijagnoza, postavljanje ciljeva njege, planiranje i provođenje intervencija u skladu s postavljenim ciljevima, te evaluaciju.

4.5.1. Razlika između zdravstvene njege pacijenta u kući i u bolnici

Zdravstvena njega pacijenta u kući i u bolnici su dvije različite vrste njege koje imaju svoje specifičnosti i prednosti. Razlika između zdravstvene njege pacijenta u kući i u bolnici leži u okruženju i vrsti njege koja se pruža. Kućna njega je usmjerena na podršku pacijentima u njihovom domu, dok je bolnička njega usmjerena na liječenje i oporavak pacijenata u bolničkom okruženju. Važno je naglasiti da obje vrste njege imaju svoje važne uloge u njezi pacijenata i obje osiguravaju kvalitetnu njegu i podršku u različitim fazama bolesti ili oporavka pacijenta.

Zdravstvena njega pacijenta u kući, poznata i kao kućna ili patronažna njega, uključuje usluge koje se pružaju pacijentima koji se ne mogu brinuti sami za sebe i potrebna im je kontinuirana njega i podrška kod kuće. Ova vrsta njege obuhvata odgovor na medicinske, socijalne i emocionalne potrebe pacijenta. Patronažne sestre/tehničari posjećuju pacijente u njihovim domovima kako bi im pružili potrebnu njegu, medicinske usluge, podršku i edukaciju o zdravlju. Ova vrsta njege je posebno važna za starije osobe, osobe s hroničnim bolestima ili osobe koje su nedavno otpuštene iz bolnice.

S druge strane, zdravstvena njega pacijenta u bolnici obuhvata njegu koja se pruža pacijentima koji zahtijevaju intenzivnu njegu, dijagnostiku, tretmane ili operacije koje se ne mogu pružiti kod kuće. Ova vrsta njege uključuje timski pristup njezi, gdje različiti zdravstveni stručnjaci sarađuju kako bi osigurali najbolju njegu za pacijenta. U bolnici pacijenti dobijaju kontinuiranu medicinsku njegu, nadzor, terapije i tretmane koji su potrebni za njihov oporavak.

4.5.2. Priprema plana za kućnu posjetu: prikupljanje informacija iz različitih izvora, priprema dokumentacije, naloga od porodičnog doktora ili drugih službi; priprema pribora i materijala, psihološka priprema

Priprema plana za kućnu posjetu u patronažnoj zdravstvenoj njezi izuzetno je važna kako bi se osiguralo pružanje kvalitetne njege pacijentima u njihovom domu. Planiranje kućnih posjeta obično započinje prikupljanjem informacija iz različitih izvora. To može uključivati historiju bolesti pacijenta, medicinsku dokumentaciju, informacije od ljekara ili drugih zdravstvenih radnika, podatke o okolini u kojoj pacijent živi itd. Nadalje, doktor će obično odrediti koje zadatke treba obaviti tokom kućne posjete. To može uključivati pregled pacijenta, davanje terapije ili savjeta o prevenciji bolesti, previjanje ili druge medicinske postupke. Važno je unaprijed pripremiti sav potreban pribor kako bi se osiguralo da se posjeta odvija što je moguće efikasnije. Priprema pribora za kućnu posjetu obično uključuje medicinske instrumente i opremu potrebnu za pružanje određenih usluga, kao i dokumentaciju za vođenje evidencije. Važno je osigurati redovno održavanje i dezinfekciju korištenih materijala i pribora kako bi se spriječila infekcija i obezbijedila sigurnost pacijenta. Uz to, važno je uzeti u obzir i specifične potrebe, uvjete i okolinu u kojoj pacijent živi. Priprema plana za kućnu posjetu u patronažnoj zdravstvenoj njezi zahtijeva detaljno planiranje, saradnju s drugim zdravstvenim radnicima i pažljivu pripremu pribora i materijala. Osiguranje da posjeta bude sigurna i efikasna ključno je za pružanje kvalitetne njege pacijentima u njihovom domu.

Intervencije, odnosno usluge zdravstvene njege u kući predstavljaju ključnu komponentu zdravstvene njege koja se pruža pacijentima u njihovom domu. Definiranje intervencija zdravstvene njege kod kuće uključuje planiranje, implementaciju i evaluaciju njege koja se pruža pacijentima izvan bolničkog okruženja. To uključuje praćenje zdravstvenog stanja pacijenta, davanje terapije/lijekova, kontrolu vitalnih znakova, njegu rana, edukaciju pacijenata o samozbrinjavanju i upravljanju bolestima, psihološku i socijalnu podršku pacijentima i njihovim porodicama, podršku u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, praćenje i evaluaciju stanja pacijenta, te saradnju s multidisciplinarnim timom zdravstvenih radnika. Specifične njegovalne dijagnoze u patronažnoj zdravstvenoj njezi, kako navodi Geč T. (2002), mogu biti od velike pomoći patronažnim sestrama/tehničarima pri definiranju, planiranju i provođenju intervencija zdravstvene njege u kući, jer pružaju jasne smjernice o tome kako pristupiti pacijentima i koji koraci trebaju biti poduzeti.

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), njega kod kuće je „sistem integrirane, koordinirane i kontinuirane njege koja se pruža u domu pacijenta radi promocije, očuvanja ili ob-

nove zdravlja te pružanja pomoći pri bolesti i ozdravljenju“. Intervencije zdravstvene njege kod kuće usmjerene su prema potrebama i ciljevima svakog pacijenta individualno, uzimajući u obzir fizičke, emotivne, socijalne i duhovne potrebe. SZO ističe važnost zajednice i porodice u pružanju zdravstvene njege te promovira ulogu porodične medicinske sestre/tehničara u pružanju usluga zdravstvene njege.

Učenje i usavršavanje u oblasti zdravstvene njege igraju ključnu ulogu u definiranju intervencija zdravstvene njege u kući. Neprestano praćenje novih tehnologija, istraživanja i smjernica osigurava da zdravstveni radnici pružaju najbolju moguću njegu pacijentima u njihovom domu. Važno je naglasiti da intervencije zdravstvene njege kod kuće imaju holistički pristup pacijentu, što znači da se uzima u obzir cjelokupna slika pacijentovog zdravstvenog stanja i životnog konteksta. Kroz kontinuiranu komunikaciju s pacijentom i saradnju s porodicom, pružatelji zdravstvene njege mogu osigurati optimalnu njegu i podršku za pacijenta u njihovom domu.

4.5.3. Definiranje intervencija zdravstvene njege kod kuće

Uzimajući u obzir preporuke SZO i nacionalnih vodiča za zdravstvenu njegu, ključno je da se postupci zdravstvene njege u kući provode na stručan i siguran način. Osoba koja pruža kućnu njegu treba biti obučena za obavljanje medicinskih postupaka, imati znanje o sigurnosnim mjerama i biti sposobna identificirati bilo kakve komplikacije ili promjene u zdravstvenom stanju pacijenta. Kroz precizno postavljanje dijagnoza, medicinsko osoblje može identificirati prioritete u njezi za pacijenta i osigurati primjerene intervencije za poboljšanje zdravstvenog stanja. Prilikom pružanja zdravstvene njege u kući, medicinsko osoblje koristi odgovarajući materijal, pribor i opremu kako bi osigurali sigurnu i efikasnu njegu. To uključuje sterilne pincete, medicinske rukavice, kompresivne zavoje i druge potrebne materijale. Važan dio pružanja zdravstvene njege u kući je i sigurno odlaganje medicinskog otpada. Medicinski otpad treba pravilno sortirati, spremati u označene spremnike i odlagati prema propisanim procedurama kako bi se izbjegle eventualne infekcije i kontaminacija okoliša.

Važan aspekt zdravstvene njege u kući je uključivanje pacijenta i njegove porodice u proces njege. Pacijenti i članovi porodice trebaju biti educirani o potrebama pacijenta, postupcima njege i pravilnoj upotrebi lijekova. Pored pružanja medicinske njege, bitno je i podučavanje pacijenta i porodice o kontinuiranoj njezi. To uključuje osnovne postupke njege, pravilnu primjenu lijekova, prepoznavanje simptoma komplikacija te načine prevencije i samopomoći.

Zdravstvena njega u kući zahtijeva timski pristup u koji su uključeni različiti stručnjaci, kao što su ljekari, medicinske sestre/tehničari, fizioterapeuti i socijalni radnici. Saradnja među članovima tima ključna je za pružanje sveobuhvatne njege pacijentima u njihovom domu. Postupci zdravstvene njege u kući igraju važnu ulogu u podršci pacijentima u njihovom oporavku i održavanju njihovog zdravstvenog stanja stabilnim.

4.5.4. Poduzimanje postupaka zdravstvene njege u kući

Zdravstvena njega u kući odnosi se na pružanje njege pacijentima u njihovim domovima nakon hospitalizacije ili tokom praćenja njihovog stabilnog zdravstvenog stanja. Ova vrsta zdravstvene njege sve je važnija u današnjem svijetu u kojem su mnogi pacijenti otpušteni iz bolnica i oslanjaju se na kućnu njegu kako bi se oporavili od bolesti ili povreda.

Postupci zdravstvene njege u kući obuhvataju širok spektar usluga, uključujući pratnju, edukaciju, medicinske postupke (liječenje rana, davanje lijekova, kontrolu krvnog pritiska, kontrolu šećera u krvi itd.), savjetovanje porodice itd. Kod pružanja zdravstvene njege u kući, bitno je prilagoditi okruženje kako bi bilo što sigurnije i udobnije za pacijenta. To uključuje osiguranje prostora za kretanje, prilagođavanje visine kreveta, stolice, kupatila, podova i drugih prostorija i predmeta za lakšu upotrebu i kvalitetniji život pacijenta i njegove porodice.

4.5.5. Identificiranje potreba u slučajevima koji zahtijevaju dodatno angažiranje drugih zdravstvenih profesionalaca

Procjena SZO je da je doprinos medicinskih usluga dobro razvijenog zdravstvenog sistema na poboljšanje zdravlja stanovništva svega 10-15%, a ostatak je rezultat rada drugih sektora. Stoga je identifikacija potreba za dodatno angažiranje drugih zdravstvenih i nezdravstvenih profesionalaca, kao što su doktori, psiholozi, socijalni radnici itd., jedna od ključnih uloga medicinskih sestara/tehničara u zajednici. To uključuje prepoznavanje situacija u kojima je potrebno dodatno savjetovanje, tretman ili podrška za pacijente sa složenim zdravstvenim stanjima, mentalnim zdravstvenim problemima, koji zahtijevaju hitnu medicinsku intervenciju ili kojima je potrebna socijalna podrška. U tom kontekstu, važna je kontinuirana obuka medicinskih sestara/tehničara za prepoznavanje potreba i koordinaciju sveobuhvatne zdravstvene njege pacijenata i njihovih porodica koje zahtijevaju angažiranje drugih zdravstvenih i nezdravstvenih profesionalaca, te dostupnost alata i resursa kako bi mogle uspješno identificirati potrebe pacijenata i koordinirati njihovu njegu. Kroz multidisciplinarni pristup u zdravstvenoj njezi, medicinske sestre/tehničari mogu uspješno identificirati potrebe pacijenata koje zahtijevaju dodatno angažiranje drugih profesionalaca.

Ključne poruke:

Zdravstvena njega pacijenta u kući i u bolnici su dvije različite vrste njege koje imaju svoje specifičnosti i prednosti. Razlika između zdravstvene njege pacijenta u kući i u bolnici leži u okruženju i vrsti njege koja se pruža.

Priprema plana za kućnu posjetu u patronažnoj zdravstvenoj njezi zahtijeva detaljno planiranje, saradnju s drugim zdravstvenim radnicima i pažljivu pripremu pribora i materijala.

Plan zdravstvene njege u kući sadrži procjenu zdravstvenog stanja pacijenta, ciljeve liječenja, odgovarajuće intervencije i strategije liječenja, očekivane rezultate, praćenje i evaluaciju napretka. Postupci zdravstvene njege u kući obuhvataju širok spektar usluga, uključujući pratnju, edukaciju, medicinske postupke (liječenje rana, davanje lijekova, kontrolu krvnog pritiska, kontrolu šećera u krvi itd.), savjetovanje porodice itd.

Osiguranje da posjeta bude sigurna i efikasna ključno je za pružanje kvalitetne njege pacijentima u njihovom domu.

Kroz multidisciplinarni pristup zdravstvenoj njezi, medicinske sestre mogu uspješno identificirati potrebe pacijenata koje zahtijevaju dodatno angažiranje drugih profesionalaca.

Reference:

1. World Health Organisation. Community nursing for countries in Transition. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe, 2001.
2. Uradni list R Slovenije. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ljubljana: st. 19, 1998.
3. World Health Organisation. The Family Health Nurse. Context, conceptual framework and curriculum. Copenhagen: WHO - Regional Office for Europe, 2000.
4. Geč T. Specifične negovalne diagnoze v patronažni zdravstveni negi. Maribor: Zdravstveni dom dr. dolfa Drolca, 2002 Lemon.
5. Learning Material on Nursing. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe 1996.

Pitanja za završni ispit:

1. Šta može biti od pomoći patronažnoj sestri/tehničaru za definiranje, planiranje i provođenje intervencija u kući pacijenta?
2. Koje vrste intervencija se, između ostalog, provode u kućnim uvjetima?
3. Šta sadrži plan zdravstvene njege u kući?

4.6. Zdravstvena njega pacijenta s različitim kliničkim stanjima (kardiovaskularne bolesti, karcinomi, respiratorne bolesti, diabetes mellitus, neurološka oboljenja, infektivne bolesti)

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- prepoznati riziko faktore za navedena hronična oboljenja;
- educirati pacijente i porodicu o preventivnim metodama i aktivnostima za sprječavanje gore navedenih oboljenja i njihovih komplikacija;
- prepoznati riziko faktore za nastanak respiratornih oboljenja, načine preveniranja i korištenja kisika kao terapije;
- tretirati i vršiti monitoring hronične rane;
- educirati pacijenta i porodicu o nastavku života s dijagnozom karcinoma, obučavati pacijenta za samopomoć, obavljati kurativu kod ovih pacijenata;
- tretirati dijabetično stopalo, educirati pacijente s dijabetesom o akutnim i hroničnim komplikacijama bolesti, upotrebi pena i glukometra;
- educirati pacijente i porodicu o putevima prenošenja, simptomima i liječenju infektivnih i spolnoprenosivih oboljenja (HIV, hepatitis A, B, C, TBC, scabies...);
- poznavati osnove kodeksa ponašanja zdravstvenih radnika, prepoznati diskriminatorna ponašanja i suzbijati ih u zajednici i porodici;
- napraviti plan zdravstvene njege za pacijente oboljele od svih gore navedenih oboljenja.

Sadržaj:

Kroz prezentacije učesnici će obnoviti znanja o najčešćim hroničnim i infektivnim oboljenjima s kojima se susreću u radu u zajednici. Primarna i sekundarna prevencija u skladu sa specifičnostima oboljenja koja se obrađuju. Kroz planove sestrinske njege (rad u malim grupama) učesnici će naučiti postaviti prioritete i evaluirati rad prema tim prioritetima. Zbog specifičnosti nastavne jedinice, prema pojedinačnim oboljenjima navodimo kratki sadržaj modula prema različitim oboljenjima (od tačke 4.6.1. do 4.6.6).

4.6.1. Zdravstvena nega pacijenta s kardiovaskularnim oboljenjima

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Zdravstvena nega pacijenta s kardiovaskularnim oboljenjima	– Predavanja - 60 minuta – Rad u grupama (napraviti plan sestriinske njege za različite slučajeve pacijenata oboljelih od kardiovaskularnih bolesti) - 30 minuta – Diskusija - 30 minuta

4.6.1. Zdravstvena njega pacijenta s kardiovaskularnim oboljenjima

Kardiovaskularne bolesti (KVB) su masovna hronična nezarna oboljenja srca i krvnih sudova. Nastaju kao posljedica abnormalne akumulacije lipida i fibroznog tkiva u zidovima krvnih sudova, izazivajući upalne procese i formiranje plaka. Na taj način dolazi do sužavanja lumena krvnog suda, a plak može uzrokovati nepovratnu štetu, smrt ćelija miokarda i formiranje ožiljka na tkivu miokarda. KVB su vodeći uzrok smrtnosti, invalidnosti, česte i dugotrajne hospitalizacije i potrošnje novčanih sredstava zdravstvenih fondova i građana pojedinačno. U obolijevanju i vodećim uzrocima smrti stanovništva Federacije BiH dominiraju oboljenja cirkulacijskog sistema s udjelom od 53,8% svih uzroka i maligne neoplazme s 21% udjela, predstavljajući gotovo tri četvrtine svih uzroka smrti. Primarna prevencija KVB se karakterizira kao strategija koja ima za cilj prevenciju nastanka ovih bolesti i usmjerena je na ljude koji su pod visokim rizikom od nastanka KVB.

4.6.1.1. Kardiovaskularna procjena pacijenta

Uloga medicinske sestre/tehničara u zajednici je, između ostalog, prepoznavanje simptoma bolesti zasnovano na karakterističnoj historiji bolesti. Bol se manifestira kao nelagoda u prsima ili blizini grudne kosti, može se širiti u rame, ruku, vilicu, vrat ili leđa. Opisuje se kao stezanje, pritiskanje, pritisak, pečenje, gušenje i bol. Karakter bola kod angine pectoris je obično čvrst, stežući, uz osjećaj gušenja, dok disanje i promjena položaja nemaju utjecaja na oštrinu bola. Bol se može pojaviti u stanju mirovanja i trajati do 15 minuta, ako traje duže treba sumnjati na infarkt miokarda. Pogoršanje može nastati ako se napor nastavi, a olakšanje nastaje nakon par minuta odmora ili primjene nitroglicerina sublingvalno.

Srčane promjene vezane za dob uključuju smanjenu arterijsku usklađenost i dijasoličku disfunkciju lijeve komore. Atipični simptomi dovode do kašnjenja u liječenju. Tihi ili neprepoznati infarkt miokarda često se javlja kod pacijenata starijih od 85 godina. Dok stariji pacijenti mogu imati bol u grudima, primarne tegobe kod infarkta miokarda su često dispneja, mučnina/povraćanje ili sinkopa. Kod starijih osoba treba obratiti pažnju na postojanje zbunjenosti, vrtoglavice, sinkope ili ortostat-ske hipotenzije jer ovi simptomi mogu ukazivati na smanjenu opskrbu mozga krvlju zbog srčanih ili cirkulacijskih promjena.

Precizna mjerenja trendova visine/težine i vitalnih znakova pacijenta pružaju vrijedne informacije o kardiovaskularnoj funkciji. Važno je mjerenje i analiziranje krvnog pritiska, brzine i kvaliteta pulsa, te brzine disanja gotovo u isto vrijeme. Ako se pronađu dvije ili više abnormalnih vrijednosti, to može dati naznake o izvoru problema. Na primjer, ako je krvni pritisak nizak, a puls ubrzan i napet, to može ukazivati na šok ili stanje niske perfuzije. U slučaju abnormalnih vrijednosti, ponoviti mjerenje za osiguranje tačnih rezultata.

4.6.1.2. Procjena pacijenta i plan sestrinske njege

Subjektivna procjena kardiovaskularnog i perifernog vaskularnog sistema je od vitalnog značaja za otkrivanje znakova potencijalne disfunkcije. Kako bi izvršila subjektivnu kardiovaskularnu procjenu, medicinska sestra/tehničar provodi fokusirani intervju. Fokusirani intervju istražuje prošlu medicinsku i porodičnu anamnezu, lijekove, faktore srčanog rizika i prijavljene simptome. Simptomi povezani s kardiovaskularnim sistemom uključuju bol u grudima, periferni edem, neobjašnjivo naglo povećanje tjelesne težine, kratak dah (dispneju), nepravilan puls ili ritam, vrtoglavicu ili lošu perifernu cirkulaciju. Svaki novi ili pogoršavajući simptom treba dokumentirati i prijaviti ljekaru.

U sestrinskoj anamnezi ispituju se karakter, jačina i lokalizacija bola, širenje i trajanje bola, faktori koji su provocirali ili olakšali bol, vrši se procjena nivoa svjesnosti, izgled lica, da li je pacijent blijed ili cijanotičan i oznojen. Pri kardiogenom šoku, stimulacija simpatičkog nervnog sistema uzrokuje vazokonstrikciju, koža postaje hladna i vlažna. Tokom akutnog srčanog udara često se dešava znojenje. Treba ispitati da li postoje znaci tjeskobe i zabrinutosti. Važno je umiriti pacijenta ako je zabrinut. Pod stresom, ruke mogu postati hladne i vlažne. Medicinska sestra/tehničar vrši precizno mjerenje vitalnih znakova: krvnog pritiska, pulsa, temperature, frekvence disanja i ispravnost elektrokardiograma (EKG).

4.6.1.3. Kardiovaskularni riziko faktori

Riziko faktori za KVB dijele se na promjenjive (oni na koje možemo utjecati) i nepromjenjive (oni na koje ne možemo utjecati).

Promjenjivi riziko faktori KVB su:

- Hipertenzija – rizik od koronarnog oboljenja srca progresivno raste s rastom krvnog pritiska;
- Gojaznost – centralna adipoznost bolji je marker rizika koronarnog srčanog oboljenja od općeg nivoa gojaznosti. Tako su u povišenom riziku muškarci s obimom struka ≥ 102 cm i žene s obimom struka ≥ 88 cm. Stres i depresija mogu biti okidači za gojaznost, koja, kao riziko faktor, može doprinijeti povratku bolova.
- Hiperlipidemija – rizik od nastanka koronarne bolesti raste ako je povećan ukupni nivo holesterola u plazmi i/ili lipoproteina male gustoće (LDL), uz nisku vrijednost lipoproteina velike gustoće (HDL) u plazmi.
- Diabetes mellitus – rizik za koronarnu bolest povećava se 2-3 puta za muškarce i 3-5 puta za žene.
- Pušenje – veliki je faktor rizika za koronarna oboljenja. Prestanak pušenja značajno smanjuje rizik, koji je manji za 50% nakon jedne godine nepušenja.
- Alkohol – veza između koronarnog srčanog oboljenja i alkohola je korelativna; najniži rizik je pri umjerenom konzumiranju alkohola.

Nepromjenjivi riziko faktori KVB su:

- Porodična anamneza – ishemijske bolesti srca;
- Spol – ugroženiji su muškarci i žene poslije menopauze;
- Dob – rizik se stalno povećava s godinama.

4.6.1.4. Upotreba plana sestrinske njege

Glavni cilj sestrinske njege pacijenta je otklanjanje i/ili olakšanje bola i nelagodnosti. Medicinska sestra/tehničar objašnjava postupke i proceduru intervencija kojima se nastoji postići navedeni cilj/evi. Potrebno je postaviti pacijenta u podesan položaj da sjedi ili leži, ohrabrivati ga i ne ostavljati ga samog. Preporuke su da se svi pacijenti s bolom u grudima upute na snimanje EKG-a. Normalan EKG ne isključuje infarkt miokarda, potrebno je pozvati ljekara. Preporučuje se što hitnija primjena adekvatne terapije i stabilizacija stanja bolesnika.

4.6.1.5. Edukacija pacijenta i porodice, savjetovanje i podrška

Značajna uloga medicinske sestre/tehničara u zajednici je edukacija pacijenata i njihovih porodica o zdravstvenim problemima. U tom smislu, potrebno je:

- educirati pacijenta/porodicu o toku bolesti, te kontroli bola;
- potaknuti individualne preporuke za tjelesnu aktivnost, smanjenje stresa i adekvatnu ishranu;
- demonstrirati siguran program vježbi i tehnike opuštanja.

4.6.1.6. Uključivanje pacijenta i porodice u zdravstvenu njegu, značaj saradnje

Studije naglašavaju centralnu ulogu mreže podrške u menadžmentu KVB. Ističu se četiri komponente podrške: centralna uloga porodice (integriranost u sve faze zdravstvene njege), uloga vršnjaka – pomagača (olakšavajuća interakcija između osoba s istom bolešću, razmjena iskustava) online društvene mreže i zajednica. Uspješan tretman i menadžment KVB podrazumijeva uključenost pacijenta i porodice u proces zdravstvene njege te koordinaciju aktivnosti svih stručnjaka uključenih u ovaj proces.

Preporučuje se da:

- izgradite povjerenje kod pacijenta ispunjeno suosjećanjem;
- pobrinite se da pacijent razumije povezanost stila života i oboljenja;
- uključite pacijenta u identificiranje faktora rizika koje treba promijeniti;
- utvrdite potencijalne smetnje/barijere za promjene;
- pomozite pacijentu da napravi plan za promjenu stila života;
- budite realni i pružite podršku (npr. „bilo kakvo povećanje vježbanja je korisno i može poslužiti kao osnova“);
- pojačajte zalaganje pacijenta za promjene;
- pratite napredak kroz kontinuirane kontakte.

Najčešći razlozi zbog čega je ljudima teško promijeniti stil života su:

- socijalno-ekonomski status – nizak socijalno-ekonomski status, uključujući nizak nivo obrazovanja i niska primanja, smanjuje sposobnost za usvajanje promjena stila života;
- socijalna izolacija – osobe koje žive same češće imaju nezdrav stil života;
- stres – stres na poslu i kod kuće otežava usvajanje i održavanje zdravog stila života;
- negativne emocije – depresija, anksioznost i odbojnost ometaju promjenu stila života;
- složeni i zbunjujući savjeti.

4.6.1.7. Osposobljavanje pacijenta za život s hroničnom bolešću

Zdravstvena njega često se fokusira na medicinsko liječenje bolesti i ponašanja koja treba prilagoditi (tretmani, dijeta), uz malo obzira na upravljanje emocijama i posljedice bolesti. Različiti oblici i modaliteti podrške uključuju emocionalnu, socijalnu i psihosocijalnu podršku. Pacijenti izražavaju potrebu za psihološkom podrškom kako bi smanjili anksioznost i stres u vezi s različitim fazama bolesti. Pacijentima je važna podrška profesionalaca kako bi se osposobili za kontrolu svog zdravstvenog stanja. Implementacija programa njege zasnovanog na personaliziranim ciljevima, koji se, između ostalog, bavi psihosocijalnim aspektima bolesti, doprinosi osnaživanju pacijenata s hroničnom bolešću.

4.6.1.8. Savjetovanje pacijenta i porodice o prevenciji komplikacija

U cilju prevencije novih oštećenja i kardijalnih incidenata i njihovih komplikacija, potrebno je savjetovati pacijente i njihove porodice o značaju promjene životnog stila. U tom smislu, mogu im se podijeliti brošure ili priručnici koji su dostupni u ambulantama porodične medicine.

Prijedlozi savjeta za pomoć u promjeni ponašanja:

- izbjegavajte obilne obroke i jela koja izazivaju nadimanje;
- prakticirajte fizički napor bar jedan sat nakon obroka;
- ograničite korištenje soli i masti u ishrani;
- prestanite konzumirati alkoholna pića (žestoka pića utječu na deponiranje masnih naslaga na već postojećim ateromima);
- smanjite tjelesnu težinu;
- prestanite pušiti;
- izbjegavajte stres i velike ekscesivne fizičke napore;

- lagano se krećite pri hodu uzbrdo i nizbrdo;
- zabranjeno je nošenje tereta;
- sportske aktivnosti treba uvijek individualno odrediti prema prijedlogu kardiologa, a na osnovu testova opterećenja;
- ne mijenjajte samoinicijativno lijekove, nego samo po nalogu ljekara;
- redovno obavljajte kontrole po preporukama ljekara.

4.6.1.9. Tretman hroničnih rana

Rana predstavlja prekid kontinuiteta tkiva, a s obzirom na vrijeme cijeljenja, rane mogu biti akutne i hronične. Hronične rane u 80% slučajeva nastaju na potkoljenicama, uglavnom kao posljedica venske insuficijencije, a mali broj je arterijske etiologije. Hronične rane se dijele na tipične (venski ulkus, dekubitus i dijabetičko stopalo) i atipične (vrlo su rijetke, uzrokovane autoimunim poremećajima, infektivnim bolestima, malignim bolestima, raznim reakcijama na lijekove i dr.). Hronične rane su izuzetno bitne u zdravstvenom sistemu zato što predstavljaju veliki zdravstveni, ekonomski i socijalni problem, kako bolesnika, tako i društvene zajednice. Broj hroničnih rana u znatnom je porastu i to bi trebao biti motiv zdravstvenim ustanovama da omoguće i prilagode preventivne mjere kojima bi se pojava rana mogla spriječiti. S medicinskog stajališta, rane teško cijele, izazivaju mnogobrojne komplikacije koje na kraju mogu završiti amputacijom ekstremiteta ili smrću pacijenta. Primjena sestrinskih mjera i postupaka koji se zasnivaju na procjeni i analizi pacijentovih potreba, problema i mogućnosti tretmana hroničnih rana provodi se kroz proces zdravstvene njege. Nešto više o ovoj temi obradit će se u ovom priručniku u temi 4.9. Tretman rane.

4.6.1.10. Važnost redovnog i adekvatnog korištenja terapije

Dokumentirano je da se >60% pacijenata sa KVB ne pridržava propisane terapije. Asimptomatska priroda određenih KVB, kao što su hipertenzija (HTA) i hiperkolesterolemija, može doprinijeti visokim stopama nepridržavanja terapije jer pacijenti možda neće odmah uočiti korist od rutinskog uzimanja antihipertenziva ili lijekova za snižavanje lipida.

Međutim, nekorištenje lijekova za snižavanje lipida i HTA povezano je s većim brojem smrtnih slučajeva i drugih KVB incidenata. Potrebno je potaknuti pacijente da redovno koriste propisane lijekove. Osim toga, važno je kontinuirano naglašavati kompatibilnost terapijskog režima i načina života, te važnost prilagođavanja radnog okruženja kako bi se izbjegle moguće komplikacije.

4.6.1.11. Fizička aktivnost, prestanak pušenja, zdrava ishrana, promoviranje zdravih životnih stilova

Prestanak pušenja

Svi pušači trebaju dobiti profesionalnu podršku da trajno prestanu pušiti sve oblike duhana. U tom smislu, „5A“ može pomoći:

- A (ask) – pitajte: u svakoj prilici sistematski identificirajte sve pušače;
- A (assess) – procijenite: odredite stepen ovisnosti osobe i njenu/njegovu spremnost da prestatne pušiti;
- A (advise) – savjetujte: zalažite se da svi pušači prestanu pušiti;
- A (assist) – pomozite: podržite strategiju za prestanak pušenja, uključujući savjetovanje, terapiju zamjene nikotina i /ili farmakološku terapiju;
- A (arrange) – dogovorite raspored narednih posjeta/savjetovanja.

Zdrava ishrana

Sve osobe trebaju dobiti savjet o izboru hrane koja je povezana s nižim rizikom za pojavu KVB. Opće preporuke treba da odgovaraju lokalnoj kulturi življenja:

- hrana treba biti raznovrsna;
- energetska unos treba biti prilagođen;

- treba konzumirati što više voća, povrća, integralnih žitarica, hljeba, ribe (naročito masne), mršavog mesa, te mliječnih proizvoda s niskim procentom masnoće;
- zasićene masti zamijeniti s gore navedenim namirnicama, mononezasićenim i polinezasićenim mastima iz povrća i morske hrane s ciljem smanjenja ukupne masti na <30% energije, od kojih su manje od 1/3 zasićene;
- smanjiti unos soli izbjegavanjem kuhinjske soli i konzumiranjem svježih ili zaleđene nesoljene hrane. Mnoga obrađena i pripremljena hrana, uključujući hljeb, sadrži dosta soli.

Fizička aktivnost

- Pozitivan utjecaj na zdravlje ima skoro svako povećanje aktivnosti, malo vježbe ima dodatni efekat, prilika za vježbanje postoji i na poslu (npr. korištenje stepenica umjesto lifta);
- Pronaći ugodne aktivnosti koje se mogu raditi prilikom odmora;
- 30 minuta umjerene vježbe u toku većeg broja dana u sedmici smanjit će rizik i povećati kondiciju;
- Vježbanje s članovima porodice ili prijateljima poboljšava motivaciju;
- Dodatni korisni efekti fizičke aktivnosti uključuju svijest o blagostanju, smanjenju tjelesne težine i boljem samopouzdanju;
- Kontinuirano poticanje i podrška od strane zdravstvenih radnika mogu dugotrajno pomoći.

Tjelesna težina

- Povećana tjelesna težina je povezana s povećanim ukupnim i kardiovaskularnim mortalitetom i morbiditetom;
- Smanjenje tjelesne težine preporučuje se svim gojaznim osobama (indeks tjelesne mase – BMI ≥ 30 kg/m²) kao i osobama s prekomjernom tjelesnom težinom (BMI ≥ 25 i < 30 kg/m²);
- Smanjenje tjelesne težine preporučuje se muškarcima s obimom struka preko 102 cm i ženama s obimom struka preko 88 cm;
- Smanjenje ukupnog kalorijskog unosa i redovna fizička aktivnost su kamen temeljac kontrole tjelesne težine;
- Poboljšanje metabolizma centralne masti se vjerovatno javlja s vježbanjem čak i prije nego počne smanjenje tjelesne težine.

Krvni pritisak

Važno je kod svake osobe identificirati i tretirati sve faktore rizika. Osobe koje imaju KVB, dijabetes ili oboljenje bubrega su pod značajno povišenim rizikom i, ako je izvodljivo, poželjno je da imaju krvni pritisak TA<130/80. Za sve ostale osobe treba provjeriti SCORE rizik na tablicama za procjenu KV rizika (engl. Systematic Coronary Risk Evaluation). Pacijenti s oštećenjem ciljnih organa se tretiraju kao osobe s povišenim rizikom.

Masnoće

Osobe s ustanovljenom KVB, dijabetesom tip 2 ili 1 s mikroalbuminurijom ili s teškom hiperlipidemijom su pod visokim rizikom. Ciljne vrijednosti LDL holesterola (holesterol niske gustine) procjenjuju se prema SCORE tablicama za procjenu ukupnog kardiovaskularnog rizika.

Ključne poruke:

Primarna prevencija KVB karakterizira se kao strategija koja ima za cilj prevenciju nastanka ovih bolesti i usmjerena je na ljude koji su pod visokim rizikom od nastanka KVB.

Da bismo kao zdravstveni sistem dosegli ciljeve za kontrolu KVB, studije ukazuju na značaj integrirane kardiovaskularne njege koja zahtijeva cjelovit sistemski pristup kako bi se osiguralo da je osoba/pacijent postavljena u centar zdravstvene njege, čime se povećava njihovo zadovoljstvo.

Potrebna je izgradnja jakih liderskih vještina u zdravstvenoj njezi koja treba biti sastavni dio upravljanja strategijom integriranog sistema zdravstvene zaštite.

Prihvatanje novih tehnologija od suštinskog je značaja za osiguranje kontinuiteta kardiovaskularne njege.

Savjetuje se transdisciplinarni i multiorganizacijski pristup kako bi se osigurala najbolja praksa u integriranoj kardiovaskularnoj njezi.

Za prelazak na zdravstvenu njegu usmjerenu na osobu, potrebno je pokrenuti narativ o pacijentima s njihovim porodicama i kliničarima, uz zajedničko donošenje odluka i povećanje transparentnosti.

Reference:

1. World Health Organisation. The Family Health Nurse. Context, conceptual framework and curriculum. Copenhagen: WHO - Regional Office for Europe, 2000.
2. Geč T. Specifične negovalne diagnoze v patronažni zdravstveni negi. Maribor: Zdravstveni dom dr. dolfa Drolca, 2002 Lemon.
3. Projekat za razvoj porodične medicinske sestre – Bosna i Hercegovina, George Braun College, Toronto – Kanada 2001.
4. PAT; radna knjiga medicinski tehničar, 2007/2008.
5. Procedure (priručnik za medicinske sestre); Turid Elisabeth Martinsen UMSTS 2004.
6. Smith CM., Kućna poseta: Otvorimo vrata porodičnog zdravlja - Baltimor Universitet u Marilandu – škola za sestre 1980.
7. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice.
8. Fritz, Deborah PhD, APRN, FNP-BC; McKenzie, Patricia MSN, APRN, ANP-BC. Cardiac Assessment. Home Healthcare Now 33(9): p 466-472, 2015. (DOI: 10.1097/NHH.0000000000000308).
9. Loizeau, V., Morvillers, JM., Bertrand, D.P. et al. Defining an enabling environment for those with chronic disease: an integrative review. BMC Nurs 20, 252 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00741-w>
10. Knez S. Proces zdravstvene njege u zbrinjavanju kroničnih rana. file:///C:/Users/Larisa/Downloads/knez_sanja_unin_2017_zavrs_struc%20(1).pdf (25.12.23.)

Pitanja za završni ispit:

1. Kako se karakterizira primarna prevencija kardiovaskularnih bolesti (KVB)?
2. Koji faktor rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti (KVB) se može modificirati?
3. Šta se postiže integriranom kardiovaskularnom njegom, koja zahtijeva cjelovit sistemski pristup kako bi se osiguralo da se pacijent postavi u centar zdravstvene njege?

4.6.2. Zdravstvena njega pacijenata oboljelih od karcinoma

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Zdravstvena njega pacijenata oboljelih od karcinoma	– Predavanja - 60 minuta – Rad u grupama (napraviti plan sestrinske njege za različite slučajeve pacijenata oboljelih od karcinoma) - 30 minuta – Diskusija - 30 minuta

4.6.2. Zdravstvena njega pacijenata oboljelih od karcinoma

Gavran Larisa

4.6.2.1. Najučestalije vrste karcinoma u zemlji i okruženju

Maligne bolesti jedan su od vodećih uzroka obolijevanja i smrti širom svijeta. Procjenjuje se da su maligne bolesti uzrokovalе oko 10 miliona smrti u 2020. godini, što znači da je svaka šesta osoba u svijetu preminula od ove bolesti. Najučestalije su maligne bolesti dojke, pluća, debelog crijeva i rektuma, te prostate. Tako je u 2020. godini od karcinoma dojke oboljelo 2,26 miliona osoba; od karcinoma pluća 2,21 milion; od karcinoma debelog crijeva i rektuma 1,93 miliona; od karcinoma prostate 1,41 milion; od karcinoma kože (ne uključujući melanom) 1,20 miliona; i od želuca 1,09 miliona osoba. S druge strane, u 2020. godini najviše pacijenata je preminulo od karcinoma pluća – 1,80 miliona; karcinoma debelog crijeva i rektuma – 916.000; jetre – 830.000 i dojke – 685.000. Procjenjuje se da svake godine oko 400.000 djece oboli od neke maligne bolesti.

4.6.2.2. Riziko faktori za nastanak karcinoma po spolu

Sve više dokaza ukazuje na spolno specifične razlike u učestalosti i mortalitetu povezanim s određenim vrstama raka. Rak prostate, pluća i kolorektalni rak najčešće se javljaju kod muškaraca, dok su karcinom dojke, pluća i kolorektalni karcinom dominantni kod žena u Sjedinjenim Američkim Državama. Incidenca karcinoma štitnjače mnogo je veća kod žena, dok je incidenca karcinoma debelog crijeva, želuca i jetre veća kod muškaraca. Nadalje, rak mokraćne bešike i leukemija učestaliji su kod muškaraca nego kod žena. Kod pacijenata s kolorektalnim karcinomom, žene češće razvijaju desnostrani malignitet, dok se kod muškaraca bolest češće manifestira na lijevoj strani debelog crijeva. Uzrok dispariteta u lokaciji može biti posljedica razlika u nivou estrogena između muškaraca i žena.

Nepromijenjivi riziko faktori za nastanak karcinoma	Promijenjivi riziko faktori za nastanak karcinoma
● Starenje. Većina karcinoma dojke dijagnosticira se nakon 50. godine života. Što je muškarac stariji, veća je šansa da dobije rak prostate. ● Rasa. Afroamerikanci imaju veće šanse za rak prostate. ● Naslijeđe. Srodnici u prvom stepenu (otac, sin ili brat) koji je imao rak prostate, uključujući rođake u tri generacije sa majčine ili očeve strane obitelji. Obiteljska istorija raka dojke ili jajnika. ● Genetske mutacije. Žene koje su naslijedile promjene (mutacije) određenih gena, kao što su BRCA1 i BRCA 2, imaju veći rizik od raka dojke i jajnika. ● Reproduktivna historija. Početak menstruacije prije 12. godine i početak menopauze nakon 55.g. ● Guste grudi. Ženi hormoni duže rade, što povećava rizik od dobijanja raka dojke. ● Osobna anamneza raka dojke ili određenih nekancerogenih bolesti dojke. ● Prethodno liječenje zračenjem. Žene koje su imale terapiju zračenjem na grudima (na primjer, liječenje Hodgkinovog limfoma) prije 30. godine imaju veći rizik od dobijanja raka dojke kasnije u životu. ● HPV (humani papiloma virus) infekcija. ● Inflamatorne bolesti debelog crijeva. ● Genetski sindrom kao što je familijarna adenomatozna polipoza.	● Tjelesna neaktivnost. Žene koje nisu fizički aktivne imaju veći rizik od dobijanja raka dojke. ● Prekomjerna tjelesna težina ili gojaznost nakon menopauze. Starije žene koje imaju prekomjernu težinu ili gojaznost imaju veći rizik od obolijevanja od raka dojke od onih zdrave tjelesne težine. ● Uzimanje hormona. Neki oblici hormonske nadomjesne terapije (one koji uključuju estrogen i progesteron) koje se uzimaju tokom menopauze, mogu povećati rizik od raka dojke ako se uzima duže od pet godina. ● Reproduktivna historija. Imati prvu trudnoću nakon 30. godine, nedojenje i izostanak trudnoće u punom terminu može povećati rizik raka dojke. ● Konzumiranje alkohola. Istraživanja pokazuju da se rizik od raka dojke kod žena povećava što više alkohola pije. Konzumiranje alkohola povećava rizik od dobijanja pet vrsta raka, uključujući rak jetre i kolorektalni rak kod muškaraca. ● Pušenje. U Sjedinjenim Američkim Državama, pušenje cigareta je povezano sa oko 80% smrtnih slučajeva od raka pluća. Upotreba duhana može uzrokovati rak gotovo bilo gdje u vašem tijelu. Muškarci sa rakom prostate koji puše imaju veću vjerovatnoću da umru od raka prostate nego nepušači.

Slika 20. Riziko faktori za nastanak karcinoma

4.6.2.3. Skrining karcinoma

Prema američkom Centru za kontrolu i prevenciju bolesti (eng. Center for Disease Control and Prevention – CDC) skrining znači provjeru čovjekovog tijela na rak prije nego što se pojave simptomi bolesti. Redovnim skrining testiranjem može se rano otkriti karcinom dojke, grlića materice i debelog crijeva, kada je vjerovatnoća uspješnosti liječenja najveća. Skrining karcinoma pluća preporučuje se nekim osobama koje su pod visokim rizikom. Detaljnije o prevenciji i ranom otkrivanju bolesti nalazi se u nastavnoj jedinici 5.2.

Ovdje donosimo ukratko koja se testiranja rade u našoj zemlji:

- Mamografija za starosnu grupu žena od 50 do 69 godina starosti najbolji je način za rano otkrivanje raka dojke, kada ga je lakše liječiti i prije nego što postane dovoljno velik da izazove simptome.
- Papa test asimptomatskih žena starijih od 20 godina s Papa brisom svake tri godine. Ovim testom se mogu pronaći abnormalne ćelije u grliću materice koje mogu prerasti u rak. HPV test detektira virus koji može uzrokovati ove promjene ćelija. Papa testovi otkrivaju abnormalne ćelije u ranoj fazi, kada su šanse za izlječenje veoma velike.
- Kolorektalni karcinom se gotovo uvijek razvija od prekanceroznih polipa (abnormalnih izraslina) u debelom crijevu ili rektumu. Skrining testovi mogu otkriti prekancerozne polipe, koji se mogu ukloniti prije nego se pretvore u rak. Skrining testovi, također, mogu rano otkriti kolorektalni karcinom, kada liječenje daje najbolje rezultate. Provodi se kod rizičnih pacijenata s navršених 40 godina života.
- Za muškarce u dobi od 55 do 69 godina, odluka da se podvrgnu periodičnom skriningu za rak prostate na bazi prostata specifičnog antigena (PSA), treba biti individualna zato što kod nekih muškaraca skrining nudi malu potencijalnu korist za smanjenje smrtnosti od raka prostate.

4.6.2.4. Menadžment karcinomskog bola

Uzrok bola kod onkoloških bolesnika najčešće je posljedica promjena koje izaziva rast tumora i tumorskih ćelija, dok je rjeđe uzrokovan liječenjem (nuspojave liječenja) ili disfunkcijom nervnog sistema (neuropatska bol). Zbog naravi i proširenosti tumorske bolesti, ova vrsta boli je vrlo često hroničnog tipa. Bol traje duže vremena i uzrok bola kod uznapredovale tumorske bolesti, nažalost, ne može se ukloniti. U takvim stanjima bol definitivno negativno mijenja molekularne procese i funkcioniranje nervnog sistema, odnosno značajno narušava kvalitet života bolesnika.

Tipovi karcinomskog bola

Osobe s karcinomom mogu imati bol zbog same bolesti ili kao nuspojavu liječenja. Na osnovu anamneze i fizikalnog pregleda, ljekar će pokušati da identifikira uzrok bola. Napredak u dijagnostičkom imidžingu omogućava timu za njegu da mnogo preciznije otkrije uzroke bola. Karcinomski bol može biti direktno povezan s oštećenjem tkiva, s obzirom da karcinomi mogu uništiti ili pritisnuti tkiva, kosti ili živce, mogu uzrokovati blokade u tjelesnim šupljinama, kao što su probavni sistem, krvni i limfni sudovi. Osim toga, bol može nastati kao rezultat liječenja karcinoma, najčešće nakon operacije, ali može nastati i nakon hemoterapije, imunoterapije ili terapije zračenjem. Bolovi u mišićima mogu se razviti tokom ili nakon tretmana zbog nedostatka fizičke aktivnosti.

U odnosu na patofiziološke karakteristike, bol se dijeli na:

1. **Nociceptivni bol** – nastaje uslijed nadražaja nervnih završetaka (nociceptora) u koži, kostima, potpornim tkivima (somatski bol), ili unutrašnjim organima (visceralni bol).
2. **Neuropatski bol** – nastaje uslijed oštećenja centralnog i perifernog nervnog sistema tumorskom infiltracijom ili kompresijom.
3. **Psihogena bol** – nema organsku osnovu i obično se javlja kod osoba sa psihičkim poremećajima.

Barijere u menadžmentu bola

Identificirano je nekoliko prepreka povezanih sa zdravstvenim sistemom, medicinskim osobljem i pacijentima koje ometaju zdravstvene radnike u postizanju optimalnog upravljanja bolom. Barijere povezane sa zdravstvenim sistemom uključuju nedostatak jasno definiranih standarda i protokola za upravljanje bolom te ograničen pristup pacijenata stručnjacima za bol i analgeticima. Prepreke povezane s medicinskim osobljem uključuju neodgovarajuće znanje i vještine te nedostatak timskog rada. Primjeri su nedostatak znanja i lažna zabrinutost ljekara o razvoju ovisnosti i predoziranju. Prepreke povezane s medicinskim sestrama/tehničarima uključuju neadekvatno znanje, veliko radno opterećenje i nedostatak vremena. Nesklonost redovnom uzimanju analgetika, strah od nuspojava i ovisnosti primjeri su barijera povezanih s pacijentima. Edukacija predstavlja kamen temeljac svake efikasne strategije za uklanjanje svih prepreka i za postizanje optimalnog upravljanja bolom. Stoga bi upravljanje bolom trebalo biti srž i glavna tema nastavnog plana i programa svake medicinske škole i svih programa specijalizacije, tako da budući zdravstveni radnici nikada ne zaborave posvetiti se kvalitetnom upravljanju bolom pri bilo kojem susretu s pacijentom.

Nastavni vodiči za monitoring i kontrolu bola

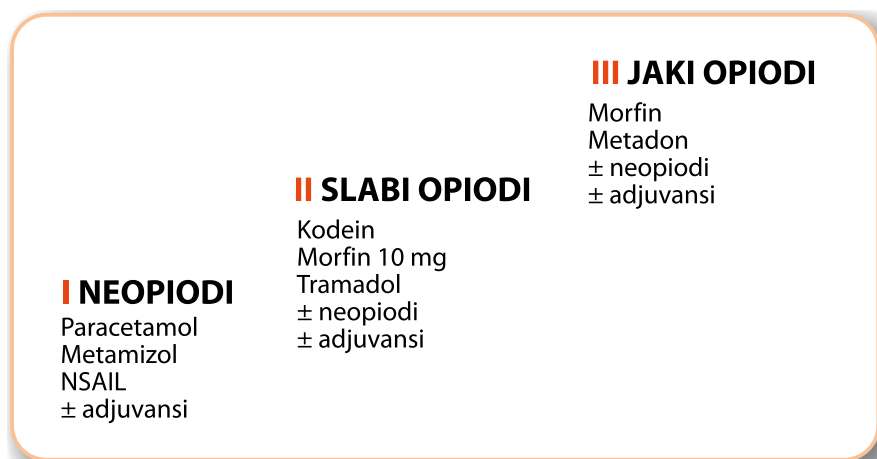
U svim dostupnim vodičima, bilo domaćim ili onim izrađenim od strane Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), mogu se pronaći preporuke o pristupu pacijentu s karcinomskim bolom, dijagnosticirati i procjeniti bola te terapiji karcinomskog bola. Vodiče je potrebno redovno ažurirati i adaptirati za lokalnu upotrebu te ih učiniti obligatornim za rad u svakodnevnoj praksi. Osnovni elementi u monitoringu i kontroli karcinomskog bola su: uočavanje postojanja bola, adekvatna procjena vrste, uzroka i intenziteta bola, izbor odgovarajuće vrste analgetske terapije, prevencija i tretman sporednih efekata analgetske terapije, redovno praćenje efekata tretmana, posmatranje bola u kontekstu ukupnog fizičkog i psihosocijalnog stanja pacijenta.

Za procjenu bola, medicinska sestra/tehničar u zajednici koristi alate za procjenu bola koji uključuju vizuelnu analognu skalu, numeričku i verbalnu skalu za bol, po potrebi toplomjer za bol ili skalu bolnog lica. Ovi alati služe kao monitor terapijskog uspjeha i evaluacije boli. Procjenu treba činiti regularno, a najmanje jednom dnevno, ukoliko analgezija nije efikasna. Upustvo za numeričku skalu: potrebno je da pacijent brojem označi jačinu svog bola – od nema bola 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – do najjača moguća bol.

0	1 2 3	4 5 6	7 8 9	10
Bez bola	Blagi bol	Umjereni bol	Jak bol	Neizdrživi bol

Tabela 25. Klasifikacija bola po intenzitetu

Modaliteti liječenja karcinomskog bola su: 1. liječenje osnovne bolesti, 2. medikamentozna terapija – primjena analgetika i adjuvantnih analgetika, 3. neurostimulativni tretman, 4. anesteziološke, neurolitičke i neurohirurške procedure, 5. psihoterapija, 6. modifikacija načina života, 7. tretman drugih aspekata bolesnikove patnje koji mogu da utječu na percepciju i terapiju bola (psiholoških, socijalnih, kulturoloških i spiritualnih). Medikamentozna terapija čini osnovu tretmana karcinomskog bola, kojom se on može uspješno suzbiti kod većine pacijenata. Korisnu orijentaciju u farmakoterapijskom zbrinjavanju bola, za većinu ljekara predstavlja analgetska skala SZO. Ipak, važno je naglasiti da izbor analgetika prije svega zavisi od intenziteta bola. Kod jakog karcinomskog bola, opravdano je uključivanje opoida od samog početka terapije.



Slika 21. Analgetska skala Svjetske zdravstvene organizacije

Avdić Mediha

4.6.2.5. Osposobljavanje pacijenta za život s dijagnozom karcinoma (edukacija pacijenta/porodice, ishrana, sprječavanje nastanka dekubitusa itd.)

Sestrinska njega pacijenata s malignim bolestima vrlo je kompleksna. Medicinske sestre/tehničari u zajednici preko raznih edukativnih i savjetodavnih aktivnosti pomažu u podizanju nivoa zdravstvene svijesti, volje i znanja o mogućim riziko faktorima malignih bolesti, usvajanju zdravih stilova življenja, potrebi redovne samokontrole zdravlja i potrebi redovnog medicinskog nadzora. Time pacijentima omogućavaju što uspješnije savladavanje nastalih poteškoća i sprječavanje mogućih komplikacija, a poticanjem samostalnosti bolesnika doprinose očuvanju zadovoljavajućeg kvaliteta života. Svako savjetovanje i podučavanje mora biti prilagođeno bolesniku, njegovoj zdravstvenoj, intelektualnoj, materijalnoj i socijalnoj situaciji, što podrazumijeva individualni i holistički pristup. Potrebno je zajedno s bolesnikom i njegovom porodicom/njegovateljem procijeniti i definirati probleme, provoditi ciljne intervencije u skladu s definiranim potrebama, znanjem i usvojenim vještinama samozbrinjavanja.

Strategija za edukaciju bolesnika:

- srdačno se predstaviti;
- provjeriti pacijentovo shvatanje njegove dijagnoze;
- komunicirati jasno i profesionalno upotrebljavajući jednostavan jezik;
- posmatrati neverbalnu komunikaciju pacijenta;
- upotrijebiti tehniku „demonstracije i vježbe“;
- potaknuti pacijenta na postavljanje pitanja i iskreno odgovarati na ista;
- znati primjereno reagirati na pacijentovo ponašanje i izjave;
- poštovati pacijentov izbor.

Kod bolesnika s malignim oboljenjem postoji veliki broj sestrinskih dijagnoza, a njihova vrsta zavisi od postupaka i dužine liječenja maligne bolesti.

Najčešći problemi, odnosno sestrinske dijagnoze su: smanjena mogućnost brige o sebi, visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine, bol, nedovoljan unos hrane, visok rizik za oštećenje kože, visok rizik za nastanak rane, visok rizik za nastanak infekcije, promjene spoljašnjeg izgleda (alopecija, kolostoma, ileostoma, nefrostoma), visok rizik za nastanak krvarenja, strah od smrti, strah/anksioznost, depresija/poremećaj raspoloženja, visok rizik za poremećaj seksualne aktivnosti te visok rizik za poremećaj stolice (opstipacija, proljev).

Iako razgovor s pacijentom koji pati od teškog oblika maligne bolesti može biti težak i emocionalno zahtjevan, iskrena komunikacija i izgradnja povjerenja ključni su za efikasno upravljanje simptomima i bolje prihvatanje trenutne situacije. Kvalitetna komunikacija podrazumijeva stvaranje međusobnog povjerenja, razmjenu informacija i donošenje odluka u vezi s procesom zdravstvene njege i terapijom. Izuzetno je važno da medicinske sestre/tehničari u zajednici aktivno rade na ohrabrivanju pacijenta, članova porodice, njegovatelja ili drugih bliskih osoba, potičući osjećaj povezanosti i pružajući podršku. Cilj je potaknuti pacijentovu autonomiju, unaprijediti njegovo funkcionalno stanje i poboljšati kvalitet života.

Prije nego što bude otpušten iz bolnice, pacijent koji je imao operativni zahvat dobit će smjernice o svom prehranbenom režimu, načinu ustajanja iz kreveta, fizičkom opterećenju te oprezu i izbjegavanju prevelikih napora tokom otprilike šest sedmica nakon operacije. Medicinska sestra/tehničar u zajednici trebala bi dodatno educirati pacijenta i provjeriti stepen razumijevanja ovih smjernica, te prema potrebi, osigurati i pisane smjernice i upute. Cilj edukacije i rehabilitacije je podržati uspješan ishod liječenja, poboljšati kvalitet života i vratiti pacijenta u normalan svakodnevni život. Medicinska rehabilitacija ima za svrhu osposobljavanje pacijenta za osnovne životne funkcije i mobilnost, koje su možda bile narušene tokom bolesti ili liječenja. Rehabilitacija uključuje profesionalnu i socijalnu rehabilitaciju, kojima se pacijent osposobljava za povratak na svoje prethodne radne obaveze ili za stjecanje novih vještina koje su mu potrebne. Važno je da se pacijent što prije vrati svom uobičajenom načinu života kakav je imao prije pojave bolesti. Savjetuje se postepeni povratak svakodnevnim aktivnostima, a konsultacija s fizijatrom je preporučljiva ukoliko pacijent primijeti da njegov oporavak napreduje sporije nego što se očekivalo. To zahtijeva svjesne napore s njegove strane, koje treba prihvatiti kao dio procesa oporavka.

Ograničeno kretanje, problemi sa spavanjem i higijenom mogu značajno utjecati na dobrobit pacijenta i tok njegovog oporavka. Medicinska sestra/tehničar u zajednici ima ključnu ulogu u procesu rehabilitacije pacijenata i poticanju njegovog povratka uobičajenim životnim aktivnostima što je prije moguće. Tokom bolesti, medicinska sestra/tehničar u zajednici pruža kontinuiranu njegu pacijentu i njegovoj porodici te im pruža potrebnu podršku, neovisno o ishodu bolesti/liječenja.

Najčešći problemi vezani za ishranu kod onkoloških pacijenata su anoreksija, promjene okusa, mučnina i povraćanje, upala sluznice usne šupljine i teško gutanje. Tokom liječenja i oporavka od malignih bolesti, izuzetno je važna pravilna ishrana prilagođena stanju organizma, fazi liječenja te reakciji na terapiju. Pravilna ishrana ne zahtijeva neophodno drastične promjene, već prilagođavanje trenutnom stanju i potrebama organizma. Za vrijeme liječenja savjetovati pacijenta da uzima kuhane, usitnjene, nezačinjene namirnice sobne temperature. Mora se obratiti pažnja i na druge komorbiditete koji mogu utjecati na ishranu (žučni kamenci, šećerna bolest itd.). Potrebno je piti veće količine negaziranih napitaka (neutralni čaj i voda). Savjetuje se i lagana fizička aktivnost, ovisno o stanju pacijenta.

Iako se ishrani treba pristupiti na individualnom nivou, ovo su neki savjeti koji mogu pomoći u pridržavanju uravnotežene ishrane:

- jesti uglavnom hranu biljnog porijekla – to znači ograničiti unos životinjskih proizvoda i uključiti više povrća i voća;
- povećati dnevni unos voća, povrća i cjelovitih žitarica. Dobro opće pravilo je nastojati jesti pet porcija povrća i dvije porcije voća dnevno (npr. jedna šoljica brokule je jedna porcija). Također, jesti više grahorica (npr. grah i leća);
- smanjiti unos prerađene hrane, crvenog mesa, životinjskih masnoća i alkohola;
- smanjiti unos visokokalorične hrane, kao što su slatki napici, brza hrana te slatkiši i bombone;
- ograničiti unos alkohola na najviše dva pića dnevno za muškarce te jedno piće dnevno za žene. Konzumacija alkohola tokom liječenja nije preporučljiva;
- smanjiti veličinu porcija i povećati učestalost obroka;
- smanjiti unos grickalica i broja obroka izvan kuće;

- povećati raznovrsnost hrane i osigurati prikladan unos hranjivih tvari;
- dodaci prehrani se ne preporučuju osobama s karcinomom, bez savjetovanja s ljekarom.

Kod onkoloških bolesnika veoma je važno pratiti tjelesnu težinu. Čak i mali gubitak tjelesne mase (manje od 5%) prije početka liječenja, povezan je s lošijim prognozama i smanjenim kvalitetom života bolesnika. Kod onkoloških pacijenata, operacija, hemoterapija, radioterapija i imunoterapija značajno utječu na unos hrane. Tokom liječenja zloćudnih bolesti mogu se pojaviti nuspojave koje utječu na unos hrane, kao što su promjene okusa i mirisa, ranice u ustima, suha usta, problemi s gutanjem, hronični umor, povraćanje, proljev, zatvor, bolovi, depresija, anksioznost, što može dovesti do pothranjenosti bolesnika te u konačnici rezultirati smanjenom sposobnošću organizma da se bori protiv infekcija.

Gubitak tjelesne mase i malnutricija (pothranjenost) prisutni su kod većine ovih bolesnika. Oko 20% bolesnika umire zbog pothranjenosti, a ne zbog same bolesti. Najvećem riziku od malnutricije izloženi su bolesnici s karcinomom pluća i probavnog sistema (želuca, debelog crijeva, rektuma, jetre i gušterače). Neke zloćudne bolesti, pogotovo rak gušterače i želuca, izazivaju izrazitu kaheksiju, pa bolesnici izgube 10-20% tjelesne mase. Osnovni uzrok tumorske kaheksije je složeno metaboličko stanje u čijoj je osnovi hiperkatabolizam. Smanjuje se sinteza bjelancevina, a povećava njihova razgradnja. Standardnom nutritivnom podrškom nije moguće zaustaviti tjelesno propadanje u sindromu tumorske anoreksije i kaheksije.

Posljedice malnutricije su povećan rizik za nastanak komplikacija, smanjen odgovor i tolerancija na liječenje, smanjenje kvaliteta života, niža stopa preživljavanja i povećanje troškova liječenja. Konzumacija odgovarajućih obroka i vrsta namirnica prije, tokom i nakon ciklusa liječenja zloćudnih bolesti, pomažu bolesniku u održavanju snage, boljem podnošenju neželjenih efekata lijekova i tretmana te doprinose boljem kvalitetu života. U ishranu se mogu uvrstiti i enteralni pripravci s ciljem prevencije gubitka tjelesne mase ili povratka izgubljenih kilograma tokom liječenja.

Vruća hrana isparava, što poslije hemoterapije, kada je pacijent osjetljiviji na mirise, može djelovati odbijajuće, pa je bolje jesti kad se hrana malo ohladi. Hemoterapija često ošteti sluznicu u ustima i izaziva suhoću, pa treba izbjegavati jako krutu hranu da se ne stvore dodatne komplikacije. Zbog moguće promjene okusa i mirisa, neka hrana bolesnicima ne odgovara, pa se treba prisiljavati jesti hranu koja je oboljeloj osobi u tom trenutku odbojna. Kod mučnine, povraćanja i proljeva preporučuju se česti mali obroci, lagana kuhana hrana te nadoknada tekućine i elektrolita.

Oboljelima mora biti osiguran adekvatan unos tekućine i elektrolita kako bi se spriječila dehidracija i hipovolemija. Ascites, edemi, povraćanje i proljevi rezultiraju povećanim gubitkom tekućine i elektrolita. Znakovi i simptomi dehidracije uključuju umor, akutni gubitak tjelesne mase, hipernatremiju, suhoću usta, tamnu mokraću jakog mirisa te smanjen volumen mokraće.

Oboljeli od malignih bolesti imaju visok rizik za pojavu dekubitusa uzrokovanog dugotrajnim ležanjem. Predilekcijska mjesta za nastanak dekubitusa su sva mjesta na tijelu s koštanim promijenjenostima. S obzirom na dubinu, dekubitus je podijeljen u četiri stepena. Svakodnevno posmatranje bolesnika u procesu zdravstvene njege vrlo je važno zbog prevencije dekubitusa i praćenja stanja bolesnika. Medicinska sestra/tehničar može pretpostaviti na kojim mjestima se on najčešće javlja i uz pojačani nadzor uočiti njegove prve znakove nastanka, te ga prevenirati. Javlja se kod težih bolesnika koji dugotrajno nepomično leže, a najčešće zahvata stariju dobnu grupu. U postupku prevencije nastanka dekubitusa vrlo je važno u skladu s postojećim skalama analizirati stanje bolesnika. Postoji nekoliko predloženih skala pomoću kojih se može procijeniti stepen rizika za nastanak dekubitusa. Najpoznatije su Braden skala (Prilog 4a) i Norton skala (Prilog 4b).

U planu zdravstvene njege kao kritični faktori za nastanak dekubitusa izdvajaju se: medicinska stanja/bolesti (hronične bolesti, metaboličke bolesti), iritacija tkiva, djelovanje faktora iz okoline, bol,

umor, kognitivni, senzorni i motorički deficit. Cilj je da pacijentova koža ostane intaktna i integritet kože da bude očuvan.

Intervencije koje se provode s tim u vezi su:

- procjena postojanja faktora rizika za dekubitus – Braden skala dva puta sedmično;
- dokumentiranje ranijih oštećenja kože i sadašnje stanje;
- osiguranje optimalne hidracije pacijenta;
- nadzor nad pojavom edema;
- održavanje higijene kože, kreveta i posteljnog rublja;
- mijenjanje položaja pacijenta u krevetu svakih 1-2 sata;
- korištenje antidekubitalnih madraca i jastuka;
- provođenje aktivnih i pasivnih vježbi te vježbi za cirkulaciju;
- edukacija porodice/njegovatelja o faktorima koji uzrokuju oštećenje kože i nastanak dekubitusa, te o mjerama prevencije.

4.6.2.6. Podrška pacijentu i porodici, uključivanje multidisciplinarnog tima

U okviru zdravstvene njege, medicinska sestra/tehničar u zajednici treba uspostaviti specifičan odnos s pacijentima koji će joj omogućiti da sazna bolesnikove probleme i brige, da pruži potrebne informacije i primijeni intervencije usmjerene rješavanju ili ublažavanju problema. Od velikog je značaja pružiti podršku bolesniku, ali i porodici, jer je porodica važan učesnik u njegovom prilagođavanju na malignu bolest. Psihološka podrška pacijentima i njihovim porodicama je od velike važnosti u trenucima kada prolaze kroz šok i stres suočavanja s dijagnozom, u trenucima straha, usamljenosti i demoraliziranosti između terapija, u stanjima kriza kada se bolest pogoršava, a prognoze nisu optimistične. Psihološka pomoć i podrška podrazumijevaju slušanje pacijentovih problema, razumijevanje njegovih potreba, ohrabrivanje i usmjeravanje te zajedničko sagledavanje problema i pronalaženje mogućih rješenja.

Porodica i prijatelji su od velikog značaja u pružanju podrške i pomoći oboljelom, ali oni to ne mogu obaviti kvalitetno kao profesionalci, prvenstveno jer su emocionalno uključeni. Oni im mogu ponuditi toplinu i bliskost. Stručnu psihološku podršku i pomoć pacijentima oboljelim od maligne bolesti i članovima njihovih porodica treba da pruže stručnjaci s dugogodišnjim iskustvom u oblasti pružanja informativne, emocionalne, psihološke i psihoterapijske pomoći. Ovakva vrsta pomoći može im unaprijediti kvalitet života i omogućiti im lakše suočavanje sa psihološkim problemima koji su posljedica malignih oboljenja. Cilj je da se poboljša kvalitet života oboljelih, da se preveniraju psihološki poremećaji, te da nauče prihvatiti svoju bolest. Istovremeno, stručna podrška potrebna je i porodici i prijateljima, da bi bili bolja podrška pacijentima, da bi ih razumjeli, ohrabрили i podržali u suočavanju s bolešću.

Psihološka podrška i pomoć je potrebna, ne samo osobama koje su tek saznale za dijagnozu malignog oboljenja, nego i onima koji se nalaze u fazi oporavka ili su već završili terapijske procedure, kao i članovima njihovih porodica. Obično se dešava da bolest cijelu porodicu potresa, sakuplja ih i približava, dok ponekad produbljuje porodične nesporazume i teškoće koje postoje od ranije. Bitno je da se stresna situacija što prije prevlada i da se održi kvalitetna komunikacija.

Kod osoba kod kojih je strah od maligne bolesti svakodnevno prisutan, primijećen je visoki stepen stresa, a dokazano je da stres loše utječe na imunološki sistem. Onkolozi tvrde da se u ljudskom tijelu javljaju maligne (kancerogene) ćelije, ali ako je imunitet jak, naš će ih organizam lako uništiti. Zato je važno misliti pozitivno i biti optimista. Depresija, strah i anksioznost vode u bolest i otežavaju liječenje.

U skladu s iskazanim potrebama pacijenta/porodice, medicinska sestra/tehničar u zajednici uključuje i druge stručnjake u rješavanje određenih problema i potreba pacijenata, kao što su psiholozi, socijalni radnici, stručnjaci centra za palijativnu negu, fizijatar, fizioterapeut, vjerski službenici i drugi. Timski pristup će dati značajne rezultate u pomoći i rješavanju iskazanih potreba i problema bole-

snika i njihovih porodica.

Ključne poruke:

Kako bi medicinska sestra/tehničar u zajednici provela adekvatnu zdravstvenu njegu pacijenata oboljelih od karcinoma, mora se kontinuirano educirati o načinima i preprekama optimalnog upravljanja karcinomske boli. Edukacijski programi za menadžment karcinomske boli trebali bi se održavati redovno za sve medicinsko osoblje. Posebnu pažnju treba posvetiti jačanju komunikacije i saradnje između ljekara i medicinskih sestara/tehničara kako bi radili kao jedan homogen tim. Procjena boli mora se provoditi rutinski sa svakim pacijentom u svakom kliničkom okruženju. Potrebno je uvesti standardne protokole za kontrolu boli i pažljivo ih pratiti. Trebalo bi zakonski regulirati olakšanje pristupa svim analgeticima za tretman karcinomske boli.

Psihološka podrška pacijentima i njihovim porodicama/njegovateljima od velike je važnosti u trenucima kada prolaze kroz šok i stres suočavanja s dijagnozom, u trenucima straha, usamljenosti i demoraliziranosti između terapija, u stanjima kriza kada se bolest pogoršava, a prognoze nisu optimistične.

U skladu s iskazanim potrebama pacijenta/porodice, medicinska sestra/tehničar u zajednici uključuje i druge stručnjake u rješavanje određenih problema i potreba pacijenata, kao što su psiholozi, socijalni radnici, stručnjaci centra za palijativnu njegu, fizijatar, fizioterapeut, vjerski službenici i drugi.

Reference:

1. Kim HI, Lim H, Moon A. Sex Differences in Cancer: Epidemiology, Genetics and Therapy. *Biomol Ther* (Seoul). 2018;26(4):335-342. doi: 10.4062/biomolther.2018.103. PMID: 29949843; PMCID: PMC6029678.
2. Stanetić K, Petrović V, Savić S. Promocija zdravlja. Medicinski fakultet Banja Luka: Banja Luka, 2023.
3. Sivić S. Osnovi preventivne medicine, Medicinski fakultet u Zenici: Zenica, 2021.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Risk Factors and Cancer. https://www.cdc.gov/cancer/risk_factors.htm (02.01.2024.)
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Screening Tests. <https://www.cdc.gov/cancer/dcpc/prevention/screening.htm> (02.01.2024.)
6. Hrvatsko društvo za liječenje boli Hrvatskog liječničkog zbora. Smjernice za liječenje karcinomske boli odraslih. <https://hdlb.org/publikacije/publikacije-za-zdravstvene-djelatnike/smjernice-za-liječenje-karcinomske-boli-odraslih-3/> (02.01.2024).
7. Al-Mahrezi A. Towards Effective Pain Management: Breaking the Barriers. *Oman Med J*. 2017; 32(5):357-358. doi: 10.5001/omj.2017.69. PMID: 29026465; PMCID: PMC5632690.
8. Ministarstvo zdravlja Kantona Sarajevo. Institut za naučnoistraživački rad i razvoj Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu. Vodič za suzbijanje karcinomskog bola. Sarajevo, 2004. <https://judzks.ba/wp-content/uploads/2018/09/MZ-vodic-za-suzbijanje-karcinomskog-bola.pdf> (02.01.2024).
9. Prehrana onkoloških bolesnika, dostupno na: <https://www.svezanju.hr/prehrana-onkoloskih-bolesnika/> (10.02.2024).
10. Psihološka podrška i pomoć oboljelih od maligne bolesti, dostupno na: https://www.mojapluka.ba/wp-content/uploads/2012/12/PSIHOLO%C5%A0KA-PODR%C5%A0KA-ONK_-za-prof.pdf (10.02.2024).
11. Mojsović Z i suradnici, Sestrinstvo u zajednici, Zdravstveno Veleučilište, Zagreb, 2007.

Pitanja za završni ispit:

1. Koji od navedenih spadaju u nepromijenjive riziko faktore za nastanak karcinoma?
2. Koji alati za procjenu karcinomske boli su najkorisniji?
3. Koja je jedna od važnih strategija prilikom edukacije bolesnika?

4.6.3. Zdravstvena nega pacijenta s respiratornim oboljenjima

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Zdravstvena nega pacijenta s respiratornim oboljenjima	– Predavanja - 30 minuta – Rad u grupama (napraviti plan sestrinske njege za različite slučajeve pacijenata oboljelih od respiratornih bolesti) - 15 minuta – Diskusija - 15 minuta

4.6.3. Zdravstvena njega pacijenta s respiratornim oboljenjima

Gavran Larisa

4.6.3.1. Najčešća respiratorna oboljenja

Respiratorne bolesti su sve bolesti i poremećaji dišnih puteva i pluća koji utječu na disanje. Bolesti respiratornog sistema mogu zahvatiti bilo koju od struktura i organa koji imaju veze s disanjem, uključujući nosne šupljine, ždrijelo (ili grlo), grkljan, dušnik, bronhije i bronhirole, tkivo pluća i respiratorne mišiće grudnog koša. Postoje dvije vrste respiratornih bolesti i poremećaja: infektivne i hronične. Plućne infekcije su najčešće bakterijske ili virusne. Kod virusnog tipa, patogeni se razmnožavaju unutar ćelija i izazivaju bolest kao što je gripa. Ljudi s oslabljenim plućima i imunološkim sistemom podložniji su infektivnim respiratornim bolestima.

Bakterijske infekcije respiratornog sistema

Upaljeno grlo jedan je od češćih simptoma zbog kojih se pacijenti javljaju ljekaru. Faringitis je klinički entitet koji obuhvata simptome grlobolje, groznice i upale ždrijela. Najčešće se javlja kod mladih, posebno kod djece do 15 godina. Većinom se javlja zimi, što odgovara periodu pojave respiratornih virusa. Faringitisi mogu biti uzrokovani virusima, bakterijama ili nekim drugim neinfektivnim uzročnicima.

Pneumonija iz opće populacije, odnosno stečena u zajednici (engl. community acquired pneumonia – CAP) je akutna upala plućnog parenhima. Najčešći uzročnik je *Streptococcus pneumoniae*. Riziko faktori za nastanak CAP su: starija dob, imunokompromitiranost (npr. maligne bolesti), ozbiljne povrede, postoperativni tretman, komorbiditeti, plućne bolesti (KOPB, emfizem, cistična fibroza), pušenje, izloženost otrovnim gasovima, alkoholizam i bolesti ovisnosti. Britansko torakalno društvo predložilo je jednostavniji sistem procjene težine pneumonije nazvan CURB – 65. Ovaj sistem se sastoji od procjene 6 indikatora s ukupnim skorom od 0 do 6: pojava nove konfuznosti i dezorijentacija prema osobama, prostoru, vremenu ili rezultat na skraćenom mentalnom testu ≤ 8 ; urea > 7 mmol/l, respiracije ≥ 30 /min; sistolni KP < 90 mm Hg ili; dijastolni KP ≤ 60 mm Hg); te dob ≥ 65 . Teška pneumonija se definira skorom 3 i više.

Virusne infekcije respiratornog sistema

Akutne respiratorne bolesti uzrokuje veliki broj virusa. Prehlada je često virusnog porijekla, može uzrokovati upalu dušnika i laringitis, a može se proširiti i na donje bronhijalno stablo. Faringitis je također najčešće virusne etiologije, a u njegovom liječenju se preporučuje propisivanje nesteroidnih antiinflamatornih lijekova (NSAID-a) za tretiranje boli. Virus gripe istovremeno napada mnoge organske sisteme, ali su primarna mjesta replikacije virusa alveolarne ćelije pluća. Tu se virus višestruko umnožava u roku od 24 sata. Teški traheitis, bronhitis i bronhiolitis se često javljaju istovremeno. Drugi oblik poremećaja je virusna pneumonija, kod koje je prepoznatljivo prisustvo pjegavih područja atelektaze, ili djelomičnog kolapsa plućnog tkiva, bez ekstenzivnog zahvatanja bronhijalnog stabla. Sva ova stanja su opasnija kod male djece i kod starijih osoba.

Hronične bolesti pluća uključuju dvije glavne klase poremećaja: opstruktivne i restriktivne.

Opstruktivna stanja podrazumijevaju blokirane ili sužene dišne puteve, od kojih su najučestalije hronična opstruktivna plućna bolest (HOPB) i astma. Procjenjuje se da 65 miliona ljudi ima umjerenu do tešku HOPB, od koje svake godine umre oko tri miliona ljudi. S druge strane, procjenjuje se da oko 334 miliona ljudi boluje od astme, koja je inače najčešća hronična bolest u djetinstvu i koja pogađa oko 14% djece u svijetu.

Kod restriktivnih stanja, smanjen je volumen zraka koji pluća mogu zadržati, a pluća mogu izgubiti

i elastičnost ili sposobnost širenja (npr. plućna fibroza, sarkoidoza i rak pluća). Najčešća smrtonosna neoplazma u svijetu je rak pluća od kojeg svake godine umire 1,6 miliona ljudi, sa stalnom tendencijom porasta broja slučajeva.

4.6.3.2. Astma – uzroci, prevencija astmatičnih napada i liječenje

Astma je heterogena bolest, obično karakterizirana hroničnom upalom dišnih puteva i historijom respiratornih simptoma, kao što su otežano disanje, stezanje u prsima i kašalj, koji variraju tokom vremena i različitog su intenziteta. Hronična upala uzrokuje preosjetljivost koja dovodi do epizoda vrtoglavice, nedostatka zraka, osjetljivosti u prsima i kašlja, posebno noću ili ujutro. Te su epizode uzrokovane široko rasprostranjenom, ali promjenjivom opstrukcijom dišnih puteva koja je reverzibilna, bilo spontano ili nakon liječenja. Tačna etiologija astme je nepoznata. Osim genetske predispozicije, najvjerovatniji uzrok je interakcija između osjetljivosti domaćina (pacijenta) i faktora okoliša. Faktori domaćina uključuju genetsku predispoziciju, atopiju (sklonost alergijama), te abnormalnu proizvodnju upalnih medijatora (npr. leukotriena). Okolinski faktori (okidači) uključuju duhanski dim, onečišćenje, vježbanje, hiperventilaciju i udisanje hladnog zraka. Dijagnoza astme uključuje historiju početaka simptoma, fizikalni pregled, mjerenje plućne funkcije, mjerenje alergijskog statusa i prepoznavanje riziko faktora. Testovi plućne funkcije (mjerenje vršnog protoka) su osjetljiviji i pouzdaniji od pregleda i smatraju se zlatnim standardom za dijagnostiku i kontrolu astme. Najpouzdaniji testovi su forsirani izdisajni volumen u jednoj sekundi (FEV₁) te mjerenje vršnog protoka (PEF).

Prevencija astmatičnih napada

Medicinska sestra/tehničar u zajednici bi educiranjem pacijentata mogla prevenirati napade astme i utjecati na smanjenje broja egzacerbacija. Potrebno je educirati pacijente da se napad astme može dogoditi kada su pacijenti izloženi „okidačima astme“, koji mogu značajno varirati od osobe do osobe. Stoga pacijenti trebaju poznavati svoje okidače i naučiti kako ih izbjegavati. Neki od najčešćih okidača su duhanski dim, grinje, zagađenje vanjskog zraka, alergeni (žohari, kućni ljubimci, plijesan, dim od spaljivanja drva ili trave) i infekcije poput gripe.

Liječenje astme

Ciljevi liječenja astme su olakšanje i kontrola simptoma, smanjenje rizika od ozbiljnih egzacerbacija i minimiziranje štetnih efekata liječenja (oralni kortikosteroidi i prekomjerna upotreba kratkodjelujućih beta 2-agonista – SABA). Odrasli, adolescenti i djeca dobi od 6 do 11 godina trebaju primati lijekove koji sadrže inhalacijske kortikosteroide (ICS) i ne smiju se liječiti samo sa SABA.

Strategija Globalne inicijative za astmu (eng. Global Initiative for Asthma – GINA) za 2023. godinu zbog jednostavnosti dijeli liječenje za odrasle i adolescente u dva „slijeda“:

- **Slijed 1** – lijek za oslobađanje simptoma i kontrolu je protuupalno sredstvo i terapija s kombinacijom ICS-formoterolom, i ovo je poželjna opcija liječenja;
- **Slijed 2** – koristi SABA kao sredstvo za oslobađanje simptoma uz zasebni inhalator za kontrolu simptoma i predstavlja alternativni pristup liječenju.

Liječenje astme također uključuje liječenje promjenjivih faktora rizika i komorbiditeta, redovnu i pravilnu primjenu tehnike inhaliranja, nefarmakološke metode i edukaciju o samokontroli astme. Sve osobe s astmom trebale bi imati pismeni akcijski plan, prilagođen vrsti lijeka za ublažavanje astme, te bi ga trebalo redovno procjenjivati i ažurirati.

4.6.3.3. Hronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) – definicija, uzroci i riziko faktori, stepen razvoja bronhitisa, edukacija o liječenju niskoprotočnim kisikom u kući

Prema Globalnoj inicijativi za hroničnu opstruktivnu bolest pluća (eng. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD), hronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) je heterogeno stanje pluća koje karakteriziraju hronični respiratorni simptomi (dispneja, kašalj, stvaranje sputuma i/

ili egzacerbacije) zbog abnormalnosti dišnih puteva (bronhitis, bronhiolitis) i/ili alveola (emfizem) koje uzrokuju trajnu, često progresivnu opstrukciju protoka zraka.

KOPB je jedna od tri glavna uzroka smrtnosti širom svijeta (npr. uzrokovala je tri miliona smrtnih slučajeva u 2012. godini). Prevalenca KOPB je često direktno povezana s prevalencom pušenja duhana, ali i onečišćenje zraka u kućanstvu (posljedica izgaranja drva i drugih goriva iz biomase). KOPB nastaje kao posljedica interakcije gena i okolišnih faktora koji mogu oštetiti pluća i/ili promijeniti njihov normalan razvoj, tj. proces starenja. Najčešći okolišni faktori koji dovode do KOPB su pušenje, udisanje otrovnih čestica i plinova iz onečišćenog zraka u kućanstvu i na otvorenom. Faktori domaćina, uključujući abnormalni razvoj pluća i ubrzano starenje pluća, također mogu doprinijeti nastanku KOPB. Najrelevantniji (iako rijedak) dosad identificiran genetski faktor rizika za KOPB je mutacija u SERPINA1 genu koji dovodi do nedostatka α -1 antitripsina.

Dijagnostički kriterij za KOPB je prisutnost nepotpuno reverzibilnog protoka zraka (tj. FEV1/FVC < 0,7 nakon bronhodilatacije) mjereno spirometrijom. Bolesnici s KOPB obično se žale na dispneju, ograničenje aktivnosti i/ili kašalj sa ili bez stvaranja sputuma te moguće akutne respiratorne događaje karakterizirane pojačanim respiratornim simptomima (egzacerbacijama), što zahtijeva specifične preventivne i terapijske mjere. GOLD smjernice preporučuju terapiju KOPB prema procjeni simptoma i historiji egzacerbacija u prošloj godini (prema ABE alatu). Za procjenu simptoma koristi se modificirani upitnik medicinskih istraživanja o dispneji (eng. modified Medical Research Dyspnoea Questionnaire - mMRC) i test za procjenu KOPB (eng. COPD Assessment Test - CAT). CAT upitnik odnosi se na tjelesno i mentalno zdravlje pacijenata, te procjenu njihovog svakodnevnog funkcioniranja. Rezultati testa koriste se za što bolje zbrinjavanje pacijenata s ciljem maksimalnog smanjenja utjecaja bolesti na kvalitet njihovog života.

Bronhitis uključuje iritaciju i upalu dišnih puteva. Akutni i hronični bronhitis imaju slične simptome, uključujući suhi ili produktivni kašalj i otežano disanje. Međutim, to su različite bolesti koje traju različito dugo. Akutni i hronični bronhitis dijele mnoge iste simptome jer su oba uzrokovana upalom bronha. Najčešći simptomi uključuju: suhi kašalj, produktivan kašalj (koji stvara gustu i/ili obojenu sluz), začepljenje sinusa, kratkoću daha, hripajući kašalj, umor, bolove u tijelu ili zimicu te nelagodu u prsima (zbog kašlja).

Akutni bronhitis karakterizira kratkotrajna bolest, uzrokovana infekcijom koja traje nekoliko dana ili sedmica, povišena temperatura, kihanje i curenje nosa. Simptomi akutnog bronhitisa obično počinju curenjem nosa, bolnim grlom, produktivnim kašljem i blagom temperaturom. Tri ili četiri dana kasnije može se razviti suhi kašalj. U većini slučajeva akutni bronhitis uzrokuje virus. Akutni bronhitis obično prolazi sam od sebe, ali ako je uzrokovan bakterijskom infekcijom, može zahtijevati i liječenje.

Hronični bronhitis karakterizira produktivan kašalj dugoročnog trajanja od najmanje tri mjeseca unutar dvije uzastopne godine, stezanje ili bol u prsima, stalni umor, oticanje gležnjeva, stopala i ponekad nogu i grlobolja. Nije izlječiv, ali simptomi se mogu kontrolirati lijekovima.

Edukacija o liječenju niskoprotočnim kisikom u kući

Dugotrajna primjena kisika (>15 sati dnevno) kod bolesnika s hroničnim respiratornim zatajenjem, pokazala je povećano preživljavanje bolesnika s teškom hipoksemijom u mirovanju.

Prema GOLD smjernicama, dugotrajna terapija kisikom indicirana je za stabilne pacijente koji imaju:

- PaO₂ na ili ispod 55 mmHg (7,3 kPa) ili SaO₂ na ili ispod 88%, sa ili bez potvrđene hiperkapnije dva puta u periodu od tri nedjelje; ili
- PaO₂ između 55 mmHg (7,3 kPa) i 60 mmHg (8,0 kPa), ili SaO₂ od 88%, ako postoje dokazi o plućnoj hipertenziji, perifernom edemu koji ukazuje na kongestivno zatajenje srca ili politemija (hematokrit > 55%).

Nakon što se postavi na dugotrajnu terapiju kisikom, pacijenta treba ponovno procijeniti nakon 60 do 90 dana s ponovljenim plinskom analizom arterijske krvi ili mjerenjem zasićenosti kisikom za

vrijeme udisaja sobnog zraka i nivoa protoka kisika koja je propisana. Potrebno je utvrditi da li je kisik i dalje indiciran.

4.6.3.4. Tuberkuloza – kliničke manifestacije, edukacija o uzimanju sputuma, edukacija o liječenju i pravilnom korištenju terapije, edukacija o opasnostima zaraze za ukućane

Tuberkuloza (TBC) je zarazna bolest uzrokovana bacilom tuberkuloze, *Mycobacterium tuberculosis*, koji prvenstveno zahvata pluća, ali se može pojaviti i u bilo kojem drugom organu (koži, mozgu, kostima, zglobovima, limfnim čvorovima, probavnom, genitalnom, mokraćnom sistemu i dr.). Povećan rizik za obolijevanje imaju djeca do tri mjeseca, osobe starije životne dobi, HIV pozitivne osobe, ovisnici o drogama i alkoholu, pušači, te osobe pod dugotrajnom imunosupresivnom terapijom. Ljekari pasivnom metodom identificiraju suspektne slučajeve tuberkuloze na osnovu simptomatologije (kašalj duži od četiri sedmice, zamor, gubitak apetita, malaksalost, znojenje, povišena temperatura, hemoptizije), te upućuju bolesnike u dispanzer za plućne bolesti i tuberkulozu pri domu zdravlja. Aktivnim traganjem detektiraju se njihovi kontakti. Simptomi kod aktivne plućne tuberkuloze su dugotrajni, traju više od tri sedmice i uključuju kašalj, bolove u prsima, krvave iskašljaje, opću slabost, gubitak tjelesne težine, umor, groznica, temperatura i noćno znojenje.

Liječenje tuberkuloze se provodi primjenom antituberkulinskih lijekova u standardiziranim režimima koje preporučuje i podržava Svjetska zdravstvena organizacija (SZO). Za liječenje novootkrivenih slučajeva plućne ili vanplućne tuberkuloze primjenjuje se standardizirani dvojni režim u trajanju od šest mjeseci. Inicijalna faza traje dva mjeseca tokom koje se primjenjuju četiri antituberkulotika: rifampicin, izoniazid, pirazinamid i etambutol. Zatim slijedi stabilizacijska faza koja traje četiri mjeseca tokom koje se primjenjuju dva antituberkulotika: rifampicin i izoniazid.

Sputum se sakuplja tako što pacijent prvo ispere usta vodom (odstrane se eventualni ostaci hrane i neke bakterije iz usta). Pacijent zatim duboko udahne dva puta, zadržavajući dah nekoliko sekundi, te potom polagano izdahne. Treći put udahne duboko i brzo izdahne, te četvrti put udahne duboko i onda se nakašlje, što rezultira ispljuvkom od bistrog do svijetlozelenog, krvavog ili smeđeg, gnojnog sputuma u količini od 3 do 5 ml. Ako bolesnik ne može iskašljati sputum, daju se ekspetoransi do nekoliko dana, te se od bolesnika ponovo uzima sputum na prethodno opisani način. Uzimaju se tri uzorka sputuma: jedan – kada pacijent dođe na ljekarski pregled, drugi – rano, slijedećeg jutra, te treći – kada istog dana dođe na pregled, ili tri jutra uzastopno.

Tuberkuloza je kapljična infekcija koja se zrakom širi s oboljele osobe na zdrave osobe. Bakterije se nalaze u sitnim kapljicama koje nastaju kao aerosol prilikom kašljanja, kihanja ili govora zaražene osobe. Te kapljice mogu udahnuti osobe koje se nalaze u blizini i inficirati se. Udisanjem, bakterije dospiju do pluća gdje se razmnožavaju, a iz pluća se mogu dalje širiti u bilo koji organ u tijelu. Plućna tuberkuloza i tuberkuloza grkljana naročito su zarazne, a zarazi su posebno izložene osobe koje su duže (svakodnevno) i u bliskom kontaktu s TBC aktivnim bolesnikom (prvenstveno članovi porodice, prijatelji, radne kolege, osobe u prenapučenom smještaju i sl.). Ostali izvanplućni oblici tuberkuloze obično nisu zarazni za okolinu, iako mokraća i ostale izlučevine teoretski mogu biti izvor zaraze, ali rijetko mogu izazvati bolest jer sadrže relativno mali broj bakterija.

Potrebno je da medicinska sestra/tehničar u zajednici zagovara značaj vakcinacije protiv tuberkuloze kao preventivnu mjeru jer štiti djecu od ozbiljnih oblika tuberkuloze (meningitisa i milijarne tuberkuloze), dok je zaštita od plućnog oblika bolesti oko 50%. Nažalost, vakcina ne štiti od obolijevanja u odrasloj dobi, niti trenutno postoji bolja vakcina od BCG-a.

4.6.3.5. Uzimanje sestrinske anamneze i preventivne mjere – smanjivanje utjecaja okidača (trigera); sestrinski menadžment - zdravstveno podučavanje pacijenta/porodice/njegovatelja o upotrebi pumpice, o pravilnom i redovnom uzimanju terapije, alergenima, djelovanju na organizam, preveniranju sezonskih alergija, upotrebi *peak-flowa*, kortikosteroidima; savjetovanje o terapiji kisikom; izrada plana sestrinske njege

Uzimanje sestrinske anamneze omogućava:

1. Prepoznavanje/dijagnosticiranje problema;
2. Prepoznavanje uzroka/faktora koji utječu na problem;
3. Prepoznavanje osobitosti koje omogućuju prilagođavanje ciljeva i sestrinskih intervencija pacijentovim navikama, očekivanjima i iskustvu.

Medicinska sestra/tehničar u zajednici u svom radu u zajednici koristi obrazac PAT 2 – Sestrinska anamneza (Prilog 3a), koji je obavezujući u skladu s Pravilnikom o obliku i sadržaju osnovne medicinske dokumentacije. Iako je farmakološki tretman veoma efikasan u kontroli simptoma respiratornih oboljenja i poboljšanju kvaliteta života, sva pažnja treba biti usmjerena na mjere prevencije ovih bolesti.

Edukacija bolesnika i članova njegove porodice ili njegovatelja jedna je od najvažnijih intervencija medicinske sestre/tehničara u zajednici. Edukacija osigurava stjecanje neophodnog znanja za razumijevanje mehanizma bolesti i liječenja, te vještine neophodne za samozbrinjavanje. Ključne teme za edukaciju su:

- anatomija, fiziologija i patofiziologija respiratornog sistema, važnost liječenja;
- pravilno provođenje pojedinih terapijskih postupaka, kao što je inhalacija, pravilna primjena antibiotika, redovno uzimanje trajne terapije (npr. bronhodilatatora), diuretika i sl.;
- oksigenoterapija – izvori kisika, pribor i pravilna aplikacija kisika, sigurnosno-tehnički zahtjevi, nuspojave, komplikacije i njihovo ublažavanje, te mjere prevencije;
- fizikalna terapija – isticanje važnosti pojedinih vježbi, koordinacija s fizioterapeutom pri savladavanju njihove primjene, vježbe disanja, toaleta dišnih puteva, tehnike iskašljavanja, kondicijski trening, te vježbe relaksacije;
- prepoznavanje simptoma pogoršanja osnovne bolesti i simptoma respiratorne infekcije (pojačani kašalj, obojeni iskašljaj, hroptanje, dispnea, cijanoza, periferni edemi i sl.).

Higijensko-dijetetske mjere prevencije:

- suzdržavanje od alkohola i pušenja;
- postizanje i održavanje idealne tjelesne težine;
- zdrava ishrana;
- uzimanje tekućine (2l dnevno, ako nije kontraindicirano);
- adekvatni mikroklimatski uvjeti u prostoriji (temperatura, vlažnost zraka i prozračnost);
- održavanje lične higijene.

Prilikom edukacije vrši se i procjena početnog i usvojenog znanja, prema kojem se planira nastavak edukacije. Proces edukacije treba prilagoditi kognitivnim sposobnostima i mogućnostima svakog bolesnika. Medicinska sestra/tehničar u zajednici priprema i provodi plan zdravstvene njege koji je kontinuiran proces, s konkretnim ciljevima, koji se vremenom mijenjaju u skladu s usvojenim znanjem i ponašanjem pacijenta.

Inhalacijska terapija je najdjelotvorniji oblik terapije jer dovodi lijek direktno u pluća, izbjegavajući efekte lijeka na ostale organe, tj. sistemske nuspojave. Na ovaj način, moguće je primijeniti puno manju dozu lijeka da bi se postigao jednak terapijski učinak kao npr. nakon primjene tableta. Najpreciznija primjena inhalacijske terapije postiže se korištenjem sofisticiranih inhalatora koji zbog svoje veličine i cijene, nažalost, nisu praktični za individualnu primjenu (kompresorski ili ultrazvučni

inhalatori s maskom ili usnim nastavkom) te se uglavnom primjenjuju samo u zdravstvenim ustanovama.

Drugi način primjene inhalacijske terapije podrazumijeva korištenje specijalnih spremnika za doziranje lijeka (inhaleri) koji su mali i prikladni za individualnu upotrebu. Postoje četiri tipa aplikatora:

- MDI – višedozni inhaler (“metered dose inhaler”, poznatiji kao pumpica ili sprej);
- DPI – inhaler sa suhim prahom (“dry powder inhaler”, pod nazivom diskus ili kolutić);
- Turbuhaler (sadrži lijek u prahu);
- Novolizer (višedozni inhalator suhog praha).

Postoji važna razlika između ovih aplikatora. Pumpica je zapravo spremnik pod pritiskom u kojem se lijek nalazi pomiješan s potisnim plinom. Nakon potiska pumpice, lijek će iz spremnika izletjeti zajedno s potisnim plinom. Diskus i turbuhaler ne sadrže potisni plin i nisu pod pritiskom. Lijek iz ovih spremnika neće sam izletjeti, već ga korisnik mora u pluća unijeti vlastitom snagom udaha (usisati ga u pluća). Upravo zbog ovih razloga važno je znati pravilno primijeniti ove aplikatore kako bi lijek zaista stigao u pluća.

Smjernice za pravilnu primjenu lijeka putem pumpice (MDI-a)

- Voditi računa da je bočica s lijekom čvrsto i u potpunosti umetnuta u inhalator;
- Otkloniti zaštitni dio za usta i, držeći inhalator uspravno, protresti ga 3-5 sekundi kako bi se lijek ujednačio;
- Lagano zabaciti glavu unazad;
- Držati bočicu s lijekom okrenutu naopačke, postaviti MDI do 2 cm od otvorenih usta, ili postaviti dio za usta tako da se proteže do ispred zuba, te usnama čvrsto obuhvatiti dio za usta;
- Udahnuti i izdahnuti nekoliko udisaja polako kroz nos;
- Zatim udahnuti polako i duboko na usta dok se u isto vrijeme jednom pritišće bočica s lijekom. Nastaviti udisati 2 do 3 sekunde;
- Zadržati dah 5 do 10 sekundi ili duže, ako je moguće;
- Skinuti inhalator s usta;
- Izdahnuti polako kroz napućene usne;
- Ako je propisan još jedan „puff”, sačekati 1 do 3 minute prije sljedećeg udisaja, ne zaboravljajući ponovo protresti inhalator.

Ako je lijek koji se unosi kortikosteroid, jako je bitno isprati usta svježom vodom nakon inhalacije zbog odstranjenja ostatka lijeka iz usta, te smanjenja iritacije i rizika od infekcije. Bočicu s lijekom treba držati na sobnoj temperaturi i izbjegavati bilo kakve ekstremne promjene temperature. Usni dio inhalatora treba oprati blagim sapunom i vodom.

Smjernice za pravilnu primjenu lijeka putem diskusa („metoda 3 klika”)

- Otvoriti diskus (klik 1);
- Povući ručicu dozatora prema dolje da bi aktivirali dozu lijeka (klik 2) izdahnuti zrak iz pluća do granice nelagode;
- Postaviti usta na usnik diskusa i duboko udahnuti zrak kroz usta do granice nelagode;
- Zadržati zrak 5-10 sekundi;
- Zatvoriti diskus (klik 3);
- Isprati usta vodom.

Uzimanje lijeka putem pumpice ponekad je vrlo nepraktično, jer zahtijeva koordinaciju potiska i udaha. S obzirom da ni nakon pravilne upotrebe nismo u potpunosti sigurni da li je cijela doza lijeka dospjela u dišne puteve, danas se sve više preporučuje uzimanje lijeka putem diskusa ili korištenje pumpice u kombinaciji sa specijalnim komorama za udisanje. Ove komore pomažu da se lijek pravilnije i u punoj dozi unese u pluća. Posebno je važna njihova primjena kod djece do pet godina jer je kod njih nemoguće postići pravilan unos lijeka iz pumpice bez ovakvog pomagala. Danas se

kod nas primjenjuje nekoliko tipova komora za primjenu pumpica. Prvi tip (Babyhaler) koristi se za djecu do pete godine života. Babyhaler ima dvostruki ventil koji omogućuje da dijete normalno diše u masku. Pritom, pri udahu lijek ulazi iz komore u dječija pluća, dok pri izdahu zrak ne ulazi u komoru već je preusmjeren van. Volumatic je namijenjen za djecu stariju od pet godina i odrasle osobe. Pacijent jedan kraj komore stavlja u usta, a u drugom aktivira pumpicu. Udisanjem iz komore i izdisanjem kroz nos maksimalno se povećava količina lijeka koji dolazi u pluća. Inhalator je aparat za primjenu lijekova u sitnim česticama, raspršenim poput magle, koji ulazi u dublje dijelove pluća. Koriste ga djeca do pet godina, bolesnici koji imaju teškoće kod uzimanja lijekova u bočicama s aerosolom ili diskhalera i bolesnici koji imaju teži oblik astme.

Peak flow meter je aparat koji služi za procjenu stepena opstrukcije bronhija i ozbiljnosti astme. Mjeri maksimalni izdisajni tok (MIT) koji predstavlja najveću brzinu kojom se zrak kreće kroz dišne puteve tokom snažnog izdisaja. Tačnost mjerenja MIT-a zavisi od pacijentovog truda i ispravne tehnike korištenja ovog aparata.

Tehnika mjerenja MIT-a:

- U stojećem položaju držati peak flow na nultoj vrijednosti;
- Duboko udahnuti i staviti peak flow na usta;
- Usnama hermetički obuhvatiti dio za usta i izdahnuti zrak što snažnije i brže (ne stavljati jezik unutar dijela za usta);
- Zabilježiti rezultat i vratiti marker na nultu vrijednost;
- Ponoviti radnju još dva puta, odabrati najveću vrijednost od navedene tri i upisati na listu evidencije.

Dugoročno praćenje MIT-a je veoma korisno, zajedno s praćenjem simptoma za procjenu pacijentovog reagiranja na terapiju, kao i ranim prepoznavanjem znakova pogoršanja prije pojave novih simptoma.



Slika 22. Peak flow meter (PFM)

Savjeti za pacijente

- Redovno uzimati propisanu terapiju – najčešća greška pacijenata koji boluju od astme je prestanak uzimanja terapije kad se povuku simptomi i tegobe;
- Izbjegavati alergene – kod alergija na polen tegobe se sezonski javljaju svake godine u određeno doba. Pošto je koncentracija polena najveća u ranim jutarnjim satima, izbjegavati bora-

vak u prirodi u tom periodu. Šetnje su preporučljive jedino u večernjim satima ili iza kišnog dana;

- Ne pušiti i ne boraviti u zadimljenim prostorijama, jer je dim cigarete jak iritans i oštećuje već preosjetljive bronhe, pa može pogoršati ili izazvati simptome astme;
- U slučaju alergije na neki od alergena zatvorenih prostora, ukloniti iz kuće tepihe (naročito vunene), te redovno provjetravati prostorije. Usisavati usisivačima s vodenom posudom, temeljno i često čistiti kuću. Djeca koja su alergična na kućnu prašinu trebaju izbjegavati tepihe, zavjese i plišane igračke jer su najveći skupljači grinja;
- Redovno mijenjati duške i posteljinu – preporučuje se promjena duška na svakih pet godina i korištenje adekvatne antialergijske posteljine, koju je potrebno često mijenjati, naročito jastučnice;
- Izbjegavati boravak na izrazito hladnom i vlažnom vazduhu;
- U slučaju alergije, kućne ljubimce držati izvan kuće;
- Mentalna stabilnost je izuzetno važna u životu svakog čovjeka, a kod osoba s astmom ona ima poseban značaj jer stres, anksioznost i depresija mogu biti okidači astmatičnog pogoršanja;
- Koristiti eko proizvode za čišćenje kuće i sredstva koja nisu iritansi;
- Tuširati se i prati kosu svakodnevno.

Uvođenjem kisika u terapiju ublažava se ili potpuno eliminira hipoksemija, a time i plućna hipertenzija. Međutim, kisik otklanja samo reverzibilnu plućnu hipertenziju, dok kod hronične plućne hipertenzije kisik samo ublažava progresiju bolesti. Zato je dugotrajna terapija kisikom neophodna i s njom treba započeti na vrijeme. Ukoliko bolesnik dobija velike doze kisika, i hipoksemija će se potpuno otkloniti, nema više stimulacijskog efekta na disanje, učestalost i dubina respiracija se smanjuje, što vodi u još veću hiperkapniju, potom karbonarkozu, komu i smrt. Zato treba zapamtiti važno pravilo oksigenoterapije: „Nikada ne mijenjati protok kisika samovoljno!“

Prilikom korištenja boce za kisik u kućnim uvjetima, treba ispoštovati sigurnosno-tehničke zahtjeve:

- boca mora biti na stabilnom stalku, ili uza zid ili uz stabilni dio namještaja, kako bi se osigurala od pada;
- u prostoriji s bocom ne smije biti otvoreni plamen (svijeća, peć, cigareta);
- izvor kisika mora biti udaljen najmanje 1 m od izvora toplote (npr. radijatora).

Nuspojave i komplikacije oksigenoterapije uključuju:

- dekubitus sluznice nosa (ukoliko kateter predugo stoji i ukoliko je previše stegnut);
- iritacija nosne sluznice;
- iritacija spojnice oka (konjunktive);
- hiperkapnija (kod samovoljnog povećanja količine kisika).

Prilikom izrade plana zdravstvene njege, medicinska sestra/tehničar u zajednici uzima sestrinsku anamnezu, prikuplja sve podatke neophodne za dobru procjenu, identifikaciju problema i definiranje sestrinske dijagnoze. Ciljevi zdravstvene njege usmjereni su na edukaciju pacijenta o bolesti, izbjegavanju trigera, prestanku pušenja, prevenciji progresije bolesti, ublažavanju postojećih simptoma, pravilnoj i redovnoj upotrebi lijekova, pumpica i inhalatora, minimiziranju neželjenih efekata lijekova, fizičkoj aktivnosti u skladu sa stanjem bolesnika, te pravilnoj ishrani. U saradnji s pacijentom/porodicom, provode se mjere za realizaciju kratkoročnih ili dugoročnih ciljeva. Evaluacija kao posljednja faza zdravstvene njege pokazat će stepen ostvarenih ciljeva, šta je ostvareno, a šta nije, gdje se trenutno pacijent nalazi. Za ciljeve koji nisu postignuti ili koji su djelomično postignuti, a realni su i prioritetni, ponovo se vraćaju na početak procesa zdravstvene njege.

Ključne poruke:

Cilj edukacije bolesnika s respiratornim oboljenjima je upoznavanje s detaljima bolesti te poticanje saradnje između zdravstvenih radnika i bolesnika kako bi se poboljšalo zdravlje i osigurala pravilna primjena lijekova.

Prilikom edukacije bolesnika vrši se procjena početnog i usvojenog znanja, prema kojima se planira nastavak edukacije. Proces edukacije treba prilagoditi kognitivnim sposobnostima i mogućnostima svakog pojedinog bolesnika.

Testovi plućne funkcije (mjerenje vršnog protoka) su osjetljiviji i pouzdaniji od pregleda i smatraju se zlatnim standardom za dijagnostiku i kontrolu astme.

Akutni bronhitis karakterizira kratkotrajna bolest, uzrokovana infekcijom koja traje nekoliko dana ili sedmica, povišena temperatura, kihanje i curenje nosa.

Nuspojave i komplikacije oksigenoterapije uključuju dekubitus sluznice nosa, iritaciju nosne sluznice i konjunktive te hiperkapniju.

Medicinska sestra/tehničar u zajednici priprema plan zdravstvene njege koji je kontinuiran proces s konkretnim ciljevima, koji se vremenom mijenjaju i prilagođavaju.

Reference:

1. Hampton L. Respiratory disorders. https://www.physio-pedia.com/Respiratory_Disorders (03.01.2024.)
2. Britannica Respiratory Disorders <https://www.britannica.com/science/respiratory-disease> (03.01.2024.)
3. Jelić D. Skrb za bolesnike s akutnim respiratornim infekcijama u obiteljskoj medicini. <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A3581/datastream/PDF/view> (03.01.2024.)
4. Lynn S J. Community-acquired pneumonia. <https://www.myamericannurse.com/community-acquired-pneumonia/> (03.01.2024.)
5. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2023. <https://ginasthma.org/> (03.01.2024.)
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2023. <https://goldcopd.org/> (03.01.-2024.)
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Learn How To Control Asthma. <https://www.cdc.gov/asthma/faqs.htm> (04.01.2024.)
8. Herndon K. Bronchitis: Symptoms and Complications. <https://www.verywellhealth.com/symptoms-of-bronchitis-770332> (04.01.2024.)
9. Zavod za javno zdravlje Dubrovačko-neretvanske županije. Tuberkuloza (TBC). <https://www.zzjzdnz.hr/zdravlje/prevencija-zaraznih-bolesti/tuberkuloza-tbc> (04.01.2024.)
10. Sanković D. Zdravstvena njega oboljelih od tuberkuloze. <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unin:1733/datastream/PDF> (04.01.2024.)
11. Jatić Z, Dizdarević Z, Stević E, Historija astme, Sarajevo, 2006.
12. Mojsović Z i suradnici, Sestrinstvo u zajednici, Zdravstveno Veleučilište, Zagreb, 2007.
13. Priručnik za dodatnu edukaciju porodične medicine, Medicinske sestre/tehničari, Sarajevo, 2011/2012.

Pitanja za završni ispit:

1. Koji je zlatni standard za dijagnostiku i kontrolu astme?
2. Šta karakterizira akutni bronhitis?
3. Koje su najčešće nuspojave i komplikacije oksigenoterapije?

4.6.4. Zdravstvena njega pacijenata oboljelih od diabetes mellitusa (DM)

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Zdravstvena njega pacijenta oboljelih od diabetes mellitusa (DM)	– Predavanja - 60 minuta – Rad u grupama (napraviti plan sestrinske njege za različite slučajeve pacijenata oboljelih od DM) - 30 minuta – Diskusija - 30 minuta

4.6.4. Zdravstvena njega pacijenata oboljelih od diabetes mellitusa

Gavran Larisa

4.6.4.1. Diabetes mellitus (DM) – Principi zasnovani na dokazima i važnosti adekvatnog vođenja zdravstvenih kartona i umetaka (eng. flowsheet)

Medicina zasnovana na dokazima (eng. *Evidence Based Medicine* – EBM) omogućava da iz velikog broja raznih naučnih studija i podataka odaberemo ono najbolje za bolesnika. EBM uključuje primjenu najboljih dostupnih dokaza, iskustava zdravstvenih radnika i želja pacijenata u donošenju odluka. Za primjenu EBM najprije se postavlja pitanje, potom se traže dokazi iz istraživanja, procjenjuje se kvalitet tih dokaza, donosi se odluka u saradnji s pacijentom i onda se procjenjuje efekat te odluke, da bi se vidjelo da li je postignut željeni ishod. Medicina zasnovana na dokazima kategorizira različite vrste kliničkih dokaza i rangira ih prema stepenu kvaliteta dokaza i klasama preporuka.

Stepen kvaliteta dokaza:

- Step 1 – najmanje jedan izvor uključuje randomizirano kontrolirano istraživanje koje dokazuje korist skrininga;
- Step 2 – korist je pokazana nerandomiziranom kontroliranom studijom;
- Step 3 – kohortna i studija kontrole slučaja;
- Step 4 – deskriptivne studije;
- Step 5 – ekspertno mišljenje.

Klase preporuka:

- A – potrebno je da ga podržava step 1 ili 1 + dokaz + konsenzus;
- B – potrebno je da ga podržava step 2 ili 2 + dokaz + konsenzus;
- C – potrebno je da ga podržava step 3 dokaza + konsenzus;
- D – svaki niži step dokaza podržan konsenzusom.

Mnoga istraživanja bave se važnošću adekvatnog dokumentiranja i vođenja zdravstvenih kartona i umetaka u karton oboljelih od DM. Tako je u istraživanju autora iz naše zemlje iz 2009. godine analizirano dokumentiranje standardnih parametara za monitoring DM tip 2 prije i poslije primjene specijalnih umetaka za kartone pacijenata sa DM u 19 timova porodične medicine u Zenici. Analizirana su ukupno 853 medicinska kartona. Autori su zaključili da je primjena umetaka u medicinskim kartonima pacijenata sa DM poboljšala dokumentiranje standardnih parametara za monitoring DM. S druge strane, američka studija iz 2020. godine imala je za cilj da se utvrdi da li je upotreba umetaka u medicinskim kartonima poboljšala rad prema smjernicama Američke dijabetološke asocijacije (ADA). Ova studija je pokazala da bi inkorporacija obrazaca za liječenje DM tipa 2 mogla biti povezana s poboljšanom upotrebom skrining testova i progresije bolesti, ali samo kao jedan od faktora koji bi mogao pomoći u poboljšanju ishoda. Buduće studije bi trebale dodatno razjasniti različite utjecaje upotrebe umetaka u medicinske kartone kao dodatne dokumentacije za medicinske kartone.

Avdić Mediha

4.6.4.2. Sestrinsko istraživanje – praksa zasnovana na dokazima

Sestrinska zdravstvena njega zasnovana na dokazima (Evidence Based Nursing – EBN) dio je strategije cjelokupne medicinske djelatnosti koja se zasniva na primjeni postupaka za koje je efikasnost naučno dokazana. Predstavlja oblik kliničke prakse koja se oslanja na istraživanja za upra-

vljanje zdravstvenim problemima bolesnika. Zdravstvena njega zasnovana na dokazima označava promišljen i metodički pristup u postupku donošenja sestrinskih odluka i definira se kao savjesna, jasna i kritička primjena najboljeg naučnog dokaza u donošenju odluka o njezi za pojedinog bolesnika (Petrak, J. 2008).

Dva su osnovna principa zdravstvene njege zasnovana na dokazima:

1. donošenje sestrinskih odluka zasniva se na hijerarhijskoj skali dokazne snage različitih vrsta istraživanja;
2. naučni dokaz sam po sebi nije dovoljan za donošenje konačne odluke o postupku/aktivnosti iz oblasti zdravstvene njege, već se povezuje s obilježjima bolesnika (psihološko i emocionalno stanje bolesnika, porodica, društveni status i sl.), njegovim željama i stavovima te profesionalnoj izvrsnosti medicinskih sestara.

Postoje jasno definirani koraci u procesu primjene zdravstvene njege zasnovane na dokazima, koji se mogu označiti akronimom „5A“:

1. ASK (pitaj) – potrebe za informacijama iz prakse formuliraju se u fokusirana strukturirana pitanja;
2. ACQUIRE (usvoji) – fokusirana pitanja se koriste kao osnova za pretraživanje literature kako bi se utvrdili relevantni vanjski dokazi iz istraživanja;
3. APPRAISE (ocijeni) – istraživački dokazi kritički ocjenjuju vrijednost;
4. APPLY (primijeni) – najbolje raspoloživi dokazi, pored kliničke stručnosti i pacijentovog izgleda, koriste se za plan njege;
5. ASSESS (procijeni) – efekat se ocjenjuje kroz proces samorefleksije, revizije ili grupne procjene.

Zdravstvena njega zasnovana na dokazima omogućava medicinskim sestrama/tehničarima da podignu nivo izvrsnosti rada i da na taj način doprinesu boljim ishodima ukupne njege. Praksa zasnovana na dokazima uključuje sposobnost pristupa i primjene informacija iz literature u svakodnevne kliničke probleme. Također, praksa zasnovana na dokazima stavlja naglasak na sistemsko posmatranje i iskustvo, oslanjajući se na istraživačku literaturu kojom se potkrepljuju sestrinske odluke.

4.6.4.3. Procjena pacijenta i plan sestrinske njege

Procjena pacijenta i utvrđivanje potreba za njegovom prva je faza procesa zdravstvene njege. Obuhvata organizirano i sistematsko prikupljanje podataka o reagiranju bolesnika na bolest ili drugu životnu situaciju, kao i procjenu valjanosti prikupljenih informacija i dokumentiranje svih relevantnih podataka u formi sestrinske anamneze. Utvrđivanje potreba za njegovom, odnosno uzimanje sestrinske anamneze vrlo je važna etapa procesa zdravstvene njege, jer treba osigurati solidnu bazu podataka za postavljanje sestrinske dijagnoze, za utvrđivanje potreba korisnika za njegovom i realiziranje svih sljedećih etapa procesa zdravstvene njege. Između ostalog, sestrinska dijagnoza pacijenata s DM odnosi se i na identifikaciju i rješavanje problema ili reakcija na zdravstvene probleme nastale kao posljedica DM. Sestrinska procjena pacijenta oboljelog od DM fokusirana je na prisutnost i trajanje određenih simptoma. Prikupljanjem podataka identificiraju se faktori koji utječu na nivo glukoze, promjene dijetalnih navika koje povećavaju uzimanje hrane, redukcija ili nedovoljno uzimanje inzulina, oralnih antidijabetika ili drugih lijekova, simptomi infekcije (gripa, urinarna, respiratorna ili infekcija kože), simptomi stresa, psihološki, akutna bolest, trudnoća, trauma, operativni zahvat i sl. Procjena uključuje uočavanje promjena na koži, usnoj šupljini, očima, kardiovaskularnom sistemu, perifernom vaskularnom sistemu, bubrezima i neuromuskularnom sistemu.

4.6.4.4. Pregled najvažnijih činjenica vezanih za DM, uključujući vodiče za dijagnozu i tip DM-a, osnove liječenja s uvodom u adekvatan način ishrane i fizičku aktivnost

DM je hronična, metabolička bolest koju karakteriziraju povišeni nivoi glukoze u krvi, što s vremenom dovodi do ozbiljnog oštećenja srca, krvnih sudova, očiju, bubrega i nerava. Najčešći je DM tip 2 (T2DM), obično se javlja kod odraslih kada tijelo postane otporno na inzulin ili ne proizvodi dovoljno inzulina. Oko 537 miliona ljudi širom svijeta boluje od DM, 3 od 4 odrasle osobe s DM žive u zemljama s niskim i srednjim prihodima, a 6,7 miliona smrtnih slučajeva u 2021. godini direktno se pripisuje DM. Prevalenca i incidenca DM su u stalnom porastu u posljednjih nekoliko desetljeća. S druge strane, zdravstvena zaštita osoba s DM u Evropi prelazi sa (sub)specijalističkih odjela na primarnu zdravstvenu zaštitu (PZZ). Zdravstvene politike u Velikoj Britaniji i Holandiji favoriziraju liječenje DM u PZZ. Rezultati jedne studije medicinskih ishoda govore da se liječenjem DM u PZZ postižu ekvivalentni klinički ishodi za pacijente u poređenju s liječenjem na (sub)specijalističkim odjelima. Velika uloga PZZ je i u prevenciji DM. Rezultati studije jednog američkog istraživačkog programa prevencije DM (eng. Diabetes Preventive Program Study-DPP) dokazali su da pravovremenom intervencijom u oblasti promjene životnih navika, dolazi do smanjene glikemije, čime se za 34% smanjuje rizik za obolijevanje od DM u visokorizičnoj grupi tokom deset godina u odnosu na kontrolnu grupu. Najpoznatiji validirani mjerni instrument koji se koristi u istraživanjima u ranom otkrivanju DM je Finski upitnik za rizik od DM (eng. Finnish Diabetes Risk Score – FINDRISC), koji predstavlja primjer efikasnog upitnika, te se može koristiti i kao osnova za izradu nacionalnih upitnika koji uzimaju u obzir lokalne faktore rizika. Sadrži osam pitanja s bodovanjem, i to: životna dob, indeks tjelesne težine, obim struka, nivo fizičke aktivnosti, konzumiranje voća i povrća, upotreba antihipertenzivne terapije, nalaz povišene glikemije pri rutinskim ili drugim pregledima i porodična anamneza DM. Ukupni rezultat testa daje uvid u vjerovatnoću razvoja T2DM u narednih 10 godina.

DM se može podijeliti u različite kategorije na osnovu etiologije i simptoma, a kategorizacija se zasniva na definicijama utvrđenim konsenzusom.

- DM tipa 1, T1DM (apsolutni manjak inzulina zbog uništenja beta ćelija gušterače), latentni autoimuni DM odraslih (engl. Latent autoimmune diabetes of adults – LADA);
- DM tipa 2, T2DM, adultni tip (smanjeno lučenje inzulina i/ili rezistencija perifernih tkiva na inzulin);
- Ostali posebni tipovi DM (genetski poremećaji beta ćelija, adultni DM mladih, eng. maturity onset diabetes of the young – MODY 1, 2, 3); genetski poremećaj u djelovanju inzulina (Alstromov sindrom); genetski sindromi povezani s DM (Downov sindrom, Turnerov sindrom); bolesti egzokrinog dijela gušterače (pankreatitis, neoplazme, cistična fibroza); endokrinopatije (Cushingov sindrom, hipertireoza, feokromocitom); šećerna bolest uzrokovana uzimanjem lijekova; infektivni uzroci (coxsackie, rubela); poremećaji receptora za inzulin (stiff-man sindrom);
- Gestacijski DM.

S obzirom na to da je izrazito važno što ranije postaviti dijagnozu DM, poželjno je zapravo i pravovremeno utvrditi postojanje preddijabetesa. Predijabetes, odnosno oštećena tolerancija glukoze, ozbiljno je stanje koje prethodi razvoju punog oblika bolesti, a najčešće traje 10–12 godina prije nego se postavi dijagnoza DM. Zastrašujuća je činjenica da se, u skladu s nezdravim načinom života, preddijabetes pojavljuje u sve mlađoj populaciji, pa tako podaci govore kako je zabilježen kod 25% izrazito pretilih djece i kod 21% izrazito pretilih adolescenata. Taj asimptomatski period nosi veliki rizik od nastanka makrovaskularnih komplikacija u vidu ateroskleroze; postepeno se oštećuju stijenke krvnih sudova, sužava se njihov lumen te dolazi do začepjenja koja dovode do koronarnog srčanog i perifernih vaskularnih oboljenja. Stoga ne čudi što postojanje DM ponekad bude nagoviješteno srčanim i/ili moždanim udarom.

Postavljanje dijagnoze preddijabetesa i dijabetesa

Prema smjernicama Američke dijabetološke asocijacije (ADA), u Tabeli 26. navodimo kriterije za skrining i dijagnozu preddijabetesa i dijabetesa.

	Preddijabetes	Dijabetes
HbA1c	5.7 - 6.4%	≥6.5%
Glikemija natašte	5.6 - 6.9 mmol/l	≥7.0 mmol/l
OGTT	7.8 - 11.0 mmol/l	≥11.1 mmol/l
Nasumično izmjerena glukoza		≥11.1 mmol/l

Tabela 26. Smjernice za dijagnozu preddijabetesa i dijabetesa

Ciljevi liječenja DM

Prema ADA smjernicama, liječenje T2DM ima za cilj spriječiti ili odgoditi komplikacije i održati kvalitet života (Slika 23).

Ciljevi T2D liječenja imaju za cilj spriječiti ili odgoditi komplikacije i održati kvalitetu života



Slika 23. Ciljevi liječenja DM

Savremeni pristup tretmanu DM za koji je zadužena medicinska sestra/tehničar u zajednici, između ostalog, podrazumijeva i edukaciju pacijenata s DM o promjeni životnih navika uključujući vježbanje, zdravu ishranu, prestanak pušenja i smanjeni unos alkohola. Dodatni aspekti modifikacije životnog stila uključuju procjenu i liječenje poremećaja spavanja i depresije.

Prekomjerna tjelesna težina rezultira inzulinskom rezistencijom i povećava rizik od preddijabetesa i T2DM. Promjena životnih navika s ciljem smanjenja tjelesne težine ključni je korak sveobuhvatnog liječenja osoba s preddijabetesom i za smanjenje progresije na T2DM. Gubitak tjelesne težine, također, poboljšava mnoge kardiometaboličke i biomehaničke komponente, uključujući povećanu glikemiju, dislipidemiju, povišen krvni pritisak (KP), kardiovaskularne bolesti (KVB), nealkoholnu masnu bolest jetre (NAFLD), apneju u snu i osteoartritis. Za osobe iznad optimalne težine, kalorijsku deprivaciju od 500 do 1000 kcal dnevnog energetskeg deficita u kontekstu zdrave ishrane treba pokrenuti kako bi se potaknuo gubitak težine. Izbor dijeta treba da bude personaliziran, ali poželjni izbori uključuju mediteransku ishranu, malo masnoće, malo ugljikohidrata, vegetarijanske i veganske dijetе.

Plan fizičke aktivnosti treba da uzme u obzir svako ograničenje u izvođenju fizičke aktivnosti, ponekad uključujući i samu prekomjernu težinu/gojaznost. U idealnom slučaju, fizička aktivnost bi trebala uključiti umjerene, aerobne vježbe 150 minuta sedmično, podijeljene na 3 do 5 sesija, u kombinaciji s 2 do 3 sesije treninga s otporom sedmično.

Nedovoljno spavanje povezano je s negativnim ishodima, uključujući gojaznost, T2DM, hiperten-

ziju (HTA), KVB i smrtnost općenito. Odraslim osobama se preporučuje 6 do 8 sati sna dnevno.

4.6.4.5. Komplikacije DM i uloga patronažne sestre/tehničara u primarnoj i sekundarnoj prevenciji komplikacija

Komplikacije DM dijele se na:

- akutne komplikacije (dijabetička ketoacidoza i koma, hiperosmolarno neketogeno stanje, koma acidoza mliječnom kiselinom i hipoglikemijska koma);
- hronične komplikacije – makrovaskularne (ako su zahvaćeni veliki krvni sudovi – makroangiopatija) i mikrovaskularne (ako su zahvaćeni mali krvni sudovi – mikroangiopatija).

Akutne komplikacije dijelimo na one uzrokovane hipoglikemijom i hiperglikemijom. Dva najteža oblika hiperglikemijske krize su dijabetička ketoacidoza i hiperosmolarni sindrom. Uzroci nastanka dijabetičke ketoacidoze najčešće su neadekvatna terapija, izloženost stresu, nastupanje akutne bolesti, te izloženost nekim lijekovima. Dužnost medicinske sestre/tehničara u zajednici je upozoriti na oprez o mogućnosti pojave tog stanja, jer se ono razvija u nekoliko sati, najviše dva dana. Simptomi su bljedilo, povraćanje, poliurija, bolovi u abdomenu, dehidracija te Kussmanlovo disanje. Ova se komplikacija češće javlja kod T1DM. Hiperosmolarni sindrom češći je kod T2DM u starijoj dobi, naročito kod samaca, a razvija se polako, kroz nekoliko dana. Dominantan je poremećaj svijesti koji nastupa postepeno. Intervencije medicinske sestre/tehničara u zajednici usmjerene su na prikupljanje podataka o pacijentu, procjenu situacije, izradu plana njege, edukaciju pacijenata i članova porodice o kliničkoj slici radi lakšeg prepoznavanja određenog stanja, edukaciju o učestalosti kontroli glikemije kod akutnih bolesti, o redovitosti uzimanja inzulina, te o važnosti dobre hidracije.

Oba stanja treba shvatiti ozbiljno te osigurati pravovremenu lječarsku pomoć. Hipoglikemija je najčešće uzrokovana unosom prevelike doze inzulina, preskakanjem obroka ili prevelikim tjelesnim naporima. Nastupa naglo, pa je stoga vrlo važno podučiti pacijenta i porodicu o preventivnim radnjama kako bi se smanjila njena učestalost te educirali o postupcima samopomoći ili pomoći pacijentu. Simptomi se dijele u dvije vrste reakcija. Prva grupa simptoma uključuje adrenergičnu reakciju – znojenje, ubrzan puls, bljedilo, uznemirenost i drhtavicu. Simptomi druge grupe reakcija nastupaju ako se neadekvatno odgovori na adrenergične simptome. Javljaju se znaci neuroglikopenije u vidu smetnji vida, koncentracije, zbunjenosti, promjena u ponašanju, pospanosti, glavobolje i poremećaja svijesti. Potrebno je da medicinska sestra/tehničar u zajednici educira pacijenta i porodicu o prepoznavanju simptomatologije te o pravilnoj intervenciji kako bi se spriječile dalje posljedice. Lječarsku pomoć treba potražiti ako je uvedena nova terapija, zatim u slučaju više izmjerenih nižih vrijednosti glikemija u krvi (GUK) zaredom, te ukoliko su vrijednosti GUK ispod 3.0 mmol/L. Edukaciju je potrebno provoditi individualiziranim pristupom, uzimajući u obzir pacijentove kognitivne sposobnosti i dob.

Hronične komplikacije najveći su problem pacijenata s DM. Poremećaj endotela krvnih sudova zahvata cijeli organizam, a dijeli se na makroangiopatije i mikroangiopatije. Medicinska sestra/tehničar u zajednici treba savjetovati pacijenta o pridržavanju već spomenutih mjera liječenja, koje neminovno traže promjene životnog stila u pogledu ishrane, tjelovježbe strogo usklađene s tjelesnim mogućnostima te o pravilnom uzimanju terapije. Cilj je zaustavljanje progresije hroničnih komplikacija, te smanjivanje kardiovaskularnog i cerebrovaskularnog rizika. Visoki rizici za razvoj ovih komplikacija prisutni su kod oba spola. Primarni cilj liječenja je regulacija krvnog pritiska, a zatim postepeno smanjivanje prisustva rizičnih faktora kao što su pretilost, pušenje i povećan unos soli u organizam. Posebnosti uvođenja antikoagulantne terapije zahtijevaju dodatnu edukaciju o nuspojavama i komplikacijama. To podrazumijeva savjetovanje o redovitosti kontrola laboratorijskih nalaza i adaptaciji potrebne terapije u dogovoru s porodičnim lječarom. Poremećaji mikrocirkulacije izazivaju perifernu vaskularnu bolest, koja prvo zahvata organ vida, mokraćni sistem i ekstremitete. U svojoj poodmakloj fazi, DM izaziva vrlo teške komplikacije kao što su sljepoća, prestanak funkcije bubrega, hemodijaliza te gangrena distalnih dijelova tijela. Osim već spomenutih edukativnih inter-

vencija medicinske sestre/tehničara, ovdje je važna i edukacija o njezi tijela s posebnim naglaskom na higijenu kože, tjemena, usne šupljine, ruku, nogu, noktiju i spolovila.

4.6.4.6. Njega i pregled stopala kod pacijenata s DM, upotreba monofilamenta i zvučne viljuške pri pregledu dijabetičkog stopala

„Menadžment dijabetičkog stopala“ kao prevod istoimene publikacije Međunarodnog komiteta Crvenog krsta/križa iz avgusta 2020. pripremljen je u okviru Projekta jačanja sestrinstva u Bosni i Hercegovini, kao dio nastavnog materijala u sklopu dodatne obuke medicinskih sestara/tehničara za rad u zajednici, dostupan je na Internetu, a ovdje donosimo osnovne preporuke.

Redovna i standardizirana procjena stopala vrlo je važna za osobe s DM. Nažalost, vrlo često, pacijenti ne skidaju čarape i cipele čak ni za vrijeme pregleda, kada se trebaju provjeriti stopala i testirati njihova osjetljivost.

Pregled stopala uključuje sljedeće:

1. Provjera postojanja aktivnih stanja – ulceracije, bol u mirovanju, gangrena ili celulitis. Ako postoji rana, vrlo je važno pronaći uzrok;
2. Provjeriti temperaturu i boju stopala (hladno (termički gradijent), blijedo ili tamno stopalo s gubitkom dlake, promjena u teksturi kože, nizak indeks sistolnog krvnog pritiska – ovi simptomi mogu upućivati na ishemiju ili nisku oksigenaciju; toplo, crveno ili otečeno stopalo može ukazivati na infekciju ili akutno Charcotovo stopalo);
3. Provjeriti postojanje lezija i deformiteta (žuljevi, deformirani nokti, deformiteti stopala i prstiju, gljivične infekcije, maceracija među prstima i ispucala koža. Napomena: ulcer se može formirati ispod žuljeva, a žuljevita koža može dodatno vršiti pritisak);
4. Provjeriti kvalitet obuće;
5. Uraditi skrining na postojanje periferne arterijske bolesti (arteriopatija);
6. Uraditi skrining na postojanje neuropatije.

Testiranje na postojanje senzorne neuropatije pomoću 10 G monofilamenta

- Zamolite pacijenta da sjedne ili legne otkrivenih stopala;
- Demonstrirajte kako se provodi test na neneuropatskom području kože (npr. podlaktica);
- Zamolite pacijenta da zatvori oči i odgovori s „DA“ kada osjeti dodir 10 g monofilamenta na svom stopalu;
- Pritisnite monofilament pod uglom od 90 stepeni do kože (ali ne na zadebljalim dijelovima kože) sve dok se ne počne savijati;
- Testirajte samo monofilamentom dodirujući stopalo (tj. ne držite stopalo drugom rukom);
- Odsustvo osjećaja na jednom mjestu (testirano tri puta) ukazuje na to da je pacijent izgubio osjećaj;
- Očistite monofilament nakon svake upotrebe i dozvolite 24-satni period za oporavak nakon 100 ciklusa kompresije.



Slika 24. Testiranje monofilamentom

Testiranje na postojanje senzorne neuropatije pomoću 128 hercne zvučne viljuške

Drugi način testiranja na postojanje senzorne neuropatije je dvostrana primjena zvučne viljuške preko vrha palca. Potrebno je udariti viljuškom, a zatim je pritisnuti uz prst; ako pacijent ne može osjetiti vibraciju, u visokom je riziku.

Avdić Mediha

4.6.4.7. Period u kojem treba pregledati stopalo; česti problemi stopala; savjetovanje o (samo)njezi stopala

Mnogi problemi sa stopalom se mogu spriječiti, a svi pacijenti koji boluju od DM trebaju biti svjesni mogućnosti oštećenja stopala. Nikada nije previše naglašavati potrebu njege stopala jer se dobrom njegom stopala mogu spriječiti teške komplikacije koje mogu završiti i amputacijom. Svakom pacijentu potrebno je dati informacije koje sadrže jasne sigurnosne instrukcije.

Dnevna njega stopala podrazumijeva:

- pregledati stopala svaki dan;
- gledati i opipati prostor između prstiju i oko peta;
- ako pacijent ne može pregledati svoja stopala, može koristiti ogledalo ili zamoliti nekoga da to učini umjesto njega/nje;
- dnevno prati stopala blagim sapunom i mlakom vodom (provjeriti vodu laktom kako bi bili sigurni da nije pretopla);
- namakanje nogu se ne preporučuje u okviru dnevne njege stopala;
- ako se ipak namaču noge, ne bi trebalo da to bude duže od 2 do 3 minute jer bi koža postala premekana i dodatno osjetljiva;
- posušiti stopala peškirom svjetlije boje, posebno između prstiju;
- pogledati ima li na peškiru krvi ili gnoja, u tom slučaju odmah se javiti doktoru;
- utrljati hidratantnu kremu u stopala, ali ne i između prstiju, kako bi se spriječila suhoća i rasknuća;
- koristiti kremu dva puta dnevno ako je koža izuzetno suha;
- izbjegavati ekstremne temperature;
- izbjegavati pregrijane kupke i ne koristiti električne jastuke ili termofore;
- rezanje noktiju raditi izuzetno pažljivo uz upotrebu turpije;
- nositi čarape od prirodnih materijala, paziti da ne stežu potkoljenu;
- prilikom obuvanja cipela obavezno provjeriti unutrašnjost.

Idealna briga o stopalima uključuje redovne samopreglede i preglede, ljekarski pregled kod bilo kakve sumnje, utvrđivanje postojanja rizika za razvoj komplikacija na stopalima, edukaciju o (samo) kontroli oboljelih od DM, korištenje odgovarajuće obuće koja mora biti udobna za hodaње, pravovremeno liječenje svih problema sa stopalom kako ne bi došlo do ozbiljnih komplikacija, prestanak pušenja jer to dodatno pogoršava cirkulaciju, a svaku ranu na stopalima odmah prijaviti ljekaru.

Prepoznavanje znakova upozorenja: pojava žuljeva na stopalima, otok stopala ili zgloba, jako hladne noge ili stopala, promjene u boji stopala, bol u nogama za vrijeme mirovanja ili šetnje, otvorene rane, neovisno o tome koliko su male, rane koje ne zacjeljuju, urasli nokti ili nedostatak dlaka na stopalima.

Najnovije kliničke preporuke američke asocijacije za DM (ADA) preporučuju vizuelnu inspekciju stopala:

- prilikom svake posjete pacijenta koji ima neuropatiju;
- najmanje dva puta godišnje za osobe s jednim ili povećanim rizikom u cilju zaštite stopala od razvoja dodatnih faktora rizika;
- najmanje godišnje ili češće, ako je potrebno, za stopala u niskom riziku.

4.6.4.8. Monitoring urina i nivoa glukoze u krvi (GUK)

Za monitoring urina koristimo trake za analizu koje imaju skalu boja. Glikozurija ukazuje na to da je GUK nekoliko sati premašila „bubrežni prag“ od oko 9 do 10 mmol/L. Za procjenu dijabetesne nefropatije neophodan je skrining na mikroalbuminuriju koja se manifestira porastom gubitka albumina urinom u rasponu od 30 do 300 mg na dan. Da bi se izbjeglo vremenski određeno prikupljanje urina, dovoljno je znati da je odnos urinarnog albumina prema kreatininu (ACR) >2.5 mg/mmol kod muškaraca i >3.5 mg/mmol kod žena, odnosno da je koncentracija urinarnog albumina >20 mg/l. Ovo je najraniji znak i predviđa povećanje totalnog mortaliteta, kardiovaskularnog mortaliteta i morbiditeta i terminalnu bubrežnu insuficijenciju.

Kod monitoringa GUK-a cilj je educirati pacijente o samomjerenju glukoze u krvi i održavanju glikemije unutar ciljnih vrijednosti. Samokontrola GUK može pomoći samoupravljanje i prilagođavanje liječenja, posebno osobama koje uzimaju inzulin. Također, potrebno je educirati pacijente o ciljnim vrijednostima maksimalne postprandijalne glukoze u kapilarnoj plazmi u vrijednosti od 10.0 mmol/L.

Koristi samomjerenja GUK-a za pacijenta su: poboljšanje nivoa HbA1c, izbjegavanje nastanka hipoglikemije, bolje pridržavanje preporuka o načinu ishrane, tjelovježbe i uspješne primjene lijekova.

Preporuke za praćenje GUK su:

- Samomjerenje GUK 3 puta dnevno za pacijente koji su na multiplim inzulinskim injekcijama ili na terapiji inzulinskom pumpom;
- Mjesečno, 1/30d. ili 1/7d. za pacijente koji su na manje frekventnoj inzulinskoj ili neinzulinskoj terapiji ili na medicinskoj nutritivnoj terapiji.

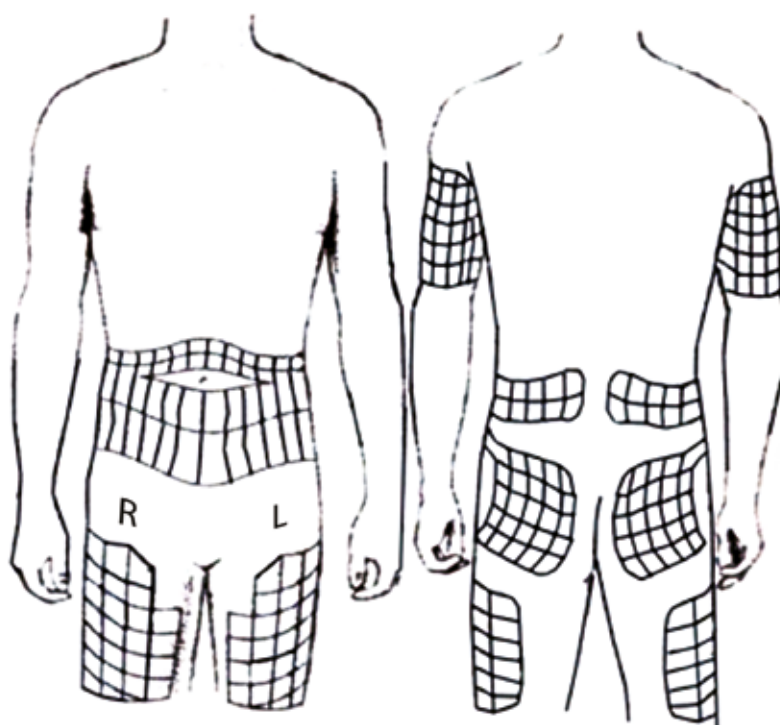
Avdić Mediha

4.6.4.9. Edukacija pacijenta o aplikaciji inzulina, upotrebi, doziranju i čuvanju penova, te otklanjanju inzulinskih igala

Glavno pravilo kod inzulinske terapije je davanje inzulina u planiranom režimu prilagođeno za svaku osobu, njegovu dob, metaboličke zahtjeve i stil života, a sve to u svrhu prevencije akutnih i hroničnih komplikacija.

Inzulinski penovi su uređaji nalik na olovku koji sadrže spremnik za inzulin i iglu preko koje se inzulin prenosi u tijelo. Penovi mogu biti jednokratni i višekratni. Kod višekratnih penova bitno je da se nakon svakog uboda zamijeni igla. Na pen se stavlja igla koja veličinom odgovara konkretnom pacijentu. Prije prve upotrebe, penovi se trebaju čuvati na hladnom mjestu (temperatura od 2 - 8°C), ali višekratne penove nakon toga nije potrebno vraćati u hladnjak već samo paziti da nije izložen sunčevoj svjetlosti.

Inzulin se treba primijeniti ispod kože – ne u mišić ili u krvni sud. Jednom kad je ubrizgan, inzulin ulazi u krvotok gdje započinje njegovo djelovanje. Inzulin primijenjen na različitim mjestima apsorbira se različitom brzinom. U pravilu, tijelo ga brže apsorbira iz trbuha i ruku, a sporije ako je ubrizgan u stražnjicu. Također, treba voditi računa i o tome da, ako se inzulin aplicira u nogu, a pacijent nakon toga ode igrati nogomet, inzulin će djelovati ubrzano i tako možda izazvati hipoglikemiju. Stoga treba izbjegavati primjenu inzulina u dijelovima tijela koji će odmah nakon toga biti posebno aktivni.



Slika 25. Mjesta aplikacije inzulina

Četiri glavna mjesta za aplikaciju inzulina su: trbuh, stražnjica, ruke i bedra. To su velika područja kože na kojima se inzulin može aplicirati na puno različitih mjesta. Međutim, jako je važno da se mijenjaju mjesta aplikacije inzulina jer se, u suprotnom, ispod kože mogu stvoriti otekline koje ne izgledaju lijepo, a ni inzulin više neće biti efikasan jer teže prodire u krv. Čim se promijeni mjesto ubrizgavanja inzulina, oteklina će polako nestati. Lipodistrofija se češće javlja kod žena, a podrazumijeva atrofiju kože i potkožnog tkiva na mjestu primjene inzulina. Rezistencija na inzulin je pojava koja se javlja kod bolesnika kada potrebe za inzulinom premašuju 200 jedinica tokom 24h u periodu dužem od dva dana, a da nije došlo do razvoja ketoacidoze ili kome.

Odlaganje upotrijebljenih igala se vrši u namjenske plastične spremnike za oštre predmete. Međutim, njihovo trajno zbrinjavanje i uništavanje je globalni problem u većini zemalja i rijetko gdje je adekvatno riješeno, s obzirom da se radi o infektivnom otpadu nastalom u kući pacijenta.

4.6.4.10. Ishrana, gojaznost i komorbiditeti – monitoring i utjecaj na DM

Osobe s DM bi trebale planirati obroke koji sadrže uravnotežene količine ugljenih hidrata, proteina i masti te ograničiti unos rafiniranih šećera i visoko glikemijskih namirnica. Preporučuje se redovno i kontrolirano konzumiranje hrane tokom dana, kroz više manjih obroka. Postavljanjem dijagnoze DM, naročito oblika neovisnog od inzulina (tzv. inzulin neovisni DM), potrebno je utvrditi i faktore rizika i upoznati pacijenta o njima. Gojaznost je često prisutna kod pacijenata s DM i javlja se kod 70 do 80% pacijenata. Pacijent mora biti upoznat s činjenicom da je njegovo sadašnje oboljenje dobrim dijelom uvjetovano gojaznošću i da njegovo liječenje i kvalitet života ovise od korekcije tjelesne mase. Smanjenjem tjelesne mase smanjuje se rezistencija na inzulin, povećava iskoristljivost glukoze, srazmjerno smanjuje nivo glikemije, a time je liječenje uspješnije i kvalitet života bolji. Ono što pacijent svakako treba da zna je činjenica da se DM ne može uspješno liječiti ukoliko se istovremeno ne obrati pažnja i na liječenje gojaznosti.

Također, preporučuje se i umjerena fizička aktivnost jer se na ovaj način, osim pozitivnih efekata u liječenju gojaznosti, uravnotežava metabolizam, povećava prag emotivne tolerancije i svakako postiže doživljaj boljeg zdravlja. Kako u toku fizičke aktivnosti mišići za svoj rad pretežno koriste energiju koja potječe od masnog tkiva, na ovaj način se kod bolesnika s inzulin neovisnim DM štede ćelije pankreasa koje još uvijek luče inzulin.

Opće dijetalne upute uključuju:

- unositi kalorije na osnovu pacijentove težine i aktivnosti;
- jesti raznovrsnu hranu;
- povećati unos svih žitarica, povrća i svježeg voća;
- konzumirati namirnice s manje masnoća (lešo meso, puretina, piletina, riba itd.);
- ograničiti unos soli, alkohola, kofeina i šećera;
- jesti redovno (6 obroka dnevno – 3 glavna i 3 užine);
- koristiti biljno ili maslinovo ulje.

Posebno se preporučuje dodatno unošenje namirnica bogatim magnezijumom, hromom i vitaminima E, C, i B kompleksa. Zasladiivači koji se mogu koristiti su: fruktoza, sorbitol, ksilitol, ječmeni ili pirinčani slad, manitol, te saharin. Preporučuju se namirnice s niskim glikemijskim indeksom koje izazivaju sporiji i stabilniji rast nivoa GUK, kao što su integralne žitarice, povrće, voće, mahunarke, orašasti plodovi i sjemenke. Pravilan pristup planiranju obroka, također, može pomoći u smanjenju rizika od srčanih bolesti, krvnih ugrušaka, visokog krvnog pritiska, gojaznosti i drugih komplikacija koje često prate DM. Komorbiditeti DM su stanja koja češće pogađaju osobe s DM u odnosu na osobe iste dobi bez DM, i predstavljaju dodatni problem jer mogu zakomplicirati liječenje DM. Npr. pacijenti s DM često imaju hronične vaskularne i nevaskularne komplikacije. Difuzno zadebljanje bazalnih membrana ima za posljedicu dijabetičku mikroangiopatiju, a najčešće zahvata kapilare u glomerulima bubrega, mrežnici, skeletnim mišićima te u koži. Mikroangiopatija je uzrok nastanka dijabetičke nefropatije i retinopatije. Najčešći uzrok smrti pacijenata s DM je infarkt miokarda, dok su na drugom mjestu bolesti bubrega budući da su bubrezi organi koji su najviše oštećeni dijabetesom. Nevaskularne hronične komplikacije odnose se na bolesti perifernog i centralnog nervnog sistema, a najčešći je oblik senzorna i motorička distalna simetrična polineuropatija koja zahvata donje ekstremitete. DM je također povezan s povećanim rizikom od demencije, a vrijedi i obrnuto, tj. kod osoba s demencijom vjerovatnije će se razviti i DM, u odnosu na druge osobe.

4.6.4.11. Akutne i hronične komplikacije DM-a i ublažavanje simptoma

Ukoliko je glikoregulacija nezadovoljavajuća, te dolazi do velikih varijabilnosti u vrijednostima glikemije u toku dana, DM izaziva brojne akutne i hronične komplikacije.

Akutne komplikacije uključuju:

- Dijabetička ketoacidoza (DKA) predstavlja najučestaliju i najtežu akutnu komplikaciju DM s visokom stopom morbiditeta. Karakteristična simptomatologija praćena je hiperketonemijom, hiperglikemijom i metaboličkom acidozom, a ujedno je i klinička definicija oboljenja.
- Dijabetičko hiperosmolarno neketogeno (DHN) stanje karakterizira: hiperglikemija (koja može ići i do 50 mmol/l), dehidracija s prerenalnom uremijom, depresija funkcije nervnog sistema, nerijetko koma, a ketoza nije prisutna. Značajna karakteristika ovog stanja je hiperglikemija bez ketonurije i acidoze.
- Laktalna acidoza je metabolička acidoza praćena porastom nivoa laktata više od 5 mmol/L. Mortalitet je visok i dostiže čak 30%. U patogenezi ovog poremećaja leži disbalans između produkcije i reutilizacije laktata. Do povećane produkcije laktata može doći zbog tkivne hipoksije i smanjenog klirensa (šok stanja, acidoza ili otežana glukoneogeneza u jetri); ili njihovim kombiniranim prisustvom.
- Hipoglikemija je najčešća akutna komplikacija, predstavlja nivo GUK niži od 3.9 mmol/l. Hipoglikemija se češće javlja kod osoba s DM koje su na terapiji inzulinom, a rjeđe kod pacijenata s oralnom terapijom.

Za sve akutne komplikacije DM vrijedi Erasmusova izreka „bolje spriječiti nego liječiti“. Pritom je naglasak na važnosti kvalitetne edukacije bolesnika, dobroj glukoregulaciji i redovnim samokontrolama, te prepoznavanju ranih simptoma akutnih komplikacija.

Hronične komplikacije DM možemo podijeliti na mikrovaskularne i makrovaskularne, pri čemu prve imaju mnogo veću prevalencu od drugih. Mikrovaskularne komplikacije uključuju neuropatiju, ne-

fropatiju i retinopatiju, dok se makrovaskularne komplikacije sastoje od kardiovaskularnih bolesti, moždanog udara i bolesti perifernih arterija.

Mikrovaskularne komplikacije uključuju:

- Dijabetička retinopatija – razvoj DM uzrokuje mikrovaskularne promjene na oku, uključujući zadebljanje kapilara i oštećenje membrane. Može doći do razvoja mikro aneurizmi, krvarenja, mikro infarkta mrežnice, a kao posljedica toga može doći do poremećaja vida, zamagljenosti, iznenadnog gubitka vida, te pojave katarakte.
- Dijabetička nefropatija – progresivno smanjenje funkcije bubrega koje se razvija kao posljedica DM, a povezana je s mikroalbuminurijom. Bubrežne promjene su jedna od najčešćih uzroka morbiditeta i mortaliteta oboljelih od DM. Mikroalbuminurija je obično prvi indikator, prethodi razvoju nefrotskog sindroma i krajnje faze bubrežne bolesti. Mikroalbuminurija je povezana s hipertenzijom i dva puta je češća kod T2DM.
- Dijabetička neuropatija – oštećenje somatskog i autonomnog nervnog sistema. Prisutna je demijelinizacija kao i suženje malih krvnih sudova. Kliničke manifestacije su različite, najčešće su distalna osjetna i motorna polineuropatija. Uključuje parestezije, grčeve, te noćnu bol obično u mišićima. Dijabetička autonomna neuropatija najčešće zahvata probavni i genitourinarni sistem, te srce i krvne sudove.

Makrovaskularne komplikacije uključuju:

- Ateroskleroza – kod DM nastaje u ranijoj životnoj dobi, ima bržu progresiju, dovodi do promjena na krvnim sudovima mozga i okrajina. Pogađa jednako muškarce i žene i može dovesti do amputacije ekstremiteta. Manifestira se ishemičnom boli, javlja se oštećenje kože i upala u sklopu sindroma dijabetičkog stopala.
- Periferna arterijska bolest – progresivni poremećaj koji karakterizira stenoza i/ili začepljenje velikih i srednjih arterija, osim onih koje opskrbljuju srce (bolest koronarnih arterija) ili mozak (cerebrovaskularna bolest). Periferna arterijska bolest zahvata donje ekstremitete češće od gornjih ekstremiteta, a može dovesti do ponavljano umora, grčeva ili boli (intermitentna klaudikacija).
- Sindrom dijabetičkog stopala – prisutnost ulkusa na stopalu povezanog s neuropatijom, perifernom arterijskom bolešću i infekcijom, a glavni je uzrok amputacije donjih ekstremiteta.
- Rizik od srčanog udara višestruko je veći kod dijabetičara u poređenju s ostalim osobama. Osim koronarne bolesti srca, DM također povećava rizik od moždanog udara. Prema jednoj metaanalizi, dijabetičari su imali 2,3 puta veći rizik od razvoja ishemijskog moždanog udara i 1,6 puta veći rizik od razvoja hemoragijskog moždanog udara u poređenju s nedijabetičarima. DM je, također, povezan s lošijim ishodom i većim stepenom invaliditeta nakon moždanog udara.

Najefikasniji pristup u prevenciji makrovaskularnih komplikacija je smanjenje faktora rizika: kontrola glikemije, prestanak pušenja, stroga kontrola krvnog pritiska, liječenje dislipidemije i, za sekundarnu prevenciju, uzimanje acetilsalicilne kiseline. Pravovremena dijagnoza i liječenje DM svakako su prvi koraci u prevenciji komplikacija DM.

Ključne poruke:

DM predstavlja globalni problem i rastući broj oboljelih je izazov za zdravstvene radnike i za društvo. Potrebno je proaktivno raditi na promjenama životnih stilova kod stanovnika u našoj zemlji kako bi se smanjio morbiditet i mortalitet od DM.

Od medicinskih sestara/tehničara u zajednici se očekuje proaktivno učešće u edukaciji, menadžmentu i tretmanu oboljelih od DM i u sprječavanju nastanka komplikacija DM, korištenjem savremenih vodiča i preporuka. Savremeni pristup tretmanu DM za koji je zadužena medicinska sestra/tehničar u zajednici podrazumijeva, između ostalog, i edukaciju pacijenata s DM o promjeni životnih navika koje uključuju vježbanje, zdravu ishranu, prestanak pušenja i smanjeni unos alkohola. Dodatni aspekti modifikacije životnog stila uključuju procjenu i liječenje poremećaja spavanja i depresije. DM je hronična bolest obilježena poremećajem metabolizma ugljikohidrata, masti i proteina, uzrokovanih poremećajem lučenja i/ili djelovanja inzulina s posljedičnim porastom glukoze u krvi. Osobe oboljele od DM trebaju dobro regulirati i redovno kontrolirati nivo glukoze u krvi jer zanemarivanje glukoregulacije može dovesti do razvoja akutnih i hroničnih dijabetičnih komplikacija.

Reference:

1. Gavran L. Metodologija istraživačkog rada u medicinskim znanostima. 1 izdanje. Univerzitet u Zenici: Zenica, 2020.
2. Merćep I. Medicina zasnovana na dokazima. MEDICUS 2002. Vol. 11, No. 1, 113 – 114.
3. Gavran L, Brkić S, Nuhbegović S, Sivić S, Batic-Mujanović O, Beganlić A. Improvement in monitoring of type 2 diabetes mellitus (DM) done by family medicine teams after implementation of DM flowcharts. *Acta Informatica Medica*, 2009; 17(1):15-19.
4. Wilcox S, Okut H, Badgett R, Hassounieh S, Ablah E. Effectiveness of Flow Sheet Implementation on Diabetes Progression Screening at a Student-Run Free Clinic. *Kans J Med*. 2020 Nov 24;13:285-289. doi: 10.17161/kjm.vol13.13423. PMID: 33312411; PMCID: PMC7725131.
5. American Diabetes Association; Standards of Medical Care in Diabetes—2020 Abridged for Primary Care Providers. *Clin Diabetes* 1 January 2020; 38 (1): 10–38.
6. Samson SL, Vellanki P, Blonde L, Christofides EA, Galindo RJ, Hirsch IB, Isaacs SD, Izuora KE, Low Wang CC, Twining CL, Umpierrez GE, Valencia WM. American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm - 2023 Update. *Endocr Pract*. 2023 May;29(5):305-340. doi: 10.1016/j.eprac.2023.02.001. Erratum in: *Endocr Pract*. 2023 Sep;29(9):746. Erratum in: *Endocr Pract*. 2023 Dec;29(12):1025. PMID: 37150579.
7. Botica Vrca M, Pavlič-Renar I. Šećerna bolest u odraslih. Školska knjiga: Zagreb, 2012.
8. Stanetić K, Petrović V, Savić S. Promocija zdravlja. Medicinski fakultet Banja Luka: Banja Luka, 2023.
9. Raković I, Sestrinstvo utemeljeno na dokazima, dostupno na <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A2015/datastream/PDF/view> (15.02.2024.)
10. Zildžić, Gavran L i suradnici, Zdravstvena njega u zajednici, Zenica, 2014.
11. Avdić M, Švrakić S, Peševski Z, Bajramović E, Jahić E, Vodič za njegu dijabetičnog stopala, Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo, Sarajevo, 2009.
12. Priručnik za dodatnu edukaciju porodične medicine, Medicinske sestre/tehničari, Sarajevo, 2011/2012.
13. <https://diabetesjournals.org/clinical/article/38/1/10/32237/Standards-of-Medical-Care-in-Diabetes-2020>

Pitanja za završni ispit:

1. Na šta se odnosi sestrinska dijagnoza diabetes mellitusa?
2. Šta uključuje savremeni pristup tretmanu diabetes mellitusa za koji je zadužena medicinska sestra/tehničar u zajednici?
3. Prema najnovijim kliničkim preporukama, koliko često se preporučuju vizuelne inspekcije stopala za osobe s jednim ili povećanim rizikom u cilju zaštite stopala od razvoja dodatnih faktora rizika?

4.6.5. Zdravstvena nega pacijenata s neurološkim oboljenjima

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Zdravstvena nega pacijenta s neurološkim oboljenjima	– Predavanje - 30 minuta – Rad u grupama (napraviti plan sestrinske njege za različite slučajeve pacijenata oboljelih od neuroloških bolesti) - 20 minuta – Diskusija - 10 minuta

4.6.5. Zdravstvena njega pacijenata s neurološkim oboljenjima

Neurološke bolesti obuhvataju širok raspon stanja koja utječu na nervni sistem, uključujući mozak, leđnu moždinu i periferne živce. Intervencije medicinskih sestara/tehničara u zajednici ključne su za osobe s neurološkim bolestima zbog složenih i raznolikih potreba povezanih s tim stanjima, a sve s ciljem osposobljavanja pacijenata za svakodnevne životne aktivnosti (kupanje, oblačenje, dotjerivanje, upotreba toaleta, hranjenje i dr.).

Najčešće neurološke bolesti za koje medicinske sestre/tehničari u zajednici provode zdravstvenu njegu su:

1. Stanja nakon moždanog udara;
2. Demencija;
3. Parkinsonova bolest;
4. Multipla skleroza;
5. Traumatske povrede mozga;
6. Epilepsija;
7. Neuromuskularni poremećaji (npr. ALS, mišićna distrofija);
8. Periferna neuropatija.

4.6.5.1. Bol u leđima: edukacija pacijenata – liječenje, vježbe, tjelesni mehanizmi, modifikacija rada

Medicinske sestre/tehničari u zajednici procjenjuju i upravljaju bolom i drugim simptomima koje doživljavaju neurološki pacijenti, uključujući neuropatsku bol, grčeve mišića, umor i poremećaje spavanja. Koriste kombinaciju farmakoloških i nefarmakoloških intervencija, kao što su prilagođavanje lijekova, tehnike pozicioniranja, tehnike opuštanja i toplinska ili hladna terapija, kako bi ublažili simptome i poboljšali udobnost.

4.6.5.2. Artritis i reumatske bolesti

Medicinske sestre/tehničari u zajednici provode procjene pacijenata s ovim oboljenjima u njihovim domovima ili u zajednici kako bi procijenile njihovo zdravstveno stanje, funkcionalne sposobnosti i potrebe za njegom. One prate vitalne znakove, neurološki status, pridržavanje lijekova i promjene simptoma, sarađujući s drugim zdravstvenim radnicima kako bi osigurale pravovremene intervencije i kontinuitet zdravstvene njege.

4.6.5.3. Primjena ordinirane terapije, neželjeni efekti terapije

Medicinske sestre/tehničari u zajednici daju lijekove propisane za neurološka stanja, educiraju pacijente i njegovatelje o načinu liječenja i prate efikasnost lijekova i nuspojave. Pružaju podršku i smjernice u vezi s tehnikama primjene lijekova, prilagođavanje doziranja i strategijama pridržavanja kako bi optimizirali ishode liječenja i spriječili komplikacije. Svoja saznanja u sklopu svoje zadaće koordiniranja prenose multidisciplinarnom timu zdravstvenih radnika koji pružaju zdravstvenu njegu neurološkim pacijentima.

4.6.5.4. Edukacija pacijenta i članova porodice, važnost saradnje

Medicinske sestre/tehničari u zajednici educiraju i pružaju podršku neurološkim pacijentima i njihovim njegovateljima, osnažujući ih da upravljaju svojim zdravljem i izazovima života s neurološkim stanjem. One nude informacije o stanju, mogućnostima liječenja, strategijama brige o sebi, sig-

urnosnim mjerama opreza i resursima zajednice, potičući vještine samoupravljanja i poboljšavajući zdravstvenu pismenost.

Pored navedenih zadataka, medicinske sestre/tehničari u radu u zajednici obavljaju i sljedeće aktivnosti u radu s neurološkim pacijentima: previjanje hroničnih rana, procjena pokretnosti i svakodnevnih životnih aktivnosti (kupanje, oblačenje, dotjerivanje, upotreba toaleta i hranjenje), koordinacija zdravstvene njege, psihološka podrška, promocija zdravlja i zagovaranje.

Procjena neuroloških deficita ključan je aspekt zdravstvene njege u zajednici, jer pomaže medicinskim sestrama/tehničarima da identificiraju promjene u neurološkom statusu pacijenata, prate napredovanje bolesti i planiraju odgovarajuće intervencije za optimizaciju ishoda pacijenata.

U procjeni neuroloških pacijenata medicinska sestra/tehničar u zajednici obavlja sljedeće aktivnosti: uzimanje neurološke anamneze, procjena subjektivnih simptoma, procjena mentalnog statusa (svijest, orijentacija prema osobama, mjestu, vremenu i situaciju, pažnja, pamćenje, jezik i izvršne funkcije), procjena kranijalnih nerava (procjena vida, reakcije zjenica, pokreta očiju, osjeta i pokreta lica, sluha, okusa i gutanja), procjena mišića (snaga i pokreti, tonus, refleksi), procjena senzorne funkcije (osjet dodira, bola, temperature, vibracija i propriocepcije), procjena koordinacije (test prst-nos, peta-potkoljenica, brzi naizmjenični pokreti), procjena ravnoteže i hoda, mjerenje vitalnih znakova, procjena aktivnosti svakodnevnog života i kognitivna procjena (MiniCog, Mini-Mental State Examination).

Provodeći procjenu osjetilnih deficita, motoričkih oštećenja i funkcionalnih ograničenja, medicinske sestre/tehničari u zajednici mogu identificirati potrebe pacijenata, razviti prilagođene planove zdravstvene njege i provesti ciljane intervencije koje promoviraju optimalnu funkciju, neovisnost i kvalitet života osobe koja živi s neurološkim stanjima u okruženju zajednice. Sve svoje nalaze i procjene medicinska sestra/tehničar uredno dokumentira u predviđenu medicinsku dokumentaciju.

Ključne poruke:

Medicinske sestre/tehničari u zajednici igraju ključnu ulogu u pružanju podrške osobama s neurološkim bolestima pružanjem edukacije i smjernica o upravljanju simptomima, pridržavanju lijekova i promjenama načina života.

Sarađuju s multidisciplinarnim timovima na koordinaciji sveobuhvatnih planova zdravstvene njege prilagođenih jedinstvenim potrebama svakog pacijenta, promovirajući neovisnost i poboljšavajući kvalitet života.

Medicinske sestre/tehničari u zajednici nude emocionalnu podršku pacijentima i njihovim porodicama, pomažući im da se nose s izazovima povezanim s neurološkim stanjima.

Reference:

1. Butković Soldo S, Titlić M. Neurologija: za visoku školu za medicinske sestre, fizioterapeute, inženjere radiologije. Osijek: Studio H. S. Internet i Medicinski fakultet u Osijeku; 2013.
2. Sedić B. Zdravstvena njega neuroloških bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2008.
3. Smajkić A, Rudić A, Račić M, Jatić Z, Černi-Obrdaj E, et al. Organizacija i praksa obiteljske/porodične medicine. Sarajevo: Šahinpašić; 2013.
4. Brinar V. Neurologija za medicinare. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
5. Strickland K, Baguley F. The role of the community nurse in care provision for people with multiple sclerosis. Br J Community Nurs. 2015 Jan;20(1):6-10. doi: 10.12968/bjcn.2015.20.1.6.
6. Peel C, Thomas S. The importance of community nurses in supporting parkinson's patients on complex therapies. British Journal of Community Nursing. 2022 Feb 2;27(2):90-5. doi:10.12968/bjcn.2022.27.2.90

Pitanja za završni ispit:

1. Od navedenih, koje su svakodnevne životne aktivnosti?
2. Šta medicinska sestra/tehničar kod pacijenta procjenjuje kada procjenjuje snagu, pokrete, tonus i reflekse?
3. Za šta se koristi MiniCog test?

4.6.6. Zdravstvena nega pacijenata s infektivnim oboljenjima

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Zdravstvena nega pacijenta s infektivnim oboljenjima	– Predavanje - 30 minuta – Rad u grupama (napraviti plan sestrinske njege za različite slučajeve pacijenata oboljelih od infektivnih oboljenja) - 20 minuta – Diskusija - 10 minuta

4.6.6. Zdravstvena njega pacijenata s infektivnim oboljenjima

Gavran Larisa

4.6.6.1. Tuberkuloza, hepatitis A, B, C, HIV/AIDS, spolno prenosive bolesti, virusne respiratorne infekcije, scabies

Tuberkuloza (TBC)

Mycobacterium tuberculosis inficira otprilike jednu trećinu čovječanstva i vodeći je zarazni uzrok smrtnosti u svijetu. Prepreke za kontrolu tuberkuloze uključuju poteškoće i kašnjenja u dijagnozi, dugotrajne režime liječenja, otpornost na lijekove, nedostatak visoko efikasne vakcine i nepotpuno razumijevanje onoga što kontrolira prijenos, infektivnost, reaktivaciju i progresiju bolesti. TBC je vodeći uzrok smrti od zaraznih bolesti širom svijeta, a cilj SZO do 2035. godine je smanjenje globalne incidence TBC-a za 90%. Da bi se postigli globalni ciljevi, potrebne su komplementarne intervencije koje bi dopunile trenutnu kontrolu TBC-a. Više o TBC kao infektivnoj bolesti nalazi se u poglavlju 4.6.3.4.

Virusni hepatitis

Virusni hepatitis su grupa zaraznih bolesti koje zahvataju jetreno tkivo, a uzrokuju ih virusi hepatitisa A, B, C, D i E koji mogu prouzrokovati akutnu ili hroničnu bolest.

- Akutni hepatitis – iznenadna upala jetre, može biti teška, ali traje kratko;
- Hronični hepatitis – stanje trajne upale jetre (duže od šest mjeseci).

Svako može biti izložen riziku obolijevanja od virusnih hepatitisa, koji zahvataju oko 400 miliona ljudi godišnje širom svijeta. Od posljedica zaraze virusnim hepatitisima svake godine umire 1,4 miliona ljudi. Procjenjuje se da 95% osoba s virusnim hepatitisom u svijetu i ne zna da živi s ovom bolešću, s obzirom da infekcija često izaziva vrlo blage ili nikakve simptome. Ako se ne liječi, virusni hepatitis može uzrokovati oštećenja i zatajenje jetre. Virusni hepatitis vodeći je uzrok raka jetre i razlog za transplantaciju jetre u Evropi. Virusni hepatitis se razlikuju prema načinu prijenosa, načinu na koji oštećuju jetru i efektu na stanje organizma.

Virus humane imunodeficijencije (HIV)

HIV ostaje veliki globalni javnozdravstveni problem, koji je do sada odnio oko 40,4 miliona života uz kontinuirani prijenos u svim zemljama svijeta, pri čemu su neke zemlje prijavile rastuće trendove novih infekcija, dok su prije bile u padu.

HIV napada imunološki sistem tijela, a sindrom stečene imunodeficijencije (AIDS) je najnapredniji stadij bolesti. HIV cilja bijele krvne ćelije, slabeći imunološki sistem. To olakšava obolijevanje od bolesti poput tuberkuloze, različitih infekcija i nekih vrsta raka. Neliječeni HIV može prijeći u AIDS, često nakon mnogo godina. U prvih nekoliko sedmica nakon zaraze ljudi možda neće osjetiti simptome. Drugi mogu imati bolest sličnu gripi uključujući: povišenu temperaturu, glavobolju, osip i grlobolju. Infekcija progresivno slabi imunološki sistem izazivajući druge znakove i simptome: natečeni limfni čvorovi, gubitak težine, povišena temperatura, proljev i kašalj. HIV se može dijagnosticirati brzim dijagnostičkim testovima koji daju rezultate istog dana. Ne postoji lijek za HIV infekciju. Liječi se (tj. drži pod kontrolom) antiretrovirusnom terapijom (ART) kojom se zaustavlja razmnožavanje virusa u tijelu.

Spolno prenosive bolesti

Procjenjuje se da se svake godine dogodi 374 miliona novih spolno prenosivih infekcija (SPI) s jednom od četiri izlječive spolno prenosive bolesti: klamidija, gonoreja, sifilis i trihomonijaza. In-

fekcija humanim papiloma virusom (HPV) povezana je s više od 311.000 smrtnih slučajeva od raka grlića materice svake godine. SPI su često asimptomatske. Kada se simptomi i pojave, mogu biti nespecifični. Efikasno liječenje trenutno je moguće za nekoliko SPI.

Tri bakterijske (klamidija, gonoreja i sifilis) i jedna parazitska spolno prenosiva bolest (trihomonijaza) općenito su izlječive s postojećim režimima jednokratne doze antibiotika. Za herpes i HIV, najefikasniji dostupni lijekovi su antivirusni lijekovi koji mogu modulirati tok bolesti, iako ne mogu izliječiti bolest. Za hepatitis B, antivirusni lijekovi mogu pomoći u borbi protiv virusa i usporiti oštećenje jetre.

Virusne respiratorne infekcije

Niz različitih virusa može uzrokovati infekcije respiratornog trakta (IRT), najvažniji su orto- i paramyxoviridae, picornaviridae, coronavirusi i adenovirusi. Iako je općenito prihvaćeno da je većina blagih IRT virusna, nedavni sistemski pregledi i metaanalize objavljene literature pokazali su da je 25% odraslih bolesnika s vanbolnički stečenom upalom pluća bilo virusne etiologije. Taj je postotak veći kod djece, posebno djece mlađe od pet godina, zbog velikog udjela slučajeva uzrokovanih respiratornim sincicijskim virusom (RSV-om). Više o ovoj temi možete pročitati u poglavlju 4.6.3.1.

Šuga (lat. scabies)

Šuga kod ljudi je parazitska infestacija koju uzrokuje *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Procjenjuje se da je 5-50% djece u područjima sa siromašnim resursima zahvaćeno šugom. Šuga se javlja širom svijeta, ali je najčešća u toplim, tropskim zemljama i u područjima visoke gustoće naseljenosti.

Šuga je parazitska infestacija koju uzrokuju sićušne grinje koje prodiru u kožu i polažu jaja, uzrokujući intenzivan svrbež i osip. Šuga može dovesti do rana na koži i ozbiljnih komplikacija poput septikemije (infekcija krvotoka), bolesti srca i problema s bubrezima. Simptomi šuge obično počinju 4-6 sedmica nakon infestacije. Ponekad postoje vidljivi znakovi prije početka simptoma. Simptomi šuge uključuju: jak svrbež, često intenzivniji noću; bore koje svrbe (linearne brazde) i izbočine (papule) na prstima, zapešćima, rukama, nogama i području pojasa; upaljene izbočine na muškim genitalijama i ženskim grudima; i veći osip u dojenčadi i male djece, uključujući dlanove, tabane, gležnjeve i tjeme. Dijagnoza šuge zasniva se na kliničkom prepoznavanju tipičnih obilježja infestacije. Šuga se može liječiti lokalnim kremama ili oralnim lijekovima u težim slučajevima. Svrbež se često pogoršava 1-2 sedmice nakon početka liječenja. Lokalni tretmani koji se primjenjuju na cijelo tijelo uključuju: 5% permetrinsku kremu, 0,5% malationa u vodenoj bazi, 10–25% emulziju benzil benzoata, te 5–10% sumpornu mast. Ivermektin uzet oralno, također, vrlo je efikasan, ali ga ne smiju uzimati trudnice i djeca težine do 15 kg.

4.6.6.2. Uzroci, putevi prijenosa, načini zaštite

Uzročnici virusnih hepatitisa su virusi hepatitisa A, B, C, D i E.

Hepatitis A uglavnom se prenosi konzumiranjem hrane i vode zagađene fekalijama, direktnim fizičkim kontaktom sa zaraženom osobom, konzumiranjem sirovih školjaka iz kanalizacijom zagađene vode, te konzumiranjem zamrznutog voća i povrća. Naziva se još i „bolest prljavih ruku“. Vakcina za hepatitis A se preporučuje u slučaju putovanja u zemlje u kojima je povećan rizik od ove infekcije. Generalno se preporučuju pravilne higijenske navike, izbjegavanje konzumiranja sirovog voća i povrća, vode i leda iz potencijalno nesigurnih izvora.

Hepatitis B najčešće se prenosi kontaktom s krvlju ili, rjeđe, ostalim tjelesnim tekućinama (sline, sjemena i vaginalna tekućina) zaražene osobe. Može se prenijeti s majke na dijete tokom poroda. Nema specifičnog liječenja za akutni hepatitis B, pa je njega uglavnom usmjerena na simptomatsko liječenje. Postoji vakcina koja može spriječiti bolest. S ciljem smanjenja mogućnosti infekcije, preporučuje se korištenje kondoma, izbjegavanje međusobnog dijeljenja igala ili predmeta kao što su četkice za zube, grickalice za nokte ili žileti, izbjegavanje tetoviranja ili stavljanja piercinga u neovlaštenim salonima. Novorođenčad majki zaraženih virusom hepatitisa B trebaju se vakcinisati protiv hepatitisa B unutar 12 sati nakon rođenja i primiti specifični imunoglobulin da se spriječi infekcija i razvoj hroničnog hepatitisa B.

Hepatitis C prvenstveno se prenosi kontaktom s krvlju zaražene osobe, a u rjeđim slučajevima može se prenijeti spolnim putem prilikom nezaštićenih spolnih odnosa koji uključuju krvarenja, te tokom

poroda. Ne postoji vakcina protiv hepatitisa C. Zbog toga je potrebno smanjiti rizik od izlaganja i to izbjegavanjem međusobnog dijeljenja igala i ostalih predmeta za ličnu upotrebu kao što su četkice za zube, grickalice za nokte ili žileti, te izbjegavanjem tetoviranja ili stavljanja piercinga u neovlaštenim salonima.

Hepatitis D se prenosi kontaktom sa zaraženom krvlju, dok je prijenos s majke na dijete rijedak. Osobama koje nisu zaražene hepatitisom B, a nisu vakcinisane, preporučuje se vakcinacija protiv hepatitisa B. S ciljem smanjenja mogućnosti infekcije, preporučuje se izbjegavanje međusobnog dijeljenja igala ili predmeta kao što su četkice za zube, grickalice za nokte ili žileti, te izbjegavanje tetoviranja ili stavljanja piercinga u neovlaštenim salonima.

Hepatitis E se prenosi preko probavnog sistema, uglavnom konzumiranjem kontaminirane hrane i onečišćene vode zagađene fekalijama, te direktnim fizičkim kontaktom sa zaraženom osobom. Naziva se još i „bolest prljavih ruku“. U Evropi se uglavnom prenosi konzumacijom zaraženog i nedovoljno termički obrađenog svinjskog mesa ili prerađevina, mesa jelena te sirovih školjaka iz kanalizacijom zagađene vode. Preporučuje se prakticiranje općih higijenskih mjera, izbjegavanje konzumiranja vode iz potencijalno nesigurnih izvora ili prokuhavanje vode za piće, izbjegavanje konzumacije sirovog ili nedovoljno termički obrađenog mesa, posebno svinjskog, divljači i školjaka.

HIV se prenosi kontaktom s tjelesnim tekućinama zaražene osobe, uključujući krv, majčino mlijeko, spermu i vaginalnu tekućinu te s majke na bebu. Ne širi se poljupcima, zagrljajima ili dijeljenjem hrane. Važno je napomenuti da osobe s HIV-om koje uzimaju antiretrovirusnu terapiju (ART) i imaju nemjerljivo virusno opterećenje, ne prenose HIV na svoje spolne partnere. Rani pristup ART-u i podrška za nastavak liječenja su stoga ključni, ne samo za poboljšanje zdravlja osoba s HIV-om, već i za sprječavanje daljeg prijenosa. Da bi smanjili rizik od infekcije HIV-om, pacijentima treba savjetovati korištenje muškog ili ženskog kondoma tokom seksa, testiranje na HIV i spolno prenosive infekcije, dobrovoljno medicinsko obrezivanje muškaraca, te korištenje usluga smanjenja štete za osobe koje injektiraju i koriste droge.

Šuga se javlja širom svijeta, ali je najčešća u tropskim područjima s niskim prihodima, djeca i stariji ljudi izloženi su većem riziku. Šuga se prenosi s osobe na osobu kroz bliski kontakt kože (npr. stanovanje u istoj kući) sa zaraženom osobom. Budući da postoji asimptomatski period zaraze, do prijenosa može doći prije nego što prvobitno zaražena osoba razvije simptome. Preporuke za sprječavanje i tretman šuge su: izbjegavati kontakt kože na kožu s inficiranom osobom, posebno ako ima osip koji svrbi, liječiti sve članove kućanstva, oprati i osušiti posteljinu i odjeću koja je bila u kontaktu sa zaraženom osobom koristeći vruću vodu i sušenje na direktnoj sunčevoj svjetlosti, ciklus vrućeg sušenja ili hemijsko čišćenje, zatvoriti predmete koji se ne mogu prati u plastičnu vrećicu sedam dana kako biste pomogli u uklanjanju grinja te očistiti i usisati sobe nakon što je zaražena osoba tretirana.

Poznato je da se više od 30 različitih bakterija, virusa i parazita prenosi seksualnim kontaktom, uključujući vaginalni, analni i oralni seks. Neke SPI, također, mogu se prenijeti s majke na dijete tokom trudnoće, poroda i dojenja. Osam patogena povezano je s najvećom učestalošću SPI. Od toga su četiri trenutno izlječiva: sifilis, gonoreja, klamidija i trihomonijaza. Ostale četiri su neizlječive virusne infekcije: hepatitis B, herpes simplex virus (HSV), HIV i humani papiloma virus (HPV). Uprkos znatnim naporima da se identificiraju jednostavne intervencije koje mogu smanjiti rizično seksualno ponašanje, promjena ponašanja ostaje i dalje složen izazov.

Avdić Mediha

4.6.6.3. Prevencija i edukacija pacijenta i porodice, primjena terapije, upute za savjetovališta za HIV/AIDS i ostale spolno prenosive infekcije

Pojedine infekcije su vrlo teško uočljive jer ne izazivaju izrazite simptome, zbog čega je potreban veliki oprez. Spolni kontakt, često i samo jedan, dovoljan je za prijenos infekcije. Upravo zbog toga, prevencija spolno prenosivih bolesti ima ključnu ulogu. Iako za svaki tip infekcije vrijede neka specifična pravila zaštite, opće smjernice su jednake za sve uzročnike i sve pojedince bez obzira na

dob, spol ili socijalni status. Preventiva je vrlo važna i trebala bi početi što ranije u vidu kvalitetne edukacije mladih ljudi o spolno prenosivim bolestima, njihovim uzročnicima, načinima prijenosa kao i o adekvatnoj zaštiti od moguće infekcije.

Opasnost od infekcije raste ako se ostvari spolni kontakt s osobom čije nam je socijalno i seksualno ponašanje nepoznato. Osobe sklone takvom promiskuitetnom ponašanju vrlo često su i prenositelji infekcija. Ako je moguće, potrebno je pažljivo pregledati partnera jer nekada su infekcije vidljive izvana, na koži ili sluznicama uočiti će se npr. ranice kod herpesa, bradavice kod HPV-infekcije i slično. Istraživanja su utvrdila da lateks kondom može zaštititi od prijenosa najvećeg broja virusnih i bakterijskih infekcija, a u većoj mjeri može se smanjiti i opasnost od HIV infekcije. No, za viruse koji se prenose direktnim kontaktom kože s kožom (poput virusa herpes simplex ili HPV-a), zaštita s kondomom neće biti dovoljna, ako žarište infekcije nije njime pokriveno. I spermicidi mogu igrati važnu ulogu u inaktiviranju pojedinih uzročnika infekcije, a time i u zaštiti od spolno prenosivih bolesti. Preporučljiva je i temeljita higijena (tuširanje), naročito intimnih dijelova, nakon svakog spolnog odnosa.

Vakcinacija ima vrlo važnu ulogu u prevenciji. Vakcinacija protiv hepatitisa B pruža zaštitu od infekcije ovim virusom, dok vakcina za hepatitis C još uvijek ne postoji. Novost je HPV vakcina koja u sebi sadrži inaktivirana četiri najvažnija tipa HPV-a (16 i 18, te 6 i 11). Tipovi 16 i 18 uzročnici su 70% karcinoma grlića materice, dok su tipovi 6 i 11 odgovorni za 90% virusnih bradavica na području genitalnog trakta. Vakcina je namijenjena uglavnom djevojčicama u dobi od 11 do 12 godina, u svakom slučaju prije prvog spolnog odnosa, odnosno prije prvog kontakta s HPV-om. Za te djevojčice, vakcina može pružiti stopostotnu zaštitu od bolesti uzrokovane s ova četiri tipa virusa. Zaštita je dugotrajna, ali ne štiti od svih tipova HPV-a (dosad je, naime, otkriveno više od sto podtipova), te su redovni ginekološki pregledi žena i dalje potrebni. Nažalost, kod već zaraženih žena i djevojaka, vakcina neće spriječiti dalji razvoj bolesti.

Identificiranje i liječenje svih spolnih partnera inficirane osobe vrlo je bitno, ali je i težak korak. U okviru detekcije, potrebno pozvati na pregled i pacijentove seksualne partnere radi dalje dijagnostike i liječenja.

U svakom kantonu postoje savjetovišta i ambulate za spolno prenosive bolesti u koje se pacijenti mogu javiti bez uputnice i anonimno uraditi pregled, te na vrijeme započeti liječenje. Globalna strategija za prevenciju i kontrolu spolno prenosivih bolesti, zasnovana je na poštovanju ljudskih principa i svih etičkih komponenti. Imperativ je promjena stavova i seksualnog ponašanja, dostupnost kontracepcijskih sredstava za oba spola te adekvatna dijagnostika i liječenje na svim nivoima zdravstvene zaštite. Globalna strategija usmjerena je na četiri glavna cilja: smanjenje stope smrtnosti od spolno prenosivih bolesti, prevencija širenja HIV infekcije, prevencija dugotrajnih komplikacija spolno prenosivih bolesti te smanjenje nepovoljnih ishoda kod žena sa spolno prenosivim bolestima.

Gavran Larisa

4.6.6.4. Postulati Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) koji štite pacijente od stigme i diskriminacije sredine

Okvir zdravstvene stigme i diskriminacije pruža inovativnu i alternativnu metodu za konceptualizaciju i odgovor na stigme povezane sa zdravljem. Primjenjiv na niz zdravstvenih stanja i bolesti, okvir ističe domene i puteve koji su zajednički stigmama povezanim sa zdravljem i predlaže ključna područja za istraživanje, intervenciju, praćenje i politiku. Ovaj međusektorski pristup podržava efikasniji i djelotvorniji odgovor na rješavanje značajnog izvora loših zdravstvenih ishoda na globalnom nivou.

Okvir zdravstvene stigme i diskriminacije ima praktične primjene za provoditelje programa, kreatora politika i istraživače, pružajući zajedničku osnovu za informiranje diskursa o istraživačkim prioritetima, razvijanje inovativnih odgovora i njihovu implementaciju u velikom broju. Za provoditelje programa, okvir može informirati kombinaciju i nivo intervencija koje su najprikladnije za odgovor

na određenu vrstu stigme povezane sa zdravljem. Za kreatore politike, okvir ima potencijal dovesti do efikasnosti u finansiranju i provođenju napora za smanjenje stigmi povezanih sa zdravljem. Na kraju, za istraživače, okvir bi trebao omogućiti konciznije i uporedive mjere stigme koje se mogu uporediti sa zdravstvenim stanjima i bolestima uklanjanjem silosa bolesti iz prošlosti i njihovom zamjenom uobičajenim domenama i terminologijom koja je pristupačnija.

Avdić Mediha

4.6.6.5. Etički kodeks ponašanja zdravstvenih radnika

Etički kodeks medicinskih sestara/tehničara određuje osnovne moralne vrijednosti i osnovne principe profesionalnog ponašanja, odnos prema pacijentu, saradnju s timom u provođenju zdravstvene njege i zaštite, kao i stvaranje fizičke, psihičke i socijalne okoline koja doprinosi očuvanju zdravlja, prevenciji bolesti i ozdravljenju. Za medicinsku sestru/tehničara, kao građanina, vrijede iste moralne i zakonske norme kao i za ostale pripadnike društva koji imaju pravo birati i živjeti prema ličnim vrijednostima i ličnoj etici sve dok te vrijednosti ne kompromitiraju sestrinstvo kao profesiju.

Etički kodeks obavezuje medicinske sestre/tehničare na etičko ponašanje. Rješenje neke dileme ponekad ovisi o posebnim okolnostima slučaja, a ponekad o težini suprotnih principa o kojima ljudi mogu imati različita mišljenja. Kodeks ne sputava etičku različitost, ali može koristiti kao vodič za razmišljanje o dužnostima u određenoj situaciji i treba pomoći pri odlučivanju.

Elementi etičkog kodeksa uključuju:

1. Vrijednosti – široki ideali sestrinske profesije kojih se medicinske sestre moraju pridržavati.
2. Dužnosti – moralne norme koje izražavaju svoje osnovne vrijednosti pod određenim okolnostima. Značaj dužnosti i vrijednosti presudan je kada postoje ograničenja koja sa sobom nose moralnu težinu. TREBA i MORA su u normativnoj terminologiji kodeksa specifični izrazi. Izraz TREBA izražava moralnu poželjnost, a izraz MORA izražava dužnost.
3. Prava i dužnosti medicinskih sestara/tehničara zasnivaju se na (moralnim) pravima svakog čovjeka. Medicinske sestre/tehničari imaju sva (moralna) pravna čovjeka, ali i svoja profesionalna prava.

U skladu s etičkim kodeksom, medicinska sestra/tehničar treba da poštuje potrebe i vrijednosti svakog čovjeka, pravo pacijenta na izbor, poštuje i čuva profesionalnu tajnu, štiti pacijenta, provodi sestrinsku praksu i ima pravo na obrazovanje, provodi zdravstvenu njegu i zaštitu, radi kao član tima i sarađuje sa svim sektorima, poštuje sve etičke principe u radu s korisnicima zdravstvene zaštite.

Ključne poruke:

Ljudi nisu definirani samo jednom bolešću ili jednom percipiranom razlikom, oni imaju složene potrebe i zdravstvene probleme za koje medicinske sestre/tehničari u zajednici imaju mnoge obaveze, uključujući kontinuiranu edukaciju pacijenata i njihovih porodica o načinima prevencije i liječenja infektivnih bolesti, rano prepoznavanje rizika od infektivnih bolesti, adekvatan sestrinski proces zdravstvene njege ovih pacijenata u dogovoru s timskim porodičnim ljekarom i sl., čime medicinske sestre mogu utjecati na javnozdravstvenu dobrobit cjelokupne zajednice.

Globalna strategija za prevenciju i kontrolu spolno prenosivih bolesti, zasnovana je na poštovanju ljudskih principa i svih etičkih komponenti. Usmjerena je na četiri glavna cilja: smanjenje stope smrtnosti spolno prenosivih bolesti, prevenciju širenja HIV infekcije, prevenciju dugotrajnih komplikacija spolno prenosivih bolesti te smanjenje nepovoljnih ishoda kod žena sa spolno prenosivim bolestima.

Etički kodeks medicinskih sestara/tehničara određuje osnovne moralne vrijednosti i osnovne principe profesionalnog ponašanja, odnos prema pacijentu, saradnju s timom u pružanju zdravstvene njege i zaštite, kao i stvaranje fizičke, psihičke i socijalne okoline koja doprinosi očuvanju zdravlja, prevenciji bolesti i ozdravljenju.

Reference:

1. Sivić S. Osnovi preventivne medicine, Medicinski fakultet u Zenici: Zenica, 2021.
2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Virusni hepatitis. <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/virusni-hepatitisi/> (07.01.2024.)
3. World Health Organization. HIV and AIDS. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids?> (07.01.2024.)
4. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)?](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)?) (07.01.2024.)
5. van Doorn HR, Yu H. Viral Respiratory Infections. Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases. 2020:284–8. doi: 10.1016/B978-0-323-55512-8.00033-8. Epub 2019 May 28. PMID: PMC7152106.
6. World Health Organization. Scabies. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies> (07.01.2024.)
7. Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, van Brakel W, C Simbayi L, Barré I, Dovidio JF. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. BMC Med. 2019 Feb 15;17(1):31. doi: 10.1186/s12916-019-1271-3. PMID: 30764826; PMCID: PMC6376797.
8. Bendra A, Spolno prenosive bolesti, <https://zir.nsk.hr/islandora/object/fzsri:1350/datastream/PDF/view> (24.02.2024).
9. Etički kodeks medicinskih sestara i tehničara, <https://zzzm.ba/wp-content/uploads/2021/01/ETICKI-KODEKS-MEDICINSKIH-SESTARA-I-TEHNICARA.pdf> (25.02.2024).

Pitanja za završni ispit:

1. Šta treba savjetovati pacijente, da bi smanjili rizik od infekcije HIV-om?
2. Kako se prenosi scabies/šuga?
3. Na koja četiri glavna cilja je usmjerena Globalna strategija za prevenciju i kontrolu spolno prenosivih bolesti?

4.7. Njega bolesnika u terminalnoj fazi bolesti

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Njega bolesnika u terminalnoj fazi bolesti	– Predavanje (I dio) - 60 minuta – Rad u grupama (plan sestrinske njege i uključivanje multidisciplinarnog tima) - 60 minuta – Predavanje (II dio) - 60 minuta – Rad u grupama (edukacija pacijenta i porodice) - 60 minuta – Predavanje (III dio) - 60 minuta – Rad u grupama (prepoznavanje Burnouta kod njegovatelja i djelovanje) - 60 minuta

4.7. Njega bolesnika u terminalnoj fazi bolesti

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- navesti principe palijativne njege i interdisciplinarnog rada;
- opisati kontrolu simptoma u terminalnoj fazi oboljenja;
- opisati tretman akutnog i hroničnog bola;
- kontrolirati simptome (mučnina, povraćanje, poremećaji sna, opstipacija/dijareja, inkontinencija);
- pružiti emocionalnu i duhovnu podršku pacijentu i porodici;
- prepoznati simptome Burnouta kod njegovatelja/člana porodice.

Sadržaj:

Definicija i organizacija palijativne njege. Multidisciplinarni pristup u pružanju palijativne njege. Emotivna i duhovna podrška oboljelom i članovima porodice.

4.7.1. Definicija i organizacija palijativne njege

Palijativna medicina jedna je od novijih grana moderne medicine. Cilj palijativne medicine je njega terminalno oboljelih pacijenata u završnom stadiju bolesti. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), palijativna njega je pristup koji poboljšava kvalitet života bolesnika i njihovih porodica, suočavajući se s problemima vezanim za bolest koja prijeti životu. Ključna karakteristika palijativne njege je sveobuhvatnost s ciljem pružanja neophodne njege pacijentima s neizlječivim bolestima.

Organizacija palijativne njege potrebna je na svim nivoima zdravstvene zaštite. U palijativnoj njezi pokušavamo poboljšati kvalitet bolesnikovog života i njegove porodice te olakšati patnju, bol i druge simptome bolesti. U palijativnoj njezi se primjenjuje holistički pristup prema bolesniku i njegovoj porodici. Palijativna njega počinje kada su iscrpljene sve klasične metode liječenja. Dostupnost palijativne njege mora se zasnivati na potrebama i ne treba je ograničavati na tip bolesti, geografsku lokaciju ili socioekonomski status onoga koji takvu njegu treba. Svi koji se brinu za umiruće bolesnike trebali bi učestvovati u radionicama, usmjerenim na psihološke oblike ove vrste njege. Palijativna njega zapravo podrazumijeva cjelokupnu njegu za bolesnika u terminalnoj fazi bolesti i njegovu porodicu. Terminalna bolest je medicinski izraz koji se koristi za opisivanje bolesti koja se ne može izliječiti ili adekvatno tretirati, te od koje se očekuje da će rezultirati smrću pacijenta u kratkom vremenskom periodu. Smrt je dio života, te je vrlo važno poboljšati kvalitet pacijentovog života, te ujedno pružati veliku podršku njegovoj porodici, čak i nakon njegove smrti, pa sve do završetka procesa žalovanja.

Tokom trajanja bolesti, medicinske sestre/tehničari trebaju educirati porodicu i o suočavanju sa smrću pacijenta. Pacijent na kraju života i njegova porodica suočavaju se s mnogo „dubljim“ dimenzijama života i postojanja, te je izuzetno važno biti prisutan uz umiruću osobu. No, za prisutnost je potrebno učenje, prihvatanje boli, patnje, žalosti i umiranja kao sastavnog dijela života. Dobra komunikacija je neophodan preduvjet za kvalitetnu palijativnu njegu, i predstavlja sastavni dio svakog odnosa s bolesnikom i njegovom porodicom.

4.7.2. Timski rad – tim primarne zdravstvene zaštite; multidisciplinarni timovi; njega u hospisima

SZO tim definira kao grupu dvoje ili više ljudi koji su međusobno ovisni, te rade na ostvarivanju zajedničkog cilja. Ono što tim razlikuje od grupe jest složenija komunikacija koja je i ravnopravnija među članovima. U timu je značajnije uvažavanje mišljenja svih članova podjednako, dok u grupi dominira jedan vođa. Timski rad kao takav, zahtijeva prilagođavanje članova tima jednog prema drugom, kako bi se ostvario zadani cilj. Svako od članova tima ima svoju specifičnu ulogu te posjeduje određena znanja i vještine koje, međusobno dopunjene znanjima i vještinama drugih članova, omogućuju ostvarivanje željenog cilja. Timski rad omogućuje brži protok informacija, što uzrokuje veću fleksibilnost i produktivnost te bolji kvalitet usluge.

Pružanje zdravstvene njege i zaštite postaje sve kompleksniji posao koji danas, osim stručnog znanja ljekara i medicinskih sestara/tehničara, zahtijeva i znanje koje imaju ostali zdravstveni i nezdravstveni stručnjaci: socijalni radnici, psiholozi, fizioterapeuti, duhovnici i drugi.

Timski rad u oblasti palijativne njege predstavlja osnovu pružanja aktivne, sveobuhvatne i holističke njege i podrazumijeva saradnju različitih profesionalaca s ciljem najbolje moguće njege pacijenata i njihovih porodica. Osim toga, timski rad u palijativnoj njezi olakšava prepoznavanje vrijednosti i ciljeva pacijenta i njegove porodice, osigurava trajne mehanizme komunikacije između pružatelja njege te omogućuje učestvovanje svakog člana tima u donošenju odluka bitnih za planiranje i provođenje kvalitetne zdravstvene njege.

Priznanje palijativne medicine kao specijalističke medicinske discipline dovelo je do promjene u statusu palijativne njege. Pokrenut je razvoj novog pristupa palijativnoj njezi prema kojem je za pružanje njege zadužen tim stručnjaka različitih naučnih oblasti, što rezultira zadovoljenjem složenih potreba bolesnika. Takav način rada nastoji odgovoriti na sve fizičke, psihološke, duhovne i emocionalne potrebe pacijenata, a kroz međusobnu saradnju i zajedničko donošenje odluka s

kojima se slažu svi članovi tima, uključujući i bolesnika i njegovu porodicu.

Danas se palijativna njega pruža kroz interdisciplinarni pristup koji se smatra ključnim faktorom za postizanje najboljeg mogućeg kvaliteta njege. Glavne zadaće tima za pružanje palijativne njege su da uklone ili barem ublaže postojeću bol i ostale tegobe, da osiguraju sve potrebne lijekove i sanitetski materijal, da pacijentu i porodici pruže podršku u vezi s emocionalnim, psihosocijalnim i duhovnim aspektima umiranja, da pruže podršku i educiraju porodicu o kvalitetnoj njezi bolesnika. Snaga timova za pružanje palijativne njege ogleda se u uspješnoj komunikaciji, međusobnom povjerenju, kompetentnosti članova tima, ravnopravnoj ulozi te zajedničkom radu na ostvarivanju ciljeva. U svom funkcioniranju, tim stvara partnerski odnos u kojem se kao prioriteti postavljaju poštovanje, pristojno i ljubazno ponašanje, otvorena komunikacija, slušanje, poštovanje ličnih vrijednosti, konstruktivna rasprava o mogućim oblicima liječenja te prihvatanje odbijanja liječenja.

Hospicijska njega je briga o teško oboljelim pacijentima u specijaliziranim ustanovama za palijativnu negu – hospisima ili hospicijima. To nisu mjesta za umiranje, kako se zbog predrasuda često smatra. To su ustanove za psihičku i fizičku stabilizaciju bolesnika, uz redovan kontakt s ljekarima, medicinskim sestrama/tehničarima, njegovateljicama, volonterima, socijalnim radnicima, vjerskim službenicima i članovima porodice. Između ostalog, cilj hospicija je spriječiti patnju i bol, voditi računa o uzimanju lijekova u pravoj dozi i u pravo vrijeme itd. Da bi pacijent bio smješten u hospicij, mora zadovoljiti medicinski i socijalni kriterij. Medicinski kriterij odnosi se na činjenicu da je riječ o osobi u terminalnoj fazi bolesti za koju je ljekar prosudio da joj dalje liječenje neće pomoći, a preostalo joj je od tri do šest mjeseci života. Socijalni kriterij odnosi se na činjenicu da porodica finansijski nije u stanju brinuti se o pacijentu i zbog toga se pacijent smješta u hospicije, koji imaju dovoljno educirano medicinsko osoblje da se mogu brinuti o pacijentima u terminalnoj fazi bolesti.

4.7.3. Proces bolesti - primarna lokacija i postojanja metastaza

Tumor je naziv za abnormalnu nakupinu tkiva. Ona može biti maligna, zloćudna ili kancerogena, odnosno benigna, dobroćudna ili nekancerogena. Samo maligni tumori napadaju okolna tkiva i metastaziraju. Čelije raka napadaju organizam tako što ulaze u krvne ćelije i kruže krvotokom. Kada je organizam oslabljen, ćelije raka probijaju krvne kanale i napadaju meka tkiva. Normalno, ćelije u tijelu rastu i dijele se na kontrolirani način kako bi proizvele nove ćelije. U tom procesu, stare ili oštećene ćelije odumiru i zamjenjuju se novim. Međutim, ponekad ovakav postupak krene krivim putem. Genetski materijal (DNA) ćelije se ošteti ili promijeni što rezultira mutacijama koje utječu na rast i diobu ćelija. U takvom slučaju stare ćelije ne odumiru kada bi trebale, a nove ćelije se stvaraju i kada tijelo nema potrebu za njima.

Metastaze ili presadnice podrazumijevaju aktivno ili pasivno prenošenje tumorskih ćelija po organizmu i to, u početku, iz primarnog tumora u neka druga udaljena područja organizma, odnosno razvoj tumorske kolonije u toj udaljenoj regiji. Metastaza nesumnjivo označava tumor kao zloćudni, te bolesnici s ovim stadijem bolesti imaju značajno ograničene mogućnosti liječenja i time lošiju prognozu. Metastatske ćelije izgledom i ponašanjem odgovaraju ćelijama primarnog raka. Primjerice, ako se rak dojke proširi na pluća on je još uvijek rak dojke i naziva se metastazirani rak dojke na plućima. Čelije raka na plućima će se ponašati kao i ćelije u prvobitnom raku dojke.

Širenje ćelija raka i stvaranje metastaza se najčešće dešava kroz krvotok i limfni sistem ili oboje. Osim toga, širenje je moguće i kroz tjelesne šupljine i neposredno presađivanjem (mehanički). Simptomi metastaziranog raka ovise o pogođenoj lokaciji i veličini metastaza. Iako je bol u tom području moguć, nije nužno i prvi simptom. Neki bolesnici nemaju nikakve simptome pa se kod njih metastaze otkivaju ciljanim dijagnostičkim postupcima.

Metastazirani tumori su uvijek povezani s prvobitnim. Oni se mogu pronaći istovremeno kad i primarni tumori ili mjesecima do godinama kasnije. Ukoliko se porijeklo ne može odrediti, što je prilično rijetko, govori se o karcinomu nepoznatog primarnog sjela. Metastaze u udaljenim organima ukazuju na rak četvrtog, zadnjeg stadija u kojem rak ima najveću agresivnost. Liječenje ovisi o tipu primarnog karcinoma, veličini i lokaciji metastaza, dobi pacijenta i njegovom zdravstvenom stanju, te o vrsti liječenja kojem je već bio podvrgnut.

Premda je većina metastaziranih karcinoma neizlječiva, postoje terapije kojima se može bolest

ublažiti, produžiti životni vijek ili poboljšati kvalitet života. Redovni i učestali pregledi su neophodni nakon prvog liječenja raka kako bi se eventualna pojava metastaza rano uočila.

4.7.4. Kontrola simptoma

Cilj palijativne zdravstvene njege je osiguranje najboljeg kvaliteta života za bolesnike s neizlječivim bolestima koje im ugrožavaju život. Palijativna njega osigurava olakšanje bola i drugih uznemirujućih simptoma i nudi sistem podrške pacijentu i njegovoj porodici tokom bolesti i u toku žalovanja.

Kontrola simptoma je osnova palijativne zdravstvene njege, ali, i pored svoje važnosti, predstavlja samo prvi korak u pružanju adekvatne njege. Cilj kontrole simptoma je osloboditi bolesnika fizičkih simptoma koji narušavaju njegovu kvalitetu života, da bi se mogli fokusirati na važnije probleme kao što su rehabilitacija, proces zamjene bolesnikove uloge u životu, emocionalno prilagođavanje, odnos bolesnika s okolinom, nezavršeni poslovi koje bolesnik ima, smisao života i sl. Naučni princip u tretmanu bola i drugih simptoma se može sažeti u pet važnih elemenata: evaluacija simptoma, objašnjenje tegoba, individualizacija tretmana, nadzor nad primjenom terapije te obraćanje pažnje na detalje.

Iscrpljenost

Bez obzira na patologiju, iscrpljenost je neminovna kod svih težih oboljenja. I pored toga, mnoge bolesnike uznemiruje iscrpljenost više nego drugi znaci bolesti. Porodica je, također, uznemirena zbog iscrpljenosti bolesnika i često traže da se bolesniku pruži nešto što će mu vratiti snagu. Ukoliko ovo pitanje nije riješeno, porodice traže da se bolesniku omogući parenteralna ishrana, transfuzija ili da se bolesnik smjesti u bolnicu. Uzroci iscrpljenosti mogu biti:

- anemija;
- jaka sedacija, ukoliko se koriste veće doze opijata od preporučenih za analgeziju;
- metabolički uzroci: uremija, hiperkalcemija, hipo/hipernatremija;
- adrenalni zastoj, zbog metastaze na nadbubrežnoj žlijezdi ili nemogućnosti bolesnika da uzima hydrocortison preporučen nakon određenih intervencija;
- depresija, psihomotorna retardacija može biti protumačena kao opća iscrpljenost;
- infekcija kod bolesnika oslabljenog imuniteta;
- letargija kod bolesnika koji su svjesni da im palijativna njega ne može produžiti život, pa se javlja nedostatak energije i volje.

Nakon pravilne procjene uzroka iscrpljenosti i mogućnosti terapijskog djelovanja, potrebno je bolesniku i porodici pružiti sve potrebne informacije i ponuditi dostupnu terapiju. Ohrabriti ih da se ne povlače i da ne odbijaju pomoć koja im je dostupna. O svakoj promjeni obavijestiti doktora medicine i timski rješavati prepoznate probleme.

Problemi s ishranom

Dobar apetit je znak zdravlja i dobrog općeg stanja, gubitak apetita kod bolesnika često izaziva nemir i predstavlja oštar podsjetnik na smrt. Gubitak apetita ovisi o različitim faktorima, od probavnih problema do ozbiljnih oboljenja. Kod zdravih ljudi čak i najbezazleniji fizički i psihički problemi mogu utjecati na apetit. Uzroci mogu biti: suha usta uzrokovana karcinomom ili tretmanom, oralna kandidijaza, hronična opstipacija, mučnina i povraćanje, nezainteresiranost, nepodnošenje mirisa hrane, stanje nemira i depresije, metabolički uzroci (hiperkalcemija, slaba funkcija jetre, uremija), te uznapredovala bolest. U terapiji pokušati identificirati (koristiti skalu procjene MNA) i otkloniti uzrok. Skoro uvijek je moguće podesiti dozu lijekova, tretirati opstipaciju, mučninu i povraćanje, savjetovati da se zbog mirisa ne kuha blizu bolesnika i kontrolirati kandidijazu. Objasniti da je anoreksija djelomično izazvana samim karcinomom i nije posljedica nesposobnosti njegovatelja. Radi se o nedostatku apetita kod bolesnika koji boluje od uznapredovalog karcinoma i za razliku od drugih ljudi, oni ne osjećaju glad. Objasniti porodici da stanje bolesnika nije uzrokovano slabom ishranom i da konačan ishod ne može biti izbjegnut većim unosom hrane. Terminalno oboljeli bolesnici vole jednostavnu hranu (pura, sladoled, jogurt). Ponuditi zamjensku hranu u vidu enteralne ishrane. Postoje samo dva lijeka za koja je dokazano da povećavaju apetit: kortikosteroidi i megestrol acetat.

Vrlo često se susrećemo sa zahtjevima bolesnika ili porodice da se bolesniku zbog problema s ishranom uključi vještačka hidracija. Njihovi zahtjevi su izazvani strahom od izgladnjivanja i obično im infuzija simbolizira hranu i piće. Važno je, imajući u vidu kulturološka i duhovna uvjerenja, objasniti da bolesnik umire od hronične neizlječive bolesti, a ne od dehidracije. Ukazati na štetnost vještačke hidracije, kojom se može povećati edem i ascites, što će evidentno dodatno zakomplicirati stanje bolesnika te umanjiti mobilnost.

Teškoće s disanjem/dispnea

Od 40 do 60% bolesnika u terminalnoj fazi bolesti imaju teškoće s disanjem. Dispneja je vrlo subjektivan osjećaj otežanog disanja. Nastaje kao posljedica nesklada između ventilacije i potrebe za zrakom, često istican od strane bolesnika čak i kad ne izgledaju dispnoično. Predstavlja jedan od simptoma s kojim se nije lako nositi. Uzroci su: srčana stanja kao što je zastoj srca, perikardijalni izljev, kardiomiopatija, respiratorna stanja kao što su infekcije, pleuralni izljevi, bronhijalne opstrukcije, hronične opstruktivne plućne bolesti, kašalj, opstrukcija vene kave superior, hematološka stanja kao što je anemija ili retikuloza, neuromuskularna stanja kao što je oboljenje motornog neurona, stanje tjeskobe, te elevacija dijafragme kao posljedica hepatomegalije, ascitesa, ili distenzije kolona. U terapiji, identificirati uzroke i tretirati ih na odgovarajući način, što je često teško obzirom da stanje srca može biti takvo da medikamentozna terapija više ne djeluje. Bolest često ne reagira na hemoterapiju i stanje može biti takvo da je olakšanje simptoma jedino što možete ponuditi. Punkcija pleuralnog izljeva ili ascitesa može olakšati trenutno stanje kao i otklanjanje upornog kašlja. Osim specifičnih tretmana, postoje opće mjere koje mogu pomoći. Medicinska sestra/tehničar u zajednici uz pomoć fizioterapeuta može savjetovati o relaksaciji, odgovarajućem položaju, vježbama disanja i s bolesnikom i porodicom prodiskutirati o eventualnom smanjenju aktivnosti koje bi umanjile limitacije izazvane dispnejom.

Kod umanjenja simptoma tahipneje mogu se koristiti i manje doze opijata, efikasni su ukoliko se koriste redovno i ne smanjuju respiraciju. Počinje se s oralnim morfinom u dozi od 5mg maksimalno svaka 4 sata, kod starijih osoba početi s dozom od 2,5mg. Ukoliko je bolesnik već na analgetskoj terapiji morfinom, povećati dozu za 50%. Anksiolitici, također, mogu biti od pomoći, lorazepam može imati trenutni efekat. Ukoliko je potreban trajni efekat, koristiti diazepam 2-5mg svaku noć. U slučajevima dispnoičnog bola, midazolam subkutano.

Kisik je indiciran samo kod anoksije i ne koristi se kod nedostatka zraka. Porodice to često ne znaju i insistiraju da se bolesniku uključi kisik. Objasniti porodici da je kisik kao i drugi lijekovi koristan u određenim slučajevima, ali kontraindiciran u nekim drugim.

Mučnina i povraćanje

Mučnina je uznemirujući simptom čak i više od povraćanja. Pružatelji palijativne zdravstvene njege nalaze da je mučninu teže tretirati od ostalih simptoma obzirom da kod bolesnika stvara teži osjećaj bespomoćnosti nego drugi simptomi. Mučninu i povraćanje često izazivaju i razni mirisi. Kod otprilike 50% slučajeva teško je naći jasan uzrok mučnine i tretman mora biti empirijski, odnosno u skladu s iskustvom koje pružatelj palijativne zdravstvene njege ima.

Uzroci su:

- metabolički – hiperkalcemija, uremija;
- lijekovi – bilo koji lijek koji se koristi može izazvati mučninu i povraćanje. Opijati obično izazivaju mučninu, ali često samo u prvih nekoliko dana kada doza opijata mora biti veća zbog postizanja analgetskog efekta. Ovo je jako važno znati obzirom da se u takvim slučajevima često susrećemo s insistiranjem porodice i bolesnika da se zbog mučnine i povraćanja prestanu davati opijati;
- oslabljena renalna funkcija, također, može biti razlog mučnine i povraćanja;
- crijevna opstrukcija;
- povećan intrakranijalni pritisak, pri čemu povraćanje nije praćeno mučninom;
- hronična opstipacija;
- zabrinutost i strah;
- srčani zastoj.

U terapiji, pokušati identificirati uzrok prije propisivanja antiemetika, preporučiti provjetravanje prostorija i izbjegavanje mirisa koji smetaju bolesniku. Najbolji nespecifični antiemetik je haloperidol 0,5-1,5 miligrama noću, potrebno je imati u vidu njegovo kratko djelovanje. Rijetko je potrebno povećavati dozu više od 5mg u 24 sata. Kod opstrukcije, Cyclizine 50mg 3x dnevno subkutano ili putem automatske šprice. Za opstrukciju izlaza želuca može se pokušati s metoclopramidom. Često propisana doza od 3x10mg nije dovoljna i treba je zamijeniti s 20 ili 30 miligrama 3x dnevno. Kod bolesnika koji povraćaju i terapiju ne mogu uzimati peroralno, koristiti automatsku špricu.

Ukoliko pokušate sve što ste mogli, a niste postigli kupiranje simptoma, potrebno je ponovo pokušati i identificirati uzrok. Racionalizirati upotrebu lijekova tako da budu svedeni na minimum. Pokušati s drugim antiemetikom iz druge grupe i pratiti nekoliko dana. Prestati davati sve antiemetike i pokušati s dexamethasonom 4mg svako jutro tokom pet dana nakon čega dozu smanjiti na dozu održavanja na 2mg dnevno.

Opstipacija

Opstipacija je simptom koji ima oko 90% terminalno oboljelih, često se ne pridaje velika pažnja ovom simptomu, te ostaje neprimijećen ili loše tretiran. Opstipacija može uzrokovati nekoliko sekundarnih simptoma kao što su dijareja, retencija urina, i opstrukcija crijeva. Uzroci su neadekvatna ishrana, neadekvatan unos tekućine, utjecaj lijekova – opijati, triciklični antidepressivi te nepokretnost.

Kod većine bolesnika mnogi uzroci mogu biti korigirani, međutim kako bolest napreduje, bolesnicima je teže uzimati odgovarajuću hranu i veću količinu tekućine. Pokušati povećati mobilnost iako to često nije dovoljno da bi se poboljšao rad crijeva. Kada je rektum ispunjen tvrdom stolicom, nema logike davati oralni laksativ, probati s bisakodil čepićima ili klistirom. Preporučiti redovno oralno uzimanje laktuloze. Koji laksativ dati, zavisi od bolesnikove sposobnosti da proguta tablete ili tekućinu, od patologije (subakutna opstrukcija), od unosa tekućine i drugih lijekova koji se koriste. Ukoliko ordinirana terapija ne daje rezultate, a bolesnik se žali na pojačanu bol praćenu povraćanjem, pri čemu opstipacija traje duže od pet dana, bolesnika uputiti na pregled gastroenterologa ili rtg abdomena.

Proljev (dijareja)

Hronična dijareja se javlja kod 4% bolesnika oboljelih od karcinoma dok je akutna dijareja veoma česta i gotovo uvijek je izazvana fekalnom impakcijom. Predstavlja učestalu defekaciju praćenu vodenastim stolicama i u težim slučajevima može biti praćena inkontinencijom. Bolesnici često steatoreju poistovjećuju s dijarejom.

Uzroci su: predoziranje laksativima, često nakon opstipacije tretirane laksativima dolazi do dijareje, fekalna impakcija, parcijalna opstrukcija crijeva, iradijacijski enteritis, infekcija, te unutrašnje fistule (ileorektalna, rektovezikalna), koje su česte kod bolesnika s karcinomom crijeva ili mjehura.

Prvo pravilo je identificirati i tretirati uzrok. Preporučiti promjenu načina ishrane. Dati sredstva protiv dijareje, loperamid 4 mg ima dugo djelovanje i obično ga je potrebno davati 2x dnevno Codein phosphate 30-60 miligrama 3x dnevno je dokazano efikasno sredstvo koje izaziva stvrdnjavanje stolice. Ukoliko je u pitanju steatoreja nastala zbog karcinoma pankreasa, tretirati odgovarajućom terapijom (pankreatin). Upravo ovo pokazuje koliko je pažljiva anamneza esencijalna kod procjene bolesnikovog stanja i koliko je važno da medicinska sestra/tehničar u zajednici zna postaviti odgovarajuće pitanje da bi dobila jasnu sliku o uzroku simptoma.

Depresija

Oboljeli od malignih bolesti obično pored fizičkih imaju i psihičke tegobe koje su vezane za postojeći i budući gubitak. Sličan psihološki odgovor sreće se kod gubitka bilo koje vrste (gubitak posla, razvod, smrt člana porodice, kao i predstojeći gubitak vlastitog života). Onkološki bolesnici imaju česte oscilacije u raspoloženju koje su najizraženije prilikom saopćavanja dijagnoze i neposredno nakon toga, u vrijeme recidiva bolesti, kao i kod svakog značajnog znaka progresije bolesti. Teško depresivno stanje se javlja kod 5-10% bolesnika s uznapredovalim karcinomom, 10-20% ima neke od simptoma depresije. Ukoliko se ne liječi, depresija pojačava druge tegobe, vodi socijalnoj izolaciji i

sprječava bolesnika da obavi nezavršene poslove. Kod više od 80% bolesnika konvencionalni način liječenja daje dobre rezultate.

Razlozi zbog kojih mnogi slučajevi ostaju nedijagnosticirani su sljedeći:

- zdravstveni radnici zanemaruju loše raspoloženje bolesnika, smatrajući ga razumljivim i reaktivnim;
- dnevne varijacije raspoloženja – u vrijeme posjete obično se bolesnici osjećaju bolje nego kasnije tog dana;
- depresija sa smiješkom – neki bolesnici svojim lijepim ponašanjem maskiraju svoje depresivno stanje;
- somatizacija – neki bolesnici će depresiju izraziti kroz jedan ili više fizičkih simptoma poput boli;
- depresija maskirana istovremenim prisustvom straha;
- depresija se manifestira kao pogoršanje karaktera ličnosti.

Uzroci su: biološka predispozicija, depresija koju je bolesnik imao ranije, nesposobnost izražavanja emocija, skrivanje bolesti, nedostatak podrške i povjerenja, nedavna ožalošćenost, narušen izgled i funkcija tijela te strah od smrti.

Anksioznost

Anksioznost je sastavni dio života i u njemu ima adaptivnu funkciju, postaje poremećaj kada je neprestano prisutna u životu pojedinca, što je slučaj kod onkoloških bolesnika. Anksioznost značajno ograničava svakodnevno funkcioniranje bolesnika i kao takva mora biti prepoznata i tretirana na odgovarajući način. Uzroci su genetsko naslijeđe i trauma. Dijagnoza anksioznog poremećaja se postavlja na osnovu kliničke slike, odnosno simptoma koje bolesnik navodi ili pokazuje u ponašanju. U postavljanju dijagnoze od velike koristi su skale i upitnici koje koriste psiholozi.

Obzirom da postoje različite vrste anksioznih poremećaja, u terapiji se svakoj od njih pristupa drugačije zbog različitih simptoma koji se liječe na različite načine:

1. Lijekovi – antidepresivi, antiepileptici i drugi lijekovi za ublažavanje simptoma anksioznosti.
2. Psihoterapija – proces u kojem educirani stručnjaci za mentalno zdravlje kroz razgovor i druge psihoterapijske tehnike i metode pomažu bolesnicima da se nose s poremećajem.
3. Promjena načina života – pozitivno mišljenje, vježbe i zdrava ishrana.

Kod terminalno oboljelih bolesnika je važno procijeniti da li postavljanje dijagnoze i tretman anksioznosti ima značaj u odnosu na stanje bolesnika i prognozu.

Opće stanje i dobrobit pacijenta i porodice

Po definiciji, do vremena kada bolesnik bude uključen u palijativnu njegu, dijagnoza je već postavljena i svi kurativni tretmani su već provedeni. To je faza bolesti u kojoj se i bolesnik i porodica suočavaju s velikim promjenama u mnogim aspektima njihovog života.

Opće stanje i dobrobit bolesnika su mnogo sveobuhvatniji od tretmana simptoma koliko god su oni sami po sebi važni. Da bi se pružila maksimalna podrška, važno je pokazati da se brinete o bolesniku kao ličnosti i da niste tu isključivo radi rješavanja njegovih fizičkih tegoba. Kvalitet života bolesnika i njegove porodice smatra se mjerom koja procjenjuje kvalitet pružene njege. Percepcija kvaliteta života je individualna i ovisi od samog bolesnika i njegove porodice, od stepena volje za životom, od prihvatanja, zahtijevanja ili odbijanja tretmana. Shodno tome, prvi korak je saznati šta bolesnik i porodica očekuju od pružatelja palijativne zdravstvene njege. Na osnovu odgovora, zasnivati sve naredne korake. Znanje, vještine i stavovi koji prožimaju palijativnu njegu su nešto što treba posjedovati svaka medicinska sestra u zajednici u cilju pružanja adekvatne palijativne zdravstvene njege koja će rezultirati boljim općim stanjem bolesnika i njegove porodice.

Menadžment simptoma

Nakon procjene stanja bolesnika i potreba porodice, treba pružiti sve informacije o tretmanu i njezi koji su tom procjenom identificirani. Medicinska njega i podrška, od olakšanja tegoba na jednoj strani do kompletne njege na drugoj strani, treba imati kontinuitet. Partnerstvo između bolesnika,

porodice i medicinske sestre/tehničara koja pruža palijativnu njegu ključno je u procesu postizanja kvalitetne palijativne zdravstvene njege.

Menadžment simptoma uključuje:

- otklanjanje simptoma koji umanjuju kvalitet života, informacije o lijekovima, načinu uzimanja, prevenciji komplikacija i pravilnoj njezi koju mogu pružati članovi porodice;
- poticanje i održavanje bolesnikove neovisnosti, u ovisnosti od stalno promjenjivog i pogoršavajućeg fizičkog i eventualno psihološkog stanja;
- unapređenje i pružanje otvorenog i iskrenog dijaloga;
- osiguranje potrebne zdravstvene i socijalne podrške;
- povezivanje s drugim profesionalcima, službama i ustanovama kada je potrebno.

4.7.5. Tretman akutnog i hroničnog bola

Bol je neugodan senzorni i emocionalni doživljaj koji se javlja kod akutnog ili potencijalnog oštećenja tkiva ili se opisuje terminima takvog osjećaja. Bol je ustvari psihosomatski fenomen i uvijek ga treba shvatiti onako kako ga bolesnik objašnjava. Mnogi bolesnici vjeruju da je bol neizbježna posljedica njihove dijagnoze. Bol se javlja kod 80% bolesnika s uznapredovalim karcinomom.

Principi kontrole bola

- Procijeniti uzrok svakog bola (bolesnici mogu imati nekoliko različitih vrsta bolova, mogu biti izazvani karcinomom, metastazama, tretmanom ili nekom drugom dijagnozom npr. osteoartritis);
- Rješavati cjelokupnu bol (bol ima socijalne, psihološke i duhovne elemente kao dodatak fizičkoj boli);
- Postaviti realne ciljeve;
- Uključiti bolesnika i porodicu u donošenje odluka;
- Koristiti skalu za procjenu jačine bola;
- U ordiniranju terapije koristiti analgetsku skalu (skala bola EVA, Edmontova skala za procjenu simptoma ESAS, Skala bola s izrazima lica poput FPS-R i Wong-Baker skale – vidi sliku) i adjuvantne lijekove;
- Titrirati odgovarajuću analgeziju kako bi otklonili bol;
- U analgetskoj terapiji dati prednost oralnoj primjeni lijekova;
- Objasniti bolesniku i porodici sve što žele da znaju;
- Često provjeravati efektivnost terapije;
- U ovisnosti od trenutnog stanja bolesnika koriste se skale za procjenu boli, za procjenu agitacije i sedacije, anksioznosti, te poremećaja disanja;
- Empatija, razumijevanje i otklanjanje straha je neophodno, zainteresirana medicinska sestra/tehničar u zajednici je moćan analgetik.

Karcinomski bol dijelimo u različite grupe:

- Nociceptivna bol – rezultat oštećenja tkiva;
- Neuropatska bol – rezultat oštećenja živaca;
- Psihogena bol;
- Totalna bol.

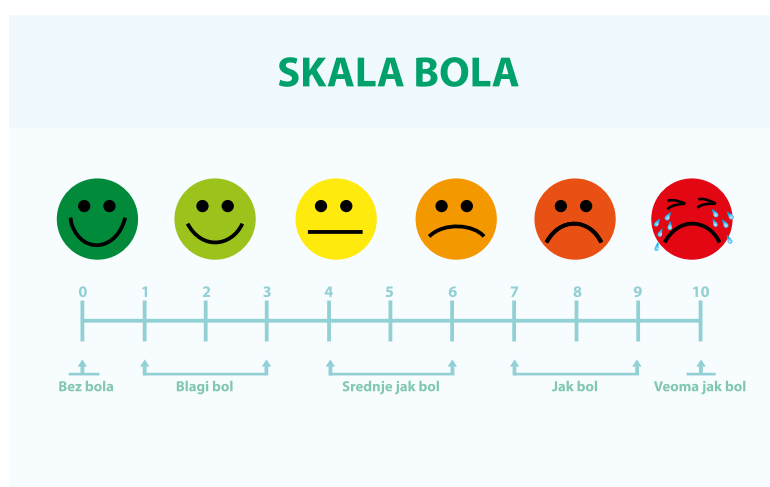
Nociceptivna bol uključuje sljedeće:

- Visceralna bol – koja može biti izazvana karcinomom jetre, pankreasa ili bubrega. Opisuje se kao duboka i jaka bol u predjelu oboljelog organa koji se pogoršava prilikom palpacije. Bol može nastati i uslijed djelovanja tumora na parietalni peritoneum ili od perforacije crijeva, parcijalne ili kompletne opstrukcije crijeva, uretre ili mjehura.
- Koštana bol – koja može nastati kao posljedica metastaza, osteoporoze ili fraktura.
- Muskularna bol.
- Glavobolja koja može nastati uslijed povećanog intrakranijalnog pritiska, te primarnog ili sekundarnog tumora na mozgu.

Neuropatska bol nastaje kao posljedica oštećenja živca tumorom ili infiltracijom ili tumorskom kompresijom. Može biti posljedica tretmana radioterapije, hemoterapije, operativnog zahvata ili nekog drugog stanja u organizmu. Bolesnici ovakvu bol opisuju kao jaku pojačavajuću bol.

Psihogeni bol označava bol koja se ne može svrstati u nociceptivnu i neuropatsku bol. To je bol koju bolesnici prijavljuju, a zdravstveni radnici ne mogu naći vidljivu povredu koja bi je uzrokovala. Može se svrstati u psihološki fenomen koji pojačava osjećaj boli.

Totalna ili karcinomska bol je zajednički naziv za bol i bolne sindrome koje uzrokuje tumorska bolest, a predstavlja najneugodniji i najčešći simptom u toku maligne bolesti. Bol se definira kao neprijatno senzorno i emocionalno iskustvo koje se primarno vezuje za oštećenje tkiva ili je opisano u okvirima takvog oštećenja. U definiciji boli naglasak je stavljen na subjektivni doživljaj boli, te se smatra da bol podrazumijeva sve „što bolesnik kaže da boli“. Karcinomska bol može biti uzrokovana samim tumorom (npr. širenje tumora na okolne strukture), može biti vezana uz tumor (bol uslijed limfedema ruke nakon operacije ili radioterapije), vezana za medicinske postupke (bol nakon operativnog zahvata, kao posljedica hemo/radioterapije, bol kod vađenja krvi ili raznih punkcija), te se može javiti i kao bol uslijed druge bolesti (npr. artritis, išijas, koronarni sindrom i slično).



Slika 26. Skala za procjenu bola

Principi upotrebe analgetika:

- 1) Peroralno uzimanje terapije – uvijek dati prednost peroralnom uzimanju analgetika, uključujući i jake opijate.
- 2) Uzimanje terapije prema satu – za stalnu bol neophodno je preventivno uzimanje terapije. Analgetike davati redovno i preventivno, davati terapiju po potrebi je nehumano i neracionalno.
- 3) Upotreba terapije prema skali – koristiti trostepensku analgetsku skalu. Ukoliko lijek nije efikasan, ne koristiti drugi s iste skale, nego preći na lijek sa sljedeće skale.
- 4) Individualizacija tretmana – prava doza lijeka je ona doza koja kupira bol.
- 5) Nadzor – pratiti odgovor na primjenu terapije kako bi efikasnost bila maksimalna, a nuspojava smanjene na najmanju mjeru.
- 6) Adjuvantni lijekovi – pravilo je da se uz opijate istovremeno daju laksativi, dok oko 50% bolesnika treba i antiemetike.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) je napravila skalu analgezije u tri koraka, što predstavlja zlatni standard upotrebe analgetika kod bola uzrokovanog karcinomom:

- a) Neopijati
- b) Slabi opijati
- c) Jaki opijati

Neopijati su preparati prve analgetske skale, koji su zbog svoje antiinflamatorne prirode posebno

korisni kod koštanih metastaza i bolova u mekim tkivima. Treba ih koristiti i u situacijama kada su neophodni opijati. U zemljama s toplom klimom, treba ih davati s oprezom zbog rizika od poremećaja rada bubrega kao i kod hipovolemičnih stanja. Ovdje ubrajamo: aspirin, nesteroidne antiinflatorne lijekove (NSAID) i paracetamol/acetaminophen.

Slabi opijati, u kombinaciji s neopijatima, predstavljaju drugu stepenicu analgetske terapije. Jedan slabi opijat je efikasan koliko i mala doza morfina, što ga čini farmakološki nepotrebnim. Međutim, tamo gdje je nemoguće osigurati nabavku i snabdijevanje jakim opijatima, slabi opijati su neophodni. Ovdje ubrajamo: tramadol, tramadol u kombinaciji s paracetamolom i kodein.

Jaki opijati su lijekovi treće skale u analgetskoj terapiji, mogu se kombinirati s prvom, ali ne i s drugom skalom. To su lijekovi koji postoje da bi bili korišteni, a ne uskraćivani, njihovu upotrebu određuje potreba, a ne vrijeme očekivanog preživljavanja. Ovdje ubrajamo: morfin, fentanyl i oxycodon. Morfin često izaziva nuspojave kao što su opstipacija, mučnina i povraćanje.

Kod bola izazvanog kompresijom nerva, kortizon je potreban koliko i analgetik, često je efikasna kombinacija morfina i kortikosteroida (4-8 mg). Kod boli uzrokovane povredom nerva često ne djeluju ni morfin ni kortikosteroidi pa je potrebno koristiti lijekove koji nisu dokazano analgetici, ali imaju dokazanu efikasnost kod povrede nerva (diklofenak, azopropazon). Po potrebi se mogu koristiti triciklični antidepresivi i antikonvulzivi.

Pet principa koje trebamo poštovati

SZO je pored preporučenih stepenika u ordiniranju analgetske terapije preporučila i pet principa koji se trebaju poštovati, a koji su već istaknuti u prethodnom sadržaju:

- 1) Oralna upotreba analgetika;
- 2) U redovnim intervalima;
- 3) Prateći jačinu bola;
- 4) Prilagoditi individualnim potrebama;
- 5) Pratiti detalje i moguće nuspojave terapije.

Drugi tretmani, osim lijekova, koji se mogu prema procjeni primijeniti su masaža, relaksacijska terapija, refleksologija, hipnoterapija, te interventna analgezija hirurškim putem.

4.7.6. Emocionalna i duhovna njega pacijenta i porodice (Burnout njegovatelja)

Sindrom profesionalnog sagorijevanja ili Burnout sindrom je psihološki termin koji je američki psihijatar Freudenberg prvi put upotrijebio sedamdesetih godina 20-tog vijeka. Označava stanje emocionalne i psihičke premorenosti uzrokovane stresom, zatim dugoročnu iscrpljenost i postepeno pomanjkanje interesa za posao i smanjenje profesionalne efektivnosti. Iako postoje različite definicije ovog sindroma, teško ga je definirati i reći koliko je rasprostranjen. Smatra se da je 10% zaposlenih osoba danas u određenoj mjeri izloženo sindromu sagorijevanja.

Uzroci nastanka burnout sindroma su:

- stresne situacije;
- preopterećenost obavezama;
- nezadovoljstvo poslom;
- slaba mogućnost napredovanja u karijeri;
- nedostatak priznanja;
- narušeni međuljudski odnosi na radnom mjestu;
- velika očekivanja od zdravstvenih radnika.

Palijativna zdravstvena njega vrlo je zahtjevna, između ostalog i zbog svakodnevne izloženosti psihofizičkom propadanju i umiranju bolesnika. Teško je predvidjeti ishode i takva neizvjesnost, ukoliko nije shvaćena i prihvaćena i od strane medicinskih sestara/tehničara u zajednici i njegovatelja, može dovesti do ljutnje i razočarenja.

U palijativnoj njezi često ne postoji logičan izlaz iz određene situacije zbog čega medicinske sestre/tehničari moraju biti dobro informirani i obučeni da bi očekivanja bolesnika i porodice svele na realan nivo. Uključivanje bolesnika i porodice u planiranje i provođenje tretmana često može biti izvor

stresa zbog neslaganja sa stavovima bolesnika i porodice, ali time se pokazuje snažno poštovanje bolesnika i porodice, i koliko god to bilo teško, mora biti ispoštovano.

Fizički simptomi i znaci:	Umor i opća slabost, žeđ, grčevi, gubitak svijesti, mučnina i povraćanje, vrtoglavica, bol u grudima, glavobolja, povišen pritisak, tahikardija, tremor, stiskanje vilica, znojenje, teškoće u disanju, gastrointestinalni poremećaji, poremećaj sna.
Kognitivni simptomi i znaci:	Konfuzija, noćne more, nesigurnost, hipervigilnost, sumnjičavost, okrivljivanje drugih, slabo rješavanje problema, oslabljeno apstraktno mišljenje, oslabljena memorija, teškoće u prepoznavanju objekata i osoba, povećana ili smanjena svjesnost o okolini.
Emocionalni simptomi i znaci:	Emocionalna nestabilnost i neodgovarajući emocionalni odgovori, gubitak emocionalne kontrole, strah i zebnja, krivnja, poricanje, agitacija, žalost, osjetljivost, ljutnja, osjećaj preopterećenosti, beznađe, depresija.
Bihevioralni simptomi i znaci:	Povlačenje u sebe, cinizam, sarkazam, negativizam, antisocijalno ponašanje, nesposobnost da se odmori, nepromišljene nagle odluke i pokreti, smanjen ili pojačan apetit, povećana zloupotreba duhana, alkohola i drugih supstanci, promjena u govoru, izmijenjene radne navike (kašnjenje, bježanje s posla...), sukobi u porodici.

Tabela 27. Simptomi i znaci burnout sindroma

Neophodno je istražiti motive rada medicinskih sestara/tehničara u palijativnoj njezi. Teška stanja bolesnika i teške situacije s kojima se svakodnevno susreću medicinske sestre/tehničari u zajednici predstavljaju prijetnje različitim aspektima njihovog profesionalnog identiteta. Pružanje palijativne njege bez pripreme i odgovarajuće edukacije neminovno će ugroziti svakog zdravstvenog radnika. Pored pružanja podrške bolesnicima od strane multidisciplinarnog tima, u ovom slučaju potrebna je podrška i zdravstvenim radnicima.

Za dijagnostiku Burnout sindroma koriste se različiti upitnici, a najčešće se koristi Maslach upitnik za samoprocjenu Burnouta (Maslach Burnout Inventory-MBI). U diferencijalnoj dijagnozi treba uzeti u obzir da se simptomi koji nastaju kao posljedica Burnout sindroma, mogu javiti i u drugim psiho-somatskim poremećajima kao što su depresija, anksiozna stanja ili sindrom hroničnog umora.

Faze Burnout sindroma:

- 1) Faza medenog mjeseca – puni entuzijazma, posao veseli, osjećate se ispunjeno.
- 2) Realnost – primjećujete da ipak nije sve tako savršeno, suočavate se sa sve više zadataka. Kako više radite, više se trudite, razočarenje i frustracija postaju svakodnevnica. Shvatate da niste plaćeni za svoj prekovremeni rad i da vas posao ne zadovoljava ni socijalno ni finansijski.
- 3) Faza razočarenja – upali ste u zatvoreni krug, postajete umorni i nervozni, naglo mršate ili se debljate, imate probleme sa spavanjem. Osjećate ljutnju kriveći druge za ono što vam se dešava. Anksioznost i depresija postaju vaša svakodnevnica i često ste bolesni.
- 4) Alarmna faza – iscrpljeni ste, potrošili ste sve vaše mentalne i fizičke rezerve. Imate osjećaj stalnog neuspjeha, gubite samopouzdanje i vjeru u sebe. Ova faza je ozbiljan alarm i ukoliko ne želite da to ostavi trajne posljedice na vaše zdravlje, vrijeme je da zatražite pomoć.

Postoje četiri faze koje prate suočavanje s problemom Burnout sindroma:

- a) Identificirati Burnout – prepoznati izvore stresa u radnom okruženju, ispitati povezanost sa

- simptomima anksioznosti i depresije;
- b) Pronaći način da se nosite s Burnout sindromom;
- c) Ako je moguće, izbjeći izloženost izvorima stresa;
- d) Oporavak od Burnout sindroma.

Metode izbjegavanja Burnout sindroma:

- Biti usredsređeni, koncentrirani na rad, argumentirati svoje mišljenje, naučiti reći "NE" i raditi na jačanju samosvijesti;
- Ako ne možete promijeniti posao, barem promijenite stav. Naučite postaviti granice i držite ih se;
- Izbjegavajte poslove u kojima uvijek morate davati sebe drugima;
- Ne dopustite da vam posao zavlada životom. Prekovremeni rad će negativno utjecati na vašu sposobnost da taj posao radite duži vremenski period;
- Pronađite jedno ili dvoje kolega s kojima možete razgovarati i podijeliti svoje teškoće;
- Planirajte i organizirajte svaki radni dan;
- Zadržite aktivan društveni život.

Vještine neophodne za suočavanje sa stresom uključuju:

- Usvojite zdrave stilove života;
- Primijenite redovnu i odgovarajuću ishranu;
- Izbacite ili umanjite unos kofeina, šećera i nikotina;
- Bavite se tjelesnim vježbama radi očuvanja tjelesne kondicije;
- Promijenite raspored obaveza na poslu ili kod kuće;
- Prekinite aktivnosti koje nisu obavezne, a koje su vam postale opterećenje;
- Zadržite osjećaj za humor u situacijama koje mogu izazvati stres;
- Održite ravnotežu između rada i zabave;
- Usporite i pronađite vrijeme za opuštanje;
- Podijelite probleme s prijateljima ili porodicom koji su izvori socijalne podrške;
- Dobro upoznajte sebe i svoje granice tolerancije na stres;
- Ne ustručavajte se zatražiti pomoć stručne osobe.

Aktivna i svakodnevna diskusija članova tima, psihološka podrška medicinskim sestrama/tehničarima prije nego se razvije sindrom sagorijevanja, te psihološka pomoć kad se on razvije, samo su neki od načina prevencije i tretmana profesionalnog sagorijevanja. Pružatelje njege je prije svega potrebno dodatno educirati, motivirati za rad, supervizirati i po potrebi testirati znanje, nivo stresa i nivo sindroma sagorijevanja.

4.7.7. Posjeta porodici nakon gubitka člana porodice, podrška pri žalovanju

Nauka može odgoditi smrt, ali je ne može spriječiti niti nam može reći išta o tome šta postoji poslije smrti ili šta možemo uraditi da se za nju pripremimo. Kako svako od nas pristupa viđenju naše vlastite smrti i smrti onih koje volimo, ostaje kolosalno pitanje s kojim se svaka individua mora uhvatiti u koštac.

Žaljenje pogodi svakoga u određenom periodu života, to je iskustvo koje se ne može izbjeći. Ono što je važno medicinskim sestrama/tehničarima koji pružaju podršku bolesniku i porodici u procesu gubitka i žalovanja, jeste da procijene sposobnost ljudi da se nose s ovim često stresnim događajem. Smatra se da je žalovanje normalan proces i da se samo najkompliciranije žalovanje treba smatrati patološkim.

Na proces žalovanja utječu mnogi faktori. Različite kulture i društva imaju različite pristupe smrti i žalovanju. Najteži gubici se dešavaju u okviru porodice i svaka porodica ima svoj način nošenja s ovim problemom. Potreba za žalovanjem potiče iz fundamentalnih aspekata svakog čovjeka.

U procesu žalovanja možemo identificirati nekoliko kategorija fizičkih osjećanja, zdravstvenih tegoba, misli, ponašanja i osjećanja, uključujući:

- prazninu, tjeskobu u grudima, stomaku, ramenima i grlu;
- osjetljivost na buku;
- osjećaj beznađa;
- gubitak daha i duboke uzdisaje;
- mišićnu slabost;
- umor i nedostatak energije;
- suha usta.

Psihološke manifestacije procesa žalovanja uključuju:

- osjećaj šoka ili zaprepaštenja;
- osjećaj bespomoćnosti;
- osjećaj čežnje;
- osjećaj tjeskobe;
- osjećaj krivnje.

Gubitak, tuga i žalovanje su procesi koje su mnogi autori opisali na različite načine, ali generalno mišljenje je da ti procesi ne napreduju na isti način, jedinstveni su kao i sama osoba koja ih doživljava. Prije nego budu u stanju nastaviti dalje, nekim ljudima je potrebna pomoć i dodatno vrijeme da prođu sve etape žalovanja jer mogu „zapeti“ u jednoj od faza.

Model „Kübler-Ross“ je poznat kao pet stadija žalovanja:

- 1) Negiranje. Za najveći broj ljudi ovo je kratkotrajni mehanizam odbrane. Negiranje može biti svjestan ili nesvjestan način prihvatanja neke informacije. U nekim slučajevima ne traje kratko jer ljudi zapnu u ovom stadiju.
- 2) Ljutnja. Shvatajući da se s negiranjem ne može dalje nastaviti prelazi se u drugu fazu. Sama ljutnja može se izražavati na više različitih načina. Ljudi mogu biti ljuti na sebe, na druge, posebno na sebi najbliže ljude.
- 3) Pogodba/pregovaranje. Faza koja započinje nadom pojedinca da se smrt može nekako odgoditi, uglavnom se pogodba za produženje života odvija s nekom višom silom u zamjenu za potpunu promjenu života.
- 4) Depresija. Faza u kojoj čovjek počinje shvatati neminovnost smrti. U toj fazi se ljudi povlače u sebe, prestaju komunicirati s okolinom, uglavnom žaluju i plaču.
- 5) Prihvatanje. U ovoj zadnjoj fazi čovjek se pomiri sa situacijom, sa svojom smrtnošću ili smrću bliske osobe.

Generalno, period prelaska ožalošćenog iz jednog emocionalnog stanja u drugo može trajati sedmicama ili mjesecima. Žalost može izmijeniti porodicu i pojedince. Neki ljudi se okrenu porocima, a drugi postaju odgovorniji i zreliji. Pod pretpostavkom da smo u toku brige o bolesniku upoznali porodicu i njihove potrebe, možemo procijeniti da li je određena osoba pod rizikom od razvoja patološkog žalovanja.

Faktori na koje treba obratiti pažnju, koji zahtijevaju pažljivije posmatranje i koji mogu pomoći u toj procjeni su:

- Vrijeme da se porodica pripremi za smrt – iznenadna i neočekivana smrt je obično šokantan gubitak i za to nikad nismo spremni. S druge strane, smrt koja nastupi kao posljedica duže i teške bolesti, daje dovoljno vremena porodici da se pripremi za očekivanu smrt. Međutim, i to moramo posmatrati individualno, jer u nekim slučajevima produženo vrijeme umiranja može izazvati teške probleme u žalovanju.
- Starost. Gubitak mlade osobe uvijek nosi veći rizik za razvoj patološkog žalovanja nego kad se radi o ljudima u poznijim godinama.
- Priroda odnosa. Ljudi s ambivalentnijim odnosom će sigurno imati više problema. Ti problemi se odnose na osjećaj krivice, jer im je smrt uzela važnu osobu u životu prije nego su završili svoj emocionalni odnos. Nekom ljudima smrt može predstavljati oslobađanje od života koji nisu htjeli i novu slobodu, drugima je smrt uskratila mogućnost da poprave svoje odnose.

- Uzrok smrti. Suicid i smrt uzrokovana AIDS-om, ili bilo koji uzrok koji okolina može osuditi, povećava stres kod ožalošćenih.
- Mogućnost njege bolesnika. Često njega koju pružaju članovi porodice izaziva obostrano poštovanje i kod bolesnika i kod porodice. Bolesnici se osjećaju podržanim jer su njihove potrebe prepoznate, a njegovatelji učešćem u fizičkoj brizi oko bolesnika nalaze satisfakciju u činjenici da su uradili sve što su mogli.
- Način na koji porodica doživljava pruženu podršku. Često oni koji se ne osjećaju podržanim i shvaćenim doživljavaju reakciju velike žalosti. Zato je od samog početka neophodno napraviti dobru procjenu, kako stanja bolesnika tako i potreba porodice i pružiti maksimalnu podršku.
- Nedovršeno prethodno žalovanje. Neko ko nije završio proces žalovanja je u narednih godinu ili dvije u riziku da novo žalovanje izazove komplikacije. Dešava se da novo žalovanje bude okidač za prethodno žalovanje.
- Loše socijalno ekonomske okolnosti. U žalovanju kao i u bolesti, ljudi koji žive u lošijim socio-ekonomskim uvjetima prolaze puno lošije.

Timovi palijativne zdravstvene njege bi trebali biti više uključeni u proces žalovanja i svojom podrškom unaprijediti brigu o ožalošćenim. U našoj zemlji ne postoje pisane procedure o takvoj vrsti podrške, što je onima koji pružaju palijativnu njegu dodatan teret jer moraju sami osmisliti takav vid podrške.

U uvjetima u kojima radimo postoji nekoliko koraka koje možemo uraditi, a koji će zasigurno pomoći ožalošćenima u procesu žalovanja:

- Stalnim kontaktima s porodicom u toku života bolesnika možemo znati kad je nastupila smrt bolesnika, time izbjegavamo osjećaj zanemarivanja koji porodica može imati ukoliko nismo prisutni u svakom aspektu njihovih potreba.
- Biti spreman provesti određeno vrijeme s osobama koje žaluju. Posjeta u žalosti nakon smrti bolesnika je važan pokazatelj poštovanja. Na onima koji su pružali njegu je da procijene da li je dovoljan i telefonski poziv putem kojeg će izraziti svoje saučešće u gubitku u porodici. Taj razgovor može rezultirati procjenom o daljim koracima.
- Identificirati faktore koji mogu značiti početak patološkog žalovanja.
- Prepoznati snagu i ograničenja svojih sposobnosti. Ukoliko ste razgovorom ili posjetom u žalovanju procijenili da postoje elementi patološkog žalovanja s kojima se ne možete nositi, ponudite podršku psihologa ili socijalnog radnika.

Ključne poruke:

Prema definiciji SZO, palijativna njega je pristup koji poboljšava kvalitet života bolesnika i njihovih porodica suočavajući se s problemima povezanim s bolešću koja prijeti životu. Ključna karakteristika palijativne njege je sveobuhvatnost s ciljem pružanja neophodne njege pacijentima s neizlječivim bolestima.

Sindrom profesionalnog sagorijevanja označava stanje emocionalne i psihičke premorenosti uzrokovane stresom, zatim dugoročnu iscrpljenost i postepeno pomanjkanje interesa za posao i smanjenje profesionalne efektivnosti.

Cilj palijativne njege je smanjiti bol i neugodne simptome bolesti kako bi bolesnik koji je u posljednjim stadijima neizlječive bolesti što kvalitetnije živio.

Palijativna medicina primjenjuje interdisciplinarni pristup u liječenju.

Kontrola simptoma je osnova palijativne zdravstvene njege, ali, i pored svoje važnosti, predstavlja samo prvi korak u pružanju adekvatne palijativne zdravstvene njege.

Cilj kontrole simptoma je osloboditi bolesnika fizičkih simptoma koji narušavaju njegov kvalitet života, da bi se mogli fokusirati na važnije probleme kao što su rehabilitacija, proces zamjene bolesnikove uloge u životu, emocionalno prilagođavanje, odnos bolesnika s okolinom, nezavršeni poslovi koje bolesnik ima, smisao života i sl.

Reference:

1. Jušić A. i sur. Hospicij i palijativna skrb. Školska knjiga: Hrvatska liga protiv raka, Zagreb 1995.
2. Brkljačić M, Šamija M, Belev B, Strnad M, Čengić T. Palijativna medicina. Medicinski fakultet Sveučilišta, Rijeka 2013.
3. Jušić A, Persoli-Gudelj M. Croatia: Development of a Hospice Movement and Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management 2002;24(2):180-182.
4. Šamija M, Nemet D. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Medicinska naklada, Zagreb 2010.
5. PAT; radnja knjiga medicinski tehničar, 2007/2008.
6. Procedure (priručnik za medicinske sestre); Turid Elisabeth Martinsen UMSTS 2004.
7. Ozimec-Vulinec Š. Interdisciplinarni tim u palijativnoj skrbi. Plavi fokus, HKMS 2010;1:32-36.

Pitanja za završni ispit:

1. Koja je ključna karakteristika palijativne njege?
2. Koje su najčešće nuspojava morfina?
3. Šta označava Burnout sindrom/sindrom profesionalnog sagorijevanja?

4.8. Aplikacija lijekova

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Aplikacija lijekova	– Predavanje - 30 minuta – Diskusija u velikoj grupi (polifarmacija, interakcije lijekova, nuspojave) - 30 minuta

4.8. Aplikacija lijekova

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- vladati metodama i putevima administriranja lijekova;
- reagirati u slučaju alergijske reakcije i lokalne reakcije na lijek;
- dokumentirati administriranje lijekova;
- educirati o upotrebi lijekova, poštovanju vremenske odrednice propisane terapije, te uočiti elemente polifarmacije u zajednici.

Sadržaj:

Putevi i metode administriranja lijekova, alergijske reakcije, principi sepsa i antisepsa, odlaganje medicinskog otpada.

4.8.1. Pravila aplikacije lijekova, primjena standardnih operativnih procedura (SOP)

Lijek je bilo koja supstanca ili kombinacija supstanci koje su namijenjene za liječenje ili sprječavanje bolesti kod ljudi (Zakon o lijekovima i medicinskim sredstvima, „Službeni glasnik BiH“, broj 58/08).

Lijek može biti tekućeg, polučvrstog ili čvrstog oblika. Ove supstance mogu biti:

- humanog porijekla (ljudska krv, krvni pripravci i sl.);
- životinjskog porijekla (mikroorganizmi, cijele životinje, dijelovi organa, izlučevine, toksini i sl.);
- biljnog porijekla (mikroorganizmi, biljke, dijelovi biljki, izlučevine i sl.);
- hemijskog porijekla (hemijski elementi, spojevi, hemijske materije prirodnog porijekla, hemijski proizvodi dobijeni hemijskom promjenom ili sintezom i sl.).

Sigurna primjena lijekova uključuje pet pravila i tri provjere.

Pet pravila su:

1. pravi pacijent,
2. pravi lijek,
3. prava doza,
4. pravo vrijeme,
5. pravi put – pravi način primjene.

Tri provjere su:

1. provjera naziva i doze lijeka pri uzimanju lijeka iz ormarića,
2. provjera naziva i doze pri pripremi lijeka,
3. usporedba naziva i doze lijeka s propisanim pri vraćanju lijeka u ormarić.

Faktori koji modificiraju djelovanje lijekova su:

- doze lijekova,
- dob i spol bolesnika,
- vrste lijekova,
- stanje bolesnika,
- biološka varijabilnost,
- nasljedna reaktivnost na lijekove,
- tolerancija,
- tahifilaksija,
- somatska, fizička ili metabolička ovisnost,
- alergija na lijekove.

Aplikaciju lijekova van zdravstvene ustanove, tj. u kući pacijenta izvodi patronažna sestra/tehničar po nalogu ljekara. Lijek može biti u ampulama ili u bočicama, kao pripremljen pripravak ili u obliku praha kojeg otapamo prije navlačenja u špricu. Navlačenje lijeka iz bočice ili ampule vrši patronažna sestra/tehničar koja će vršiti i aplikaciju lijeka, a sve se obavlja pod aseptičnim uvjetima. Lijek se aplicira odmah nakon navlačenja u špricu. Intravenski put patronažna sestra/tehničar najčešće uspostavlja radi primjene intravenske infuzije uz pomoć infuzijskog sistema za jednokratnu upotrebu. Postupak aplikacije intravenske infuzije vrši se po nalogu/receptu ljekara i izvodi se pod strogo aseptičnim uvjetima.

4.8.2. Kontrola pravilnog uzimanja lijekova

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) uvela je pojam ustrajnost ili saradljivost kojom definira postotak propisanih doza lijeka koje je pacijent uzeo tokom određenog perioda. Slaba ustrajnost u primjeni terapije za hronične bolesti i nepravilna primjena propisane terapije predstavlja značajan javnozdravstveni problem. Ukoliko pacijent uzima više lijekova kroz duži vremenski period (polifarmacija), zadatak patronažne sestre/tehničara je da provjeri ustrajnost uzimanja terapije, da provjeri znanje pacijenta o pravilnom uzimanju propisane terapije i po potrebi educira pacijenta o ispravnom uzimanju terapije.

Prilikom patronažne posjete, jedan od zadataka patronažne sestre/tehničara je da provjeri pravilno uzimanje propisane terapije:

- uvidom u medicinsku dokumentaciju;
- kontrolom lijekova koje pacijent posjeduje;
- kontrolom roka trajanja lijekova koje pacijent posjeduje;
- postavljanjem kratkih pitanja o vrsti, količini, načinu i vremenu uzimanja lijekova.

Faktori koji utječu na ustrajnost uzimanja terapije i pravilnu primjenu lijekova su:

- socioekonomski status;
- istovremeno liječenje više hroničnih bolesti;
- stanja vezana uz napredovanje osnovne bolesti;
- faktori vezani uz terapiju;
- motivacija pacijenta za uzimanje terapije;
- nasilje u porodici.

Kod uočenih nepravilnosti, potrebno je savjetovati i educirati pacijenta ili njegovatelja:

- o važnosti kontinuiranog korištenja i posljedicama neredovnog korištenja propisane terapije;
- pravilnom vremenu uzimanja terapije;
- pravilnim vremenskim intervalima između uzimanja dva ista lijeka;
- pravilnom načinu unosa lijeka;
- pravilnoj dozi lijeka;
- pravilnom uzimanju lijekova u odnosu na obroke;
- lijekovima koji mogu dovesti do interakcija s određenim vrstama hrane;
- lijekovima koji se ne smiju lomiti;
- mogućim nuspojavama lijekova;
- mogućnosti korištenja alarma kao podsjetnika na vrijeme uzimanja lijeka;
- korištenje posuda s pregradama u koje stavljamo tablete za sedmičnu terapiju.

Edukaciju je potrebno prilagoditi kognitivnim sposobnostima pacijenta uzimajući u obzir da je svaka edukacija pacijenta ili člana porodice često dugotrajan proces. Potrebno je obavijestiti ljekara u slučaju uočenih nepravilnosti vezanih za korištenje propisane terapije.

4.8.3. Načini aplikacije lijekova van zdravstvene ustanove

NAČIN UNOSA LIJEKA U ORGANIZAM		OBLIK LIJEKA
ENTERALNO	PERORALNO	tablete, dražeje, kapsule, otopine
	SUBLINGVALNO	lingvalete
	REKTALNO	supozitoriji, ljevakovite klizme
PARENTERALNO	INTRAKUTANO	injekcije
	SUPKUTANO	injekcije
	INTRAMUSKULARNO	injekcije
	INTRAARTIKULARNO	injekcije
	INTRAVENSKI	injekcije, otopine
LOKALNO	PERKUTANO	masti, paste, kreme, otopine
	REKTALNO	supozitoriji, masti
	VAGINALNO	vaginalete
	ORALNO	otopine, lingvalete
	SLUZNICE UHA, NOSA I OKA	kapljice, masti

Tabela 28. Način primjene lijekova

Enteralna primjena lijeka podrazumijeva oralno uzimanje lijeka, primjenu lijeka nazogastričnom sondom i rektalnu primjenu lijeka. Oralna primjena lijekova predstavlja pouzdan, jeftin, najčešći i obično siguran način primjene lijekova, pri kojem pacijent mora biti kooperativan. Uključuje uzimanje sirupa, kapi, tableta, kapsula, dražeja i sl. Većina oralno primijenjenih lijekova apsorbiraju se iz gornjeg dijela tankog crijeva, a rijetko iz želuca. Kod sublingvalne primjene, lijek se stavlja ispod jezika gdje se otapa i resorbuje (npr. nitroglicerina). Nema razgradnje u jetri, i nema destrukcije od strane gastrointestinalne (GI) tekućine. Lijek ne treba gutati, već držati pod jezikom, ne piti i ne jesti dok se lijek ne rastopi.

Kod bukalne primjene, lijek se primjenjuje između sluznice usne šupljine i desni, te se vrlo brzo apsorbira. Kod rektalne primjene lijeka, primjenjuje se tekućina (klizma) ili čepić, apsorpcija je vrlo brza, a prakticira se nakon operativnih zahvata u usnoj šupljini, kod povraćanja, kada su lijekovi neugodnog okusa, kada bi probavni enzimi mogli uništiti lijek, kod bolesnika s kojima nije moguće uspostaviti kontakt (poremećaji svijesti), kod male djece, te kada je potreban lokalni efekat lijeka (hemoroidi).

Parenteralna primjena lijeka je ona metoda primjene lijeka kojom se zaobilazi probavni trakt, uključujući primjenu lijeka u oko, uho, nos, zatim putem respiratornog sistema, putem kože te primjenu injekcija. Prednosti parenteralne primjene lijekova su: najveća efikasnost, lijek počinje najbrže djelovati, moguća je primjena tačne i precizne doze lijeka, ne ovisi o resorpciji iz GI trakta.

Parenteralna terapija – primjena injekcija:

1. supkutana (s.c., podkožna)
2. intramuskularna (i.m. – u mišić)
3. intravenska (i.v. – u venu)
4. intradermalna (u samu kožu)
5. intraarterijska (i.a. – u arteriju)
6. intrakardijalna (u srce)
7. intratekalna (u spinalni kanal)
8. intraartikularna (u zglobov)
9. intraosealna (u koštanoj srži)
10. intraperitonealna (u peritoneum)

Primjena lijeka intravenskom injekcijom omogućava vrlo brzo i tačno postizanje optimalne koncentracije lijeka, te je optimalna za lijekove s velikim volumenom ili koji su nadražljivi za s.c. ili i.m. primjenu. Potreban je oprez jer kod lijeka datog direktno u venu moguća su predoziranja, idiosinkrazija te mnoge neželjene reakcije.

Vrste infuzija:

- koloidna otopina (dextrani, želatine, albumini, plazma);
- kristaloidna otopina – otopina topivih kristala (sol, šećera) u vodi – izotonične otopine (0,9% NaCl, 5% glukoza), hipotonične otopine (0,45% NaCl), hipertonične otopine (10% glukoza, 7,5% NaCl);
- boce od 100, 200, 250, 500 i 1000 ml u koje može biti dodano 20-100 ml drugih otopina.

Lokalna primjena lijeka je primjena lijeka na određeno područje kože ili sluznice. Sredstva koja se primjenjuju uključuju ponajviše kreme, pjene, gelove, losione i masti.

4.8.4. Zbrinjavanje alergijskih reakcija

Alergijska reakcija predstavlja neuobičajen i neprimjeren odgovor imunološkog sistema organizma na razne antigene s kojima dolazi u kontakt. Alergijske reakcije su moguće na sve vrste lijekova. Sama alergijska reakcija ne ugrožava život pacijenta, ali postoji velika mogućnost da se iz alergijske reakcije razvije anafilaktička reakcija i anafilaktički šok, pa alergijskoj reakciji treba pristupiti s dosta pažnje i opreza. Alergijska reakcija na lijek može biti trenutna (za vrijeme aplikacije lijeka) ili

zakašnjela (od par minuta do nekoliko sati nakon aplikacije lijeka).

Najčešći simptomi alergijskih reakcija su: zujanje u ušima, ubrzan puls, urtikarija, svrbež, suženje očiju, te vrtoglavica.

- Ukoliko se bilo koji od simptoma alergijske reakcije javi u toku aplikacije lijeka, odmah prekinuti davanje lijeka;
- Ostati smiren i pribran, pripremiti pacijenta za dalji tretman, poštujući ličnost pacijenta (privatnost, svjetonazor, moralna i vjerska uvjerenja);
- Pacijenta postaviti u Trendelenburgov položaj;
- Osloboditi ga odjeće;
- Pratiti vitalne parametre (pritisak, disanje, puls);
- Posmatrati pacijenta i komunicirati s njim mirno, bez povišenog tona i pokušati saznati kako se pacijent osjeća i koje simptome ima;
- Obavijestiti ordinirajućeg ljekara o stanju pacijenta i provedenim postupcima, i dalje postupiti po nalogu ljekara.

Ukoliko su neki od vitalnih parametara pacijenta promjenjeni, može se razviti anafilaktička reakcija ili anafilaktički šok koji mogu biti opasni po život pacijenta. Anafilaksija je ozbiljna, životno ugrožavajuća, generalizirana ili sistemska hipersenzitivna reakcija. Znaci koji upućuju na mogućnost anafilaktičke reakcije su:

- A.** Airway – otok dišnog puta (faringealni/laringealni edem, promukli glas, stridor);
- B.** Breathing – disanje (dispneja, bronhospazam, konfuzija zbog hipoksije, zastoj disanja);
- C.** Circulation – cirkulacija (blijeda vlažna koža, tahikardija, hipotenzija, snižen nivo svijesti, bradikardija koja prethodi srčanom zastoju);
- D.** Disability – poremećaj svijesti
 - neurološka procjena (može biti konfuzija, agitiranost ili gubitak svijesti);
- E.** Exposure – izloženost
 - promjene na koži (mogu biti samo na koži, samo na sluznici ili na koži i sluznici).

Postupci kod pojave prvih znakova anafilaktične reakcije uključuju sljedeće:

- ukoliko se bilo koji od znakova anafilaktičke reakcije javi u toku aplikacije lijeka, odmah prekinuti davanje lijeka;
- pacijenta postaviti u Trendelenburgov položaj;
- pozvati hitnu pomoć;
- otvoriti venski put (braunila većeg promjera);
- pratiti pritisak, puls i disanje;
- osloboditi pacijenta od odjeće;
- komunicirati s pacijentom ako je moguće;
- ako je pacijent u kardiopulmunalnom arestu, postupiti po protokolu za kardiopulmunalnu reanimaciju;
- ostati uz pacijenta do dolaska hitne pomoći.

Po završetku postupka zbrinjavanja alergijske reakcije na lijek, patronažna sestra/tehničar evidentira sve provedene postupke u postojeću, važeću medicinsku dokumentaciju ustanove.

4.8.5. Čuvanje i odlaganje lijekova

Pravila čuvanja lijekova uključuju:

- lijekovi se na odjeljenju čuvaju u posebnom ormaru za lijekove;
- lijekovi za peroralnu i vanjsku upotrebu čuvaju se odvojeno od lijekova za paranteralnu primjenu;
- lijekovi se čuvaju na sobnoj temperaturi, zaštićeni od sunca i izvora topline (radijatori), a lijekovi koji se moraju čuvati na nižim temperaturama, stavljaju se u frižider;
- svi lijekovi se moraju čuvati u originalnim pakovanjima na kojima se nalaze podaci o lijeku;

- lijekovi se ne smiju premještati iz bočice u bočicu i sl.;
- na bočicama i kutijama mora stajati jasno označen rok trajanja lijeka.

Pojam farmaceutski otpad odnosi se na farmaceutske proizvode, lijekove i hemikalije koji su vraćeni s odjela gdje su bili proliveni, rasipani, pripremljeni, a neupotrijebljeni ili im je istekao rok upotrebe ili se trebaju baciti iz bilo kojeg razloga. Bočice, kutije i ambalaže u kojima se nalaze lijekovi ili vakcine, također, se ubrajaju u istu grupu. Najvažnija činjenica vezana za farmaceutski otpad jeste da on spada u opasni medicinski otpad. U skladu s tim se definiraju svi nivoi upravljanja njegovim zbrinjavanjem.

4.8.6. Priprema, sterilizacija i odlaganje medicinskog materijala

Sterilizacija je postupak kojim se u potpunosti uništavaju svi oblici mikroorganizama i njihovih spora s instrumenata i sanitetskog materijala. Priprema za sterilizaciju i sterilizacija medicinskih instrumenata i sanitetskog materijala provodi se u cilju sprječavanja pojave i prenošenja infekcije na pacijente, samog sebe i okruženje.

Sterilizacija vodenom parom pod pritiskom (autoklav) je postupak uništavanja svih vrsta mikroorganizama i njihovih spora s instrumenata i sanitetskog materijala. Sterilizacija suhom toplotom (suhi sterilizator) koristi se za sterilizaciju predmeta koji podnose visoku temperaturu. Medicinska sestra/tehničar priprema instrumente i sanitetski materijal za sterilizaciju. Evidencija postupka sterilizacije podrazumijeva datum i vrijeme uključivanja sterilizatora, vrstu materijala koji se sterilizira, visinu temperature na kojoj se sterilizira, vrijeme postignute potrebne temperature, vrijeme trajanja sterilizacije, vrijeme isključenja sterilizatora i potpis medicinske sestre/tehničara koja je vršila pripremu i samu sterilizaciju. Kontrolu sterilizacije provodi medicinska sestra/tehničar kontinuirano, čime se provjerava ispravnost i uspješnost provedene sterilizacije.

Oštri otpad kao što su igle, skalpeli, lancete i drugi medicinski instrumenti za jednokratnu upotrebu, odlažu se na mjestu nastanka u namjenski prilagođen kontejner. Kontejner mora biti od tvrde plastike, neprobojan za sadržaj i napravljen tako da ga oštri otpad ne može probiti i da je onemogućeno ispadanje sadržaja ili povređivanje i prijenos infekcije na osobe koje odlažu otpad ili rukuju s otpadom. Medicinska sestra/tehničar priprema kontejner za oštri otpad i vrši njegovo obilježavanje. Na etiketu upisuje sljedeće podatke: izvor otpada, kategoriju i šifru otpada, a po zatvaranju kontejnera upisuje vrijeme i datum zatvaranja. Svaka primopredaja medicinskog otpada se evidentira prema mjestu nastanka otpada, vrsti otpada sa šifrom otpada, količini otpada, datumu i vremenu primopredaje, potpisu osobe koja je predala otpad i potpisu osobe koja ga je preuzela. Svaka povreda radnika oštrim predmetom podliježe pismenoj prijavi.

4.8.7. Dokumentacija – sestrinska/ljekarska

Dokumentiranje sestrinskih postupaka je integralni dio sigurne i efikasne sestrinske prakse i predstavlja skup podataka koji služe procjeni, planiranju, implementaciji, evaluaciji, kontroli i stručnom nadzoru planirane i provedene zdravstvene njege. Dokumentaciju vodi i ljekar i medicinska sestra/tehničar, zapisujući podatke o svojim saznanjima, postupcima i pruženim zdravstvenim uslugama korisnicima zdravstvene njege i zaštite.

Medicinska sestra/tehničar vodi dokumentaciju za pacijente kojima je neophodna zdravstvena njega u rješavanju njegovih aktuelnih ili potencijalnih zdravstvenih problema, a na osnovu potreba pacijenta ili lične procjene. Dokumentacija se vodi pojedinačno za svakog pacijenta i sastavni je dio zdravstvenog kartona pacijenta kojeg i vodi ljekar ili kartona zdravstvene njege koju vodi samo medicinska sestra/tehničar.

Preporuke za vođenje sestrinske/ljekarske dokumentacije obuhvataju:

- sestrinska/ljekarska dokumentacija se može voditi u papirnoj ili elektronskoj formi;
- citiranje pacijenta je dozvoljeno;
- za tačnost, potpunost, pravovremenost evidentiranih podataka u dokumentaciju, odgovoran

- je ljekar ili medicinska sestra/tehničar koja unosi podatke i to potvrđuje svojim potpisom;
- svaka izmjena i dopuna podataka treba da ima datum i da je ovjerena potpisom;
- nije dozvoljena upotreba korektora;
- pisati hemijskom olovkom, uredno, čitko, jasno, sažeto, nedvosmisleno;
- izbjegavati skraćenice;
- poštovati povjerljivost podataka pacijenta.

Ključne poruke:

Lijek je bilo koja supstanca ili kombinacija supstanci koje su namijenjene za liječenje ili sprječavanje bolesti kod ljudi (Zakon o lijekovima i medicinskim sredstvima, „Službeni glasnik BiH“, broj 58/08). Patronažna sestra/tehničar treba educirati pacijenta i njegovu porodicu o pravilnoj primjeni lijeka, uzimajući u obzir njihove kognitivne sposobnosti.

SZO je uvela pojam ustrajnost ili saradljivost kojom definira postotak propisanih doza lijeka koje je pacijent uzeo tokom određenog perioda. Slaba ustrajnost u primjeni terapije za hronične bolesti i nepravilna primjena propisane terapije predstavlja značajan javnozdravstveni problem.

Anafilaksija je ozbiljna, životno ugrožavajuća, generalizirana ili sistemska hipersenzitivna reakcija na lijek.

Dokumentiranje sestrinskih postupaka je integralni dio sigurne i efikasne sestrinske prakse i predstavlja skup podataka koji služe procjeni, planiranju, implementaciji, evaluaciji, kontroli i stručnom nadzoru planirane i provedene zdravstvene njege.

Reference:

1. Projekat za razvoj porodične medicinske sestre – Bosna i Hercegovina, George Braun College, Toronto – Kanada 2001.
2. PAT; radna knjiga medicinski tehničar, 2007/2008.
3. Procedure (priručnik za medicinske sestre); Turid Elisabeth Martinses UMSTS 2004.
4. Standardne operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti II dio (Fondacija fami, Sarajevo, 2019).
5. Learning Material on Nursing. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe 1996.
6. Diplomski rad „Nuspojave lijekova“ – Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet-Zagreb, 2019.
7. Lijekovi, Hrvatska enciklopedija, mrežno izdavanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža 2013-2024. <<https://www.enciklopedija.hr/članak/lijekovi>
8. Vanbolnička hitna medicinska služba – priručnik za medicinske sestre/tehničare – Hrvatski zavod za hitnu medicinu.

Pitanja za završni ispit:

1. Šta je lijek?
2. Koji su oblici lijekova?
3. Kod anafilakse, koja slova koristimo prilikom provjere pacijenta?

4.9. Tretman rane

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Tretman rane	– Predavanje (I dio) - 40 minuta – Diskusija u velikoj grupi (faktori koji utječu na zarastanje rane) - 20 minuta – Predavanje (II dio) - 30 minuta - Rad u grupama (analiza dva različita primjera iz prakse: procjena rane uz upotrebu mape tijela) - 15 minuta – Diskusija - 15 minuta

4.9. Tretman rane

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- nabrojati vrste i uzroke nastanka rana;
- napraviti procjenu vrste rane, veličine, dubine, nivoa inficiranosti rane koristeći mapu tijela za procjenu;
- planirati provođenje previjanja rane u kućnim uvjetima;
- provoditi planirane intervencije u aseptičnim uvjetima uz primjenu tehnike pranja ruku i obavezno nošenje zaštitne opreme (rukavice, maska...);
- obučiti članove porodice o previjanju rane na pravilan način u kućnim uvjetima;
- upoznati i prenijeti znanje pacijentu i članovima porodice o faktorima koji utječu na zarastanje rana i važnost aseptičnih uvjeta, kao i važnost praćenja općeg stanja pacijenta.

Sadržaj:

Svaka rana je specifična i zahtijeva poseban tretman. Mehanizmi oštećenja tkiva su različiti i dešavaju se na ćelijskom nivou i dovode do oštećenja tkiva ili nekroze. Način zarastanja rane ovisi o uzroku i stepenu oštećenja tkiva. Medicinska sestra/tehničar treba poznavati principe asepsa i antiseptičnosti, imati iskustva i znanja o previjanju rana, poznavati fiziologiju zarastanja rana i faktore koji utječu na zarastanje rana, pratiti nove tehnologije, tehnike previjanja i savremene zavojne materijale, educirati članove porodice o njezi rana u kućnim uvjetima. Pri previjanju potrebno je uraditi procjenu stanja rane, prevenirati mogućnost infekcije, te uzeti bris rane u slučaju infekcije. Sav upotrijebljeni materijal zbrinjava se na adekvatan način uz poštovanje usvojenih procedura o zbrinjavanju infektivnog i oštrog otpada. Materijal ili instrumente za jednokratnu upotrebu dobro zaštititi prije odlaganja, inficirani materijal odložiti u posebne kese. Ukazati na važnost vođenja evidencije o provedenim aktivnostima.

4.9.1. Fiziologija zarastanja rane i faktori koji utječu na zarastanje rane

Koža je najveći organ ljudskog organizma i ima nekoliko važnih funkcija:

- zaštitna funkcija (hemijski, fizički, toplotni faktori, mehaničke povrede, zračenje itd.);
- zaštita od prodora mikroorganizama;
- imunološka odbrana;
- regulacija tjelesne temperature;
- osjetni organ za percepciju boli, toplote i hladnoće;
- regulacija ravnoteže vode i elektrolita;
- stvaranje vitamina D.

Rana (lat. vulnus) je fizička povreda živog tkiva, koja zahvata kožu ili sluznicu i može prodrijeti u dublje slojeve tkiva u različitom stepenu. Rane klasificiramo prema mjestu, veličini, dubini i uzroku. Rane mogu nastati uslijed hipoksije, zračenja, mehaničkog oštećenja, ekstremne temperature, djelovanja nekih hemikalija i mikroorganizama, ili autoimune reakcije.

Zarastanje rane jedan je od ključnih procesa u oblasti hirurgije. Primjenom metoda asepse i antiseptičke i izučavanjem lokalnih faktora zarastanja rane, dramatično je poboljšan proces zarastanja rana, a time i brzina i efikasnost oporavka hirurških bolesnika. Zarastanje rane ovisi o više faktora: vrsti, veličini i lokalizaciji rane, stanja sistemskog i lokalnog krvotoka, postojanju infekcije i stranih tijela, životne dobi pacijenta, komorbiditeta (naročito kardiovaskularnih obojenja i diabetes mellitusa), deficitu hranjivih materija, naročito vitamina C, pretilosti itd.

Patofiziološki, rana se sastoji iz dvije glavne zone:

- zona nekrotičnog ili devitaliziranog tkiva, u kome se nalaze strana tijela i mikroorganizmi;
- reaktivne zone i zone vaskularnog spazma koji je edematozan i s izmijenjenim hipoksičnim uvjetima.

Proces zarastanja rane može se podijeliti u četiri faze: faza hemostaze, inflamatorna faza, faza granulacije i proliferacije, te faza remodeliranja.

Hemostaza je složeni proces međusobno povezanih reakcija s ciljem zaustavljanja krvarenja. Povredom krvnog suda dolazi do refleksne vazokonstrikcije malih arterija i arteriola, čime se usporava protok krvi te se smanjuje krvarenje, a ponekad dolazi i do potpunog zaustavljanja krvarenja. Time se omogućava kontaktna aktivacija trombocita i faktora zgrušavanja. Oslobađanjem sadržaja granula i adhezijom, trombociti stvaraju primarni ugrušak koji se ubrzo učvršćuje fibrinom nastalim posredstvom procesa zgrušavanja. Potom započinje uklanjanje neželjenih depozita fibrina enzimskom razgradnjom, čime nastaju topljivi fibrinski fragmenti. Proces hemostaze se odigrava jako brzo. U ovoj fazi, krvni ugrušci su jako važni, međutim, problem nastaje u slučajevima kada se tromb odvoji od zida krvog suda i krvlju putuje do određenih organa gdje može izazvati infarkt ili plućnu emboliju.

Inflamatorna faza predstavlja upalni odgovor organizma na nastalu ranu. U ovoj fazi dolazi do eliminacije nekrotičnih masa, lize stranih materija i djelomične resorpcije reaktivnih produkata. Zbog povećanja kapilarne permeabilnosti, u predjelu rane dolazi do nakupljanja eksudata bogatog proteinima. U ovoj fazi učestvuju makrofagi (monociti i limfociti) i mikrofagi (medijatori leukocita). Klinički, karakteriše se edemom, bolom, sekrecijom, crvenilom i lokalno povišenom temperaturom.

U proliferativnoj fazi kolagen i ekstracelularni matriks formiraju novo tkivo u rani, pri čemu nastaje kontrakcija rane zbog stvaranja novog tkiva. Obično počinje trećeg dana od nastanka rane. Dolazi do stvaranja nove mreže krvnih sudova koji osiguravaju adekvatnu ishranu i oksigenaciju novog tkiva. Klinički, rana je ružičaste ili crvene boje, granulirane teksture.

Faza remodeliranja je zadnja faza u procesu zarastanju rane, u kojoj se smanjuje broj fibroblasta i kapilara. Time počinje stvaranje ožiljka koji se sastoji uglavnom od kolagena vezivnog tkiva pokrive-

nog epitelom. Ova faza se sastoji iz dva procesa:

- Maturacije, tj. remodeliranja ekstracelularnog matriksa i kontinuiranog deponiranja kolagena pri čemu ožiljak počinje da prominira iznad ravni kože, slabije je vaskulariziran, te dobija sjaj. Prva tri mjeseca ožiljak je crven.
- Cikatrizacije, kada se vlakna kontrahuju i postaju čvršća i kraća. U predjelu zglobova pokretljivost može biti ograničena. Ova faza traje do godinu dana, ali proces remodeliranja traje neodređeno vrijeme. Poslije godinu dana ožiljak je u ravni kože, blijed.

Procesi zarastanja rane se mogu odvijati na različite načine:

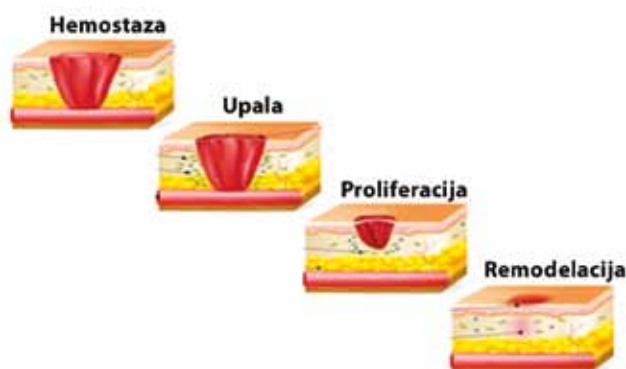
Sanatio per primam intentionem podrazumijeva primarnu sanaciju rana (posjekotine, rane s glatkim ivicama bez veće devitalizirane zone), gdje se defekat popunjava granulacijskim i epitelizacijskim procesom, uz urastanje novih krvnih sudova. Na ovaj način zarastaju rane koje su hirurški zatvorene suturama.

Sanatio per secundam intentionem podrazumijeva dugotrajniji proces sanacije rana s više devitaliziranog tkiva, a završava masivnim ožiljkom. Na ovaj način zarastaju abrazione rane, rane s mrtvim prostorima i devitaliziranim tkivom, hirurške rane donora kože.

Sanatio per crustam podrazumijeva sanaciju rana slično kao prethodna, s tim što u ovom slučaju, pored defekta u tkivu, postoji i lokalna gnojna infekcija. Sekret, krv i detritus formiraju krustu koja je zaštitni omotač od dalje infekcije. Proces se završava otpadanjem kruste i formiranjem grubog ožiljka.

Sanatio per tertiam intentionem podrazumijeva posebni vid odložene sanacije primarno kontaminirane rane ili traume različitih tkiva u istoj regiji, pri čemu se kožni defekti prekrivaju kožnim kalemima.

Proces zacjeljivanja rane



Slika 27. Proces zarastanja rane

4.9.2. Vrste rana

Rane mogu nastati djelovanjem mehaničkih, toplotnih, hemijskih i bioloških faktora, ili njihovom kombinacijom.

Vrste rana prema mehanizmu nastanka, odnosno prema vrsti mehaničke sile koja ih izaziva:

Nagnječenja (lat. v. *contusum*) – su rane nastale prilikom pada s visine ili udarca tupim mehaničkim predmetom ili oružjem. Karakterizira ih nagnječenje tkiva i krvlju podliveni rubovi.

Razderotine (lat. v. *lacerum*) – su rane nastale tupim ili oštrim predmetima ili pri padu s visine, ne-

pravilnih su rubova i često sa znacima nečistoća i infekcije.

Nagnječno razderana rana (lat. v. *lacercontusum*) – je rana s karakteristikama nagnječenja i razderotine i izazvana je tupim ili oštrim predmetom ili pri padu s visine. Ovaj tip rane može nastati i pri otvorenim prijelomima kostiju.

Prostrijelna rana (lat. v. *sclopetarium*) – je rana izazvana vatrenim oružjem. Ove rane su različitog oblika, od tačkastog do zvjezdastog. Njihov izgled zavisi od vrste projektila ili eksplozivnih dijelova koji dolaze iz neposredne blizine. Ukoliko je projektil ostao u organizmu, te postoji samo ulazna rana, riječ je o ustrijelnoj rani. Ako je projektil izašao iz organizma, te postoji i ulazna i izlazna rana, riječ je o prostrijelnoj rani (lat. v. *transclopetarium*).

Eksplzivna rana (lat. v. *explosivum*) – je rana koja nastaje kao posljedica djelovanja granate, mine, bombe i sl.

Posjekotina (lat. v. *incisum*) – je rana izazvana oštrim oruđem. Ona je pravilnih rubova i obično bez primjesa nečistoća i rijetko sa znacima infekcije.

Ujedina (lat. v. *morsum*) – je rana izazvana dubokim prodiranjem zuba životinje ili čovjeka i obično je inficirana.

Ubodina (lat. v. *punctum*) – je rana najčešće tačkastog oblika izazvana ubodom insekta ili mehaničkih šiljatih predmeta koji prodiru duboko u tkivo.

Oguljotina (lat. *excoriatio*) – je rana gdje je oštećen samo površinski dio kože.

Vrste rana prema stanju kože:

Nepenetrantna (zatvorena) rana (lat. v. *nonpenetrans*) – je rana koju karakterizira očuvanje integriteta kože, ali sa znacima oštećenja dubljih tkiva.

Otvorena rana (lat. v. *penetrans*) – je rana koju karakterizira prekid integriteta kože.

Probojna rana (lat. v. *perforans*) – je rana koja prodire u neki organ ili tjelesnu šupljinu.

Potkožna rana (lat. v. *subcutaneum*) – je rana koja zahvata samo kožu i potkožno tkivo.

Vrste rana prema stepenu infekcije:

Nezagađena rana (lat. v. *asepticum*) – je rana koja nije inficirana mikroorganizmima i drugim nečistoćama.

Zagađena rana (lat. v. *inflamata*) – je rana koja je inficirana mikroorganizmima i drugim nečistoćama.

Hirurške rane su rane nastale hirurškim putem, a dijele se u dvije grupe:

a) Hirurška rana zatvorena jednostavnim šavom (zacjeljivanje primarnom sanacijom). Rubovi rane zatvoreni su hirurškim šavom, spaljicom ili ljepilom za kožu. Nema značajnog gubitka kože ili tkiva i brzo zacjeljuje (epidermis se rekonstituiru za 7 dana/ožiljak konsolidiran nakon mjesec dana/trajni ožiljak za 12 ili 18 mjeseci).

b) Hirurška rana s usmjerenim zacjeljivanjem (zacjeljivanje sekundarnom sanacijom). Karakterističan je značajni gubitak kože ili tkiva, s rubovima koji se ne mogu spojiti. Rana se namjerno ostavlja otvorenom i zahtijeva odgovarajuću njegu s ciljem konačnog zacjeljivanja. U slučaju duboke rane, može se koristiti dren za olakšavanje evakuacije tekućine. Liječenje ove vrste rane sastoji se od minimiziranja rizika od infekcije i postizanja estetski prihvatljivog ožiljka.

Vrste rana u odnosu na vrijeme koje je prošlo od traume:

Akutne rane – zarastanje unutar 4 sedmice,

Hronične rane – zarastanje duže od 6 sedmica (dijabetični, arterijski i venski ulkusi, dekubitusi itd.).

Vrste rana u odnosu na dubinu rane:

- a) Prvi stepen dubine rane,
- b) Drugi stepen dubine rane,
- c) Treći stepen dubine rane,
- d) Četvrti stepen dubine rane.

4.9.3. Procjena rana

Trokut za procjenu rane uzima u obzir dno rane (vrsta tkiva, eksudat, infekcija...), rubove rane (maceracija, dehidracija...) i okolnu kožu (maceracija, suhoća kože, kalus...), a razvijen je od strane vodećih stručnjaka u području zbrinjavanja rane, te čini jednostavan intuitivan algoritam za procjenu rane. Primjenom trokuta za procjenu rane omogućava se sistematski pristup tretmanu rane, od same procjene, preko postavljanja ciljeva liječenja, do primjene optimalnog tretmana. Olakšava kliničko donošenje odluke i dokumentiranje, te osigurava najbolji ishod liječenja i finansijsku isplativost.

Primjenom trokuta za procjenu rane postiže se kontinuirano praćenje procesa zarastanja rane, te provođenje ispravnog plana liječenja. Prvi korak je uzimanje anamneze i procjena rane, kako bi se utvrdio uzrok nastanka i provelo najprikladnije liječenje. Sljedeći korak predstavlja ponovnu procjenu i eventualno adaptaciju plana liječenja.

Zarastanje rana određeno je općim zdravstvenim statusom pacijenta. Kod procjene pacijenta, neophodno je uzeti u obzir kompletnu historiju bolesti te podatke o eventualnim komorbiditetima (dijabetes, kardiovaskularne bolesti, oslabljeni imunološki sistem, poremećaji vezivnog tkiva i alergije, lijekovi, prehrambeni status, način života, npr. pušenje ili konzumiranje alkohola ili otežano kretanje, psihološke tegobe i sl.).

4.9.4. Plan previjanja rane

Jedinstvena procedura obrade rane indicirana je od strane ljekara, a provodi je medicinska sestra/tehničar. Pravilna obrada i previjanje su imperativ u adekvatnom liječenju rana.

Indikaciju za obradu i previjanje rane određuje ljekar, navodeći na nalogu sljedeće:

- način tretiranja rane, učestalost, vrstu previjanja (suho ili vlažno);
- vrstu aseptičkog sredstva;
- vrstu odgovarajućeg pokrivala (antiseptici, hidrokoloidi, alginati, poliuretanska pjena itd.).

Medicinska sestra/tehničar priprema prostor, neophodni materijal i pacijenta.

Postupak obrade rane uključuje sljedeće:

- oprati i posušiti ruke, navući rukavice i staviti masku;
- skloniti s rane zavojni materijal i pokrivalo (ako je rana već tretirana), te ga odložiti u posudu za infektivni otpad;
- u špricu navući 0.9% rastvor NaCl;
- bubrežnjak postaviti tako da se tečnost i eksudat iz rane slijevaju u njega;
- za ispiranje rane, u sterilnu špricu navući fiziološku otopinu, te s udaljenosti od 2-5 cm isprati ranu, pazeći da mlaz ne bude suviše jak, da ne bi oštetio tkivo u rani;
- sterilnim instrumentom iz doboša uzeti tupfer gaze, preuzeti ga sterilnim peanom i natopiti fiziološkom otopinom (pazeći da se vrhom boce ne dotakne tupfer), te kružnim pokretima ranu čistiti od sredine prema rubovima;
- postupak ponoviti više puta, koristeći svaki put novi sterilni tupfer;
- kožu oko rane očistiti 0.9%NaCl, zatim posušiti sterilnom gazom;
- na ranu staviti ordinirani pokrov kojeg treba zaštititi višeslojnom sterilnom gazom;
- gazu fiksirati zavojem, a potom leukoplastom;
- isti postupak se provodi i kod obrade inficirane rane, uz dodatni postupak tretiranja rane antiseptikom koji ordinira ljekar;
- nakon obrade rane, primijeniti antiseptik prema preporuci ljekara, koji treba ostaviti na rani određeno vrijeme;
- nakon toga ranu isprati sterilnom fiziološkom otopinom, očistiti okolinu rane i postaviti adekvatno pokrivalo;
- upotrijebljene zavojne gaze i ostali sanitetski materijal nakon previjanja odložiti u posudu za infektivni otpad;
- nakon previjanja svući rukavice te oprati ruke i skinuti masku;
- na osnovu preporuke ljekara, s pacijentom dogovoriti sljedeći termin previjanja;
- prilikom narednih tretiranja rane nije neophodno prisustvo ljekara, izuzev u situacijama kada

postoje znaci infekcije područja rane i okolne kože (crvenilo, pojačana sekrecija, pulsacije u rani, bol, otok, prisustvo gnoja, zadah i dr.), osip oko rane i sl., te je u tom slučaju medicinska sestra/tehničar dužna o tome obavijestiti ljekara.

Prilikom previjanja rane, potrebno je voditi računa o sljedećim mjerama opreza:

- previjanja moraju biti nježna, polagana, s maksimalnom redukcijom boli;
- pratiti opće stanje pacijenta i eventualne promjene prijaviti ljekaru;
- gazom kojom se čisti rana, ne čistiti okolnu kožu;
- ukoliko je koža oko rane promijenjena, primijeniti odgovarajuće sredstvo koje ordinira ljekar.

4.9.5. Upoznavanje pacijenta i članova porodice o faktorima koji utječu na zarastanje rana

Zadatak medicinske sestre/tehničara je i da kontinuirano educira pacijente i njihove porodice o ranama, uključujući sljedeće:

- podizanje opće svijesti o hroničnim ranama;
- unapređenje znanja o mehanizmima nastanka hroničnih i atipičnih rana, mogućnostima prevencije i ranom prepoznavanju nastanka ili pogoršanja hroničnih rana;
- edukacija o prevenciji hroničnih rana kod nepokretnih pacijenata;
- poboljšanje opće kvalitete života pacijenta.

Edukacijom se ljudski um trenira o sposobnosti pravilnog razmišljanja, odlučivanja i ponašanja. Dokazano je da edukacija o zdravstvenim rizicima ima direktni efekat na smanjenje morbiditeta, mortaliteta i značajno doprinosi poboljšanju zdravlja i dužini života educiranog pojedinca.

4.9.6. Obučavanje pacijenta/porodice o pravilnom previjanju rana u kućnim uvjetima

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira opunomoćenje kao proces u kojem pacijenti imaju veći nadzor nad odlukama i intervencijama koje utječu na njihovo zdravlje. Pacijenti moraju razumjeti svoju ulogu u liječenju koje provode zdravstveni radnici. Zdravstvena njega bolesnika s hroničnom ranom zasniva se na cjelovitom i individualiziranom pristupu svakom bolesniku i njegovoj porodici, poštujući ih kao subjekte u procesu zdravstvene njege.

Na sposobnost pravilnog previjanja rane od strane pacijenta ili porodice utječe njihovo znanje i vještine, kojima bi ih trebale poučiti medicinske sestre/tehničari, s obzirom da najveći dio informacija dobiju od njih. U procesu liječenja rana, neophodno je zadobiti povjerenje i ostvariti saradnju pacijenta i porodice jer je njihovo učešće u liječenju od neprocjenjivog značaja.

Prije svega, važno je educirati pacijente i članove porodice o faktorima koji utječu na zarastanje rane te o važnosti aseptičnih uvjeta. Inficirani materijali se moraju odlagati u posebne kese u skladu s procedurama zbrinjavanja infektivnog otpada.

4.9.7. Pravilno odlaganje korištenog materijala

Medicinska sestra/tehničar u zajednici provodi postupke zbrinjavanja infektivnog materijala prema nalogu ljekara porodične medicine. Odlaze infektivni otpad u kontejner/vrećice/posude za infektivni otpad. Ispunjava prateći list o vrsti otpada i podsjeća porodicu da obavijesti ovlaštenog subjekta o potrebi preuzimanja infektivnog otpada.

Uzimanje i transport materijala:

- provesti mjere lične zaštite;
- sve uzorke krvi, sekreta i drugih tjelesnih tekućina treba obilježiti;
- za uzimanje uzoraka treba upotrijebiti zatvorene sisteme;
- ako dođe do izlivanja krvi po zidu epruvete, potrebno je odmah dekontaminirati;
- materijal u laboratorije slati u zatvorenim neprobojnim vrećicama za infektivni sadržaj;

- uputnice ne smiju biti zajedno s uzorkom;
- materijal slati po ovlaštenoj ili educiranoj osobi.

Standardne mjere zaštite:

- higijena ruku osnovna je mjera u prevenciji i kontroli infekcija, čiste ruke omogućuju sigurno provođenje zdravstvene njege;
- upotreba zaštitne odjeće (maske za lice, pregače, kape, rukavice, ogrtači, zaštitne naočale);
- higijena okoline (mehaničko čišćenje i dezinfekcija);
- temeljito čišćenje i dezinfekcija svih površina (krevet, ormarić, kvake, pod) 3-4 puta dnevno;
- posteljinu i lično rublje bolesnika treba odvajati u posebne vrećice i odložiti u infektivni otpad (može se upotrebljavati i jednokratna posteljina).

Ključne poruke:

Rana (lat. vulnus) je fizička povreda živog tkiva, koja zahvata kožu ili sluznicu i može prodrijeti u dublje slojeve tkiva u različitom stepenu.

Proces zarastanja rane može se podijeliti u četiri faze: faza hemostaze, inflamatorna faza, faza granulacije i proliferacije, te faza remodeliranja.

Trokut za procjenu rane uzima u obzir dno rane (vrsta tkiva, eksudat, infekcija...), rubove rane (maceracija, dehidracija...) i okolnu kožu (maceracija, suhoća kože, kalus...), a razvijen je od strane vodećih stručnjaka u oblasti zbrinjavanja rane, te čini jednostavan intuitivan algoritam za procjenu rane. Primjenom trokuta za procjenu rane omogućava se sistematski pristup tretmanu rane, od same procjene, preko postavljanja ciljeva liječenja, do primjene optimalnog tretmana. Olakšava kliničko donošenje odluke i dokumentiranje, te osigurava najbolji ishod liječenja i finansijsku isplativost.

Zdravstvena njega bolesnika s hroničnom ranom zasniva se na cjelovitom i individualiziranom pristupu svakom bolesniku i njegovoj porodici, poštujući ih kao subjekte u procesu zdravstvene njege.

Reference:

1. Milović LJ. Zdravstvena nega, Visoka medicinska škola; Čuprija.
2. Learning Material on Nursing. Copenhagen:WHO- Regional Office for Europe 1996.
3. Gmajić R. Kronična rana u primarnoj zaštiti. Medix 2003; No.51.
4. Hančević J., Kraljević M. i Mužević D. Kronične rane Medix 2003;51(11): 40-44.
5. Kovač Z. Zdravstvena njega bolesnika s kroničnom ranom u kući. Sestrinski glasnik 2009, 19:27-31.
6. Standardne operative procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti II dio (polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici), Fondacija fami 2019.

Pitanja za završni ispit:

1. Koje su faze zarastanja rane?
2. Šta čini trokut za procjenu rane?
3. Kako se dijele rane u odnosu na vrijeme od nastanka traume?

4.10. Inkontinencije

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Inkontinencije	– Predavanje - 45 minuta – Vježba (demonstracija kateterizacije, ispiranja i odstranjivanja katetera na lutki – modelu) - 30 minuta – Vježba (promjena kolostoma kese, njega stome i okolne kože) - 30 minuta – Diskusija - 15 minuta

4.10. Inkontinencije

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- identificirati uzroke urinarne i fekalne inkontinencije, incidencu, kao i načine dijagnostike;
- napraviti procjenu problema, prepoznati simptome, izvršiti fizički pregled;
- pratiti diurezu, uzimati uzorke urina za dijagnostiku u kućnim uvjetima, vršiti pregled urina, plasirati, isprati i odstraniti urinarni kateter, pratiti diurezu;
- dati savjete kod čestih i dugotrajnih zatvora, izvršiti klistiranje, promijeniti kesu za kolostomu, obaviti toaletu stome i okolne kože, pratiti konzistenciju, boju i količinu fecesa;
- planirati sestrinske intervencije u cilju rješavanja aktuelnih i potencijalnih problema pri eliminaciji urina i stolice.

Sadržaj:

Pacijenti s poremećenom eliminacijom urina i stolice trebaju biti educirani o tim stanjima, kao i njihovi negovatelji/članovi porodice. Ukoliko se prave greške u (samo)njezi, zdravstveno stanje se brzo usložnjava pa pacijent može biti ugrožen. Patronažna sestra/tehničar ove pacijente redovno obilazi u kućnim posjetama. Sestrinske intervencije usmjerene su na prevenciju infekcija kod plasiranog katetera, trening mokraćne bešike i crijeva (Kegelove vježbe), podršku za samostalan život u kući, odlaganje potencijalno infektivnih materijala u kućnim uvjetima i sl. S druge strane, edukacija pacijenta i negovatelja/članova porodice odnosi se na pražnjenje urin kese, bilježenje količine urina, prepoznavanje simptoma urinarne infekcije, njegu kolostome, promjenu kolostoma kese, moguće komplikacije itd.

4.10.1. Urinarna i fekalna inkontinencija (uzroci, incidencija, dijagnostika)

Urinarna inkontinencija podrazumijeva nekontrolirano mokrenje u dobi kada bi ona trebala biti pod voljnom kontrolom. Prema definiciji međunarodnog udruženja za kontinenciju (International Continence Society – ICS) inkontinencija mokraće definira se kao nevoljno otjecanje mokraće te predstavlja zdravstveni, higijenski i socijalni problem. Obuhvata smetnje od povremenog oskudnog „bježanja” mokraće do kompletne nemogućnosti zadržavanja mokraće. Javlja se u oba spola i u svim dobnim grupama.

Prema velikoj epidemiološkoj studiji provedenoj u Norveškoj na skoro 30.000 žena različite životne dobi, 25% ispitivanih žena imalo je urinarnu inkontinenciju s povećanjem učestalosti s porastom životne dobi. Prevalenca inkontinencije raste sa životnom dobi, a izrazito je visoka od 43–77% kod osoba smještenih u ustanovama za starije i nemoćne osobe. Procjenjuje se da svaki četvrti muškarac stariji od 70 godina ima određeni tip inkontinencije urina. Inkontinencija nije bolest, već simptom postojeće bolesti i posljedica stresa, lijekova i psihičkih smetnji. Zbog visoke prevalencije i hronične prirode, urinarna inkontinencija se smatra javnozdravstvenim problemom.

Oslabljeno kretanje i biološko propadanje tkiva zajednički uzrokuju inkontinenciju kod starijih osoba oba spola. Kod starijih muškaraca, češće se javlja kao posljedica promjena u funkciji čelija, kontroli centralnog nervnog sistema, hormonalnog disbalansa i imunološkog odgovora organizma. Rizični faktori su benigne i maligne bolesti prostate te njihovo liječenje. Kod žena je učestalost dva puta veća nego kod muškaraca i najčešće je u vezi s uroginekološkim patološkim stanjima. Trudnoća i porod su značajni faktori rizika za pojavu inkontinencije mokraće i oštećenja dna male zdjelice.

Urinarna inkontinencija može biti prolazna (akutna) i hronična. Akutna urinarna inkontinencija ima iznenađan početak i traje kratko. Faktori koji uzrokuju akutnu inkontinenciju su infekcije mokraćnog sistema, delirij, zatvor i zastoj stolice, te povećana proizvodnja urina uzrokovana metaboličkim stanjima. Hronična urinarna inkontinencija može imati iznenađni ili postupni početak, a najčešći uzroci su: slabost zdjelice muskulature, prolaps zdjelice kod žena, oštećenja nervnog sistema, karcinom mokraćnog mjehura i dr. Dijeli se na sljedeće vrste: urgentna, stresna, preljevna, funkcionalna, miješana, neurogena i refleksna inkontinencija. U starijoj dobi najčešće se javljaju stresna i funkcionalna inkontinencija.

Stres inkontinencija je vjerovatno najčešći tip urinarne inkontinencije, a nastaje kao posljedica slabljenja funkcije mišića dna zdjelice, odnosno sfinktera uretre. Uslijed toga kod kratkotrajnog povišenja intraabdominalnog pritiska pri tjelesnim naporima kao što su kihanje, kašljanje, smijanje ili dizanje tereta, dolazi do otjecanja malih količina urina.

Urgentna inkontinencija je nevoljno i iznenađno otjecanje urina praćeno jakim nagonom za mokrenjem koji može provocirati šum vode, pranje ruku i slično. Karakteristično je često mokrenje malih količina urina i s jakim mlazom.

Miješana inkontinencija označava istovremeno postojanje i urgentne i statičke inkontinencije, pri čemu jedna komponenta obično dominira. Najčešće se javlja kod žena. Vrlo je bitno odrediti dominantnu komponentu, jer se nakon operacije pogorša urgentna komponenta, ako je bila dominantna.

Preljevajuća inkontinencija nastaje zbog prerastegnutosti mokraćnog mjehura i nemogućnosti njegovog pražnjenja. Urin istječe gotovo neprekidno, u malim količinama i uz slabi mlaz.

Refleksna inkontinencija nastaje zbog poremećenog rada centralnog nervnog sistema (povreda kičme, Parkinsonova i Alzheimerova bolest). Ovu inkontinenciju karakterizira punjenje mjehura do 150 ml, nakon čega se mjehur kontrahira pri čemu dolazi do refleksnog izbacivanja urina.

Funkcionalnu inkontinenciju karakterizira zdrav donji urinarni trakt, ali i nemogućnost dolaska do toaleta zbog ekoloških barijera, fizičkih ograničenja ili ozbiljnih kognitivnih poremećaja. Nastaje uslijed određenih neuroloških oboljenja, pri čemu dolazi do pojačanog refleksnog odgovora muskulature mokraćnog mjehura i/ili smanjenja tonusa sfinktera uretre.

Neurogena inkontinencija se manifestira centralno ili periferno, ovisno o mjestu povrede. Zbog povišenog pritiska u mokraćnom mjehuru može se razviti vezikouretralni refluks (urin se vraća prema bubregu) i hronično zatajenje bubrega.

Rano prepoznavanje simptoma urinarne inkontinencije ključno je za pravovremeni početak

liječenja, u čemu ključnu ulogu ima doktor porodične medicine ili ginekolog (85% starijih osoba s inkontinencijom otkrije se u porodičnoj praksi). Dijagnoza urinarne inkontinencije postavlja se na osnovu anamneze, fizikalnog pregleda, biohemijske analize urina i urinokulture, procjene rezidualnog urina i ono što je najbitnije – na osnovu dnevnika mokrenja.

Fekalna inkontinencija predstavlja vrlo ozbiljno stanje koje pacijenta dovodi u poziciju teške fizičke invalidnosti, te izaziva brojne psihičke traume, gubitak samopouzdanja i sl. Procjenjuje se da je fekalna inkontinencija drugi vodeći razlog smještanja pacijenata u domove za starije osobe. Fekalna inkontinencija podrazumijeva povremenu ili trajnu nemogućnost zadržavanja stolice (>10 mL) u trajanju od najmanje mjesec dana kod osoba starijih od tri godine.

Zadržavanje stolice ovisi o brojnim faktorima kao što su mentalno zdravlje, konzistencija i volumen stolice, motilitet crijeva, rastezljivost rektuma, funkcija analnog sfinktera, inervacija tkiva i organa oko završnog dijela rektuma uključujući i anorektalne reflekse.

Uzroci fekalne inkontinencije uključuju: disfunkciju analnih sfinktera (smanjeni tonus sfinktera zbog traume u području anusa bilo akcidentalno pri porođaju ili kasnije, zbog operativnih zahvata kao što su operacija analnih fistula, hemoroida, zbog infiltrativnih procesa – primarni i sekundarni maligni tumori – vaginalnog poroda i dr.), zatim smanjenu propustljivost rektuma (završni dio rektuma uobičajeno zadržava oko 300 ml stolice bez nagona za defekacijom, dok se u stanjima smanjene propustljivosti rektuma pokreće refleks defekacije i na minimalne količine stolice u ampuli rektuma, a najčešće uslijed upalnih bolesti crijeva te postiradijacijskog kolitisa), poremećenu osjetljivost rektuma (kod bolesti kao što su diabetes mellitus, multipla skleroza, demencija, povrede produžene moždine), te impakciju stolice u ampuli rektuma (vrlo čest razlog inkontinencije kod starijih osoba gdje „zaglavljeni” komad tvrde stolice u ampuli rektuma trajno relaksira unutrašnji analni sfinkter i time dovodi do trajnog propuštanja tekuće stolice).

Procjena pacijenata s fekalnom inkontinencijom počinje iscrpnim razgovorom te dobrim kliničkim internističkim i neurološkim pregledom. Digitorektalni pregled je vrlo važna i lako izvodljiva pretraga koja nam daje dobar uvid u stanje sfinktera i eventualnu infiltraciju stijenke rektuma, a izvodljiva je u ordinaciji ljekara opće medicine. Od ostalih dijagnostičkih procedura najvažnije su rektosigmoidoskopija, anorektalna manometrija, transrektalni ultrazvuk, te elektromiografija sfinktera.

Konzervativna, nehirurška terapija uključuje: terapiju dijetom (preparatima koji vežu vodu i utječu na formiranje stolice), primjenu lijekova koji smanjuju motilitet stolice i podižu tonus analnog sfinktera, kod pacijenata s impaktiranom stolicom jednostavnim zahvatom se i digitorektalno može evakuirati zaostali komadi stolice te efektno riješiti inkontinenciju, električna stimulacija korijena sakralnih živaca može dovesti do oporavka kod pacijenata s intaktnim sfinkterom, analna električna stimulacija (dnevna stimulacija korištenjem analne elektrode, može se koristiti samostalno kod kuće nakon edukacije).

4.10.2. Procjena problema: trajanje, simptomi, pregled od strane doktora, testiranje urina, prikupljanje uzoraka

Procjena i liječenje inkontinencije ovisi o vrsti inkontinencije, dobi osobe, medicinskoj historiji i željama za terapijom. Procjena inkontinencije treba uključivati anamnezu, fizikalni pregled i mentalne, funkcionalne i ekološke procjene. Dnevnik mokrenja mogu biti vrlo korisni u utvrđivanju vremena i uzorka inkontinencije. Ključna pitanja koja treba postaviti uključuju sljedeće: Da li neočekivano gubite urin? Na primjer, gubite li (bježi li) urin kada se smijete, kašljete ili kihate, podižete nešto teško, hodate, spavate? Gubite li urin na putu do kupatila ili toaleta? Da li mokrite noću u krevet? Idete li često u toalet jer se bojite da ćete se umokriti? Koristite li higijenske uloške ili druge proizvode za skupljanje urina? Imate li potrebu za mokrenjem nakon pražnjenja mjehura? Mokrite li u malim količinama? Imate li poteškoće s otpočinjanjem mokrenja? Koliko često mokrite? Koliko se puta u noći probudite da biste otišli da mokrite?

Simptomi mokraćnog sistema daju naznake mogućih uzroka problema, a kada se kombiniraju s anamnestičkim podacima i fizikalnim pregledom, često se može postaviti privremena dijagnoza.

Kod zadržavanja mokraće, pacijent se može žaliti na bol u donjem dijelu trbuha s intenzivnom željom za mokrenjem i osjećaj nepotpunog pražnjenja mjehura. Međutim, osobe s neurološkim poremećajima (tj. povredom leđne moždine) ne moraju osjećati nikakvu bol. Simptomi se mogu klasificirati kao opstruktivni ili iritativni. Opstruktivni simptomi uključuju otežano otpočinjanje, intermitentnost, narušenu putanju i osjećaj nepotpunog pražnjenja urina. Iritativni simptomi uključuju nikturiju, učestalost, hitnost i dizuriju i često se mogu kontrolirati bihevioralnim i farmaceutskim intervencijama. Potrebno je uraditi analizu urina kako bi se isključila infekcija te kod žena izvršiti fizikalni pregled vanjskih genitalija, vagine i zdjeličnih organa. Žene s iritativnim simptomima mogu imati eritem uretre ili vulve. Prolaps zdjeličnih organa, posebno cistokele, može biti povezan s inkontinencijom. Anamneza uključuje i broj poroda, ponavljane infekcije mokraćnog sistema, hirurške zahvate korekcije mjehura i zračenje zdjelice. Procjenu mentalnog statusa treba provesti ako pacijent ima gubitak pamćenja. Određene prepreke u okolišu, kao što je mjesto gdje se nalazi toalet, mogu doprinijeti inkontinenciji. To posebno vrijedi za starije osobe. U tim slučajevima, inkontinencija se može poboljšati upotrebom katetera ili drugih pomoćnih uređaja ili spremnika za urin.

Urodinamička procjena uključuje skup testova koji mjere funkciju mjehura. Višekanalne urodinamičke studije uključuju mjerenje protoka urina (uroflow), cistometrogram, profile uretralnog pritiska i elektromiogram. Mjerenjem protoka urina saznajemo brzinu protoka mokraće te moguću opstrukciju izlaza ili manjkavu kontraktilnost detruzora. Opstrukcija se može identificirati ako je teško staviti kateter.

Cistometrogram je test koji upoređuje volumen i intravezikalni pritisak i koristan je za određivanje kapaciteta mjehura, usklađenosti stijenke mjehura, stabilnosti mišića detruzora i osjeta punjenja. Profil pritiska uretre daje grafički prikaz pritiska zatvaranja sfinktera, funkcionalne dužine i kontinuiranog odgovora na specifičan provokativni manevar kao što je kašalj. Elektromiogram je test koji mjeri aktivnost zdjelične muskulature. Mnogi ljekari kombiniraju gore navedene testove s dodatnim testom pritiska pražnjenja, koji daju detaljnu procjenu mokrenja.

4.10.3. Pravilno uzimanje uzorka urina i stolice za pregled

Prije uzimanja uzorka urina, potrebno je pripremiti materijal, prostor i pacijenta. Priprema materijala uključuje sterilne bočice s poklopcem ili epruvete za urin, vinjete za bočicu, rukavice za jednokratnu upotrebu, sterilne šprice i igle, pean za klemovanje, sredstvo za dezinfekciju, tupfere vate, bubrežnjak, posudu za transport urina, posudu za infektivni otpad i kontejner za oštri otpad. Priprema prostora podrazumijeva osiguranje privatnosti pacijenta. Priprema pacijenta podrazumijeva njegovu identifikaciju i objašnjenje postupka.

Procedura uzimanje uzorka urina kod pacijenta bez katetera:

- da bi uzorak bio kvalitetan, potrebno je ne mokriti 8 sati, a najmanje 4 sata prije uzimanja urina za pretragu;
- prije uzimanja uzorka za analizu, dobro oprati spolovilo tekućom vodom i dezinficijensom za sluznice;
- savjetovati pacijenta da prvi mlaz pusti u školjku ili noćnu posudu, a srednji mlaz urina u sterilnu posudu;
- u sterilnu posudu se uzima srednji mlaz prvog jutarnjeg urina;
- uzorak dostaviti u laboratoriju unutar 2 sata, uz prethodni dogovor;
- ako nije moguće dostaviti uzorak u preporučenom periodu, potrebno je uzorak pohraniti u frižider na 4 stepena, ali dostaviti u laboratoriju najkasnije unutar 24 sata;
- uzorak mora biti dovoljan za pretragu, najmanje 2 mililitra, a poželjno je 50 mililitara;
- naročito je važno čuvati uzorak od kontaminacije;
- transport mora biti siguran u vrećicama za infektivni sadržaj kako ne bi došlo do širenja i prijenosa infekcije.

Patronažna sestra/tehničar u kućnim uvjetima uzima uzorak urina i kod pacijenata s kateterom, i to

nakon zamjene urinarnog katetera i vrećice na sljedeći način:

- presaviti cijev vrećice za urin u obliku slova „U“ i klemovati;
- ostaviti klemovano 10-15 minuta;
- skinuti rukavice kojima se mijenjao kateter i navući nove;
- dezinficirati mjesto iz kojeg uzimamo urin na predviđenom mjestu na kateteru;
- uzeti sterilnu špricu i staviti iglu;
- uvesti iglu pod uglom od 45 stepeni;
- aspirirati 10 ml urina u špricu;
- otvoriti bočicu za urin i poklopac okrenuti unutrašnjom stranom prema gore, ne dodirujući prstima unutrašnju stranu poklopca;
- ubrizgati urin u bočicu ili epruvetu;
- odložiti špricu u infektivni otpad, a iglu u kontejner za oštri otpad;
- zatvoriti bočicu ili epruvetu za urin;
- skinuti pean s cijevi vrećice za urin,
- napisati podatke o pacijentu na vinjetu i zalijepiti je na bočicu ili epruvetu;
- staviti bočicu ili epruvetu s uzorkom urina u uspravnom položaju u posudu za transport;
- skinuti rukavice i odložiti ih u komunalni otpad;
- dostaviti uzorak urina u laboratoriju u roku od 2-3 sata.

Uzorak urina se ne smije uzeti iz vrećice za urin. Postupak se izvodi poštujući principe asepse i antiseptike. Evidencija postupka se bilježi u nalog za posjetu i karton polivalentne patronažne zdravstvene njege.

Uzimanje uzorka stolice:

- uzorak stolice uzeti na početku bolesti, prije početka eventualnog antibiotskog liječenja;
- uzorak stolice ne smije biti kontaminiran mokraćom, dezinficijensima ili deterdžentima;
- potrebna su 2 do 3 ml uzorka tekuće stolice ili 1 do 2 g uzorka čvrste stolice (veličine lješnjaka);
- u sterilnoj posudici s kašikom uzorak dostaviti u laboratoriju najkasnije 2 sata od uzimanja;
- uzorak katkad nije moguće dostaviti u tom vremenu, ali bolesnika treba podučiti da uzorak sačuva do sljedećeg dana, dobro zaštićenog u hladnom i tamnom prostoru;
- uzorak za mikrobiološku pretragu treba dostaviti u laboratoriju najkasnije za 24 sata, a za pretragu na krvarenje za 72 sata.

4.10.4. Sestrinske intervencije (vježbanje mjehura/crijeva, vježbanje toaleta, zaštita katetera, psihološka podrška, pribor kod kuće, odlaganje i adekvatno zbrinjavanje otpada)

Intervencije medicinska sestre/tehničara kod urinarne inkontinencije uključuju: procjenu stanja pacijenta uključujući sestrinsku anamnezu i fizikalni pregled, edukaciju pacijenta o važnosti i pravilnom provođenju Kegellovih vježbi, poticanje pacijenta da samostalno provodi određene intervencije i pohvala napretka, održavanje redovne eliminacije stolice, primjenjivanje treninga mokraćnog mjehura, edukacija o smanjenju aktivnosti u kojima se očekuje skakanje, trčanje, dizanje tereta i sl., edukacija o važnosti redovnog uzimanja dovoljne količine tekućine (oko 30 ml/kg TT), edukacija o vođenju evidencije o balansu tekućine (unos tekućine, mokrenje), savjetovanje o nošenju higijenskih uložaka, redovnom mijenjanju donjeg rublja i održavanju lične higijene, savjetovanje o važnosti vođenja dnevnika mokrenja, poticanje na fizičku aktivnost, edukacija muških pacijenata o korištenju kondoma katetera, savjetovanje o korištenju noćne posude, procjena okoline pacijenta (klizavi podovi, nedostupnost zvana, udaljenost do toaleta) praćenje stanja kože perinealne regije, procjena pokretljivosti pacijenta itd.

Kegelove vježbe

Kegelove vježbe su vježbe za jačanje muskulature dna zdjelice. Doprinosu jačanju dna zdjelice u liječenju inkontinencije i oporavljaju tonus mišića nakon porođaja. Nazvane su prema dr. Arnoldu Kegelu, ginekologu koji ih je i osmislio. Kada se osnaže, mišići zdjelice bolje podržavaju uretru. Ke-

gelove vježbe uključuju stiskanje pubokoksigealnog mišića (isti mišić koji zaustavlja mlaz mokraće) i njegovo zadržavanje dok se sporo broji do 3. Nakon toga, žena se treba opustiti dok izbroji do 5, a zatim ponoviti stezanje. Postepeno treba povećavati zadržavanje stisnutog mišića dok se ne izbroji do 10. Trebalo bi napraviti pet vježbi dnevno. Rezultati će biti vidljivi za šest do osam sedmica. Vježbe treba redovno izvoditi da bi se dobio koristan efekat. Za lakše razlikovanje tog mišića od ostalih, treba pokušati zaustaviti mlaz mokraće dva do tri puta prilikom mokrenja. Međutim, kada se jednom spozna koji su to mišići, nije poželjno često zadržavati mokraću, jer to može voditi urinarnim infekcijama. Kako taj mišić postaje jači, lakše ga je razlikovati od drugih mišića u blizini koji se također grče. Kegelove vježbe nisu efikasne ukoliko se stišću mišići trbuha, bedara ili stražnjice istovremeno kada se stišće područje rodnice. Zapravo, to samo povećava pritisak unutar trbuha i pogoršava problem. Mišići zdjelice dna zatvaraju u obliku broja osam tri otvora: uretru, rodnicu i anus, a funkcija im je zadržati i poduprijeti organe na mjestu prilikom povećanog pritiska u trbušnoj šupljini kod kihanja, kašljanja, smijanja, dizanja i nošenja tereta i tiskanja, a kako bi spriječili nekontrolirani gubitak mokraće. Trudnoća, porod, operativni zahvati u području male zdjelice, neurološko oboljenje, debljina, starenje te slab kapacitet mišića mogu dovesti do disfunkcije mišića zdjelice dna. Ukoliko su ovi mišići oslabljeni ili mlitavi, dolazi do nekontroliranog gubitka mokraće jer sami mišići nemaju dobru funkciju zatvaranja.

4.10.5. Vrste urinarnih katetera, plasiranje, ispiranje, toaleta i odstranjivanje urinarnih katetera

Uvođenje urinarnog katetera kroz uretru do mokraćne bešike je invazivna metoda koja se primjenjuje u dijagnostičke i terapijske svrhe. Urinarni kateter se može uvesti jednokratno, povremeno i/ili trajno, zavisno od indikacije koju određuje ljekar. Preporučuje se da postupak uvođenja katetera kod pacijenata muškog spola izvodi ljekar, a kod žena taj postupak može provoditi iskusna i educirana medicinska sestra/tehničar. Zahvat zahtijeva prisustvo dvije osobe, sterilan pristup i dobro osvijetljenje. Postupak ispiranja katetera provodi jedna osoba.

Zavisno od svrhe kateterizacije, važno je odabrati odgovarajuću vrstu i veličinu katetera. Urinarni kateteri se razlikuju prema dužini, promjeru, vrsti materijala od kojeg su izrađeni, broju kanala i obliku vrha.

S obzirom na dužinu kateterizacije, kateteri mogu biti jednokratni i trajni. Trajni kateteri imaju retencijski mehanizam (balon), kako ne bi ispali iz mokraćnog mjehura (Foleyev kateter). Jednokratni kateteri nazivaju se i intermitentnim kateterima, a koriste se po potrebi i uklanjaju se nakon svakog pražnjenja mokraćnog mjehura. Oni se najčešće koriste kod pacijenata koji pate od neurogenog mjehura ili retencije urina.

Najčešće korišteni materijali za izradu katetera su PVC, silikon, lateks i poliuretan. Materijal cijevi katetera ima specifična svojstva, što utječe na način njihovog korištenja, ugodnost i praktičnost. Uz to, pri odabiru katetera, također, uzima se u obzir planirana dužina korištenja jer pojedini materijali imaju potencijalno štetno djelovanje na organizam. Kateteri od lateksa su elastični i fleksibilni, no koriste se većinom kod kratkotrajnih kateterizacija jer kod mnogih ljudi uzrokuju alergije. U slučaju da je pacijent preosjetljiv na lateks, koriste se silikonski kateteri.

Priprema pribora i materijala uključuje: sterilni kateter (lateks ili silikonski) – prosječna veličina za djecu je od 6-10 Frencha, za odrasle 16-20 Frencha, šprica s 5-8 ml fiziološkog rastvora, šprica s 5-8 ml aqua redestilata, pean, antiseptik za sluznicu, posuda/spremnik za nečisto (bubrežnjak), podmetač (celštof), sterilne i nesterilne rukavice, posuda za urin ili kesa za urin, sterilni vodorastvorljivi lubrikant (lidokain gel), sterilni tupferi gaze i leukoplast.

Priprema pacijenta uključuje:

- identificirati pacijenta;
- pacijent svojim potpisom potvrđuje saglasnost za izvođenje postupka, uz prethodno objašnjenje postupka i mogućih komplikacija;
- osigurati privatnost pacijenta;

- oprati ruke i navući nesterilne rukavice za jednokratnu upotrebu;
- postaviti pacijenta u odgovarajući položaj (za pacijente ženskog spola – leđni položaj s razmaknutim stopalima 60 cm, savijenih koljena, a za pacijente muškog spola – leđni položaj s ispruženim nogama);
- uraditi toaletu spolovila;
- kod pacijenta ženskog spola, nedominantnom rukom, palcem i kažiprstom razmaknuti male usne (labia minor) otkrivajući urinarni kanal, toaletu obaviti peanom i tupferima gaze nakvašenim dezinfekcijskim sredstvom, po principu jedan tupfer – jedan okomiti potez, od klitorisa prema perineumu;
- kod pacijenta muškog spola uhvatiti penis nedominantnom rukom, povući prepucijum unazad i dole, zatim penis blago podignuti pod uglom od 60-90 stepeni;
- dominantnom rukom dezinficirati spolovilo služeći se peanom i tupferima gaze nakvašenim dezinfekcijskim sredstvom, očistiti glans penisa kružnim pokretom počevši od otvora uretre ka spolja;
- tupfere odložiti u spremnik za nečisto.

Postupak uvođenja katetera:

- osoba koja uvodi kateter navlači sterilne rukavice, dok medicinska sestra/tehničar koja asistira, navlači nesterilne rukavice;
- asistent otvara pakiranje s kateterom i dodaje ga u dominantnu ruku osobe koja plasira kateter;
- osoba koja uvodi kateter, dominantnom rukom uzima kateter 5-7cm od vrha katetera, a kraj katetera drži uzdignut između četvrtog i petog prsta, a zatim osoba koja asistira nanosi lubrikant na vrh katetera;
- da bi se kateter uveo, neophodno je da pacijent opusti sfinktere, pa ga treba zamoliti da kašlje dok se kateter plasira, a potpom da diše duboko i polako za dalje opuštanje sfinktera i spazma.

Ne primjenjivati silu tokom uvođenja katetera, a ako postoji otpor, odmah prekinuti intervenciju i obavijestiti ljekara ukoliko postupak provodi medicinska sestra/tehničar. Najčešće, otpor nastaje uslijed spazma sfinktera, traume, uvećanja prostate kod muškaraca ili tumora.

- Kod žena uvesti kateter 3-5 cm, dok urin ne počne da teče;
- Kod muškaraca uvesti kateter do račve i provjeriti da li teče urin, kada je kateter plasiran u mokraćnoj bešici, nikada ga ne povlačiti nazad;
- Ako je prepucijum povučen, vratiti ga da bi se spriječilo kompromitiranje cirkulacije i bolna oteklina;
- Pričvrstiti špricu s redestilatom na ventil, pritisnuti klip i naduvati balon da bi se kateter zadržao u mokraćnoj bešici.

Održavanje i uklanjanje katetera:

- rutinsko održavanje katetera je neophodno da bi se spriječila infekcija i druge komplikacije;
- stalni kateter se uklanja prema nalogu ljekara – kada više nije neophodno da se na taj način rasterećuje mokraćna bešika, kada pacijent može ponovo da samostalno mokri, kada je kateter zapušten ili kada se obavlja zamjena katetera;
- prije uklanjanja katetera oprati ruke, navući rukavice, objasniti proceduru pacijentu, naglasiti da će osjetiti malu nelagodu;
- pričvrstiti špricu na ventilni mehanizam na kateteru, povući klip šprice da bi se aspirirala tečnost iz balona katetera;
- uhvatiti kateter upijajućim papirom (celštof) i nježno povući iz uretre.

Ispiranje katetera se obavlja samo ako je kateter zapušten koristeći fiziološki rastvor, špricu od 50 ml i rukavice, sljedećim postupcima:

- navući rukavice i objasniti pacijentu postupak;

- staviti mušemu kako bi se zaštitila posteljina;
- u špricu navući do 50 ml fiziološke otopine;
- razdvojiti kateter i cijev za drenažu;
- špricom ubaciti fiziološki rastvor;
- skloniti špricu i povratni mlaz usmjeriti iz katetera u namjensku posudu (lavor);
- ponovo vratiti cijev za drenažu na kateter.

Mjere opreza uključuju obavezno poštovati principe antiseptike, ako nastane otpor tokom ubrizgavanja rastvora za ispiranje – ne pokušavati na silu, ako je kateter potpuno neprolazan ukloniti ga i zamijeniti novim, potaknuti pacijente kojima nije ograničen unos tekućine da povećaju unos tekućine do 3000 ml dnevno, a radi održavanja kiselosti urina i stvaranja kalusa savjetovati pacijentu da jede hranu bogatu C vitaminom uključujući čaj ili sok od brusnice.



Slika 28. Urinarni kateter

4.10.6. Klizma, kolostoma – postavljanje, toaleta i promjena kolostoma kese

Procedura primjene klizme (klistiranje) je postupak kojim se pomoću rektalne sonde aplicira propisana otopina u debelo crijevo u cilju stimulacije peristaltike crijeva i/ili čišćenja i pražnjenja crijeva. Klistiranje u kući se izvodi teže pokretnim i nepokretnim pacijentima na osnovu pisanog naloga ljekara, koji određuje količinu otopine (mala, srednja i velika) i način aplikacije (visoka ili niska). Proceduru izvodi patronažna sestra/tehničar. Klizma je najčešće indicirana kod opstipacije te kod svih medicinskih zahvata pri kojima debelo crijevo treba biti oslobođeno od fekalnih masa. Kontraindikacije za klizmu su: divertikulitisi zbog opasnosti od perforacije crijeva, postoperacijski period nakon operacijskog zahvata na debelom crijevu zbog opasnosti od dehiscencije šavova i kod ulceracije debelog crijeva. Kod visoke klizme, otopina se podiže na visinu 45-60 cm iznad rektuma pacijenta, a kod niske 30-45 cm. Za primjenu visoke klizme rektalna sonda se uvodi u debelo crijevo 7-10 cm, a kod niske klizme 6-8 cm. Prostorija u kojoj će se aplicirati klizma treba biti svijetla, prozirna i ugodne temperature, prilagođena zaštiti ličnosti pacijenta.

Priprema materijala uključuje: set za klizmu za jednokratnu upotrebu ili rektalna sonda 22-28 cm za odrasle, irigator s crijevom i klemom, ordinirana otopina (standardna zapremina za irigacijsku klizmu je 750-1000 ml za odrasle) temperature od 20-37 °C, sklopivi stalak za infuziju, lubrikant, nepropusna zaštitna folija, celštof, nesterilne jednokratne rukavice, maska za lice, noćna posuda (ako je pacijent nepokretan) te dezinfekcijsko sredstvo za ruke. Priprema pacijenta podrazumijeva objašnjenje postupka, osiguranje privatnosti, oslobađanje glutealne regije od odjeće, te zauzimanje lijevog bočnog položaja (Simsov položaj).

Izvođenje postupka klistiranja:

- navući rukavice i staviti masku na lice;
- staviti nepropusnu zaštitnu foliju ispod gluteusa;
- propisanu otopinu postaviti na infuzijski stalak pored kreveta na odgovarajuću visinu;
- izbaciti vazduh iz crijeva s irigatorom;
- rektalni nastavak namazati lubrikantom u dužini od 10 cm;
- nedominantnom rukom raširiti gluteuse pacijenta;
- dominantnom rukom uzeti sondu i vrhom sonde dotaći anus, kako bi se sfinkter relaksirao, zatim polako rotirajući sondu nježno uvoditi rektalni nastavak u debelo crijevo 7-10 cm, a pri tome savjetovati pacijenta da diše duboko na usta;
- postaviti posudu s otopinom na stalak;
- otvoriti ventil i pustiti da otopina izlazi polako, istovremeno pridržavajući rektalnu sondu;
- zamoliti pacijenta da duboko diše i stisne sfinkter;
- posmatrati pacijenta tokom izvođenja postupka;
- ako pacijent ima osjećaj napetosti i bola, privremeno prekinuti ispuštanje tečnosti;
- ukoliko pacijent ne može da stisne sfinkter, patronažna sestra/tehničar će mu stisnuti gluteuse za vrijeme primjene klizme;
- kada je otopina u potpunosti aplicirana, zatvoriti ventil ili klemovati crijevo;
- celštoфом obuhvatiti sondu kod rektuma i polako izvući sondu iz debelog crijeva kroz celštof;
- zamoliti pacijenta da zadrži otopinu najmanje 15-20 minuta ili što može duže;
- po završenom postupku klistiranja raspoređiti pribor;
- svući rukavice, oprati i dezinficirati ruke.

Mjere opreza:

- klizmu ne davati u sjedećem položaju ili na WC šolji, jer otopina neće ući dovoljno u rektum i nastat će distenzija rektuma koja može rezultirati rapidnim izbacivanjem tečnosti ili oštećenjem rektuma;
- ukoliko nije moguće da pacijent zauzme Simsov položaj, klizmu je moguće dati u ležećem položaju na leđima ili okrenuti pacijenta na desni bok;
- kontaktirati ljekara odmah ukoliko pacijent nakon jednog sata nije spontano izbacio tekućinu;
- ne davati više od tri klizme zaredom;
- ako pacijent osjeti bol i ako sonda nailazi na trajan otpor, obavijestiti ljekara (moguć apsces ili tumor);
- moguće su pojave vrtoglavice, slabosti ili srčane aritmije uslijed vagovazalne refleksne stimulacije nakon ubacivanja rektalne sonde.

Stoma (grč. otvor) predstavlja otvor na abdomenu koji je spojen na crijevo (ileostoma ili kolostoma) ili na mokraćni mjehur (urostoma). Kolostoma nastaje kada se zdravo debelo crijevo izvede na površinu trbušne šupljine gdje se učvrsti šavovima te predstavlja novi izlaz za stolicu, a razlozi formiranja su najčešće maligna oboljenja debelog crijeva, upalne bolesti debelog crijeva, povrede i perforacije, urođene abnormalnosti i sl. Nakon operacije, otvor je otečen, ali njegove se dimenzije postepeno smanjuju, a konačnu veličinu dostiže nakon tri mjeseca od operacije. Stoma nema živčane nastavke i zbog toga je neosjetljiva na bol. Stoga je treba vrlo pažljivo njegovati. Zdravstvena njega kolostome sastoji se od higijene stoma otvora i okolne kože, izmjene ili pražnjenja vrećice za stolicu te izmjene stoma podloge (baze, pločice ili diska). Cilj je osigurati čistu i zdravu stomu i okolnu kožu, osigurati eliminaciju stolice bez komplikacija, smanjiti pacijentovu tjeskobu i osjećaj ugroženog dostojanstva.

Prirodno, najbolje vrijeme za promjenu kolostoma vrećice je kada su crijeva najmanje aktivna, obično 2-4 sata nakon obroka. Nakon nekoliko mjeseci, većina bolesnika moći će sama predvidjeti koje je vrijeme najprikladnije za promjenu. Pri izboru sistema vrećica treba uzeti u obzir koji sistem omogućava najbolje prijanjanje uz kožu i zaštitu kože kod svakog pacijenta. Koja će vrsta vrećice biti izabrana ovisi i o lokaciji i strukturi kolostome, konzistenciji fekalnih masa i sl.

Zamjenu kolostoma vrećice izvodi medicinska sestra/tehničar na osnovu pisanog naloga ljekara. U tu svrhu neophodno je pripremiti prostor, materijal i pacijenta.

Priprema materijala uključuje: kolica ili tacnu, odgovarajuće samoljepljive pločice i stoma vrećice, mjerač za mjerenje promjera stome, makaze, tupfere gaze, fiziološku otopinu, ph neutralni sapun, toplu vodu, lavor, celštof, papirni ubrusi, zaštitnu kremu za kožu, nesterilne rukavice, bubrežnjak i vrećice za komunalni i infektivni otpad.

Priprema pacijenta podrazumijeva identifikaciju pacijenta, osiguranje privatnosti, te objašnjenje procedure.

Postupak zamjene kolostoma vrećice:

- pacijenta smjestiti u ležeći ili Fowlerov položaj;
- oprati i posušiti ruke;
- kolica/tacnu staviti uz pacijenta;
- izmjeriti veličinu stome;
- kod samoljepljivih vrećica, izrezati otvor veličine stome;
- kod promjenjive podloge, ako nije modelirajuća, također, izrezati otvor;
- navući rukavice;
- pacijentov trbuh osloboditi od odjeće;
- skinuti staru vrećicu i odložiti je u komunalni otpad;
- ukloniti fekalne mase celštofom ili papirnim ubrusom i odložiti u vreću za otpad;
- oprati okolnu kožu ph neutralnim sapunom i toplom vodom, a sluzokožu stome očistiti fiziološkom otopinom;
- nježno posušiti kožu papirnim ubrusom;
- pričvrstiti samoljepljivu pločicu na suhu kožu;
- izrez pločice i vrećice mora pokrivati kožu oko stome;
- sastaviti vrećicu s prstenom na pločici i provjeriti prisanjanje;
- svući rukavice, oprati i dezinficirati ruke i ponovo navući čiste rukavice;
- rasporemiti prostor;
- odložiti korišteni zavojni materijal u vreću infektivnog ili komunalnog otpada.

Podučavanjem pacijenta, medicinske sestre/tehničari potiču pacijenta na što raniju samostalnost za njegu vlastite kolostome, savjetovanjem o izboru najboljeg pomagala, načinu ishrane, zajedničkom provjerom naučenog itd. Time doprinose vraćanju samopoštovanja, samopouzdanja i želje za brzim prilagođavanjem stilu života u novonastalnoj situaciji.



Slika 29. Zamjena kolostoma kese

Ključne poruke:

Urinarna inkontinencija podrazumijeva nevoljno otjecanje mokraće te predstavlja zdravstveni, higijenski i socijalni problem. Obuhvata smetnje od povremenog oskudnog „bježanja” mokraće do kompletne nemogućnosti zadržavanja mokraće. Javlja se kod oba spola i u svim dobnim grupama. Dijagnoza urinarne inkontinencije postavlja se na osnovu anamneze, fizikalnog pregleda, biohemijske analize urina i urinokulture, procjene rezidualnog urina i ono što je najbitnije – dnevnika mokrenja.

Fekalna inkontinencija predstavlja vrlo ozbiljno stanje koje pacijenta dovodi u poziciju teške fizičke invalidnosti, te izaziva brojne psihičke traume, gubitak samopouzdanja i sl. Procjenjuje se da je fekalna inkontinencija drugi vodeći razlog smještanja pacijenata u domove za starije osobe. Fekalna inkontinencija podrazumijeva povremenu ili trajnu nemogućnost zadržavanja stolice u trajanju od najmanje mjesec dana kod osoba starijih od tri godine.

Prije uzimanja uzorka urina, potrebno je pripremiti materijal, prostor i pacijenta.

Kegelove vježbe su vježbe za miškulaturu dna zdjelice, doprinose jačanju dna zdjelice u liječenju inkontinencije i oporavljaju tonus mišića nakon porođaja. Kada se osnaže, mišići dna zdjelice bolje podržavaju uretru.

Uvođenje urinarnog katetera kroz uretru do mokraćne bešike je invazivna metoda koja se primjenjuje u dijagnostičke i terapijske svrhe. Urinarni kateter se može uvesti jednokratno, povremeno i/ili trajno, ovisno od indikacije koju određuje ljekar.

S obzirom na dužinu kateterizacije, kateteri mogu biti jednokratni i trajni.

Procedura primjene klizme (klistiranje) je postupak kojim se pomoću rektalne sonde aplicira propisana otopina u debelo crijevo u cilju stimulacije peristaltike crijeva i/ili čišćenja i pražnjenja crijeva. Podučavanjem pacijenta, medicinske sestre/tehničari potiču pacijenta na što raniju samostalnost za njegu vlastite kolostome, savjetovanjem o izboru najboljeg pomagala, načinu ishrane, zajedničkom provjerom naučenog itd. Time doprinose vraćanju samopoštovanja, samopouzdanja i želje za brzim prilagođavanjem stilu života u novonastalnoj situaciji.

Reference:

1. M. Buhin, edukacija bolesnika o stomi i načinu života sa stomom, Završni rad, Sveučilište Sjever, Studij sestrinstva, Varaždin, 2015.
2. Projekat za razvoj porodične medicinske sestre Bosna i Hercegovina, George Braun College, Toronto – Kanada 2001.
3. Procedure (priručnik za medicinske sestre); Turid Elisabeth Martinse UMSTS Beograd 2004.
4. S. Orešković: Suvremeni pristup u dijagnostici i liječenju žena s inkontinencijom mokraće i defektima dna zdjelice”, Medicus, 2006. Vol. 15, No. 2. Zagreb. Str. 257- 268.
5. M. Bakula, T. Kuliš, S. Nađ Škegro, Ž. Kaštelan: Urinarna inkontinencija kod muškaraca i smjernice za liječenje, Medicus, 2015; 25 (1): 7-12.
6. B. Špoljarić: Zdravstvena njega starijih osoba sa inkontinencijom urina, Završni rad, Sveučilište Sjever, Koprivnica, 2017.

Pitanja za završni ispit:

1. Šta je urinarna inkontinencija?
2. Šta su Kegelove vježbe?
3. Šta je fekalna inkontinencija?

4.11. Zdravstvena njega osoba treće životne dobi/rad s porodicom

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Zdravstvena njega osoba treće životne dobi/rad s porodicom	– Predavanje (I dio) - 40 minuta – Rad u grupama (kroz prikaz četiri slučaja porodice s osobama treće životne dobi, pripremiti plan edukacije koristeći plan sestrinske njege) - 30 minuta – Izvještavanje i diskusija - 30 minuta – Predavanje (II dio) - 30 minuta – Rad u grupama (kroz prikaz četiri slučaja, pripremiti plan uključivanja multidisciplinarnog tima za pomoć pacijentu treće životne dobi i njegovoj porodici) - 30 minuta – Izvještavanje i diskusija - 20 minuta

4.11. Zdravstvena njega osoba treće životne dobi/rad s porodicom

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- navesti značaj uloge porodice osoba treće životne dobi;
- napraviti procjenu stanja porodice i utvrditi probleme u vezi osoba treće životne dobi;
- napraviti plan aktivnosti edukacije porodice pacijenta treće životne dobi;
- učestvovati u uključivanju multidisciplinarnog tima za pomoć pacijentu treće životne dobi i porodici;
- učestvovati u savjetovanju i prevenciji padova;
- nabrojati psihološke i socijalne aspekte starenja;
- nabrojati najčešće probleme kod pacijenata treće životne (demencija, depresija itd.);
- uraditi procjenu kognitivnog statusa i ostalih bihevioralnih problema osoba treće životne dobi;
- napraviti procjenu stanja, planirati i provesti aktivnosti u cilju psihosocijalne rehabilitacije pacijenta treće životne dobi;
- educirati pacijenta i porodicu oboljelog od demencije.

Sadržaj:

Starost je životni period nastao kao rezultat samog procesa starenja. Faktori koji utječu na proces starenja su: nasljeđe, stres, ishrana, aktivnost, navike, bolesti itd. U starosti se dešavaju promjene na tjelesnom, psihološkom i socijalnom nivou. Istraživanja o zdravstvenom stanju starih osoba pokazuju da oko 75% starih osoba ima po tri i više zdravstvenih problema. Demencija je zajednički naziv za čitav niz stanja za koje su karakteristične kognitivne, emotivne i druge funkcionalne promjene mozga nastale zbog različitih uzroka.

4.11.1. Porodica i osobe treće životne dobi

Starenje je proces koji se dešava tokom čitavog života i podrazumijeva stalne biološke, psihičke i socijalne promjene. Svaka osoba je jedinstvena i promjene koje se dešavaju jedinstvene su i specifične za svakog pojedinca. Prema nacrtu drugog periodičnog izvještaja o primjeni Madridskog akcijskog plana o starenju, kojeg je BiH kao potpisnica dužna podnositi na međunarodnom planu, za nešto više od 50 godina svaka druga osoba u BiH bit će starija od 65 godina. Prema popisu iz 2013. godine, osobe starije od 65 godina činile su 14,2% ukupnog stanovništva u BiH, dok je u 2019. godini taj procenat iznosio 16,5%. Očekuje se da će do 2030. godine taj udio porasti na 25,8%, do 2050. godine na 37,9%, a do 2070. godine na 43,5%.

Demografsku situaciju u BiH karakterizira više negativnih demografskih procesa. Višedecenijski pad nataliteta i fertiliteta rezultirao je negativnim prirodnim priraštajem koji se posljednjih godina povećava, što zajedno s emigracijama prvenstveno mlađeg stanovništva, dovodi do depopulacije u Bosni i Hercegovini. Posljedice ovih procesa, zajedno s produženjem životnog vijeka stanovništva, ogledaju se u porastu prosječne starosti stanovništva i povećanju udjela starog stanovništva u općoj populaciji.

Klinička gerontologija ili gerijatrija ili medicinska gerontologija je oblast kliničke medicine koja proučava bolesti starijih i starih osoba, odnosno oboljenja u trećem životnom dobu (osobe starije od 65 godina). U odnosu na godine, starije osobe dijelimo na mlađe starije osobe (65-74 godine), stare osobe (75-84 godine) i vrlo stare osobe (preko 85 godina).

Socijalne odnose starijih osoba neki istraživači upoređuju sa socijalnim konvojem: neki ljudi odlaze iz njihovih života, a neki dolaze. Nakon osamostaljivanja djece i odlaska u mirovinu, mnogi supružnici više vremena provode zajedno i više se oslanjaju jedan na drugoga. Istraživanja pokazuju da su stariji ljudi koji žive u braku sretniji, zdraviji i žive duže od razvedenih osoba ili udovaca iste dobi (Despot Lučanin, 2003).

Porodica je starijim ljudima primarni izvor socijalne podrške (Despot Lučanin, 2014: 340). Pred kraj života dolazi do zamjene uloga između roditelja i djece, u kojima roditelji sve više postaju ovisni o drugima. „Starije osobe ovise o drugima i njihova budućnost ovisi o tim neformalnim pružateljima njege koji mogu biti djeca, unuci, prijatelji i mnogi drugi. Sve nas to, zapravo, opet vraća u situaciju u kojoj je izrazito važno prilagođavanje samog oblika i vrste njege za starije osobe. Ako se to neće dogoditi, starije osobe će biti primorane otići u specijalizirane institucije, čime im se uskraćuju želje za što dužim ostankom kod kuće“ (Kučko, 2020: 20).

Odrasla djeca pružaju emocionalnu podršku ostarjelim roditeljima, druže se s njima, razveseljavaju ih kad su potišteni, slušaju o njihovim brigama i strahovima. Djeca pružaju roditeljima i neposredne usluge kao što su nabavka, prijevoz, obavljanje sitnih poslova u kući te odlasci u apoteku ili na neka druga mjesta umjesto roditelja. Kada se radi o nepokretnim ili potpuno nesamostalnim roditeljima, onda se tu ubrajaju i dnevne aktivnosti kupanja, pripreme obroka i hranjenje, davanje lijekova i sl. Iako veliki broj starijih osoba živi u porodicama koje čine njihova djeca i unuci, postoji i dio onih koji žive sami sa svojim supružnicima, jer nisu imali djecu ili su se djeca osamostalila i odselila. Također, postoje i starije osobe koje ostaju same i napuštene nakon smrti svog supružnika. Za njih je svakodnevnica u porodici potpuno drugačija i mnogo teža od onih koji žive u porodici s jednim ili više članova.

4.11.2. Najčešći problemi u gerijatriji (poremećaji, padovi, povrede)

Starenje nije bolest, nego individualan, prirodan proces u kome dolazi do gubitka regenerativnih sposobnosti tkiva. Razlikujemo dvije vrste starenja: fiziološko i patološko starenje. Jedan od znakovna starenja je smanjena sposobnost adaptacije na vanjske faktore, a prve promjene u starosti su izražene krajem pedesetih i početkom šezdesetih godina života. Tokom života se prije svega dešavaju normalne fizičke promjene koje su povezane sa starenjem, uključujući:

Promjene na koži – suha koža, blijeda, manje elastična, gubitak potkožne masti, suhe sluznice, smanjenje receptora za bol, nokti sporije rastu, te postaju tupi i žućkaste boje, gubi se dlaka s vlasišta, pazuha i drugih mjesta itd.

Promjene na nervnom sistemu – smanjuje se broj neurona, dolazi do promjena u sivoj supstanci mozga i do poremećaja neurotransmitera i motorike, smanjuje se broj finih pokreta, smanjuju se refleksi, dolazi do poremećaja spavanja itd.

Promjene na čulnom sistemu – gubitak vida i sluha, smanjen osjećaj za slatko i za miris itd.

Promjene na mišićno-koštanom sistemu – gubitak mišićne mase i snage, skupljanje tetiva, gubitak minerala u kostima i koštanoj masi itd.

Promjene na zubima i usnoj šupljini – smanjenje dentina, nedostatak zuba, promjene krvnih sudova i živaca usne šupljine, smanjene sekrecije mucina, atrofija jezika, gubitak osjeta okusa čak i do 70% itd.

Promjene na kardiovaskularnom sistemu – krvni sudovi postaju manje elastični i suženi, smanjuje se snaga srčanog mišića, dolazi do promjene sistema kondukcije (provođenja), arterije postaju rigidne itd.

Promjene na respiratornom sistemu – pluća postaju manja i rigidnija, dolazi do kalcifikacije rebarne hrskavice, češći kašalj i reducirani laringealni refleks, smanjuje se arterijska saturacija kisikom itd.

Promjene krvi i krvotvornih organa – smanjuje se broj krvnih ćelija, česte su anemije, sedimentacija eritrocita se ubrzava, broj limfocita se smanjuje itd.

Promjene na digestivnom sistemu – gubitak zuba, slabljenje motorike viličnih mišića, slabiji pokreti jednjaka, smetnje gutanja, smanjenje želučanog soka, jetra se smanjuje i postaje manje sposobna za detoksikaciju itd.

Promjene na urogenitalnom sistemu – dolazi do slabljenja sfinktera, smanjenje renalnog krvnog protoka i filtracije, smanjenje kapaciteta mokraćnog mjehura, uvećanje prostate, atrofija ženskog reproduktivnog sistema itd.

Promjene na endokrinom sistemu – smanjenje hipofize i smanjeno lučenje hormona, smanjenje nadbubrežne žlijezde, estrogen kod žena se gubi, a kod muškaraca se smanjuje nivo testosterona itd.

Promjene građe i funkcije ćelija pojedinih organa i sistema uzrokovane procesima starenja, te prisustvo raznih hroničnih bolesti dovode do čestih zdravstvenih problema osoba treće životne dobi. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) kao najučestalije probleme vezane za treću životnu dob izdvaja: padove, osteoporozu, probleme vida i sluha, probleme mentalnog zdravlja, inkontinenciju, moždani udar, jatrogena oštećenja uzrokovana lijekovima, dijagnostikom i raznim intervencijama. U ovoj populaciji preovladavaju hronične nezarazne bolesti, koje obično počinju mnogo ranije, a u starijim godinama imaju izražene komplikacije i egzacerbacije. Upravo su ove bolesti najčešći razlog hospitalizacija i hitnih medicinskih intervencija kod starih osoba. Osim toga, često je istovremeno postojanje više hroničnih bolesti, dok su simptomatologija, fizikalni nalazi i laboratorijske vrijednosti manje tipični, moguća je izmijenjena podnošljivost lijekova i veća njihova međusobna interakcija.

Kod starijih osoba, urinarna inkontinencija može biti manifestacija ne samo infekcije urinarnog trakta već bilo koje infekcije u organizmu. Rizik od pneumonije je povećan kod starijih ljudi zbog promjena u plućnoj funkciji, uključujući pogoršanje efektivnosti kašlja i povećanu osjetljivost. Nedostatak febrilnog odgovora na infekciju može biti posljedica poremećaja sistema održavanja temperature tijela, razlika u odgovoru na pirogene, smanjenja osjetljivosti hipotalamusa na pirogene ili prekida proizvodnje i konzervacije toplote tijela. Stoga se neki pacijenti s infekcijom mogu žaliti jedino na opću slabost, nemogućnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti ili slab apetit, bez povišene temperature.

Padovi su vodeći uzrok smrtnosti i povređivanja starijih osoba, koje za posljedicu imaju invalidnost i nepokretnost, što često zahtijeva trajnu medicinsku njegu i visoke troškove liječenja. Svake godine veliki broj osoba padne, a mnogi od njih budu teško povrijeđeni i trajno onesposobljeni za samostalan nastavak života. Pad je neočekivani gubitak ravnoteže koji rezultira iznenadnom, nenamjernom promjenom položaja tijela koja dovodi osobu na niži nivo, predmet, pod ili zemlju. Ljudi stariji od 65 godina najčešće padnu u vlastitom domu (60%), zatim na javnom mjestu (30%), te u zdravstvenim ustanovama (10%). Oko 40% razloga za prijem u domove za njegu starijih oso-

ba su posljedice padova. Frakture su dva puta češće kod žena nakon pada, dok je kod muškaraca češća smrtnost kao posljedica pada. Prelom kuka je za starije osobe životna prekretnica u fizičkom, psihičkom i društvenom smislu. Značaj ove povrede nije samo u njenoj učestalosti, već i u tome što njena nesanacija uzrokuje veliki posljedični invaliditet i često trajnu nepokretnost. Treba imati u vidu da su te osobe prije doživljenog pada i povrede vodile samostalan i društveno ispunjen penzionerski život. Nakon povrede, oni taj status naglo gube, postaju dodatno opterećeni mentalnim problemima koji se reflektiraju i na njihovo najbliže okruženje (porodicu i prijatelje).

Razlikujemo unutrašnje (intrinzične) i vanjske (ekstrinzične) faktore rizika za padove starijih osoba. Unutrašnji ili intrinzični faktori uključuju: hronične bolesti, oslabljen vid, ravnotežu i percepciju okoline, slabost mišićne mase, poteškoće u kretanju, narušeno mentalno zdravlje, te upotrebu lijekova (diuretici, antihipertenzivi, antidepresivi, antipsihotici, benzodiazepini, opijati, hipnotici, antidijabetici). Vanjski ili ekstrinzični rizični faktori uključuju: stanje podova i drugih površina za hodanje, stanje tepiha, neprikladnu odjeću i obuću, količinu i kvalitet namještaja, posebno predmeta za sjedenje, visinu kreveta, stolica, funkcionalnost kupaonice, visina WC školjke, čistoću i urednost prostora, stanje plinskog i drugog grijanja, stanje električnih instalacija, temperaturu prostora, osvjjetljenje, stanje stubišta i rukohvata, osvjjetljenost stubišta i drugih prostora izvan stana, stanje dvorišta, vremenske nepogode, lošu dostupnost javnog prijevoza, rješavanje otpada, čuvanje i pohranjivanje opasnih tvari, uključujući lijekove itd.

Procjena rizika od padova provodi se kod osoba starije životne dobi s poremećajem ravnoteže različite etiologije, sa slabim vidom i lošom percepcijom prostora, s kognitivnim oštećenjima, sa psihičkim poremećajima, s historijom prethodnih padova, te sa svim ostalim stanjima, a prema procjeni medicinske sestre/tehničara u zajednici. Jedan od alata za procjenu rizika od pada su standardizirane skale kao što su: Morseova skala, skala STRATIFY, skala Hendrich II, te skala koju je osmislilo osoblje baltimorske bolnice Johns Hopkins. Svaka od njih ima određene prednosti i nedostatke, a poželjno je da im je osjetljivost i specifičnost što veća. Idealna skala trebala bi biti jednostavna za upotrebu, precizna, da ne zahtijeva previše vremena za korištenje te da je lako primjenjiva u kliničkoj praksi. Rezultat procjene je numerička vrijednost kojom se kod pacijenta procjenjuje rizik od pada kao nizak, srednji ili visok, te se u skladu s tim provode odgovarajuće preventivne mjere. Primjena Morseove skale je brza i jednostavna (Prilog 5).

Padovi mogu imati dugotrajne fizičke, psihičke i društvene posljedice, od kojih su najčešće:

- Fizičke posljedice – kontuzije, laceracije, frakture (kuka, podlaktice), povrede glave itd. Osim boli, trauma najčešće uzrokuje ograničenu mobilnost, funkcionalnu onesposobljenost i smanjenu mogućnost samozbrinjavanja. Oporavak od fraktura i drugih povreda je dug i često vodi trajnim deficitima i nesposobnostima.
- Društvene posljedice – gubitak samostalnosti, promjene dnevne rutine, finansijski troškovi, gubitak društvenih kontakata zbog dugotrajne hospitalizacije, smanjen kvalitet života itd.
- Psihološke posljedice – frustracija zbog gubitka samostalnosti za obavljanje svakodnevnih aktivnosti, strah od budućeg pada što opet povećava rizik od sljedećeg pada, jer gubitak samopouzdanja inhibira sigurnost prilikom kretanja i mobilnost. To može dovesti do depresije, izolacije i smanjenog kvaliteta života.
- Smrt kod 5% ljudi starijih od 65 godina uzrokovana je padom ili njegovim posljedicama.

Suprotno uvriježenom mišljenju, padovi nisu neizbježni i kod mnogih starijih osoba mogu se prevenirati. Neki se faktori rizika za padove relativno lako mijenjaju, a ako se padovi i dogode, težina povreda se može smanjiti. Većina padova uzrokovana je kombinacijom različitih faktora rizika, te što je više faktora rizika, veća je i mogućnost pada. Padovi se mogu spriječiti, ali je potreban višestruki pristup za rješavanje različitih faktora rizika. Starijim osobama se savjetuje da često vježbaju kako bi ojačali mišiće i poboljšali svoju fleksibilnost, ravnotežu i koordinaciju. Također, trebaju uzeti u obzir i slijedeće savjete kako bi smanjili rizik od padova, navedene u tabelama 29. i 30.

Unutrašnji faktori rizika	Savjeti i preporuke za prevenciju padova
Problemi sa: – kretanjem – ustajanjem iz stolice ili kreveta – nedostatkom ili nepravilnim korištenjem ortopedskih pomagala – nedovoljnim fizičkim aktivnostima	Savjetovati pacijenta: – da se kreće polako, manjim koracima – da se kreće i ustaje iz stolice ili kreveta ispravnim korištenjem rukohvata ili ortopedskih pomagala – da se bavi prilagođenim fizičkim aktivnostima
Poremećaji ravnoteže – vrtoglavice, smetnje u koordinaciji, smanjena sposobnost orijentacije u prostoru, usporeni refleksi, nestabilnost na nogama	– Poticati aktivnosti, vježbanje i osposobljavanje pacijenta u skladu s mogućnostima, a radi održavanja ravnoteže i koordinacije, snage mišića, te fleksibilnosti zglobova
Posturalna hipotenzija Gubitak svijesti Sinkopa Epilepsija	Savjetovati pacijenta i članove porodice: – o reguliranju i redovnoj kontroli krvnog pritiska – o potrebi laganog ustajanja iz kreveta u sjedeću, a zatim u stojeću poziciju, pridržavajući se za rukohvate ili koristeći ortopedska pomagala – o postupcima pri pojavi predsimptoma gubitka svijesti
Neurološke promjene – smanjenje ili gubitak osjećaja za dodir i bol, motorički poremećaji, polineuropatija	– Upozoriti pacijenta na moguće opasnosti u okruženju (predmete koji mogu nanijeti povredu pacijentu i izvore toplote) – Savjetovati konsultacije s nadležnim ljekarom
Mentalne smetnje – snižena kognicija/spoznajne funkcije – zbunjenost, smetenost, dezorijentiranost, nemir, poremećaji rasuđivanja, mišljenja i pamćenja – demencija	– Na osnovu uočenih poremećaja funkcija i mentalnih smetnji definirati mjere pomoći iz okoline (porodica, staratelji, porodični ljekar, CMZ, CSR, lokalna zajednica, udruženja, volonteri itd.)
Smetnje i promjene vida vezane za starenje	– Savjetovati o redovnim kontrolama vida, pravilnom korištenju i održavanju naočala
Smetnje i promjene sluha vezane za starenje	– Savjetovati o redovnim kontrolama sluha, pravilnom održavanju slušnih pomagala
Poremećaj spavanja	– Savjetovati o uravnoteženom spavanju, odmoru i aktivnostima – Konsultirati nadležnog ljekara
Iznenadni i učestali podražaji na eliminaciju (mokrenje, prolivi)	– Konsultirati nadležnog ljekara – Mjere za reguliranje iznenadnih i učestalih podražaja na eliminaciju, kao i mjere sigurnosti pri kretanju (zbog gubitka tekućine i elektrolita)
Nepristupačnost i otežana mogućnost upotrebe telefona, zvona, (hitna pomoć, policija, vatrogasci, porodica...)	Savjetovati pacijenta i članove porodice o: – postavljanju telefona na dostupno mjesto – držanju brojeva za hitnu intervenciju pored telefona – osiguravanju alarmnog uređaja i sistema za poziv u pomoć u slučaju nezgode

Otežana samostalnost i samozbrinjavanje	– S pacijentom i članovima porodice definirati samostalne aktivnosti pacijenta i aktivnosti za pomoć iz okoline
Nekritičnost, nedostatak saznanja i zaboravljanje vlastitih ograničenja i ograničenja i opasnosti iz okoline	– Ukazati i obnavljati znanja o opasnostima i barijerama koje ometaju funkcioniranje pacijenta, kao i o prilagođavanju aktivnosti i ponašanja pacijenta i prilagođavanje prostora
Lijekovi za hronične bolesti – sedativi, antidepresivi, antipsihotici, antikonvulzivi, antihistaminici, antihipertenzivi, diuretici, antidiabetici Polifarmacija	– Pregledati sve lijekove i upozoriti na nuspojave lijekova, posebno na pospanost i vrtoglavicu
Pothranjenost, gojaznost	– Savjetovati i educirati o adekvatnoj ishrani
Konzumiranje duhana, alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci	– Savjetovati o štetnom djelovanju, važnosti i načinu prestanka konzumiranja duhana, alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci
Neadekvatna obuća i odjeća	Preporučiti pacijentu da: – koristi prikladnu obuću i odjeću – održava higijenu stopala – oblači odjeću i obuću u sjedećem položaju
Dva ili više posrtaja/pada u prethodnih mjesec dana	– Identificirati uzroke posrtaja/pada u prethodnom periodu i primijeniti mjere prevencije

Tabela 29. Unutrašnji faktori rizika: Savjeti i preporuke za prevenciju padova

Vanjski faktori rizika	Savjeti i preporuke za prevenciju padova
Osvjetljenje – neodgovarajuće (nedovoljno ili prejako), nedostupno	– Odgovarajuće osvjetljenje u svim dijelovima kuće
Podovi – oštećeni, vlažni, klizavi Visoki pragovi	– Popravljanje neravnih ili oštećenih podova – Održavanje podova suhim – Izbjegavanje pretjeranog glancanja podova – Podešavanje, ublažavanje, uklanjanje pragova
Podne prostirke – oštećene, nefiksirane	– Postavljanje prostirke koje se ne kližu – Pričvršćivanje prostirke za pod ili potpuno uklanjanje
Namještaj: – predstavlja prepreku i ometa kretanje, oštećen – bez naslona, s niskim naslonima, sa zavaljenim sjedištima – previsoke police ili elementi namještaja – neadekvatan krevet	– Raspoređivanje namještaja da ne ometa kretanje – Uklanjanje nepotrebnih predmeta i namještaja – Premještanje telefonskih i elektrokablova uz zid – Izbjegavanje namještaja s točkićima – Postavljanje predmeta, polica i elemenata namještaja na primjerenu visinu i na dohvat ruke – Prilagođavanje kreveta stanju pacijenta (visina, graničnici, pozicija)

Stepenice – oštećene, bez rukohvata ili ograde Predmeti na stepenicama	– Popravljanje oštećenih stepenica – Postavljanje rukohvata ili zaštitne ograde – Uklanjanje svih predmeta sa stepenica
Kupatilo – loše osvjetljenje – klizave prostirke, pločice, kada – mokri peškiri, prljavo rublje i slično po podu – korištenje držača za peškire kao rukohvata – preniska WC šolja – zaključavanje vrata	– Odgovarajuće osvjetljenje i raspored opreme – Neklizajuće, čiste, suhe pločice – Neklizajuće prostirke za pločice, kadu, tuš kabinu – Koristiti dobro pričvršćene rukohvate, ne postavljati vakumom i ne koristiti držače peškira kao rukohvate – Korištenje sjedala u kadi ili tuš kabini – Izbjegavanje zaključavanja kako bi, u slučaju nesreće, pristup bio slobodan

Tabela 30. Vanjski faktori rizika: Savjeti i preporuke za prevenciju padova

Edukacijom starije osobe, njegove porodice i šire zajednice medicinska sestra/tehničar u zajednici može povećati znanje o rizičnim i zaštitnim faktorima vezanim za padove te njihove posljedice. Edukacija o pravilnoj primjeni lijekova, te fizičkoj aktivnosti starijih osoba veoma je važan faktor u prevenciji padova. Osim medicinske sestre/tehničara u zajednici, u prevenciju padova moraju biti uključeni i drugi zdravstveni radnici – ljekari, fizioterapeuti, okupacioni terapeuti, psiholozi itd., koji svojim intervencijama, također, mogu djelovati na niz faktora koji utječu na pojavu i incidencu padova u starijoj dobi.

Komponente gerijatrijskog sindroma „5 N“ su najčešće prioritetni i preventivni gerontološko-javnozdravstveni problemi i izazovi. Tu ubrajamo sljedeće:

1. **Nepokretnost** je predstavljena kao gerijatrijski imobilizacijski sindrom i odnosi se na fizičku funkcionalnu onesposobljenost.
2. **Nesamostalnost** je predstavljena kao kategorija funkcionalne onesposobljenosti sa psihičkog aspekta, te je povezana s pojavom Alzheimerove bolesti i drugih demencija.
3. **Nestabilnost** se odnosi na nemogućnost održavanja ravnoteže, koordinacije i stabilnosti pri hodu, što je nerijetko uzrokovano brojnim ekstrinzičnim i intrinzičnim faktorima koji utječu na pojavu padova gerijatrijskih bolesnika.
4. **Nekontrolirano mokrenje** ili inkontinencija javlja se kao nemogućnost zadržavanja mokraće.
5. **Nepovoljni ishodi** liječenja u starijoj populaciji često podrazumijevaju nastanak, odnosno pogoršanje već utvrđene funkcionalne onesposobljenosti, psihosocijalnih problema, komplikacija bolesti tokom liječenja, poput pojave komorbiditeta ili smrtnog ishoda. Polipragmazija u starijoj dobi predstavlja neodgovarajuće i neracionalno uzimanje većeg broja lijekova. Primjena farmakoterapije u starijoj populaciji zahtijeva neophodan individualni bio-psiho-socijalni pristup gerijatrijskom bolesniku.

Gerijatrijski domino efekat prezentira se s osnovnim obilježjem nastanka bolesti, koju prati i pojava funkcionalne onesposobljenosti. Nerijetko se fenomen gerijatrijskog domino efekta povezuje s komplikacijama u vidu gerijatrijskog sindroma „5 N“. Jedan od prioritetnih ciljeva u zaštiti zdravlja starijih osoba je prevenirati, te pravovremeno prepoznati pojavu gerijatrijskog domino efekta i gerijatrijskog sindroma „5 N“, što zahtijeva ciljanu primjenu programa mjera primarne, sekundarne, i tercijarne prevencije, uz individualni gerontološki pristup.

4.11.3. Procjena kognitivnog statusa i ostalih bihevioralnih problema osoba treće životne dobi

Psihosocijalna procjena osoba treće životne dobi uključuje procjenu kognitivnih funkcija, kao što su pamćenje, učenje, motivacija, pažnja, vještine, navike, doživljavanje oblika, prostora i vremena,

odlučivanje i suočavanje.

Razlikujemo četiri osnovna kognitivna poremećaja:

1. Poremećaj razmišljanja
2. Oslabljena memorija
3. Dezorijentacija
4. Oslabljena percepcija

U nekognitivne poremećaje ubrajamo nemir i poremećaj raspoloženja. Nemir se javlja gotovo kod svakog pacijenta oboljelog od demencije i često predstavlja glavni problem. Afektivni poremećaji pored promjene raspoloženja, podrazumijevaju i nemogućnost pacijenta da kontrolira vlastite afektivne reakcije i raspoloženje.

Najjednostavniji i najčešće korišteni testovi za procjenu mentalnog statusa su:

- Test crtanja sata – pacijentu se da zadatak da nacrtat sat, brojeve i kazaljke koje pokazuju deset minuta do 11 sati. Ukoliko nacrtat sat, brojeve, kazaljke i vrijeme koje je rečeno bez podsjećanja, onda je rezultat testa bez kognitivnog oštećenja. Ukoliko ne nacrtat kazaljke ili brojeve onda je riječ o kognitivnoj deterioraciji. Test se ne može izvesti kod slijepih osoba i osoba koje imaju motorne deficite.
- Mini mental test (MMS) se sastoji od pitanja kojima se ispituju sljedeće kognitivne funkcije: pamćenje, pažnja i računanje, orijentacija u prostoru i vremenu, prisjećanje, imenovanje i kompleksne radnje (Prilog 6). MMS nije osjetljiv/senzitivan za ranu fazu Alzhajmerove bolesti, nema evaluacije izvršnih funkcija, ne pravi razliku između različitih tipova demencije, nije koristan kod uznapredovale Alzhajmerove bolesti, i ne može se koristiti kod osoba s poremećajem sluha i govora jer je verbalnog karaktera.
- Montrealska skala kognitivne procjene (Montreal Cognitive Assessment - MoCA) je test probira dizajniran za otkrivanje ranijeg kognitivnog oštećenja prvenstveno kod mladih ispitanika. Traje oko 10 minuta, a sastoji se od 30 pitanja. Prag prema kojem test sugerira demenciju je 25 ili manje bodova.
- Gerijatrijska skala depresije (GDS) sadrži 15 pitanja koja se odnose na zadovoljstvo životom, svojom ličnošću, interesima za svakodnevne aktivnosti, prisustvo straha od bolesti, gubitka memorije i drugih nepovoljnih događaja (Prilog 7).

Preporuke za komunikaciju s kognitivno ograničenim osobama:

- govoriti kratkim rečenicama, ponavljati i davati upute jednu po jednu;
- komunikacija dodirom djeluje umirujuće – obično se dodiruju šake, ramena, leđa i ruke – dodir pojačava verbalnu poruku;
- ako pacijent ponavlja istu priču više puta, pokušati ga usmjeriti da kaže nešto što daje uvid u sadržaje koji nas zanimaju ili sažeti priču;
- u slučaju agresivnih reakcija na frustracije (tzv. katastrofične reakcije) maknuti osobu iz situacije koja je izazvala ispad ili odgoditi rješavanje situacije.

4.11.4. Sestrinska procjena osoba treće životne dobi

Procjena funkcionalnog zdravstvenog statusa osoba treće životne dobi uključuje procjenu načina na koji funkcioniraju, njihove pokretljivosti (mobilnosti), statusa ishrane, korištenja lijekova, vještine suočavanja s problemima itd. Ova se procjena ne odnosi samo na procjenu fizičkog zdravlja nego uključuje i socijalne, razvojne, kulturne i duhovne aspekte.

Procjena funkcionalnih sposobnosti uključuje procjenu sposobnosti za:

- Primarne aktivnosti dnevnog života (hranjenje, kupanje, održavanje lične higijene, oblačenje, kretanje);
- Sekundarne aktivnosti dnevnog života (čišćenje stana/kuće, kuhanje, pranje rublja, čišćenje i uređenje dvorišta, rukovanje i upravljanje finansijama, nabavka i kupovina, služenje telefo-

nom, javnim prijevozom, vožnja automobila, rukovanje lijekovima).

Procjena emocionalnog stanja, kognitivnih sposobnosti i socioekonomskog stanja, također, imaju značaj u utvrđivanju sposobnosti samozbrinjavanja. Istraživanja (Crimmins i Saito, 1993) su pokazala da je promjena u jednoj funkciji povezana s promjenom u općoj funkcionalnoj sposobnosti jer pogoršava obavljanje još dvije do pet drugih funkcija. Tokom procjene, medicinska sestra/tehničar u zajednici prikuplja zdravstvene podatke o pacijentu, uključujući podatke koji se odnose na:

- funkcionalnu sposobnost – aktivnosti svakodnevnog života: oblačenje, hranjenje, kupanje, upotreba toaleta itd. (Prilog 8);
- fizički, psihički, psihosocijalni, ekonomski, spoznajni, kulturalni i duhovni status;
- procjenu okoline, uključujući pitanja sigurnosti i identifikaciju raspoloživih i dostupnih sistema podrške i materijalnih resursa;
- odgovor na nošenje s procesom starenja;
- obrazac sestrinske anamneze;
- propisane lijekove, samomedikaciju i komplementarne integrativne terapije i prakse;
- trenutne aktivnosti na samonjezi i promociji zdravlja;
- ranije i trenutne životne stilove;
- stanje i odnose u porodici;
- percepciju i zadovoljstvo zdravstvenim statusom;
- zdravstvena vjerovanja, vrijednosti i prakse.

Najbolji protokoli sestrinske prakse za gerijatrijsku populaciju obuhvataju procjenu kardiovaskularnog sistema, pulmonalnog sistema, genitourinarnog sistema, orofaringealnog i gastrointestinalnog sistema, muskuloskeletnog sistema i nervnog sistema.

Strategije zdravstvene njege kardiovaskularnog sistema uključuju:

- Sigurnosne mjere za ortostatsku hipotenziju – izbjegavati dugotrajno ležanje, lagano mijenjati položaj iz ležećeg u sjedeći; čekati 1 do 2 minute nakon promjene položaja za ustajanje ili hodanje, razviti strategiju prevencije padova;
- Poticanje prakse životnih stilova u smjeru postizanja zdrave tjelesne težine (indeks tjelesne mase ITM – 18,5 do 24,9 kg/m²), normalnog krvnog pritiska, zdrave ishrane, fizičke aktivnosti i prestanka pušenja.

Strategije zdravstvene njege pulmonalnog sistema uključuju:

- Održavanje dišnih puteva funkcionalnim postavljanjem ili premještanjem u adekvatan položaj, sukcijom i bronhodilatatorima;
- Osiguranje terapije kisikom, ukoliko je potrebno;
- Poticanje spirometrije, naročito ako je bolesnik nepokretan ili postoji pad u funkciji pluća;
- Održavanje hidratacije;
- Edukaciju o pravilnom iskašljavanju i prestanku pušenja.

Strategije zdravstvene njege renalnog i genitourinarnog sistema uključuju:

- Održavanje ravnoteže tekućine i elektrolita;
- Ograničavanje unosa tekućine u večernjim satima, izbjegavanje kofeina;
- Prevencija pada kod potreba noćnog ili hitnog izmokravanja.

Strategije zdravstvene njege orofaringealnog i gastrointestinalnog sistema uključuju:

- Praćenje uzimanja lijekova, ispitivanje funkcije jetre zbog lijekova koji se metaboliziraju u jetri, procjena prehrambenih pokazatelja;
- Edukacija o promjeni načina života i pravilnom uzimanju lijekova za gastrointestinalnu refluk-snu bolest;
- Edukacija o pražnjenju crijeva, dijetalnoj ishrani, vježbanju i upotrebi laksativa;
- Poticanje kretanja, osiguranje laksativa, ako je konstipacija uzrokovana lijekovima;
- Poticanje učešća u prehrambenim programima u zajednici i edukacija o zdravim dijetama i

zdravoj ishrani.

Strategije zdravstvene njege muskuloskeletnog sistema ukljućuju:

- Poticanje fizićke aktivnosti kroz zdravstvenu edukaciju i postavljanje ciljeva za održavanje funkcije muskuloskeletnog sistema;
- Upotreba propisanih lijekova protiv bolova kako bi se poboljšala funkcionalnost i prevenirali padovi;
- Prevencija osteoporoze odgovarajućim dnevnim unosom kalcijuma i vitamina D, fizićkom aktivnošću i prestankom pušenja;
- Savjetovanje rutinskog pregleda gustoće kostiju (denzitometrija).

Strategije zdravstvene njege nervnog sistema ukljućuju:

- Izradu smjernica za prevenciju padova;
- Poticanje prakse zdravih životnih stilova za održavanje kognitivnih funkcija;
- Preporučivanje vremena za rekreaciju i poboljšanje sigurnosti;
- Preporučivanje promjena ponašanja kod poremećaja spavanja.

Za uspješnu komunikaciju sa starijom osobom, potrebno je uraditi:

- Procjenu senzornih sposobnosti – način komunikacije prilagođava se stanju sluha i vida;
- Procjenu psihosocijalnih potreba – razumjeti njihov okvir, ranjivost, strahove;
- Procjenu sposobnosti suoćavanja s problemima – iz razgovora saznati kako su se prije suoćavali s problemima;
- Procjenu emocionalnog stanja – važno je biti osjetljiv na neizražene strahove starijih osoba koje se često boje da će prihvatanjem profesionalne pomoći izgubiti neovisnost.

4.11.5. Depresija i demencija

Zahvaljujući porastu standarda i napretku zdravstvene zaštite, u razvijenim zemljama se produžio životni vijek i porastao udio starijih osoba u cjelokupnoj populaciji, a samim tim i broj mnogih hronićnih bolesti ukljućujući psihićke poremećaje. Najćešća patološka stanja vezana za stariju dob su depresivni poremećaji, anksiozni poremećaji, paranoidna stanja i druge psihoze, opadanje kognitivnog funkcioniranja i dementni poremećaji. Promjene u kognitivnom funkcioniranju su među najćešćim zdravstvenim teškoćama vezanim za ovu dob. Gerijatrijska depresija je najćešći emocionalni problem kod starijih osoba i najjednostavniji je za tretiranje. Manifestacije mogu ukljućivati: promjene u ponašanju, raspoloženju, kontroli emocija, kognitivne promjene, te fizićke simptome. Depresija može imitirati demenciju, pa procjena mora biti sveobuhvatna.

Faktori rizika za depresiju su: ženski spol, samac/ica ili udovac/ica, loša socijalna mreža, biološki uzroci (somatske bolesti, Parkinsonova bolest, apopleksia, hipotiroidizam, kardiovaskularne bolesti, karcinom, nedostatak folata), lijekovi (beta-blokatori, antipsihotici, steroidi, tiazid-diuretici, benzodiazepini), te biološke promjene (osjećaj povećane ugroženosti, gubitak bliske osobe). Najćešći simptomi depresije su: neregularan san, gubitak apetita, smanjen prag tolerancije na frustraciju, socijalna izolacija, nedostatak volje i energije, apatija, somatske tegobe (vrtoglavica, bolovi u leđima, glavi, srcu, usporenost, gubitak životne energije, tjeskoba, osjećaj pojaćanog lupanja srca, razdražljivost, zahtjevnost i traženje pažnje od okoline), ućestalo posjećivanje ljekara, nepovjerljivost, osjećaj manje vrijednosti, poteškoće pamćenja, koncentracije i održavanja pažnje.

Cilj tretmana depresije je smanjivanje simptoma, sprječavanje samoubistava, sprječavanje recidiva, te intelektualno i funkcionalno poboljšanje. Najćešće metode za lijećenje depresije kod starijih osoba su: psihoterapija, antidepresivni lijekovi, elektroterapija ili njihova kombinacija. Depresija kod starijih se često ponavlja, te je potrebno dugotrajno lijećenje. Neke studije su pokazale da postoji 90% recidiva depresije kod oboljelih tokom tri godine.

Smjernice za njegu pacijenta s depresijom:

- osigurati bezbjednost pacijenta;

- kontrolirati ili tretirati uzročne faktore;
- promovirati zdravu ishranu, odmor, eliminaciju, komfor;
- povećati fizičku aktivnost i vježbanje;
- promovirati pozitivnu samokoncepciju;
- povećati socijalnu podršku;
- maksimizirati autonomiju;
- osigurati emocionalnu podršku;
- educirati pacijenta o bolesti i njezi;
- osigurati kontakte u zajednici.

Preporuke za suzbijanje i sprječavanje depresije kod starijih osoba odnose se i na povećanje socijalnih kontakata, kretanje, druženje, povezivanje s drugima, volonterski rad, učestvovanje u aktivnostima koje vole, učenje novih vještina, održavanje zdrave ishrane, fizičke aktivnosti i sl.

Postoje dva tipa kognitivnog oštećenja: delirijum (ili konfuzija) i demencija. Delirijum/konfuzija je sindrom koji se javlja u svim dobnim grupama. To je akutna, reverzibilna, nespecifična psihoza koju obilježava dezorijentiranost, konfuznost i dezorganizirano ponašanje. Pravovremeno prepoznavanje i njega može prevenirati permanentne posljedice. Delirijum karakterizira dezorijentacija u vremenu i prostoru, poremećaj mišljenja, rasuđivanja, pamćenja te vidne i slušne halucinacije. Faktori koji mogu doprinijeti nastanku su: lijekovi (sedativi, narkotici), neurološke bolesti (moždani udar, intrakranijalno krvarenje, meningitis, encefalitis), interkurentne bolesti (infekcije, hipoksija, šok, anemija, dehidracija), hirurške intervencije, faktori okoline (bol, emocionalni distres), te dep-privacija sna.

Demencija je poremećaj koji se javlja kod starijih osoba, a najčešći uzroci su: Alzheimerova bolest, cerebrovaskularna oboljenja, parkinsonizam, genetika i faktori okoline. Karakterizira se postepenom progresijom kognitivnog gubitka, te fizičkim i hemijskim promjenama u mozgu. Kognitivni deficit se javlja kao poremećaj pamćenja i ima oblik barem jedne od sljedećih karakteristika: afazija (poremećaj govora), apraksija (nemogućnost svrsishodnog djelovanja), agnozija (nemogućnost opažanja nečega bez obzira na netaknute osjetilne organe), te ograničenje izvršnih funkcija (planiranje, razmišljanje i odlučivanje).

Prema definiciji koju je prihvatila SZO, kod demencije dolazi do poremećaja u višim kortikalnim funkcijama, uključujući pamćenje, mišljenje, orijentaciju, razumijevanje, računanje, sposobnost učenja, jezik i prosuđivanje. Oštećenja kognitivnih funkcija obično prati, a ponekad im prethodi, gubitak emocionalne kontrole, te promjene u socijalnim odnosima ili motivaciji. Te se promjene javljaju kod Alzheimerove bolesti, cerebrovaskularnih poremećaja i drugih bolesti koje direktno ili indirektno zahvataju mozak (WHO, 1994; prema Davis, 2004).

Vrsta demencije	Uzrok demencije
Kortikalne demencije	Alzheimerova bolest, Pickova bolest, Wilsonova bolest
Subkortikalne demencije	Huntingtonova bolest, Parkinsonova bolest
Kortikalno-subkortikalne (miješane)	Vaskularne demencije, bolest Lewyjevih tjelesaca, Binswangerova demencija
Infektivne bolesti	AIDS, demencija, Creutzfeldt-Jacobova bolest
Statičke demencije	Alkoholna encefalopatija, trovanje teškim metalima, herpes encefalitis, tumori, traume glave
Reverzibilne demencije	Addisonova bolest, tireoidni poremećaj, trovanje lijekovima glave
Pseudodemencija	Depresija

Tabela 31. Podjela demencija s obzirom na uzroke (prema Groth-Marnat, 2000)

Alzheimerova demencija ili demencija Alzheimerovog tipa (DAT) pripada najčešćim i najpogubnijim demencijama (50% svih demencija). Smatra se kortikalnom demencijom zbog masivnog gubitka ćelija i stanjivanja mozga u glavnim područjima korteksa, iako su zahvaćene i subkortikalne strukture.

Glavna klinička obilježja DAT-a mogu se pratiti kroz različite stadije bolesti:

- U prvom, ranom stadiju bolesti karakterističan je gubitak epizodičkog deklarativnog pamćenja, posebno usvajanja novih sadržaja, što je praćeno i progresivnim propadanjem mogućnosti prisjećanja već usvojenih epizodičkih sadržaja. Osim poteškoća u pamćenju, javljaju se i poteškoće u pronalaženju pravih riječi (anomična afazija), kao i promjene u raspoloženju i osobinama ličnosti (agresivnost i iritabilnost). Mogu se javiti i problemi u sposobnosti procjenjivanja i apstraktnog mišljenja, prepoznavanja osoba, te nedostatak spontanosti i inicijative. U manjem broju slučajeva mogu se javiti i izolirana afazija ili vremenska i prostorna dezorijentacija.
- U drugom stadiju bolesti izražena je progresija demencije i dolaze do izražaja žarišni kortikalni simptomi kao što su apraksija, agnozija i afazija. Govor i čitanje su sve lošiji. Slabi sposobnost učenja, prepoznavanja najbliže okoline i rodbine, te semantičko pamćenje. Proceduralno pamćenje je dobro očuvano. Međutim, zbog gubitka osjećaja o prostoru i vremenu, osoba postaje uznemirena, agresivna i nekooperativna, što može voditi razvoju depresije, anksioznosti i paranoidnih reakcija. Česta je pospanost tokom dana, te zbunjenost nastupanjem sumraka.
- U posljednjem, trećem stadiju bolesti, deklarativno pamćenje je u potpunosti izgubljeno, a počinje se gubiti i proceduralno pamćenje. Bolesnik više ne može hodati, žvakati, gutati, kontrolirati sfinktere i postaje ovisan o drugima. Javljaju se motorički i drugi žarišni neurološki ispadi. Prevladavaju znakovi oštećenja čeonog režnja: primitivni refleksi, paranoja, dezinhibicija, stereotipni pokreti i ponavljanje istih fraza, riječi ili slogova. Na kraju nastupaju koma i smrt, najčešće zbog infekcije.

DAT je teško dijagnosticirati u ranim stadijima jer početni simptomi variraju od osobe do osobe. Bez obzira što klinička slika DAT-a može varirati, postoje neki karakteristični obrasci zajednički mnogim oboljelima: problemi s pamćenjem i fluentna afazija, te vidnoprstorni deficiti (Kolb i Whishaw, 1990).

Vaskularna demencija je druga najčešća demencija, i njen udio je 15-20% svih demencija. Vaskularna demencija nastaje kada dijelovi mozga nisu dovoljno opskrbljeni irigacijskom mrežom koja osigurava optimalan protok krvi i kisika i to najčešće zbog bolesti krvnih sudova u formi ateroskleroze.

Preporuke i preduvjeti za adekvatnu komunikaciju s osobama oboljelim od demencije:

- posjedovati adekvatno znanje o demenciji;
- komunikacija je usmjerena na osobu koja pati od demencije;
- osoba treba biti uključena u razgovor, čak i ako jezična i kognitivna oštećenja otežavaju dijalog;
- neverbalni i verbalni aspekti komunikacije sadrže informacije o trenutnoj dobrobiti ili nelagodima koju oboljeli osjećaju;
- izjave koje su povezane s pozitivnim ili negativnim asocijacijama, ocjenjuju se kao trenutni izraz zadovoljstva ili nelagode;
- trajanje razgovora zavisi od osobe s demencijom;
- signali govora tijela obično su jasni pokazatelji kada se pažnja ili koncentracija iscrpe;
- vremensko ograničenje i učešće pacijenta moraju se posmatrati fleksibilno;
- nakon zamora pacijenta, razgovor se može nastaviti s članovima porodice ili njegovateljima;
- osobe s teškom demencijom ograničene su u verbalnom izražavanju, ali još uvijek mogu biti uključene u proces njege;
- razgovor koristi ukoliko se oboljeli osjećaju sigurno u svom okruženju (mogu se pobuditi pozitivna sjećanja kod oboljelog) i tokom razgovora.

Sestrinske intervencije kod osoba s demencijom su usmjerene na poticanje bolesnika na samostalno hranjenje, odijevanje, održavanje higijene, obavljanje nužde, održavanje domaćinstva i sl. Kod oboljelih koji imaju smanjeno podnošenje napora zbog mišićne slabosti, potrebno je prilagoditi okolinu bolesnikovim mogućnostima i psihičkom stanju, provoditi s bolesnikom dnevne aktivnosti, stvari koje bolesnik koristi staviti nadohvat ruke, te osigurati dovoljno vremena za obavljanje određenih radnji.

Kod bolesnika koji imaju visok rizik za pad zbog poremećene motorike, potrebno je osigurati pomagala za oslanjanje ili pridržavanje, ukloniti sve nepotrebne stvari, rasporediti namještaj tako da ne smeta bolesniku, nadzirati i pomoći bolesniku prilikom kretanja.

Kod oboljelih koji su potišteni s poremećenim općim funkcioniranjem (socijalna izolacija), potrebno je razgovarati s bolesnikom i poticati ga na razgovor, osigurati socijalne kontakte u skladu s bolesnikovim mogućnostima, omogućiti bolesniku da sve što može učini samostalno, te okupirati bolesnika s aktivnostima koje može sam obavljati.

4.11.6. Problemi s osjetilima (sluh, vid, miris, okus)

Najčešći problemi koji se javljaju u starijoj životnoj dobi su vezani za sluh i vid.

Preporuke za komunikaciju s osobama oslabljenog sluha:

- odrediti na koje uho bolje čuje i usmjeriti govor na tu stranu;
- pomoći pacijentu da se nauči služiti slušnim pomagalom;
- govoriti jasno i glasno;
- govoriti normalnom brzinom;
- govoriti nižim, dubokim glasom;
- ako starija osoba ne razumije, ponoviti poruku drugim riječima;
- govoriti licem okrenutim ka pacijentu, kako bi mu pomogli da na izrazu lica i čitanjem s usana bolje razumije poruku;
- dopuniti verbalnu poruku neverbalnom komunikacijom (gestom, izrazom lica);
- ne stavljati ruku pred usta prilikom govora i ne žvakati hranu ili žvakaću gumu;
- smanjiti buku u pozadini pri govoru (npr. ugasiti radio ili televizor);
- tražiti povratnu informaciju.

Preporuke za komunikaciju s osobama oslabljenog vida:

- savjetovati osobu o korištenju naočala, držati naočale pri ruci;
- predstaviti se imenom pri ulasku u prostoriju s pacijentom;
- stajati ispred pacijenta i koristiti pokrete glavom;
- verbalno objasniti svaku pisanu poruku – ako osoba naizgled čita, ne znači da je i vidjela šta piše, zato pitanjima treba provjeriti razumijevanje poruke;
- primjereno osvjetljenje pomaže boljem vidu;
- ukloniti sve opasnosti (npr. prepreke na putu ili bliještanje);
- riječima opisati put kojim vodite osobu i gdje je vodite.

Kod starijih ljudi javlja se atrofija jezika i gubi se osjet okusa i do 70%. Poremećaji gubitka okusa i mirisa mogu biti frustrirajući, jer utječu na sposobnost uživanja u hrani i piću te ugodnim mirisima. Ovi poremećaji, također, mogu utjecati i na sposobnost uočavanja s potencijalno štetnim hemikalijama i plinovima, što može imati ozbiljne posljedice. Ponekad je oštećenje mirisa i okusa posljedica ozbiljnog poremećaja, kao što je tumor. Miris i okus su usko povezani. Okusni pupoljci jezika identificiraju okus, a živci u nosu prepoznaju miris. Djelomični gubitak mirisa (hiposmija) i potpuni gubitak mirisa (anosmija) najčešći su poremećaji mirisa i okusa. Budući da se razlikovanje jednog okusa od drugog zasniva uglavnom na mirisu, ljudi najčešće primjećuju da se njihova sposobnost mirisa smanjuje kada im hrana izgubi okus. Nakon 50-te godine, čula mirisa i okusa postepeno se smanjuju. Sluznica nosa postaje tanja i suša, a živci uključeni u miris propadaju. Stariji ljudi još uvijek mogu otkriti jake mirise, ali otkrivanje suptilnijih mirisa je otežano. Kako ljudi stare, smanjuje se i broj okusnih pupoljaka, a oni koji su preostali, manje su osjetljivi. Ove promjene jače smanjuju sposobnost osjeta slatkog i slanog, nego kiselog i gorkog. Stoga, mnoge namirnice postaju gorke.

Zbog tih promjena stariji ljudi mogu jesti manje, čak postati i pothranjeni. Zato ne unose dovoljno hranjivih tvari, te dolazi do pogoršanja njihove osnovne bolesti.

Smanjen osjet okusa (hipogeusia) ili gubitak okusa (ageusia) obično je rezultat stanja kao što su Sjögrenov sindrom, pušenje (posebno lule), radioterapije na glavi i vratu, dehidracije i upotrebe lijekova (uključujući antihistaminike i antidepresiv amitriptilin). Manjak nutrijenata, kao što su smanjen nivo cinka, bakra i nikla, mogu promijeniti i ukus i miris.

4.11.7. Zlostavljanje i zanemarivanje starih osoba

Ejdžizam (ageism) spada među najrasprostranjenije oblike diskriminacije u savremenom društvu, a podrazumijeva diskriminiranje pojedinaca samo zato što pripadaju gerijatrijskoj populaciji. Ovaj termin prvi je upotrijebio gerontolog Robert N. Butler 1969. godine kako bi u jednoj riječi izrazio diskriminaciju baziranu na godinama starosti. Zanemarivanje potreba ljudi trećeg doba ima i povratni utjecaj na njihovu percepciju vlastite ličnosti. Staračke depresije najčešće su uvjetovane porukama koje društvo permanentno upućuje starim osobama.

Sigurnost starijih ljudi može biti ugrožena i zlostavljanjem, zanemarivanjem i iskorištavanjem. Zlostavljanje može biti fizičko, psihičko, ekonomsko, seksualno i društveno.

- Pokazatelji fizičkog zlostavljanja jesu razne povrede koje se mogu vidjeti na glavi, tijelu ili ekstremitetima, kao hematomi, laceracije, opekotine, frakture i luksacije.
- Psihičko zlostavljanje podrazumijeva vrijeđanje starije osobe, vikanje, zastrašivanje, ucjenjivanje, podcjenjivanje, obezvrjeđivanje, uskraćivanje razgovora s drugim osobama, rođacima i prijateljima. Takvo ponašanje kod starijih osoba izaziva osjećaj nesigurnosti, zastrašenosti i često pokazuju znake depresije, slabog samopouzdanja i imaju lošu sliku o sebi. Često je zanemarivanje i zlostavljanje starije osobe prepoznatljivo po ćutanju, izolaciji, a prvi znaci da se nešto događa su spuštene roletne i zatvoreni prozori na kući. Međutim, starije osobe i same prikrivaju znakove zanemarivanja ili zlostavljanja pošto ih je najčešće sramota da se sazna da su one žrtve svoje djece ili rođaka.
- Ekonomsko zlostavljanje odnosi se na uskraćivanje prihoda ili neovlašteno raspolaganje imovinom. Žrtve nasilja mogu biti sve starije osobe, bez obzira na godine, spol, kulturu, ekonomski status i zdravstveno stanje. U većem riziku su osobe starije od 75 godina, pogotovo one koje su fizički, psihološki ili ekonomski ovisne, mentalno i fizički onesposobljene, kao i one koje dugo žive same i izolirane.
- Seksualno zlostavljanje podrazumijeva seksualni napad, silovanje ili bilo kakvo ponašanje koje prouzrokuje da starija osoba doživljava tjelesnu neugodnost.
- Društveno zlostavljanje je sprječavanje osobe u održavanju kontakata s porodicom i prijateljima ili da učestvuje u društvenim aktivnostima.

Nažalost, zlostavljanje najčešće dolazi od onih kojima stare osobe vjeruju, a to su članovi porodice i rođaci. Nasilje je skriveno i nevidljivo, jer je za okolinu neprihvatljivo i nevjerovatno. Stid, osjećaj krivice i nemoći, kako žrtve, tako i izvršitelja, razlozi su zbog kojih nasilje nad starim i nemoćnim osobama ostaje prikriveno.

Zapuštanje je namjerni ili nenamjerni propust njegovatelja da podmiri sve potrebe osobe koja o njemu ovisi. Pokazatelji zapuštanja starije osobe mogu biti: loša higijena, zapušten izgled, neodgovarajuća odjeća, neliječeni medicinski problemi, izrazita pospanost, pothranjenost, dehidracija, hipotermija i drugi.

Kako starije osobe mogu spriječiti zlostavljanje:

- nastojati postići ravnotežu između potreba svoje porodice i svojih vlastitih potreba;
- održavati kontakte s prijateljima i društvenim grupama radi podrške i informiranja;
- koristiti svoje pravo na dostupnost neovisnih pravnih i finansijskih savjeta. Ne potpisivati nikakve pravne dokumente bez da razumiju svoje opcije i posljedice svojih odluka;
- za medicinska, finansijska i pravna pitanja koristiti ovlaštene tumače, a ne članove porodice;
- tražiti informacije i planirati budućnost – postoje mnoge službe koje mogu pomoći starijoj osobi da vodi neovisan život;

- kontaktirati organizacije koje mogu podržati porodicu koja vodi brigu o starijoj osobi;
- izbjegavati donošenje odluka o važnim životnim promjenama u vrijeme krize – kad se ne osjećaju dobro ili kad su previše uzrujane;
- pozvati policiju, ako su u opasnosti.

4.11.8. Pravilna ishrana

Za dobro zdravlje, odbrambenu sposobnost organizma, funkcionalni kapacitet i neovisnost starijih osoba, veliki značaj ima ishrana i stanje uhranjenosti. Pravilna ishrana osoba starije životne dobi podrazumijeva ishranu koja ispunjava energetske potrebe i potrebe za esencijalnim hranjivim tvarima, a koja u isto vrijeme smanjuje rizik obolijevanja od degenerativnih bolesti povezanih s načinom ishrane.

Potreba za ukupnim energetske unosom kod starijih osoba smanjena je zbog smanjenog metabolizma, manje tjelesne aktivnosti i gubitka mišićne mase. Zastupljenost pojedinih hranljivih tvari i njihov omjer u ukupnim dnevnim energetske potrebama, trebali bi biti: 50-55% ugljikohidrati, 12-15% bjelancevine, te 25-30% masti. Više od polovine energetske potreba organizma trebalo bi biti zadovoljeno složenim ugljikohidratima koji sadrže biljna vlakna (mahunarke, integralne žitarice, zob, ječam, riža, soja, razno povrće i voće). Važno je smanjiti konzumaciju bijelog šećera, rafiniranih namirnica i soli. Dovoljan unos vitamina i minerala neophodnih za odvijanje metaboličkih procesa i održavanje sposobnosti organizma, postiže se dobro planiranim dnevnim jelovnikom u kojem su povrće i voće zastupljeni s najmanje 5 porcija, povrće s 3 porcije, voće s 2 porcije, te žitarice s 6 porcija, dok je od nemasnog mijeka potrebno unijeti 2 porcije kao i 2 porcije mesa. Preporučuje se i dnevni unos tekućine 6-8 čaša (1-1,5 l) vode ili prirodnih sokova bez dodatka šećera, ili blagih biljnih čajeva. Povećan unos šećera, soli, bijelog brašna i zasićenih masnoća može doprinijeti nastanku bolesti ili funkcionalnoj onesposobljenosti.

Kod osoba starije životne dobi primjenjuje se osam prehrambenih pravila:

1. Adekvatan unos hrane do 1500 kcal dnevno uz redovnu tjelesnu aktivnost te uravnoteženu ishranu.
2. Svakodnevno jesti što raznovrsniju hranu uz obavezan doručak koji sadrži voće i bezmasne mliječne proizvode. Za ručak jesti što više povrća i plave ribe uz najviše jedan decilitar crnog vina, dok bi za večeru bilo najbolje unositi što manje hrane, najkasnije tri sata prije spavanja, a po mogućnosti da to bude uvijek u isto vrijeme.
3. Svaki dan uzimati osam čaša vode (dva decilitra nezaslađene ili negazirane tekućine, što se umanjuje konzumacijom tekuće hrane).
4. Sezonsko voće, povrće, integralne žitarice i klice unositi u što većoj količini.
5. Crveno meso zamijeniti bijelim mesom peradi bez kože i posebno plavom ribom.
6. Prikladan unos nemasnog sira, mlijeka, jogurta, tofua, kefira i orašastih plodova (orasi, lješnjaci, bademi...).
7. Potrebno je ograničiti unos soli, bijelog brašna, šećera i masnoća, koji se mogu zamijeniti ili nadoknaditi uljem buče, suncokreta ili masline.
8. Konzumirati u većim količinama brokulu, cvjetaču, cveklu, prokulicu, crveni i bijeli luk, sojine proizvode i bućine košpice.

Nutritivni status starijih osoba zahtjeva pažnju svih članova porodice, njegovatelja i društva. Medicinska sestra/tehničar u zajednici ima važnu ulogu u edukaciji o zdravoj ishrani i stilu života osoba svih dobnih grupa.

4.11.9. Saradnja sa socijalnom službom i smještaj u dom za stare osobe

Osnovni oblici njege za starije osobe dijele se na institucionalne i vanistitucionalne, iako u današnje vrijeme dolazi do preklapanja ova dva oblika njege. Dom za starije i nemoćne osobe je javna ustanova za brigu i negu izvan porodice. Prema najnovijim kriterijima, u dom može biti smještena starija osoba kojoj je zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju ili zbog nemoći potrebna stalna njega i pomoć druge osobe. Domovi za starije osobe mogu ponuditi poludnevni ili cjelodnevni

boravak. Posebnu grupu čine starije osobe s tjelesnim ili mentalnim invaliditetom koje se smještaju u posebne ustanove za trajno zbrinjavanje. Za smještaj starijih i umirućih osoba osnivaju se hospisi. Vaninstitucionalna njega podrazumijeva njegu koja se pruža osobama u njihovim vlastitim domovima u lokalnim zajednicama. U svakoj lokalnoj zajednici mogu se organizirati lokalni programi njege za starije osobe u skladu s njihovim potrebama. Vaninstitucionalni oblici njege za starije osobe usmjereni su na jačanje njihovih sposobnosti da se brinu o sebi i da očuvaju svoju samostalnost, zatim na jačanje uloge porodice u brizi i njezi starijeg člana uz pomoć raznih servisa u lokalnoj zajednici (npr. dostava obroka, nabavka hrane, liječenje i njega u kući, kulturne, rekreativne ili vjerske usluge). Ovaj oblik njege ima više prednosti u odnosu na institucionalnu njegu jer se sve odvija u krugu porodice, što predstavlja pozitivno okruženje za starijeg člana porodice. Također, u lokalnoj zajednici postoje i privatne ustanove za pružanje ove vrste pomoći, kao i različita udruženja koja provode razne programe za stariju populaciju. Institucionalni i vaninstitucionalni oblik njege ne isključuju jedan drugog, nego se dopunjuju. Kada medicinska sestra/tehničar u zajednici identificira stariju osobu na terenu koja ne može samostalno obavljati svakodnevne životne aktivnosti, živi sam/a, i kojoj je potrebna dodatna vrsta njege i pomoći, obavještava socijalnog radnika koji radi u domu zdravlja ili centar za socijalni rad, kako bi zajedno pronašli rješenje problema. Saradnja medicinske sestre/tehničara u zajednici s centrom za socijalni rad uključuje pružanje pomoći vezane za osiguranje hrane, ogrijeva, jednokratne ili višekratne materijalne pomoći, pomoć oko starateljstva, nadzor nad ovisnicima, posebno prilikom rođenja djeteta, te pomoć u slučaju zlostavljanja ili sumnje na zlostavljanje djece, starijih i nemoćnih osoba.

Ključne poruke:

Starenje je proces koji se dešava tokom čitavog života i podrazumijeva stalne biološke, psihičke i socijalne promjene. Svaka osoba je jedinstvena i promjene koje se dešavaju jedinstvene su i specifične za svakog pojedinca.

Klinička gerontologija ili gerijatrija ili medicinska gerontologija je oblast kliničke medicine koja izučava bolesti starijih i starih osoba, odnosno oboljenja u trećem životnom dobu (osobe starije od 65 godina). U odnosu na godine, starije osobe dijelimo na mlađe starije osobe (65-74), stare osobe (75-84) i vrlo stare osobe (preko 85 godina).

Starije osobe ovise o drugim osobama i njihova budućnost ovisi o tim neformalnim pružateljima njege koji mogu biti djeca, unuci, prijatelji i mnogi drugi.

Starenje nije bolest, nego individualan, prirodan proces u kojem dolazi do gubitka regenerativnih sposobnosti tkiva. Razlikujemo dvije vrste starenja: fiziološko i patološko starenje. Jedan od znakova starenja je smanjena sposobnost adaptacije na vanjske faktore, a prve promjene u starosti su izražene krajem pedesetih i početkom šezdesetih godina života.

SZO kao najučestalije probleme vezane za treću životnu dob izdvaja: padove, osteoporozu, probleme vida i sluha, problemi mentalnog zdravlja, inkontinencija, moždani udar, jatrogena oštećenja uzrokovana lijekovima, dijagnostikom i raznim intervencijama.

Padovi su vodeći uzrok smrtnosti i povređivanja starijih osoba, koje za posljedicu imaju invalidnost i nepokretnost, što često zahtijeva trajnu medicinsku njegu i visoke troškove liječenja.

Psihosocijalna procjena osoba treće životne dobi uključuje procjenu kognitivnih funkcija, kao što su pamćenje, učenje, motivacija, pažnja, vještine, navike, doživljavanje oblika, prostora i vremena, odlučivanje i suočavanje.

Najčešća patološka stanja vezana za stariju dob su depresivni poremećaji, anksiozni poremećaji, paranoidna stanja i druge psihoze, opadanje kognitivnog funkcioniranja i dementni poremećaji.

Reference:

1. Mojsović Z i suradnici, Sestrinstvo u zajednici, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 2005.
2. Zildžić M, Gavran L i suradnici, Zdravstvena njega u zajednici, Zdravstveni fakultet, Zenica,

2014.

3. Priručnik za dodatnu edukaciju porodične medicine, Medicinske sestre/tehničari, Sarajevo, 2011/2012.
4. Davidović M.i sar.; Savremena gerijatrija, Beograd, 2003.
5. Standardne operativne procedure zdravstvene njege u PZZ, II dio, Fondacija fami, Sarajevo, 2019.
6. Zdravstvena njega gerijatrijske populacije, Promotivno preventivni vodič, Sarajevo, 2011.
7. Beširević A, Ovčina A i saradnici, Demencija kao izazov za zdravstvenu njegu, Sarajevo, 2022.
8. Duraković Z i suradnici, Gerijatrija medicina starije dobi, Zagreb, 2007.
9. Analiza stanja stanovništva u Bosni i Hercegovini, 2020, dostupno na https://ba.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/psa_bih_final_november_2020_bcs_1.pdf (21.01.2024).
10. Despot Lučanić J, Psihologija i starenje – mogućnosti psihološke skrbi za starije osobe i njihove obitelji, Zagreb, 2014.
11. Barbić J, Osobe treće životne dobi u obiteljskoj zajednici, Osijek, 2022, dostupno na <https://zir.nsk.hr/islandora/object/ffos%3A6125/datastream/PDF/view> (23.01.2024.)
12. Zdravlje za sve, dostupno na http://zdravljezasve.hr/html/zdravlje16_fokus-b.html (23.01.2024).

Pitanja za završni ispit:

1. Komponente gerijatrijskog sindroma „5 N“ su najčešće prioritetni i preventivni gerontološko-javnozdravstveni problemi/ili izazovi. Šta tu ubrajamo?
2. Šta podrazumijeva psihičko zlostavljanje starijih osoba?
3. Šta podrazumijeva psihosocijalna procjena osoba treće životne dobi?

4.12. Prevencija i menadžment dekubitusa

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Prevencija i menadžment dekubitusa	– Predavanje (I dio) - 30 minuta – Rad u grupama (procjena rizika za nastanak dekubitusa, plan intervencija) - 30 minuta – Predavanje (II dio) i vježba (upotrebe monofilamenta) - 20 minuta – Diskusija i zaključci - 10 minuta

4.12. Prevencija i menadžment dekubitusa

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- procijeniti rizik za nastanak dekubitusa;
- educirati članove porodice o mjerama prevencije dekubitusa;
- klasificirati i tretirati dekubitus.

Sadržaj:

Dekubitus, faktori rizika za nastanak dekubitusa, menadžment dekubitusa.

4.12.1. Prevencija dekubitusa u kućnim uvjetima

Koža je najveći organ ljudskog tijela prosječne površine od 1,6 m² i ima tri sloja: epidermis, dermis ili cutis i subcutis. Teško oboljeli pacijenti često su i nepokretni, što predstavlja značajan faktor rizika za negativno djelovanje pritiska tijela na podlogu tj. za razvoj dekubitusa. Dekubitus je lokalno oštećenje kože ili potkožnog tkiva nastalo uslijed djelovanja sile pritiska, sile smicanja ili trenja, odnosno njihovom kombinacijom. Pri tome dolazi do smanjenja cirkulacije i slabijeg dotoka kisika i hranjivih tvari u tkivo, te do njegovog oštećenja. Spada u najčešće komplikacije dugotrajnog ležanja.

Prevencija dekubitusa obuhvata:

- procjenu rizika za nastanak dekubitusa;
- provođenje mjera prevencije za nastanak dekubitusa;
- edukaciju pacijenata i staratelja/njegovatelja o mjerama prevencije.

Mjere prevencije nastanka dekubitusa provode se kod svih nepokretnih pacijenata koji nisu sposobni samostalno mijenjati položaj tijela, a obuhvataju sljedeće:

1. Održavanje higijene

- Kupanje toplom vodom i neutralnim sredstvima uz blagu masažu predilekcionih mjesta i upotrebu zaštitnih krema ili emulzija za održavanje vlažnosti i elastičnosti kože;
- Higijenu anogenitalne regije kad god je pacijent vlažan;
- Redovnu promjenu ličnog veša i posteljine, s tim da lični veš treba biti od prirodnog materijala, dovoljno komotan, a posteljina uvijek čista, suha, bez nabora i od materijala koji ublažavaju sile klizanja i trenja.

2. Promjena položaja pacijenta u krevetu

- Promjena položaja je jedna od najvažnijih mjera prevencije i liječenja dekubitusa;
- Ne postoji optimalni vremenski interval za okretanje pacijenta;
- Smatra se da je vrijeme između dva okretanja dva sata, ali ono može biti kraće ili duže.

3. Redukcija pritiska

- Najveći praktični značaj za prevenciju razvoja dekubitusa ima korištenje antidekubitalnih madraca;
- Najbolji je madrac s naizmjeničnim vazdušnim pritiskom.

4. Pravilna ishrana

- Nutritivni status utječe na integritet kože i potkožnih struktura;
- Nedostatak vitamina i oligoelemenata može dovesti do povećanja rizika za razvoj dekubitusa.

5. Fizikalna terapija

- Aktivne i pasivne vježbe održavaju tonus miškulature, elastičnost zglobova i tonus krvnih sudova, što stimulira cirkulaciju i „oslobađa tkivo od ishemije“;
- Vježbama se preveniraju kontrakture zglobova, reducira spasticitet miškulature te izbjegavaju sve druge komplikacije prolongirane imobilizacije.

4.12.1.1. Procjena rizika za nastanak dekubitusa i upotreba pomagala za procjenu rizika

Procjena rizika za nastanak dekubitusa uključuje opću inspekciju kože kako bi se na vrijeme uočile i pratile promjene. Redovnim pregledom najosjetljivijih dijelova tijela vrši se rano otkrivanje početnih oštećenja kože. Inspekcija se provodi najmanje jednom dnevno, a njom se utvrđuje turgor, toplota, pigmentacija, vlažnost i stanje cirkulacije. Pacijente koji su sposobni i voljni, treba ohrabrivati da sami pregledaju svoju kožu.

Kod debljih bolesnika se znatno manje javlja dekubitus, u odnosu na mršave pacijente zbog bolje

raspodjele pritiska. Klasični bolnički kreveti po svojim karakteristikama ne odgovaraju zahtjevima koji se trebaju poštovati u prevenciji i njezi dekubitusa, te je stoga neophodno provoditi različite mjere prevencije nastanka dekubitusa.

Do sada je opisano oko 130 mogućih faktora rizika za nastanak dekubitusa, a dijele se na:

1. Vanjski (patomehanički) faktori – neudoban krevet, nečista i vlažna koža, sredstva za imobilizaciju, nabori na posteljnom i donjem vešu, pritisak proteze, trahealne kanile ili trajnog katetera;
2. Unutrašnji (patofiziološki) faktori – poremećaji nutricije, odnosno pothranjenost i pretilost, poremećaji hidratacije, urinarna i fekalna inkontinencija, prekomjerno znojenje ili suha koža, kardiovaskularni poremećaji, ortopedski problemi, gubitak senzibiliteta kože, lijekovi iz grupe sedativa, analgetika i antihipertenziva (usporavaju protok krvi).

Najvažniji faktori rizika su nepokretljivost, dob, neadekvatna nutricija, stanje kože i perfuzija, gubitak osjeta, urinarna i fekalna inkontinencija, prekomjerna vlažnost ili suhoća kože, te poremećaj mentalnog statusa.

Nepokretljivost – bilo koja osoba s limitiranim mobilitetom koja nije u mogućnosti promijeniti položaj dok sjedi ili leži, u riziku je za razvoj dekubitusa.

Dob – stariji bolesnici imaju veći rizik nastanka dekubitusa zbog svog općeg stanja, neuroloških i kardiovaskularnih problema, osjetljivije kože koja je tanja, manje elastična i sadrži manje kolagena. Nutricija (ishrana) i hidratacija – za održavanje normalne zdrave kože potrebna je adekvatna količina tekućine, proteina, vitamina i minerala.

Gubitak osjeta – kod određenih bolesti i povreda kičmene moždine, uslijed čega bolesnici nemaju osjet boli i nelagodnosti te nemaju potrebu za promjenom položaja.

Urinarna i fekalna inkontinencija – koža je vlažna i sklonija oštećenjima, a zbog prisutnosti bakterija postoji povećani rizik za nastanak infekcije.

Prekomjerna vlažnost ili suhoća kože – pojačano znojenje rezultira povećanom vlagom s mogućnošću nastanka maceracije kože, a kod prekomjerno suhe kože izraženo je pojačano trenje između kože i podloge.

Poremećaj mentalnog statusa – bolesnici s poremećajem mentalnog statusa zbog bolesti, povrede ili medikamenata, često su manje sposobni reagirati na pravilan način i ne poduzimaju adekvatne postupke prevencije i njege dekubitusa.

U postupku prevencije nastanka dekubitusa vrlo je važno, u skladu s postojećim skalama procjene, analizirati stanje bolesnika. Postoji nekoliko skala pomoću kojih se može procijeniti rizik za nastanak dekubitusa. Najpoznatije su Braden skala (Prilog 4a) i Norton skala (Prilog 4b).

4.12.1.2. Ishrana, položaj, oprema, njega kože, kontinencija/inkontinencija – edukacija pacijenta i njegovatelja

Patronažna sestra/tehničar ima značajnu ulogu u edukaciji pacijenata, njihovih porodica i njegovatelja o pravilnoj njezi nepokretnih pacijenata i mjerama prevencije za nastanak dekubitusa, od kojih su najznačajnije edukacija o pravilnoj ishrani, redovnoj promjeni položaja u krevetu, higijeni kože, hidrataciji itd. Edukacija se odnosi na faktore rizika za nastanak dekubitusa, predilekcijska mjesta na kojima se najčešće javljaju dekubitusi, način pregleda kože, prepoznavanje početnih promjena, njega kože itd.

Jedan od vrlo čestih faktora koji odgađaju cijeljenje rane su nedostaci u ishrani. Kod zdravog čovjeka, to se može duže vrijeme kompenzirati, ali kako se hronične rane najčešće javljaju kod nepokretnih bolesnika s nizom drugih popratnih bolesti, logično je pretpostaviti da je kod njih unos dovoljne količine kvalitetne hrane poremećen. Preporučljivo je, stoga, obratiti pažnju na kliničke znakove neadekvatne ishrane i sumnje potvrditi laboratorijskim pretragama. U kliničkoj praksi koristi se subjektivna procjena nutritivnog statusa, te se bolesnici svrstavaju u tri kategorije: dobro uhranjeni, umjereno pothranjeni ili izloženi riziku od malnutricije i izrazito pothranjeni. Kod hroničnih rana susrećemo se s jačom ili slabijom sekrecijom i na taj način bolesnik gubi svakodnevno znatne

količine proteina. Bolesnici s malnutricijom i promjenom fizioloških funkcija imaju značajno povišen rizik za nastanak komplikacija i nepovoljnih ishoda bolesti.

Za bolesnike s utvrđenim nutritivnim rizikom mora se razraditi plan ishrane, koji mora uvažavati njihovo stanje, energetske i selektivne nutritivne potrebe. Bolesniku treba osigurati ishranu bogatu proteinima, vitaminima, posebno vitaminima A i C, te cinkom. Nedovoljna ishrana dovodi do razgradnje kolagena, a time i do težeg cijeljenja rana.

Tekućina je, također, neophodna za zdravu, turgoroznu kožu. Dehidrirana je koža neelastična, fragilna i pojačano sklona pucanju. Starije osobe su dodatno osjetljivije na manjak tekućine jer imaju slabiji osjećaj žeđi, boje se urinarne inkontinencije, a često su i pod diuretskom terapijom. Dnevne potrebe za tekućinom iznose minimalno 30 do 35 ml/kg tjelesne težine. U pravilu je bolje uzimati više tekućine i više mokriti nego dehidrirati, koliko god to bilo nepraktično nepokretnim osobama. Zanimljivo je da zdrav čovjek pri spavanju tokom noći promijeni položaj do 40 puta. Okretanje pacijenta i mijenjanje položaja u krevetu jedna je od najvažnijih mjera prevencije i liječenja dekubitusa. Okretanje ne smije biti po krutom vremenskom rasporedu, već se mora prilagoditi svakom pacijentu, i to na osnovu općeg stanja pacijenta i rezultata inspekcije kože. Ne postoji optimalni vremenski interval za okretanje pacijenta. Uobičajeno se smatra da je vrijeme između dva okretanja dva sata, ali ono može biti i kraće ili duže od tog perioda. Pri okretanju pacijenta treba procijeniti mogućnost pacijenta da aktivno učestvuje i pomaže sa svojim preostalim sposobnostima. Često se podcjenjuje sposobnost pacijenta da sam pomogne pri okretanju. Osobe koje imaju hemiparezu (slabost jedne polovine tijela), mogu se same ili uz minimalnu tuđu pomoć okrenuti na jednu stranu. Pomoć takvom pacijentu od osobe koja ga njeguje treba biti svedena na najmanju moguću mjeru i istovremeno dovoljna da se izvrši pravilno i korektno okretanje.

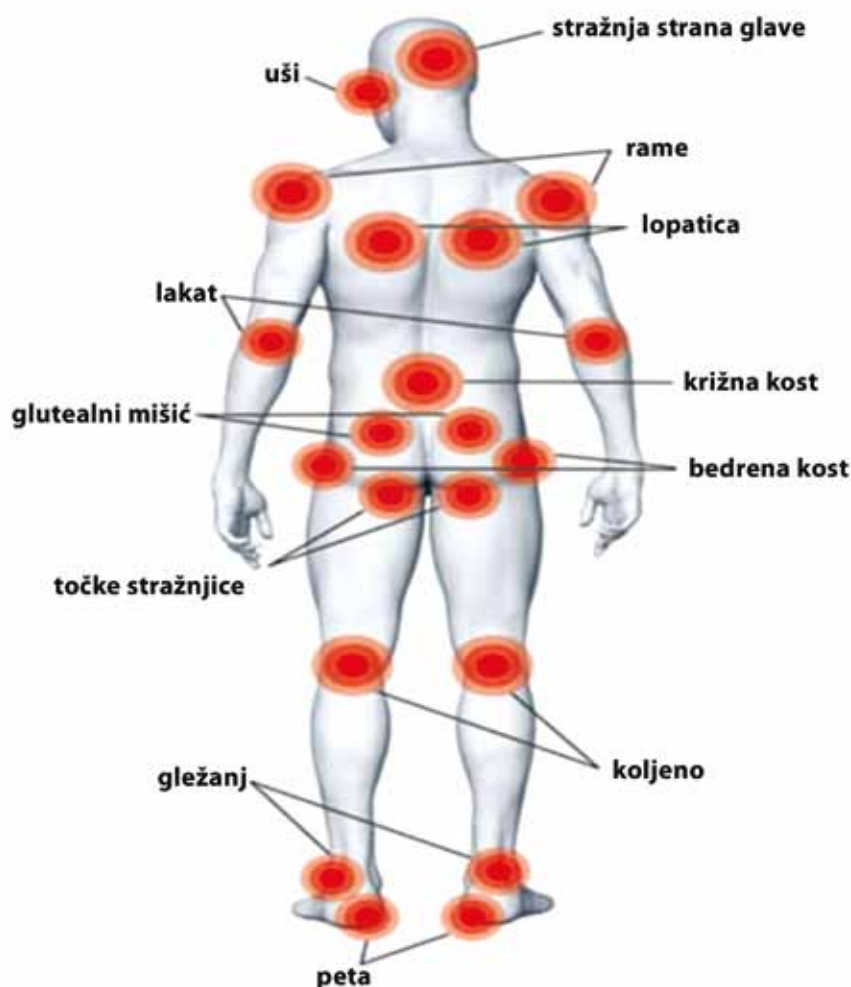


Slika 30. Položaj pacijenta u krevetu

4.12.2.1. Klasifikacija dekubitusa

Dekubitus ili dekubitalni ulkus je oštećenje kože izazvano stalnim mehaničkim pritiskom na određeni dio kože, zbog smanjene ili prekinute opskrbe krvlju, izazivajući odumiranje tkiva (ishemička nekroza), a eventualno i dubljih struktura. Najčešće se razvija kod osoba koje su duže vrijeme nepokretne

ili su vezane za invalidska kolica. Može nastati na bilo kojem dijelu tijela, ali ipak najčešće nastaje na mjestima koja su najviše izložena pritisku na podlogu (tzv. predilekcijska mjesta), a posebno ako se neposredno ispod kože nalaze kosti (trtica, lopatice, laktovi i pete). Tkivo odumire na području na kojem je protok bio prekinut više od dva sata (Slika 31).



Slika 31. Predilekcijska mjesta za nastanak dekubitusa

Pravilna klasifikacija dekubitalne rane i procjena faktora rizika koji utječu na njen nastanak predstavlja smjernice za odabir adekvatnog tretmana koji će omogućiti saniranje dekubitalne rane. Dekubitalna rana se klasificira na sljedeći način:

I stadij – crvenilo kože na mjestima pritiska na podlogu, integritet kože je očuvan, postoji lokalna temperatura i otok, a crvenilo blijedi na pritisak;

II stadij – oštećenje epidermisa i dermisa s pojavom bule i erozije, crvenilo ne blijedi na pritisak;

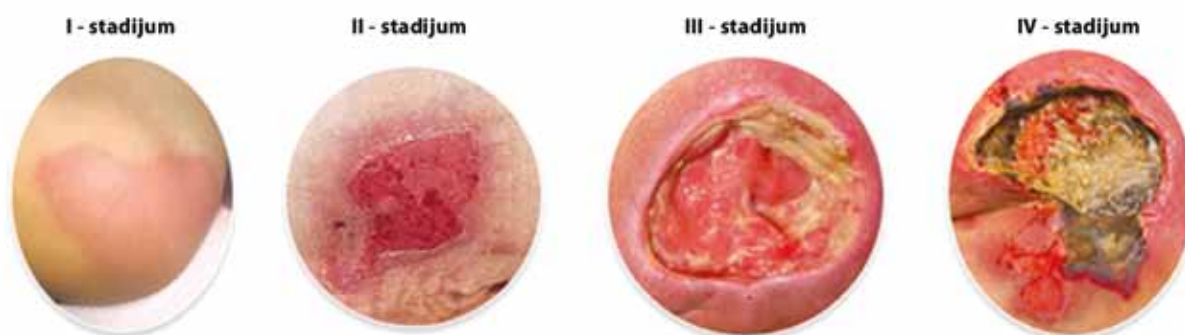
III stadij – zahvatanje potkožnog tkiva do mišićne fascije s vidljivim nekrotičnim dijelovima, rana je neprijatnog mirisa, a okolna koža je hiperpigmentirana;

IV stadij – opsežan dekubitus koji zahvata sve slojeve tkiva, uključujući koštano tkivo s pratećom infekcijom;

V stadij – ekstremno duboki, životno ugrožavajući defekti svih slojeva tkiva s prisutnom infekcijom i nekrozom.

Dekubitus se često razvije kod mršavih pacijenata u terminalnoj fazi bolesti. Primaran cilj u tom slučaju je otkloniti bol i nelagodu. **KTU** (Kennedyjev terminalni dekubitus) je čest, iako slabo poznat dekubitus koji se pojavljuje pred kraj života. Promjena na koži ima nepravilan oblik, poput leptira, kruške ili potkove i poprima tamno crvenu/žutu/crnu boju. Do promjene kože dolazi iznenada

uprkos preventivnim mjerama i brzo napreduje, ponekad se razvijajući u duboki dekubitus unutar 24 sata. Kombinacija s reduciranim nutritivnim stanjem, povećanom tjelesnom temperaturom i lošijim fizičkim stanjem povećava rizik od nastanka KTU-a.



Slika 32. Stadiji razvoja dekubitusa

4.12.2.2. Tretman dekubitusa

Liječenje dekubitusa spada u najskuplja liječenja u medicini. U svrhu povećanja kvaliteta liječenja bolesnika s dekubitusom, potreban je multidisciplinarni pristup i angažman zdravstvenih radnika različitih specijalnosti za provođenje različitih metoda prevencije i liječenja. Faktori koji utječu na cijeljenje dekubitusa uključuju faktore koji su vezani za pacijenta (fizički, psihosocijalni, odnos prema bolesti, lijekovi, finansijske mogućnosti, dostupnost novih materijala za cijeljenje rane itd.), te faktore koji su vezani za ranu (trajanje, veličina, dubina rane, stanje dna rane, neadekvatna perfuzija, infekcija, lokalizacija rane). Posebno važnu ulogu u liječenju dekubitusa ima medicinska sestra/tehničar koja, uz to što njeguje pacijenta, provodi i mjere prevencije, a liječenje provodi uz multidisciplinarni tim.

Intervencije medicinske sestre/tehničara su:

- savjetovanje o mjerama prevencije nastanka ili pogoršanja već postojećeg stanja;
- procjena stanja dekubitusa pri prvom i svakom sljedećem pregledu (opisati stepen dekubitusa, izmjeriti veličinu, locirati ga, procijeniti stepen sekrecije, nekroze, granulacije i sl.);
- izrada plana i provođenje mjera zbrinjavanja dekubitalne rane;
- dokumentiranje i praćenje svih promjena;
- procjena potrebe za uključivanje drugih stručnjaka;
- zaštita okolne intaktne kože.

Tretman dekubitusa može biti konzervativni (higijena kože, hidratacija, primjena antidekubitalnih madraca, promjena položaja tijela svaka dva sata, preraspodjela pritiska, redovna promjena posteljine i zatezanje iste, pravilna ishrana – vitamin A i C, protein, cink, bakar, željezo, te redovna higijena rane) i hirurški (hirurškim putem se odstranjuje nekroza do zdravog tkiva kako bi se zarastanje rane ubrzalo).

Obradu dekubitalne rane provodi medicinska sestra/tehničar pod aseptičnim uvjetima, po nalogu ljekara koji treba da odredi vrstu previjanja (suho ili vlažno), način tretiranja, te vrstu odgovarajućeg pokrivala.

Prostorija u kojoj se vrši previjanje treba biti svijetla, prozračna i ugodne temperature. Priprema materijala uključuje materijal za aseptičnu obradu rane, sterilnu špricu, bubrežnjak i leukoplast, zaštitnu opremu, plastični centimetar i vrećicu za odlaganje infektivnog otpada. Priprema pacijenta uključuje identifikaciju pacijenta, informiranje o načinu provođenja postupka, postavljanje paci-

jenta u odgovarajući, udoban položaj te oslobađanje rane od odjeće ili pelena.

Obrada i previjanje dekubitalne rane:

- skinuti pokrov s rane;
- vizuelno procijeniti ranu (izmjeriti veličinu, lokaciju, sekreciju, miris, nekrotično tkivo, izgled dna rane, granulacije i znakove infekcije);
- napraviti poređenje stanja rane u odnosu na prethodni tretman;
- procijeniti nivo boli;
- zbrinuti dekubitalnu ranu (prema proceduri obrade i previjanja rane);
- zbrinuti okolno tkivo oko dekubitusa;
- staviti odgovarajuće pokrivalo;
- pratiti opće stanje pacijenta tokom tretmana.

Vrlo je važno savjetovati pacijenta ili njegovatelja o pravilnoj ishrani koja će pomoći u cijeljenju rane, o higijeni i čestoj promjeni položaja, te načinu primjene obloga koje su propisane. Patronažna sestra/tehničar treba obavijestiti ljekara ako uoči pojavu nekrotičnog tkiva, ili ako rana ne zarasta nakon 14 do 21 dana. Prema procjeni i nalogu ljekara, potrebno je uzeti bris dekubitalne rane.

Ključne poruke:

Dekubitus je lokalno oštećenje kože ili potkožnog tkiva nastalo uslijed djelovanja sile pritiska, sile smicanja ili trenja, odnosno njihovom kombinacijom.

Prevenција dekubitusa obuhvata procjenu rizika za nastanak dekubitusa, provođenje mjera prevencije za nastanak dekubitusa, te edukaciju pacijenata i staratelja/njegovatelja o mjerama prevencije. Procjena rizika za nastanak dekubitusa obuhvata opću inspekciju kože kako bi se na vrijeme uočile i pratile promjene. Redovnim pregledom najosjetljivijih dijelova tijela vrši se rano otkrivanje početnih oštećenja kože. Inspekcija se provodi najmanje jednom dnevno, a njom se utvrđuje turgor, toplota, pigmentacija, vlažnost i stanje cirkulacije. Pacijente koji su sposobni i voljni, treba ohrabrivati da sami pregledaju svoju kožu.

Najvažniji faktori rizika za nastanak dekubitusa su nepokretljivost, dob, nutriticija, stanje kože i perfuzija, gubitak osjeta, urinarna i fekalna inkontinencija, prekomjerna vlažnost ili suhoća kože, te poremećaj mentalnog statusa.

Patronažna sestra/tehničar ima značajnu ulogu u edukaciji pacijenata, njihovih porodica i njegovatelja o pravilnoj njezi nepokretnih pacijenata i mjerama prevencije za nastanak dekubitusa, od kojih su najznačajnije edukacije o pravilnoj ishrani, redovnoj promjeni položaja u krevetu, higijeni kože, hidrataciji itd. Edukacija se treba odnositi na faktore rizika za nastanak dekubitusa, predilekcijska mjesta na kojima se najčešće javljaju dekubitusi, način pregleda kože i prepoznavanje početnih promjena, njegu kože itd.

Liječenje dekubitusa spada u najskuplja liječenja u medicini. U svrhu povećanja kvaliteta liječenja bolesnika s dekubitusom, potreban je multidisciplinarni pristup i angažman zdravstvenih radnika različitih specijalnosti za provođenje različitih metoda prevencije i liječenja.

Reference:

1. Projekat za razvoj porodične medicinske sestre Bosna i Hercegovina, George Braun College, Toronto – Kanada 2001.
2. PAT, radna knjiga medicinski tehničar, 2007/2008.
3. Procedure (priručnik za medicinske sestre); Turid Elisabeth Martinese UMSTS Beograd 2004.
4. Standardne operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti II dio (polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici), Fondacija fami 2019.
5. J. Hančević i suradnici: Prevencija, detekcija i liječenje dekubitusa, Zagreb, 2009.
6. D. Huljev: Kronične rane, Zagreb, 2013.
7. M. El Aklouk: Kronične rane, Zagreb, 2013.
8. J. Hančević, Kraljević M, Mužević D: Kronična rana, Zagreb, 2009.
9. Gradinac M. Dekubitus se može izbjeći. Vaše zdravlje, 2007, 55 (7/8).

Pitanja za završni ispit:

1. Šta je dekubitus?
2. Šta karakterizira treći stepen dekubitusa?
3. Šta zahtijeva liječenje dekubitusa?

4.13. Zdravstvena nega stoma

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Zdravstvena nega stoma	– Predavanje (I dio) - 40 minuta – Vježba (njega stoma) - 25 minuta – Diskusija - 10 minuta – Predavanje (II dio) - 40 minuta – Vježba (njega stoma) - 25 minuta – Diskusija i zaključci - 10 minuta

4.13. Zdravstvena njega stoma

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- negovati stome;
- pravilno promijeniti stome;
- educirati pacijente i porodicu o (samo)njezi stoma.

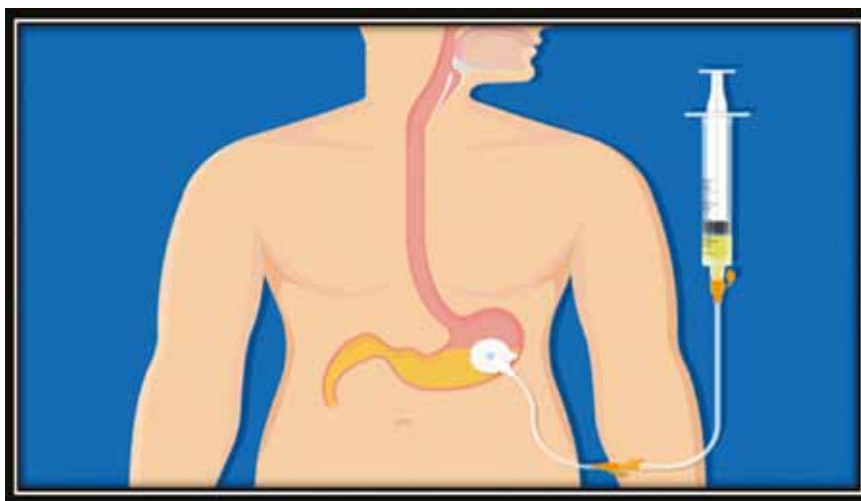
Sadržaj:

Zdravstvena njega stoma, psihološka podrška pacijentima za život sa stomom, obučavanje porodice i pacijenta.

4.13.1. Vrste stoma

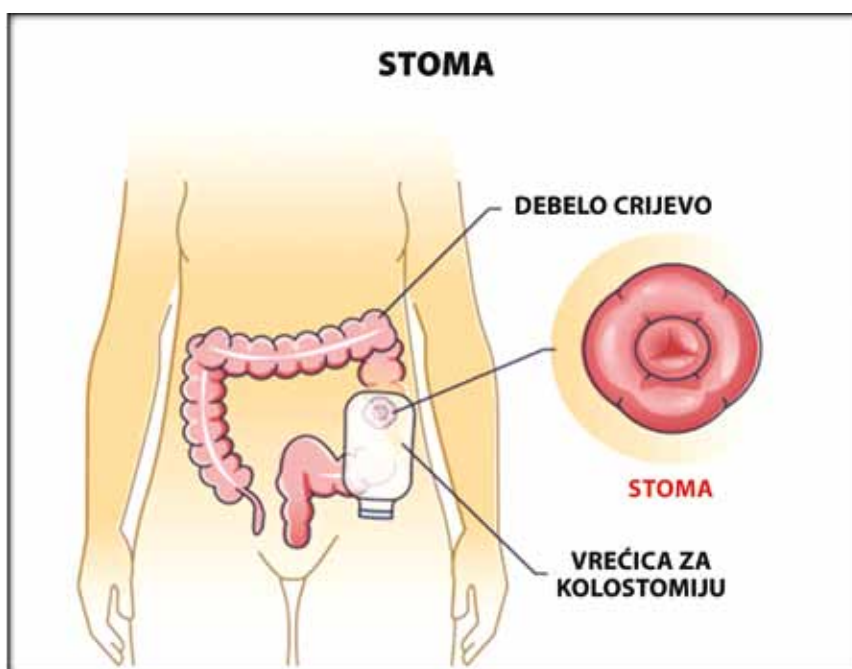
Stoma (grč. otvor) predstavlja hiruški oblikovan otvor na abdomenu koji je spojen s crijevom (ileostoma ili colostoma), želucom (gastrostoma), mokraćnim mjehurom (urostoma) i dišnim traktom (traheostoma). Izvodi se operativnim putem radi hranjenja, pražnjenja crijevnog sadržaja ili urina i disanja, kada to zbog osnovne bolesti ili same operacije nije moguće obavljati prirodnim putem. Naziv stome ovisi od toga koji unutrašnji organ je u pitanju ili koji dio crijeva se izvodi na trbušni zid. Stome mogu biti privremene i trajne. Privremena stoma se zatvara nakon nekoliko mjeseci novom operacijom, kada se ponovo uspostavlja normalan kontinuitet digestivnog/urinarnog trakta.

Perkutana endoskopska gastrostoma (PEG) je otvor na stijenci želuca napravljen hirurškim putem s ugrađenom transabdominalnom sondom u svrhu direktnog plasiranja hrane u želudac kod pacijenata koji nisu u mogućnosti gutati hranu. Izvodi se kod pacijenata s funkcionalnim donjim dijelom probavnog sistema i nemogućnošću peroralnog unosa hrane.



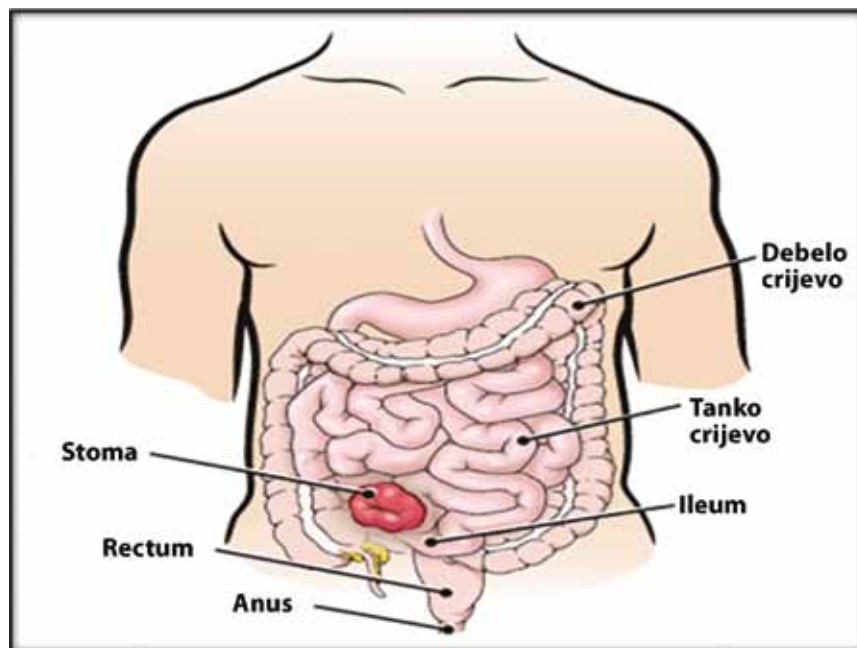
Slika 33. Gastrostoma

Kolostoma je hiruški formiran otvor na debelom crijevu koji je izveden na prednjem trbušnom zidu s ciljem pražnjenja crijevnog sadržaja. U većini slučajeva, kolostoma je privremena, ali ponekad ostaje i kao trajno rješenje. Obično se izvodi na lijevoj strani ispod pupka, okruglog ili ovalnog oblika, u prosjeku izbočena 0,5-1 cm iznad nivoa kože.



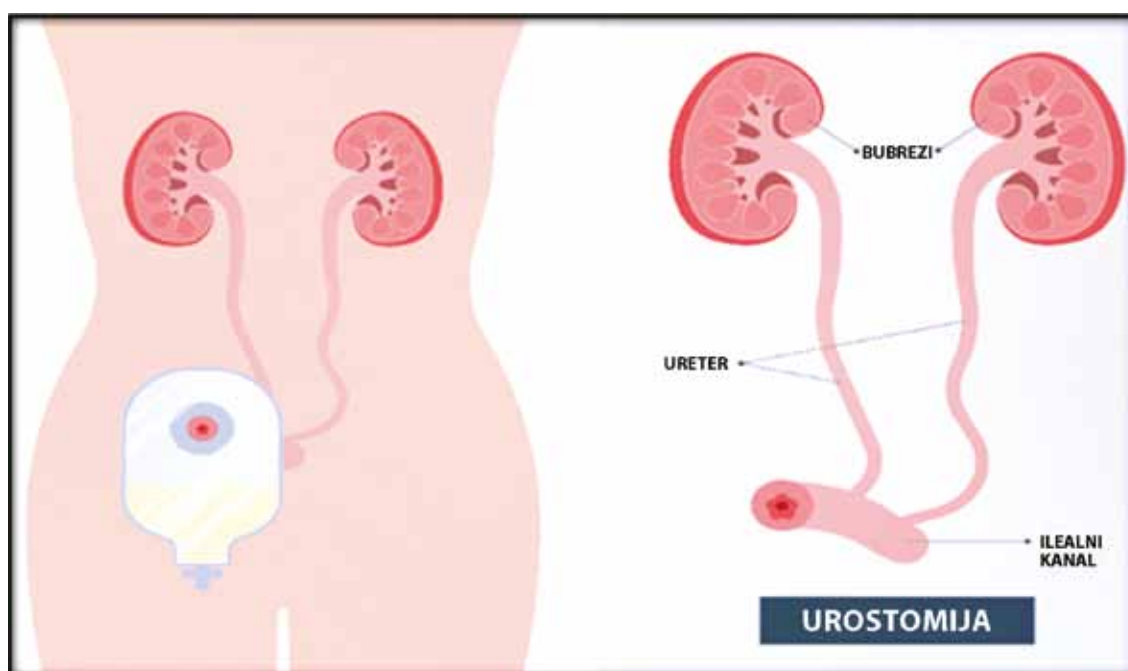
Slika 34. Kolostoma

Ileostoma je hiruški formiran otvor najčešće na završnom dijelu tankog crijeva koji je izveden na prednjem dijelu trbušnog zida. Najčešće se nalazi na desnoj strani abdomena, malo niže od pupka, promjera 2-4 cm, izdignuta 3-4 cm iznad nivoa kože.



Slika 35. Ileostoma

Urostoma je hiruški napravljen otvor na mokraćnom mjehuru koji je izveden na prednji trbušni zid kroz koji se mokraća prazni kada to nije moguće postići prirodnim putem. Najčešće se formira na desnoj strani abdomena, malo niže od pupka.



Slika 36. Urostoma

Traheostoma je hirurški napravljen otvor na prednjoj stijenci vratnog dijela dušnika u svrhu prolaska zraka u donje dišne puteve, dok se gornji dišni putevi isključuju iz respiracije. Izvodi se u projekciji drugog i trećeg hrskavičnog prstena i drži se otvorenim umetanjem trahealne kanile. Trahealna kanila je metalna ili plastična cijev, različitih veličina, koja se umeće u traheju kroz otvor traheotomije. Trahealna kanila se sastoji od vanjske kanile, unutrašnje kanile i pločice s rupicama na kojoj se nalazi sigurnosna "bravica" koja onemogućava ispadanje unutrašnje kanile.

4.13.2. Njega i toaleta stoma

Aдекватna njega stome i okolne kože osigurat će da stoma i stoma vrećica funkcioniraju optimalno, te da se pacijent osjeća sigurno i samouvjereno u svakoj situaciji. Za njegu kože oko stome koriste se topla voda, neagresivni sapuni i sredstva bez alkohola. Najčešće komplikacije stoma su lokalna iritacija kože, reverzija stome, stenoza stome, prolaps stome, krvarenje sluznice, hernija, curenje sadržaja, vrlo uzak otvor stome koji se posljedično uvlači u trbušnu stijenkku. Debljanje ili mršavljenje mogu utjecati na funkciju stome.

Šest koraka do zdrave kože oko stome uključuju:

1. Paziti da je koža čista i potpuno suha prije nanošenja ljepljivog dijela stoma vrećice.
2. Prilagoditi otvor ljepljivog dijela stome tako da tačno pristaje promjeru stome.
3. Nakon operacije redovno provjeravati da li je disk odgovarajuće veličine i oblika za stomu.
4. Osigurati potpuni kontakt između ljepljivog dijela stome i kože.
5. Dodatno provjeriti stomu u slučaju svraba ili nelagode.
6. Koristiti stomu koja najbolje odgovara pacijentu.



Slika 37. Stome i pomagala za stome

Zdravstvena njega i previjanje stome zavisi od vrste stome. Često skidanje jednodijelnih vrećica može uzrokovati oštećenje okolne kože, stoga su dvodijelne vrećice bolji izbor. Pločica se pričvršćuje na kožu i može ostati 3-5 dana, a mijenjaju se samo vrećice. Prilikom njege stome, neophodno je pripremiti prostor, materijal i samog pacijenta.

Zdravstvena njega kolostome je postupak koji se sastoji od higijene stoma otvora i okolne kože, izmjene ili pražnjenja vrećice za stolicu, te izmjene stoma podloge (baze, pločice, diska). Cilj njege je osigurati čistu i zdravu stomu i okolnu kožu, osigurati eliminaciju stolice bez komplikacija, te smanjiti pacijentovu tjeskobu i osjećaj ugroženog dostojanstva.

Zdravstvena njega PEG-a uključuje njegu gastrostome, postupak hranjenja i održavanja prohodnosti sonde. Vrlo je važna i demonstracija postupka pacijentu i njegovatelju u svrhu samostalne njege i hranjenja prilikom prve kućne posjete.

4.13.3. Edukacija pacijenta o samonjezi stome

Medicinska sestra/tehničar obučava pacijente o njezi stome i okolne kože, o postavljanju diska i stoma vrećice, o praćenju izgleda i boje stome, o izgledu okolne kože, kao i o praćenju sadržaja u stoma vrećici.

Ključno je educirati pacijente i njegovatelje o sljedećem:

- održavati peristomalnu kožu čistom i suhom;
- prije samog postupka zamjene stome oprati ruke;
- polako uklanjati disk bez naglih pokreta;
- koristiti toplu vodu za čišćenje okolne kože;
- tretirati stomu nježno;
- izbjegavati kontakt fekalija i urina s kožom;
- dobro očistiti kožu i stomu;
- temeljito posušiti kožu;
- redovno depilirati dlake peristomalne kože;
- izbjegavati agresivne sapune i sredstva koja sadrže alkohol, jer mogu iritirati kožu;
- izbjegavati proizvode koji sadrže ulja, jer će otežati postavljanje diska uz kožu;
- pacijent se može svakodnevno tuširati sa stomom ili bez nje, kada se koristi zatvarač za stomu.

Edukacija pacijenta sa stomom o ishrani:

- jesti redovno, po mogućnosti uvijek u isto vrijeme;
- piti puno tekućine u malim količinama;
- plan ishrane treba organizmu osigurati unos odgovarajuće energije, bjelančevina, mineralnih tvari i vitamina;
- izbjegavati jako začinjenu, masnu i dimljenu hranu;
- izbjegavati jagodičasto i bobičasto voće, te agrume (ribizla, malina, kivi, smokva, grožđe).

Glavne poruke:

Stoma (grč. otvor) predstavlja hiruški oblikovan otvor na abdomenu koji je spojen s crijevom (ileo-stoma ili colostoma), želucom (gastrostoma), dišnim traktom (traheostoma) ili s mokraćnim mjehurom (urostoma). Izvodi se operativnim putem radi disanja, hranjenja ili pražnjenja crijevnog sadržaja ili urina, kada to zbog osnovne bolesti ili same operacije nije moguće obavljati prirodnim putem.

Aдекватna njega stome i okolne kože osigurat će da stoma i stoma vrećica funkcioniraju optimalno, te da se pacijent osjeća sigurno i samouvjereno u svakoj situaciji. Za njegu kože oko stome koriste se topla voda, neagresivni sapuni i sredstva bez alkohola. Najčešće komplikacije stoma su lokalna iritacija kože, reverzija stome, stenoza stome, prolaps stome, krvarenje sluznice, hernija, curenje sadržaja, vrlo uzak otvor stome koji se posljedično uvlači u trbušnu stijenku itd.

Zdravstvena njega i previjanje stome zavisi od vrste stome. Često skidanje jednodijelnih vrećica može uzrokovati oštećenje okolne kože, stoga su dvodijelne vrećice bolji izbor. Pločica se pričvršćuje na kožu i može ostati 3-5 dana, a mijenjaju se samo vrećice.

Medicinska sestra/tehničar obučava pacijente o njezi stome i okolne kože, o postavljanju diska i stoma vrećice, o praćenju izgleda i boje stome, o izgleda okolne kože, kao i o praćenju sadržaja u stoma vrećici.

Reference:

1. Projekat za razvoj porodične medicinske sestre Bosna i Hercegovina, George Braun College, Toronto – Kanada 2001.
2. PAT, radna knjiga medicinski tehničar, 2007/2008.
3. Procedure (priručnik za medicinske sestre); Turid Elisabeth Martinese UMSTS Beograd 2004.
4. Standardne operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti II dio (polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici), Fondacija fami 2019.
5. <https://medikal-lux.hr>>prije-operacije-ugradnje-stome
6. <https://www.lentismed.hr>>upoznajte-se-sa-stomom
7. <https://stoma.hr>>Vrste stoma
8. R. Pongrac; stoma-izazov u abdominalnoj hirurgiji, diplomski rad, Sveučilište Sjever, Sestrinstvo, Varaždin, 2016.
9. Živjeti sa stomom, Coloplast 2008.

Pitanja za završni ispit:

1. Od navedenih, koja je stoma za hranjenje pacijenta?
2. Šta se koristi za njegu kože oko stome?
3. Gdje se izvodi ileostoma?

4.14. Zdravstvena njega pacijenata s mentalnim poteškoćama

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Zdravstvena njega pacijenata s mentalnim poteškoćama	– Predavanje - 60 minuta – Rad u grupama (plan zdravstvene njege pacijenata s hroničnim mentalnim poteškoćama) - 20 minuta – Rad u grupama (uloga medicinske sestre/tehničara u zajednici u liječenju pacijenata s hroničnim mentalnim poteškoćama) - 20 minuta – Rad u grupama (igranje uloga: akutna stanja u psihijatriji) - 20 minuta

4.14. Zdravstvena njega pacijenata s mentalnim poteškoćama

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- definirati ulogu patronažne sestre/tehničara kao člana tima u liječenju pacijenata s duševnim smetnjama;
- identificirati principe tretmana pacijenata u zajednici;
- koristiti principe tretmana akutnih stanja u psihijatriji;
- opisati rad i ulogu centra za mentalno zdravlje u zajednici, psihijatrijske službe i neuropsihijatrijska službe;
- identificirati mogućnost i značaj saradnje s centrima za mentalno zdravlje u zajednici.

Sadržaj:

Tim porodične medicine zajedno s porodicom osobe s duševnim smetnjama, timom centra za mentalno zdravlje u zajednici i drugim značajnim institucijama i organizacijama (centar za socijalni rad, korisnička udruženja) imaju veliku ulogu u liječenju pacijenata s mentalnim poteškoćama, zatim u rehabilitaciji, resocijalizaciji i prevenciji recidiva. Asertivni tretman hroničnih duševnih bolesnika u zajednici je najefikasniji metod tretmana i rehabilitacije hroničnih mentalnih poremećaja. Posebno je značajan rad medicinske sestre/tehničara u zajednici, mobilnih i kriznih timova i njihova međusobna saradnja. Pri zbrinjavanju hitnih stanja, provode se procedure u skladu s medicinskim postulatima i odgovarajućom zakonskom regulativom.

4.14.1. Definicija mentalnog zdravlja, uzroci i klasifikacija mentalnih poremećaja

Mentalno zdravlje obuhvata cjelokupno emocionalno, psihološko i socijalno blagostanje pojedinca. Označava širok pojam koji obuhvata dobro (pozitivno) mentalno zdravlje, kao i narušeno (negativno) mentalno zdravlje. Dobro mentalno zdravlje je stanje u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može prevladati stres svakodnevnog života, raditi produktivno, te doprinositi zajednici. Narušeno mentalno zdravlje uključuje probleme mentalnog zdravlja i oštećeno funkcioniranje povezano s distresom, simptomima ili klinički izraženim mentalnim poremećajima.

Uzroci mentalnih poremećaja su kompleksni i raznoliki, uključujući genetske faktore, biološke faktore poput neurorazvojnih poremećaja, neurohemijskih neravnoteža ili neuroloških oštećenja, te psihološke i socijalne faktore kao što su traume, stres, društveni pritisak i naslijeđeno ponašanje. Genetska predispozicija može imati ulogu u nekim mentalnim poremećajima, a isto tako i biološki faktori poput neurohemijskih neravnoteža ili strukturnih promjena u mozgu. Psihološki uzroci, također, mogu igrati važnu ulogu, uključujući traume, stres, loše strategije suočavanja ili nisko samopoštovanje. Društveni faktori, kao što su socijalna izolacija, diskriminacija, ekonomske nejednakosti i nasilje, također, mogu doprinijeti pojavi mentalnih poremećaja.

Važno je napomenuti da je kombinacija genetskih, bioloških, psiholoških i društvenih faktora često prisutna u većini mentalnih poremećaja. S druge strane, osoba može biti izložena brojnim faktorima rizika, ali to ne znači da će nužno razviti mentalni poremećaj. Prevencija, rana intervencija i podrška mogu igrati ključnu ulogu u očuvanju mentalnog zdravlja.

Klasifikacija mentalnih poremećaja široko se zasniva na dijagnostičkim kriterijima navedenim u klasifikaciji mentalnih poremećaja, poput Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD) ili Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM). Ovi sistemi klasificiraju mentalne poremećaje prema simptomima, uzrocima, toku bolesti i drugim relevantnim faktorima.

Prema X reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), u grupu mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (F00- F99) spadaju sljedeće podgrupe:

1. Organski i simptomatski mentalni poremećaji (F00-F09);
2. Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih supstanci (F10-F19);
3. Shizofrenija, shizotipni i sumanutni poremećaji (F20-F29);
4. Afektivni poremećaji (F30-F39);
5. Neurotski, vezani uz stres i somatoformni poremećaji (F40-F49);
6. Bihevioralni sindromi vezani za fiziološke poremećaje i fizičke faktore (F50-F59);
7. Poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih (F60-F69);
8. Duševna zaostalost (F70-F79);
9. Poremećaji u ponašanju i osjećajima koji se pojavljuju u djetinjstvu i adolescenciji (F90-F98);
10. Nespecifični mentalni poremećaji (F99).

Ove klasifikacije su korisne, jer omogućavaju zdravstvenim profesionalcima da identificiraju i dijagnosticiraju određene mentalne poremećaje kako bi pružili pravilno liječenje i podršku. Također, omogućavaju istraživačima da bolje razumiju prirodu i uzroke ovih poremećaja. Važno je napomenuti da klasifikacije mentalnih poremećaja nisu statične i da se stalno revidiraju kako bi odražavale najnovija naučna saznanja i poboljšale tačnost dijagnoza, kao i samo liječenje. Ove klasifikacije, također, mogu varirati ovisno o kulturnim, društvenim i historijskim kontekstima, te je važno uzeti u obzir sve ove faktore prilikom razmatranja mentalnog zdravlja.

4.14.2. Organizacija liječenja osoba s duševnim smetnjama (mentalnim poremećajima) u Federaciji BiH

Rano otkrivanje, liječenje i adekvatan postupak s osobama koje već pokazuju poteškoće mentalnog zdravlja tj. primjena farmakoterapije, individualne i grupne terapije, okupacione terapije i sl. predstavlja ključni faktor za sprječavanje dugoročnih komplikacija i poboljšanje kvaliteta života osoba s mentalnim poteškoćama. Tretman akutnih stanja u psihijatriji podrazumijeva brzu reakciju na simptome i pružanje adekvatne medicinske i psihološke pomoći pacijentima koji se suočavaju

s akutnim psihičkim problemima. Identifikacija adekvatnog tretmana u akutnim stanjima u psihijatriji je ključna za pružanje efikasne i blagovremene pomoći pacijentima. Principi tretmana akutnih stanja u psihijatriji uključuju hitnu procjenu stanja pacijenta, dijagnostiku stanja, smanjenje simptoma, sprječavanje mogućih komplikacija, podršku pacijentu i njegovoj porodici, kao i prevenciju recidiva. U nekim slučajevima, hospitalizacija može biti neophodna kako bi se pacijentu pružila 24-satna njega i medicinska pomoć.

Uloga patronažne sestre/tehničara u liječenju akutnih stanja u psihijatriji je veoma važna. Patronažna sestra/tehničar ima značajnu ulogu da u saradnji s centrima za mentalno zdravlje (CMZ) učestvuje u praćenju pacijenata nakon otpusta iz bolnice, pruža podršku u kućnim uvjetima, educira pacijente o pravilnoj terapiji i načinu života, kao i da prepozna rane simptome pogoršanja stanja. U saradnji s psihijatrima i drugim zdravstvenim radnicima, patronažna sestra/tehničar može osigurati kontinuiranu njegu i podršku pacijentima s akutnim stanjima u psihijatriji, što može doprinijeti boljem ishodu liječenja i smanjenju rizika od ponovnog javljanja simptoma.

4.14.3. Saradnja s centrima za mentalno zdravlje u zajednici – značaj i mogućnosti

Centar za mentalno zdravlje (CMZ) u Federaciji Bosne i Hercegovine predstavlja ključnu instituciju za pružanje podrške i tretman osoba s duševnim smetnjama. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama jasno definira obaveze i odgovornosti CMZ-a u pružanju kvalitetne zdravstvene zaštite. CMZ su obavezni pružati multidisciplinarnu podršku, koja uključuje psihijatrijsko liječenje, psihološku terapiju, socijalnu podršku i rehabilitaciju. CMZ moraju biti organizirani u skladu sa standardima propisanim od strane Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji BiH. Ovi standardi osiguravaju da CMZ posjeduju odgovarajuću opremu, prostorije i stručno osoblje za pružanje adekvatne zdravstvene zaštite. U CMZ-u se primjenjuju najnovije dijagnostičke i terapijske metode, u skladu s propisanim smjernicama. Svaka osoba koja se obrati CMZ-u dobija individualiziran tretman koji je prilagođen njenim potrebama i specifičnim stanjima.

Saradnja patronažnih sestara/tehničara s CMZ-om u zajednici ima poseban značaj u pružanju adekvatne njege i podrške osobama s duševnim smetnjama. Jedan od glavnih ciljeva saradnje je osiguranje kontinuirane i koordinirane njege. Kroz ovu saradnju, osigurava se integrirani pristup liječenju koji uključuje terapiju, rehabilitaciju, socijalnu podršku i druge oblike pomoći koji su potrebni za potpuni oporavak. Pravilnikom o radu CMZ-a, predviđeno je da jedan centar za mentalno zdravlje pruža zdravstvenu zaštitu za oko 50.000 stanovnika. Na osnovu sporazuma o saradnji predviđenih akreditacijskim i certifikacijskim standardima, CMZ-ovi djeluju s udruženjima čiji se rad bazira na tretmanu osoba s poteškoćama, između ostalog, i mentalnim. Koordinirana briga i otpust su modeli saradnje s bolnicama, kao i kućne posjete, gdje se uključuje porodica i zajednica u podršku resocijalizacije osoba s mentalnim poteškoćama. Kroz pravovremenu intervenciju i podršku, osobe koje se suočavaju s mentalnim zdravstvenim izazovima imaju veće šanse za uspješan oporavak i integraciju u društvo.

Također, saradnja s CMZ-om u zajednici pruža mogućnost prevencije i ranog otkrivanja mentalnih poremećaja. Edukacija zajednice o važnosti mentalnog zdravlja, kao i pravovremena intervencija, doprinose smanjenju stigme i povećanju svijesti o važnosti brige o mentalnom zdravlju.

Kroz uspostavu saradnje s CMZ u zajednici, stvara se multidisciplinarni tim stručnjaka koji pružaju podršku osobama s duševnim smetnjama i njihovim porodicama. Ovaj tim radi zajedno kako bi osigurao najbolje moguće rješenje za svaku osobu, uzimajući u obzir individualne potrebe i specifične okolnosti. Kroz integrirani pristup liječenju, podršku za oporavak i prevenciju mentalnih poremećaja, ova saradnja doprinosi poboljšanju kvaliteta života osoba koje se suočavaju s mentalnim izazovima. Važno je kontinuirano raditi na jačanju ove saradnje kako bi se osigurala najbolja moguća njega za sve osobe koje trebaju pomoć u području mentalnog zdravlja.

4.14.4. Menadžment osoba s duševnim smetnjama u hitnim stanjima

Menadžment osoba s duševnim smetnjama u hitnim stanjima zahtijeva poseban pristup i pažnju kako bi se osigurala odgovarajuća njega i zaštita. Nekoliko ključnih elemenata koji se često uzimaju

u obzir:

1. Hitna procjena – osoblje hitnih službi treba brzo procijeniti stanje osobe s duševnim smetnjama kako bi utvrdili stepen hitnosti i vrstu intervencije koja je potrebna.
2. Sigurnost pacijenta i okoline – prioritet je obezbijediti sigurnost pacijenta, ali i osoblja i okoline. To može uključivati osiguranje fizičke sigurnosti pacijenta i sprječavanje samopovređivanja ili povređivanja drugih.
3. Komunikacija i empatija – komunikacija s osobom s duševnim smetnjama zahtijeva posebnu pažnju i empatiju. Osoblje bi trebalo biti obučeno za komunikaciju s osobama koje se nalaze u psihičkoj krizi ili su dezorijentirane.
4. Procjena potreba – važno je procijeniti potrebe osobe s duševnim smetnjama ne samo u vezi s psihičkim zdravljem, već i s drugim aspektima, poput medicinskih potreba, sigurnosti, socijalne podrške itd.
5. Saradnja s drugim službama – uključivanje drugih stručnjaka poput psihijatar, psihologa ili socijalnih radnika može biti ključno za pružanje adekvatne njege osobama s duševnim smetnjama u hitnim situacijama.
6. Praćenje i upućivanje – nakon pružanja hitne intervencije, važno je osigurati kontinuirano praćenje i upućivanje osobe s duševnim smetnjama na odgovarajući oblik dalje njege, bilo da je to bolničko liječenje, ambulantna terapija ili podrška u zajednici.

Ovo su samo neki od ključnih aspekata menadžmenta osoba s duševnim smetnjama u hitnim situacijama, a pristup će se možda razlikovati ovisno o specifičnim uvjetima i resursima dostupnim u određenoj zdravstvenoj ustanovi ili zajednici.

4.14.5. Propisi o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, odnosno o zaštiti mentalnog zdravlja

Zaštita mentalnog zdravlja u Evropi zasniva se na zajedničkim vrijednostima i principima univerzalnosti, solidarnosti, dostupnosti, efikasnosti, visokog kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite. Na Ministarskoj konferenciji o mentalnom zdravlju SZO u Helsinkiju 2005. godine prihvaćena je Deklaracija o mentalnom zdravlju i Akcijski plan za mentalno zdravlje za Evropu. Tim dokumentima data je snažna politička podrška zaštiti mentalnog zdravlja, te je uspostavljen okvir za cjelovitu akciju. Na konferenciji na visokom nivou 2008. godine prihvaćen je Evropski pakt za mentalno zdravlje koji izdvaja pet prioriteta u zaštiti mentalnog zdravlja: prevenciju depresije i samoubistava, mentalno zdravlje u mladosti i obrazovanju, mentalno zdravlje na radnom mjestu, mentalno zdravlje starijih osoba, te suprotstavljanje stigmi i socijalnoj isključenosti.

U Zakonu su obuhvaćena:

- prava osoba s mentalnim poremećajima;
- dobrovoljni smještaj osoba s mentalnim poremećajima u zdravstvenu ustanovu;
- prisilno zadržavanje i prisilni smještaj u zdravstvenu ustanovu;
- otpust iz zdravstvene ustanove;
- primjena fizičke sile u zaštiti osoba s mentalnim poremećajima;
- mjere obaveznog liječenja za osobe koje su počinitelji krivičnih i prekršajnih djela;
- rad komisije za zaštitu osoba s mentalnim poremećajima;
- kaznene odredbe.

Osoba s duševnim smetnjama koja može razumjeti prirodu, posljedice i opasnost predloženog ljekarskog postupka i koja na osnovu toga može donijeti odluku i izraziti svoju volju, može se pregledati ili podvrgnuti ljekarskom postupku samo uz njen pisani pristanak. Sposobnost osobe da da pristanak utvrđuje doktor medicine ili psihijatar u vrijeme kada ta osoba donosi odluku i u tu svrhu izdaje pisanu potvrdu. Ova se potvrda prilaže u ljekarsku dokumentaciju. Osoba s duševnim smetnjama može zahtijevati da postupku davanja pristanka bude prisutna osoba od njenog povjerenja. Osoba s duševnim smetnjama koja nije sposobna dati pristanak, bilo zbog toga što u određenom trenutku ne može razumjeti prirodu, posljedice ili opasnost predloženog ljekarskog postupka ili zbog toga što u tom trenutku ne može donijeti odluku ili izraziti svoju slobodnu volju, može se

podvrgnuti samo onom ljekarskom postupku koji je u njenom najboljem interesu.

Dijete ili maloljetna osoba s duševnim smetnjama koja nije sposobna dati pristanak može se podvrgnuti pregledu ili drugom ljekarskom postupku samo uz pristanak njegovog zakonskog zastupnika. Punoljetna osoba s duševnim smetnjama koja nije sposobna dati pristanak može se podvrgnuti pregledu ili drugom ljekarskom postupku samo uz pristanak njenog zakonskog zastupnika, a ako ga nema onda uz saglasnost komisije za zaštitu osoba s duševnim smetnjama pri zdravstvenoj ustanovi. Kada pristanak bude ustanovljen od strane treće osobe, psihijatar im je dužan pod istim uvjetima dati obavijesti koje je dužan dati osobi s duševnim smetnjama kada ova daje pristanak.

4.14.5.1. Stigmatizacija osoba s mentalnim poteškoćama

Stigma predstavlja negativno obilježje ili oznaku koja se pripisuje određenoj grupi ljudi ili pojedincima, a koje ih označava kao društveno neprihvatljive ili manje vrijedne, što može rezultirati diskriminacijom, izolacijom i marginalizacijom tih osoba. Stigmatizacija osoba s mentalnim poteškoćama predstavlja ozbiljan društveni problem s kojim se i dalje suočavamo u današnjem društvu.

Osobe s mentalnim poteškoćama često se suočavaju s predrasudama, stereotipima i negativnim stavovima koji ih označavaju kao nepredvidive, opasne ili nesposobne za normalno funkcioniranje u društvu. Ovaj negativan stav može potjecati od nedostatka razumijevanja i znanja o mentalnim poteškoćama, kao i od straha. Stigmatizacija može imati ozbiljne posljedice po osobe s mentalnim poteškoćama, uključujući smanjenje samopouzdanja, izolaciju, nedostatak podrške i pristupa adekvatnim tretmanima i uslugama mentalnog zdravlja. Ove posljedice mogu dodatno pogoršati njihovo mentalno zdravlje i kvalitet života.

Važno je raditi na razbijanju predrasuda i stereotipa o osobama s mentalnim poteškoćama kroz edukaciju, osvještavanje javnosti i promociju tolerancije i empatije. Također, važno je osigurati adekvatnu podršku i resurse osobama s mentalnim poteškoćama kako bi mogle voditi pun i produktivan život bez straha od stigmatizacije.

U skladu sa zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama i standardima za CMZ, važno je osigurati da osobe s mentalnim poteškoćama imaju pristup kvalitetnoj i pravovremenoj zdravstvenoj i socijalnoj podršci, kao i da njihova prava i dostojanstvo budu poštovani u svim segmentima društva.

Ključne poruke:

Mentalno zdravlje obuhvata cjelokupno emocionalno, psihološko i socijalno blagostanje pojedinca. Označava širok pojam koji obuhvata dobro (pozitivno) mentalno zdravlje, kao i narušeno (negativno) mentalno zdravlje. Dobro mentalno zdravlje je stanje u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može prevladati stres svakodnevnog života, raditi produktivno, te doprinositi zajednici. Narušeno mentalno zdravlje uključuje probleme mentalnog zdravlja i oštećeno funkcioniranje povezano s distresom, simptomima ili klinički izraženim mentalnim poremećajima.

Klasifikacija mentalnih poremećaja široko se zasniva na dijagnostičkim kriterijima navedenim u klasifikaciji mentalnih poremećaja, poput Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD) ili Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM). Ovi sistemi klasificiraju mentalne poremećaje prema simptomima, uzrocima, toku bolesti i drugim relevantnim faktorima.

Rano otkrivanje, liječenje i adekvatan postupak s osobama koje već pokazuju poteškoće mentalnog zdravlja tj. primjena farmakoterapije, individualne i grupne terapije, okupacione terapije i sl. predstavljaju ključni faktor za sprječavanje dugoročnih komplikacija i poboljšanje kvaliteta života osoba s mentalnim poteškoćama.

Centar za mentalno zdravlje (CMZ) u Federaciji Bosne i Hercegovine predstavlja ključnu instituciju za pružanje podrške i tretman osoba s duševnim smetnjama. Pravilnikom o radu CMZ, predviđeno je da jedan centar za mentalno zdravlje pruža zdravstvenu zaštitu za oko 50.000 stanovnika.

Menadžment osoba s duševnim smetnjama u hitnim stanjima zahtijeva poseban pristup i pažnju kako bi se osigurala odgovarajuća njega i zaštita.

Zaštita mentalnog zdravlja u Evropi zasniva se na zajedničkim vrijednostima i principima univerzalnosti, solidarnosti, dostupnosti, efikasnosti, visokog kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite. Na Ministarskoj konferenciji o mentalnom zdravlju SZO u Helsinkiju 2005. godine prihvaćena je Deklaracija o mentalnom zdravlju i Akcijski plan za mentalno zdravlje za Evropu.

Stigma predstavlja negativno obilježje ili oznaku koja se pripisuje određenoj grupi ljudi ili pojedincima, a koje ih označava kao društveno neprihvatljive ili manje vrijedne, što može rezultirati diskriminacijom, izolacijom i marginalizacijom tih osoba. Stigmatizacija osoba s mentalnim poteškoćama predstavlja ozbiljan društveni problem s kojim se i dalje suočavamo u današnjem društvu.

Važno je raditi na razbijanju predrasuda i stereotipa o osobama s mentalnim poteškoćama kroz edukaciju, osvještavanje javnosti i promociju tolerancije i empatije. Također, važno je osigurati adekvatnu podršku i resurse osobama s mentalnim poteškoćama kako bi mogle voditi pun i produktivan život bez straha od stigmatizacije.

Reference:

1. Biro M, Butollo W. Klinička psihologija. Klinika za kliničku psihologiju, Ludwig Maximillians Universität, München, 2003.
2. Munjiza M., Akutne i hronične psihoze u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Elit Medica, Beograd, 2005.
3. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama ("Službene novine Federacije BiH", broj 37/01, 40/02, 52/11 i 14/13).
4. Standardi za centre mentalnog zdravlja, AKAZ - Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH, 2016.
5. DSM-V, Naklada Slap, 2014.
6. Mentalno zdravlje, Maja Silobrić Radić, Hrvatski časopis za javno zdravstvo, Vol 7, br 28, listopad, 2011.

Pitanja za završni ispit :

1. Šta podrazumijeva stigma?
2. Koliko pacijenata opslužuje jedan centar za mentalno zdravlje?
3. Šta predstavlja rano otkrivanje, liječenje i adekvatan postupak s osobama koje već pokazuju poteškoće mentalnog zdravlja?

4.15. Rehabilitacija

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Rehabilitacija	– Predavanje (I dio) - 25 minuta – Diskusija u velikoj grupi (savremene metode rehabilitacije) - 10 minuta – Demonstracije vježbi (prevencija kontrakture i drugih komplikacija, upotreba ortopedskih pomagala) - 60 minuta – Predavanje (II dio) - Poremećaji govora - 15 minuta – Diskusija - 10 minuta

4.15. Rehabilitacija

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- navesti savremene metode rehabilitacije;
- napraviti procjenu pokretnosti pacijenta;
- navesti osnovne metode fizioterapije i primjenljivost u kućnim uvjetima;
- naglasiti značaj prevencije kontraktura i drugih komplikacija;
- kroz rad u grupama, demonstrirati aktivne i pasivne vježbe primjenljive u kućnim uvjetima;
- obučiti pacijenta o upotrebi pribora i pomagala kod kuće;
- navesti najčešće tehnike liječenja kod poremećaja govora;
- uspostaviti komunikaciju s postojećim službama za rehabilitaciju u zajednici.

Sadržaj:

Medicinska rehabilitacija je proces krajnje mogućeg osposobljavanja osoba s invaliditetom, kroz razvijanje njihovih fizičkih, mentalnih, socijalnih i profesionalnih mogućnosti do maksimuma. Cilj rehabilitacije je primijeniti što prije odgovarajuće mjere da se stepen oštećenja svede na najmanju moguću mjeru. Rehabilitacija se dijeli na medicinsku, socijalnu i profesionalnu rehabilitaciju. Rehabilitacijska njega podrazumijeva pozicioniranje pacijenta, samozbrinjavanje, rješavanje sfinkterijalnih problema, prevenciju dekubitusa i psihoterapiju (edukacija pacijenta i porodice). Govorna terapija se koristi kod smetnji govora i komunikacije. Govorne smetnje se javljaju kod neuroloških poremećaja. Suštinu rehabilitacije u zajednici čini uspostava službi u blizini mjesta stanovanja, jer je to primjereniji i isplativiji način pružanja usluga osobama s invaliditetom.

4.15.1. Savremene metode rehabilitacije

Rehabilitacija osoba s invaliditetom uključuje primjenu savremenih metoda rehabilitacije s ciljem povećanja funkcionalnosti i kvaliteta života osoba s invaliditetom. Ove metode se zasnivaju na rezultatima najnovijih istraživanja i tehnologijama koje omogućavaju što efikasniju rehabilitaciju. Konvencija Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom, postavila je temelje za prava osoba s invaliditetom i promovira njihovu punu inkluziju u društvo. Prema ovoj konvenciji, osobe s invaliditetom imaju pravo na sve oblike zdravstvene i rehabilitacijske njege kako bi im se omogućila potpuna integracija u društvo.

Jedna od savremenih metoda rehabilitacije je **klinička radna terapija** koja se fokusira na poboljšanje funkcionalnosti i neovisnosti osoba s invaliditetom u svakodnevним aktivnostima. Kroz individualizirane tretmane i aktivnosti, klinička radna terapija pomaže osobama s invaliditetom da razviju vještine potrebne za obavljanje svakodnevnih zadataka. Druga važna metoda rehabilitacije je **kineziterapija**, koja se bazira na terapijskim vježbama i pokretima kako bi se poboljšala pokretljivost i snaga osoba s invaliditetom te prevenirale dodatne komplikacije. Kroz kontrolirane pokrete i vježbe, kineziterapija pomaže u smanjenju boli, poboljšava koordinaciju i povećava obim pokreta. Kontrakture su deformiteti zglobova koji nastaju uslijed ograničene pokretljivosti mišića, tetiva i ligamenata oko zgloba. Ova stanja mogu biti uzrokovana brojnim faktorima, uključujući neaktivnost, lošu ishranu, ozbiljne povrede ili reumatske bolesti i sl.

Pozicioniranje tokom rehabilitacije je metoda kojom se pacijentima s invaliditetom omogućava udobno i sigurno držanje tijela u određenim položajima radi poboljšanja funkcionalnosti, smanjenja bolova i sprječavanja komplikacija. Ova metoda se često koristi u svrhu poboljšanja mobilnosti, mišićne snage i općeg stanja pacijenata. Reumatske i srodne bolesti često uzrokuju invaliditet i zahtijevaju specijaliziranu rehabilitaciju. Prilagođene terapije i tretmani mogu pomoći u smanjenju simptoma i poboljšanju kvaliteta života osoba koje boluju od ovih bolesti. Opći komentari Odbora za prava osoba s invaliditetom UN-a pružaju smjernice za poboljšanje pristupa i kvaliteta rehabilitacijskih usluga za osobe s invaliditetom. Kroz implementaciju preporuka iz ovih komentara, mogu se unaprijediti metode rehabilitacije i omogućiti veća inkluzija osoba s invaliditetom u društvo. Kroz pravilno prilagođenu terapiju i tretman, osobe s invaliditetom mogu poboljšati svoje fizičko i mentalno zdravlje te ostvariti veću neovisnost i kvalitet života.

4.15.2. Procjena pokretljivosti pacijenta

Procjena pokretljivosti pacijenata je ključni segment planiranja terapije za osobe s invaliditetom, posebno za one koji boluju od reumatoidnih i srodnih bolesti. U cilju procjene pokretljivosti pacijenta, značajno je koristiti multidisciplinarni pristup u koji su uključeni stručnjaci poput fizioterapeuta, radnog terapeuta i kineziterapeuta, te po potrebi i psiholog i psihijatar. Ovi stručnjaci zajedno rade na procjeni pokretnosti pacijenta kako bi mu omogućili što veću neovisnost i kvalitet života.

Fizioterapeuti koriste različite metode i tehnike procjene pokretljivosti zglobova i mišića, kao što su manualna terapija, vježbe mobilizacije i procjene funkcionalnih sposobnosti. Radni terapeuti se fokusiraju na procjenu sposobnosti pacijenta da obavlja svakodnevne aktivnosti kao što su oblačenje, hranjenje i održavanje higijene. Kinezioterapeuti se bave procjenom i planiranjem programa vježbi koje će poboljšati funkciju mišića i zglobova pacijenta.

Barthelov indeks je instrument koji se koristi za procjenu samostalnosti i funkcionalne sposobnosti osoba s invaliditetom (Prilog 8). Ovaj indeks, koji je razvijen 1955. godine od strane Dorotee Barthel i Eugene Knausa, koristi se kako bi se ocijenila sposobnost osobe s invaliditetom da obavlja osnovne svakodnevne životne aktivnosti. Indeks se sastoji od deset stavki koje obuhvataju različite aspekte aktivnosti svakodnevnog života, kao što su hranjenje, oblačenje, kupanje, kretanje i obavljanje higijenskih aktivnosti. Svaka stavka ocjenjuje se na skali od 0 do 100, pri čemu veća vrijednost označava veću funkcionalnu sposobnost. Ovaj instrument je posebno koristan u planiranju rehabilitacijskog programa za osobe s invaliditetom, kao i u praćenju napretka tokom terapije. Rezultati Barthelovog indeksa samo su jedan od faktora koji se uzimaju u obzir prilikom procjene funkcionalne sposob-

nosti osoba s invaliditetom. Pored toga, važno je uzeti u obzir fizičko zdravstveno stanje, emocionalno stanje i elemente socijalne podrške.

U skladu s Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom i Općim komentarima Odbora za prava osoba s invaliditetom UN-a, važno je osigurati da pacijenti s invaliditetom dobiju odgovarajuću procjenu pokretnosti i terapiju kako bi im se omogućilo aktivno učešće u svakodnevnim aktivnostima u zajednici. Kroz individualiziran pristup i kontinuiran rad stručnjaka, moguće je poboljšati kvalitet života ovih osoba i omogućiti im da ostvare svoje potencijale.

4.15.3. Osnovne metode fizioterapije i primjenjivost u kućnim uvjetima

Fizioterapija je oblast fizikalne medicine koja u cilju liječenja bolesti i posljedica povreda primjenjuje različite oblike fizikalnih sredstava i metoda kao što su kretanje i medicinske vježbe (kineziterapija), voda (hidroterapija), toplota (termoterapija), hladnoća (krioterapija), svjetlost različitih talasnih dužina (fototerapija), mehanički efekti (ultrazvuk i ručna ili aparaturna masaža), te prirodni ljekoviti faktori (balneoterapija, klimatoterapija i talasoterapija). Osnovne metode fizioterapije mogu biti vrlo efikasne u rehabilitaciji različitih povreda i stanja, te ih je moguće primjenjivati i u kućnim uvjetima.

Jedna od osnovnih metoda fizioterapije je **kinezioterapija**, koja uključuje ciljne vježbe kako bi se povećala snaga mišića, poboljšala pokretljivost zglobova i smanjila bol. Ove vježbe mogu biti prilagođene i izvedive u kućnom okruženju, uz pravilan nadzor i vođenje fizioterapeuta. Na primjer, vježbe istezanja mogu poboljšati fleksibilnost mišića i smanjiti rizik od povreda, dok vježbe jačanja mišića mogu pomoći u oporavku nakon povreda ili operacija.

Masaža je, također, jedna od osnovnih metoda fizioterapije koja može pomoći u smanjenju napetosti mišića, poboljšanju cirkulacije krvi i ublažavanju boli. Mnogi ljudi koriste masažu kao dio svoje redovne rutine za održavanje zdravlja i prevenciju povreda. Uz odgovarajuću edukaciju i savjete fizioterapeuta, masažu je moguće primjenjivati i kod kuće, uz korištenje različitih tehnika i pomagala.

Toplinska terapija je još jedna metoda fizioterapije koja se koristi za ublažavanje boli i poticanje opuštanja mišića u kućnim uvjetima. Na primjer, primjena topline na bolna područja može pomoći u smanjenju upale i poboljšanju pokretljivosti zglobova. Koristeći različite oblike toplinske terapije kao što su termofori, tople obloge ili topli tuševi, pacijent može samostalno provoditi terapiju kod kuće pod nadzorom fizioterapeuta.

Uz navedene metode, fizioterapeut može preporučiti i druge terapijske tehnike poput elektroterapije, ultrazvuka ili akupunkture koje mogu biti efikasne u rehabilitaciji različitih stanja. Važno je pridržavati se uputa i savjeta stručnjaka kako bi se postigla maksimalna korist od terapije i postigao oporavak.

4.15.4. Značaj prevencije kontraktura i drugih komplikacija

Kontrakture predstavljaju jednu od najčešćih komplikacija nakon povreda ili operacija i predstavlja patološko skraćivanje mišića i vezivnog tkiva koje dovodi do smanjenja pokretljivosti u zglobu. Osim kontraktura, moguće su i druge komplikacije poput infekcija, edema, boli ili poremećaja osjeta. Stoga, izuzetno je važno poduzeti preventivne mjere kako bi se smanjio rizik od ovih komplikacija i omogućio uspješan oporavak pacijenta.

Prevencija kontraktura zasniva se na redovnom vježbanju i istezanju povredom zahvaćenog područja kako bi se očuvala pokretljivost zglobova i mišića. Fizioterapeuti često koriste različite tehnike istezanja i mobilizacije kako bi smanjili napetost mišića i spriječilo njihovo skraćivanje. Također, važno je educirati pacijente o važnosti redovnih vježbi i samostalnog istezanja kako bi se održala postignuta pokretljivost. Dodatno, važno je voditi računa o pravilnom položaju tijela i smanjiti vrijeme koje pacijent provodi u neprirodnom položaju kako bi se smanjio pritisak na određene dijelove tijela. Korištenje pomagala poput jastuka ili ortopedskih pomagala može pomoći u održavanju pravilnog položaja tijela tokom sjedenja ili ležanja.

Osim prevencije kontraktura, važno je pratiti pacijente kako bi se identificirale druge moguće komp-

likacije poput infekcija, edema ili boli. Redovni pregledi i rehabilitacijski programi mogu pomoći u ranom otkrivanju i tretmanu ovih komplikacija, te osigurati brz oporavak pacijenta. I ovdje ističemo važnost multidisciplinarnog pristupa u prevenciji i tretmanu komplikacija u rehabilitaciji. Tim sastavljen od ljekara, fizioterapeuta, medicinskih sestara/tehničara i drugih stručnjaka može pružiti integrirani pristup njege pacijentima, te osigurati najbolje rezultate u rehabilitaciji.

4.15.5. Aktivne i pasivne vježbe primjenjive u kućnim uvjetima

Rehabilitacija je neizostavna faza procesa oporavka nakon povreda ili operacija, te igra važnu ulogu u održavanju optimalnog zdravlja i pokretljivosti tijela. Aktivne i pasivne vježbe su ključni elementi rehabilitacijskog programa, a njihova primjena u kućnim uvjetima može biti od velike koristi za brži oporavak i očuvanje zdravlja.

Aktivne vježbe su vježbe koje zahtijevaju aktivno uključivanje mišića i pokreta tijela. One su obično usmjerene na jačanje mišića, poboljšanje pokretljivosti i stabilnosti zglobova, te povećanje izdržljivosti tijela. Primjeri aktivnih vježbi koje se mogu raditi u kućnim uvjetima uključuju vježbe s bučicama, vježbe s elastičnim trakama, vježbe s vlastitom tjelesnom težinom, kao što su skleкови, trbušnjaci, čučnjevi i plank te vježbe istezanja.

Pasivne vježbe obuhvataju terapijske tehnike koje se primjenjuju na tijelu pacijenta od strane terapeuta ili uz pomoć različitih pomagala. To mogu biti tehnike poput masaže, limfne drenaže, elektroterapije, termoterapije ili mobilizacije zglobova. Iako se pasivne vježbe obično provode pod stručnim nadzorom, neke od njih mogu se prilagoditi i primijeniti samostalno u kućnim uvjetima uz prethodnu konsultaciju s fizioterapeutom.

Važno je naglasiti da pravilno izvođenje vježbi i redovna primjena programa rehabilitacije mogu imati značajan utjecaj na brzinu oporavka i sprječavanje komplikacija. U tom smislu, preporučuje se konsultacija sa stručnjakom kako bi se izabrale optimalne vježbe i prilagodio individualizirani program rehabilitacije koji će najbolje odgovarati potrebama pacijenta. Uzimajući u obzir činjenicu da su kućni uvjeti često ograničeni u pogledu opreme i prostora, važno je odabrati vježbe koje su sigurne, efikasne i mogu se prilagoditi individualnim potrebama pacijenta. U tom smislu, preporučuje se konsultacija sa stručnjakom kako bi se osiguralo pravilno izvođenje vježbi i postizanje željenih ciljeva rehabilitacije. Aktivne i pasivne vježbe su ključni elementi rehabilitacijskog programa koji se mogu primijeniti u kućnim uvjetima uz odgovarajuću stručnu podršku. Redovna primjena vježbi može imati značajan utjecaj na brzinu oporavka, očuvanje zdravlja i poboljšanje kvaliteta života pacijenata koji se oporavljaju od povreda ili operacija.

4.15.6. Obuka pacijenata o upotrebi pribora i pomagala kod kuće

Obuka pacijenata o upotrebi pribora i pomagala kod kuće izuzetno je važna u procesu rehabilitacije osoba s invaliditetom i može značajno poboljšati kvalitet života pacijenata i omogućiti im veću samostalnost.

Edukaciju pacijenata o pravilnoj upotrebi pribora i pomagala može izvršiti stručno osoblje poput radnih terapeuta ili fizioterapeuta. U knjizi „Klinička radna terapija“ autora Markovića i saradnika, ističe se važnost individualnog pristupa prilikom obuke pacijenata o upotrebi pomagala. Svaki pacijent je jedinstven i može imati specifične potrebe kada je u pitanju korištenje pribora.

U knjizi „Reumatične i srodne bolesti“ autora Popovića i saradnika, mogu se pronaći korisne informacije o vrstama pomagala koja su dostupna za osobe s invaliditetom. Obuka o pravilnoj upotrebi ovih pomagala može pomoći pacijentima da se lakše prilagode novim okolnostima i povećaju svoju samostalnost. Uz podršku stručnog osoblja i obuku o upotrebi pribora i pomagala kod kuće, osobe s invaliditetom mogu dobiti potrebna znanja i vještine kako bi se lakše nosile sa svakodnevnim aktivnostima.

4.15.7. Najčešće tehnike liječenja kod poremećaja govora i upotreba medicinskih pomagala

Poremećaji govora predstavljaju ozbiljan problem jer otežavaju normalnu komunikaciju s okolinom i mogu imati negativan utjecaj na cjelokupni kvalitet života. Teškoće u govoru mogu biti uzrokovane različitim faktorima, uključujući neurološke poremećaje, povrede mozga, genetske faktore, mentalne ili emotivne probleme, te fizičke bolesti, kao što su reumatične i srodne bolesti.

Tehnike liječenja kod poremećaja govora su različite i ovise od uzroka i prirode samog poremećaja. Jedna od efikasnih metoda liječenja jeste radna terapija, koja se koristi za poboljšanje kvaliteta života osoba s poremećajima govora. Kroz različite aktivnosti i vježbe, radna terapija pomaže u razvoju jezičkih, kognitivnih i motoričkih sposobnosti, te omogućava pacijentima da se lakše izraze i komuniciraju s drugima.

Kineziterapija je još jedna korisna metoda liječenja kod poremećaja govora, koja se fokusira na vježbe i aktivnosti usmjerene na poboljšanje funkcionalnosti mišića lica, usta i jezika. Kroz redovne vježbe, pacijenti mogu ojačati ove mišiće i poboljšati kontrolu pokreta, što rezultira boljom kontrolom govora i izražavanjem.

Važno je napomenuti da je pristup u liječenju poremećaja govora individualan i da se treba prilagoditi specifičnim potrebama svakog pacijenta. Interdisciplinarni tim stručnjaka, koji uključuje logopede, radne terapeute, kinezioterapeute i druge stručnjake, zajednički rade na razvoju i primjeni optimalnog plana liječenja, koji će omogućiti pacijentima da prevaziđu svoje poteškoće u govoru i vrate se normalnom životu. U tom procesu, važno je da se poštuju prava osoba s invaliditetom, kao i smjernice sadržane u Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom, kako bi se osigurala pravedna i adekvatna podrška za osobe s poremećajima govora.

4.15.8. Uspostavljanje komunikacije s postojećim službama za rehabilitaciju u zajednicama

U skladu s Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom, koja je prvi put usvojena 2006. godine, a potom i dopunjena Općim komentarima Odbora za prava osoba s invaliditetom UN-a, važno je osigurati pristup različitim oblicima rehabilitacije za osobe s invaliditetom. Rehabilitacija igra ključnu ulogu u poboljšanju kvaliteta života osoba s invaliditetom i omogućava im da ostvare svoje puni potencijal. Od posebnog je značaja služba za rehabilitaciju u zajednici. Između ostalog, ova služba pruža podršku osobama s invaliditetom da se integriraju u zajednicu i ostvare svoja prava na ravnopravno učestvovanje u svim segmentima društva. Služba za rehabilitaciju u zajednici obuhvata različite terapijske pristupe kao što su fizioterapija, radna terapija i kineziterapija. Važno je osigurati da službe za rehabilitaciju u zajednici budu dostupne i pristupačne osobama s invaliditetom. Također, važno je kontinuirano unapređivati kvalitet usluga koje se pružaju kroz ove službe, kako bi se osiguralo da osobe s invaliditetom dobiju potrebnu podršku za svoj oporavak i integraciju u društvo. U tom kontekstu, preporučuje se kontinuirana edukacija stručnjaka iz oblasti rehabilitacije, kao i uspostavljanje saradnje s različitim relevantnim institucijama i organizacijama, kako bi se osigurala sveobuhvatna podrška osobama s invaliditetom. Komunikacija sa službama za rehabilitaciju u zajednici igra ključnu ulogu u osiguravanju kvalitetne i pravovremene podrške osobama s invaliditetom, a omogućava efikasnu saradnju između korisnika usluga, stručnjaka i ostalih aktera u procesu rehabilitacije.

Opći komentari Odbora za prava osoba s invaliditetom UN-a naglašavaju važnost inkluzivnih pristupa u pružanju usluga rehabilitacije. To podrazumijeva aktivno uključivanje osoba s invaliditetom u donošenje odluka o njihovom tretmanu, kao i pružanje informacija na razumljiv način. U tom kontekstu, važno je uspostaviti jasne kanale komunikacije sa službama za rehabilitaciju u zajednici. Osobe s invaliditetom trebale bi imati mogućnost kontaktiranja stručnjaka u ovim službama putem telefona, e-pošte ili ličnog susreta. Također, važno je osigurati da komunikacija bude prilagođena osobama s različitim vrstama invaliditeta, uključujući i one sa senzornim ili mentalnim poteškoćama. U konačnici, efikasna komunikacija sa službama za rehabilitaciju u zajednici, ne samo da olakšava proces rehabilitacije osoba s invaliditetom, već i doprinosi njihovom boljem kvalitetu života i većoj inkluziji u društvo.

Ključne poruke:

Fizioterapeuti koriste različite metode i tehnike procjene pokretljivosti zglobova i mišića, kao što su manualna terapija, vježbe mobilizacije i procjene funkcionalnih sposobnosti. Radni terapeuti se fokusiraju na procjenu sposobnosti pacijenta da obavlja svakodnevne aktivnosti kao što su oblačenje, hranjenje i održavanje higijene. Kineziterapeuti se bave procjenom i planiranjem programa vježbi koje će poboljšati funkciju mišića i zglobova pacijenta.

Barthelov indeks je instrument koji se koristi za procjenu samostalnosti i funkcionalne sposobnosti osoba s invaliditetom.

Rehabilitacija osoba s invaliditetom uključuje primjenu savremenih metoda rehabilitacije s ciljem povećanje funkcionalnosti i kvaliteta života osoba s invaliditetom.

Fizioterapija je oblast fizikalne medicine koja u cilju liječenja bolesti i posljedica povreda primjenjuje različite oblike fizikalnih sredstava i metoda kao što su kretanje i medicinske vježbe (kineziterapija), voda (hidroterapija), toplota (termoterapija), hladnoća (krioterapija), svjetlost različitih talasnih dužina (fototerapija), mehanički efekti (ultrazvuk i ručna ili aparturna masaža), te prirodni ljekoviti faktori (balneoterapija, klimatoterapija i talasoterapija).

Kontrakture predstavljaju jednu od najčešćih komplikacija nakon povreda ili operacija i predstavljaju patološko skraćivanje mišića i vezivnog tkiva koje dovodi do smanjenja raspona pokreta u zglobovu. Osim kontraktura, moguće su i druge komplikacije poput infekcija, edema, boli ili poremećaja osjeta.

Rehabilitacija je neizostavna faza procesa oporavka nakon povreda ili operacija, te igra važnu ulogu u održavanju optimalnog zdravlja i pokretljivosti tijela. Aktivne i pasivne vježbe su ključni elementi rehabilitacijskog programa, a njihova primjena u kućnim uvjetima može biti od velike koristi za brži oporavak i očuvanje zdravlja.

Poremećaji govora predstavljaju ozbiljan problem jer otežavaju normalnu komunikaciju s okolinom i mogu imati negativan utjecaj na cjelokupni kvalitet života. Teškoće u govoru mogu biti uzrokovane različitim faktorima, uključujući neurološke poremećaje, povrede mozga, genetske faktore, mentalne ili emotivne probleme, te fizičke bolesti kao što su reumatične i srodne bolesti.

Pristup u liječenju poremećaja govora treba biti individualan i prilagođen specifičnim potrebama svakog pacijenta. Interdisciplinarni tim stručnjaka, koji uključuje logopede, radne terapeute, kineziterapeute i druge stručnjake, treba zajednički raditi na razvoju i primjeni optimalnog plana liječenja, koji će omogućiti pacijentima da prevaziđu svoje poteškoće u govoru i vrate se normalnom životu.

Od posebnog je značaja služba za rehabilitaciju u zajednici koja pruža podršku osobama s invaliditetom da se integriraju u zajednicu i ostvare svoja prava na ravnopravno učešće u svim segmentima društva.

Reference:

1. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom - http://www.mhrr.gov.ba/pdf/konvencija_bos.pdf (12.03.2024).
2. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom, Opći komentari, Odbor za prava osoba s invaliditetom UN-a, Zagreb, 2019. - http://www.soih.hr/pdf/knowledge_bases/broaura_-_opi_komentari_un.pdf , (12.03.2024).
3. Popović. M, i sar., Reumatične i srodne bolesti, Beograd, 2000.
4. Marković P. i sar., Klinička radna terapija, Beograd, 2001.
5. Karaićević E, Kineziterapija, Svjetlost Sarajevo, 1984.
6. Nevzeta S, Poremećaji glasa, govora i jezika, Tuzla 2006.
7. <http://sites.google.com/site/medskripte/Home/fizikalna-medicina> (12.03.2024).

Pitanja za završni ispit:

1. Šta od navedenog koristi kineziterapija, kao fizioterapijska metoda?
2. Šta je pozicioniranje tokom rehabilitacije?
3. Šta procjenjuje Barthelov indeks?

4.16. Tretiranje hitnih slučajeva u kućnim uvjetima

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Tretiranje hitnih slučajeva u kućnim uvjetima	– Predavanje - 40 minuta – Diskusija u velikoj grupi (najčešće vrste hitnih slučajeva kod kuće) - 30 minuta – Kardiopulmonalna reanimacija (CPR) – (demonstracija na fantom lutkama; zbrinjavanje povreda) - 70 minuta – Diskusija - 10 minuta

4.16. Tretiranje hitnih slučajeva u kućnim uvjetima

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- navesti vrste hitnih slučajeva koji se najčešće mogu desiti u kućnim uvjetima;
- navesti hitne intervencije koje se mogu obaviti u kućnim uvjetima;
- opisati način stupanja u kontakt sa službom hitne pomoći, kao i s drugim službama pomoći na lokalnom nivou;
- demonstrirati metode kardiopulmonalne reanimacije i otvaranje venskog puta;
- demonstrirati način zbrinjavanja hitnih slučajeva na zadani primjer.

Sadržaj:

Zbrinjavanje hitnih slučajeva koji se mogu desiti u kući pacijenta je sastavni dio rada medicinske sestre/tehničara u zajednici, kao i svakog drugog zdravstvenog radnika. Zato je neophodno da bude adekvatno obučena da prepozna hitna medicinska stanja u kući pacijenta i poduzme adekvatne intervencije zbrinjavanja. Najčešći hitni slučajevi kod kuće su trovanje, povrede, srčani udari, gubitak svijesti, samoubistvo.

Kod zbrinjavanja hitnih slučajeva u kućnim uvjetima uključuju se ljekar tima porodične medicine ili ljekar hitne medicinske pomoći, članovi porodice, služba hitne medicinske pomoći, druge lokalne službe koje interveniraju ili mogu pomoći pri zbrinjavanju. Neophodno je poznavati načine stupanja u kontakt, telefone i lokacije drugih službi u zajednici.

4.16.1. Vrste hitnih slučajeva/neposrednih opasnosti kod kuće (trovanje, povrede, samoubistvo, alergijske reakcije, srčani zastoj, gubitak svijesti itd.)

Najčešće vrste hitnih slučajeva u kućnim uvjetima su:

Alergijska reakcija/Anafilaktički šok

Alergijska reakcija predstavlja neuobičajen i neprimjeren odgovor imunološkog sistema organizma na razne antigene s kojima je organizam došao u kontakt. Najčešći simptomi alergijskih reakcija su ubrzan puls, zujanje u ušima, urtikarija, svrbež, suženje očiju i vrtoglavica. Sama alergijska reakcija ne ugrožava život pacijenta, ali postoji velika mogućnost da se iz alergijske reakcije razvije anafilaktička reakcija i anafilaktički šok. Alergijske reakcije javljaju se u rasponu od blage urtikarije (koprivnjača) i/ili

angioedema (oticanje lica, očnih kapaka, usnica i jezika) do teških plućnih i/ili kardiovaskularnih poremećaja. Na kraju ovoga spektra nalazi se anafilaksija koja može zahvatiti kardiovaskularni, plućni, kožni i probavni sistem. To je akutni i životno ugrožavajući odgovor organizma bolesnika prethodno izloženih alergenu. Općenito, što duže traje razvoj anafilaktičkih simptoma, to je opća reakcija manje teška. Anafilaksija može biti izazvana hranom, ubodom insekta, lijekovima itd.

Znaci koji upućuju na mogućnost anafilaktičke reakcije su:

A. Airway – otok dišnog puta (faringealni/laringealni edem, promukao glas, stridor)

B. Breathing – disanje (dispneja, bronhospazam, konfuzija zbog hipoksije, zastoj disanja)

C. Circulation – cirkulacija (blijeda vlažna koža, tahikardija, hipotenzija, snižen nivo svijesti, bradikardija)

D. Disability – poremećaj svijesti (konfuzija, agitiranost ili gubitak svijesti)

E. Exposure – izloženost (promjene na koži i/ili sluznicama)

Kardiopulmonalni arrest/Akutni infarkt miokarda/Srčani udar

Akutni infarkt miokarda predstavlja potpuni prekid dotoka krvi do jednog dijela srčanog mišića zbog začepjenja krvnog suda srca. Simptomi su snažan bol iza grudne kosti koji se širi u lijevu ruku, vrat i vilicu, bol u gornjem dijelu stomaka, nagli pad krvnog pritiska, otežano disanje i nedostatak vazduha, iznenadna malaksalost, nesvjestica ili vrtoglavica, iznenadni gubitak svijesti, strah od smrti, povraćanje, blijeda koža, hladan znoj, modre usne, te veoma ubrzan puls koji vremenom postaje sve slabiji. Vrijeme je vrlo bitno za ponovnu uspostavu koronarnog protoka krvi kod bolesnika s ovim stanjem.

Poremećaji svijesti

Sinkopa je kratkotrajni prolazni prekid kontinuiteta svijesti, praćen poremećajem tonusa mišića, padom i različitim motornim manifestacijama. Kod sinkope se manifestiraju sljedeći simptomi: nagli osjećaj slabosti, malaksalost, brzi gubitak svijesti, nepokretnost, blijeda koža oblijvena hladnim znojem, proširene zjenice, spora reakcija na svjetlosni podražaj, ubrzan puls, nagli pad krvnog pritiska, površno i usporeno disanje.

Koma se definira kao U prema AVPU metodi ili zbir 8 ili manje prema Glasgow koma bodovnom sistemu (GKS).

Međutim, svaki bolesnik s poremećajem svijesti (GKS <15) zahtijeva dalju procjenu i eventualno liječenje. Poremećaj svijesti može uzrokovati povreda glave, hipoglikemija, moždani udar, epilepsija, subarahnoidalno krvarenje, predoziranje i dr.

Konvulzije kod odraslih

Konvulzije su nenamjerne mišićne kontrakcije koje traju određeno vrijeme, nakon čega slijedi period letargije i zbunjenosti, a ponekad i dubokog sna. Najčešće su toničko/kloničke konvulzije, ranije poznate kao "grand mal" napadi. Vrlo je važna procjena prisutnosti težih problema u ABCD, ozbiljnih povreda glave, epileptičkog statusa, te osnovnih infekcija npr. meningokokna sepsa.

Trovanja

Mnoge tvari koje koristimo u svakodnevnom životu i radu su otrovne. Otrov može ući u organizam na tri načina: gutanjem, udisanjem i preko kože. Njegova štetnost uveliko ovisi o načinu ulaska u organizam i količini. Mala djeca su često žrtve trovanja, posebno u dobi od 1 do 5 godina. Znakovi mogu biti vrlo različiti, ovisno o vrsti otrova, količini i brzini ulaska u tijelo, putevima ulaska i individualnim osobinama organizma. Ako se otrov proguta, najčešće se javljaju mučnina i bol u trbuhu, proljev i povraćanje. Pri udisanju otrovnih plinova ili para može doći do kašlja i osjećaja gušenja. Korozivne tvari (kiseline i lužine) izazivaju hemijske opekotine. Ako se takav otrov popije, opekotine se vide na usnama i sluznici usta. Neki otrovi izazivaju psihičke poremećaje, vrtoglavicu, glavobolju, grčeve pojedinih mišića ili cijelog tijela, nepravilan rad srca, koža može postati plava, žuta ili crvena. Teži slučajevi trovanja dovode do gubitka svijesti, a potom i do prestanka disanja.

Padovi

Istegnuća, uganuća, iščašenja i prijelomi su vrlo česti u kućnim uvjetima i predstavljaju neposrednu opasnost. Treba imati na umu da padovi mogu imati i ozbiljne posljedice, naročito kod beba i male djece.

Samoubistvo

Samoubistvo, poznato i pod nazivom izvršeno samoubistvo, jest „čin oduzimanja vlastitog života“. Suicidalno razmišljanje je razmišljanje o oduzimanju vlastitoga života. U faktore koji utječu na rizik počinjenja samoubistva ubrajaju se psihijatrijski poremećaji, nedopuštena upotreba droga, psihološka stanja, kulturne, porodične i društvene prilike. Patronažna sestra/tehničar ima veoma važnu ulogu u prevenciji samoubistva pri radu s osobama koje boluju od mentalnih oboljenja.

Opekotine

Opekotine su povrede tkiva nastale djelovanjem topline, hemikalija i električne struje, izlaganjem suncu ili nekoj drugoj vrsti radijacije. Opekotine mogu biti prvog, drugog i trećeg stepena. Pravilo prilikom izračunavanja površine opekotine naziva se „pravilo devetke“. Naime, tijelo se dijeli na 11 regija koje kod odraslih imaju približno jednake površine, a to su:

- glava i vrat – 9%
- prednji trup – 2 x 9%
- zadnji trup – 2 x 9%
- prednje strane nogu – 2 x 9%
- stražnje strane nogu - 2 x 9%
- ruke – 2 x 9%

Sve to zajedno iznosi $11 \times 9\% = 99\%$, a preostalih 1% se odnosi na perianalnu regiju.

4.16.2. Prva pomoć kod hitnih stanja u kućnim posjetama

Prva pomoć obuhvata skup postupaka kojima se pomaže povrijeđenoj ili iznenada oboljeloj osobi na licu mjesta. Predstavlja skup mjera i postupaka kojima se spašava život i sprječava dalje pogoršanje stanja, a mogu ih provoditi laici i profesionalci. Program osnovnog održavanja života (eng. Basic life support) uključuje postupak kod pacijenta bez svijesti koji diše, postupak kod pacijenta koji nema puls i ne diše, pružanje pomoći kod opstrukcije dišnog puta stranim tijelom te postupak postavljanja pacijenta u koma položaj. Postupak prve pomoći kod anafilaksije uključuje: procjenu stanja, obezbjeđenje sigurnosti mjesta događaja, primjenu mjera lične zaštite, procjenu ABCDE, te pregled kože (zbog urtikarije i edema oko/u ustima).

Postupak paronažne sestre/tehničara u slučaju trovanja:

- ako je osoba bez svijesti, provjeriti disanje i krvotok i po potrebi započeti mjere oživljavanja pazeći da ne dođemo u dodir s otrovom (koristiti gazu pri umjetnom disanju);
- pacijenta koji je bez svijesti i koji diše okrenuti u bočni položaj;
- ako je pacijent pri punoj svijesti, pokušati izazvati povraćanje podraživanjem ždrijela, osim

ako je riječ o trovanju kiselinama, lužinama, benzinom, petrolejom, otapalima za boje i sredstvima koja stvaraju pjenu;

- pacijent treba popiti 2-3 kašičice medicinskog ugljena (aktivni ugljen, carbo medicinalis) razrijeđene u čaši vode, jer na sebe veže puno vrsta otrova.

Postupak patronažne sestre/tehničara u slučaju pokušaja samoubistva:

- prepoznati znakove upozorenja;
- nikada ne podcjenjivati nečije namjere, pa čak i natuknice o samoubistvu;
- dati pacijentima do znanja da nisu sami;
- biti otvoren i pažljiv u razgovoru o ovoj temi;
- biti dostupan za podršku i pomoć osobi koja je u nekom obliku emocionalne krize;
- skloniti potencijalna sredstva za izvršenje samoubistva;
- ne ostavljati osobu koja daje naznake samoubistva samu u kući;
- kontaktirati nadležni centar za mentalno zdravlje i upoznati ga sa psihičkim stanjem pacijenta koji razmišlja o samoubistvu;
- kontinuirano sarađivati s centrom za mentalno zdravlje i biti podrška.

Postupak paronažne sestre/tehničara u slučaju alergijske reakcije na lijek:

Prilikom aplikacije lijeka u patronažnoj posjeti, može se dogoditi alergijska reakcija na lijek, koja može biti trenutna (za vrijeme aplikacije lijeka) ili zakašnjela (od par minuta do nekoliko sati nakon aplikacije lijeka). Najčešći simptomi su zujanje u ušima, ubrzan puls, urtikarija, svrbež, suzenje očiju i vrtoglavica.

- Ukoliko se pojavi bilo koji od ovih simptoma, odmah prekinuti davanje lijeka;
- Ostati smiren i pribran, pripremiti pacijenta za dalji tretman poštujući ličnost pacijenta, uključujući poštovanje njegove privatnosti, svjetonazora te moralnih i vjerskih uvjerenja (ukoliko je moguće);
- Pacijenta postaviti u Trendelenburgov položaj;
- Osloboditi ga odjeće (razvezati kravatu, otkopčati gornju dugmad, otkopčati kaiš);
- Pratiti vitalne parametre (pritisak, disanje, puls);
- Posmatrati pacijenta i komunicirati mirno, bez povišenog tona i pokušati saznati kako se pacijent osjeća i koje simptome ima;
- Obavijestiti ordinirajućeg ljekara o stanju pacijenta i provedenim postupcima, i dalje postupiti po nalogu ljekara.

Postupak patronažne sestre/tehničara u slučaju sinkope:

- spriječiti pad pacijenta i moguće povrede;
- postaviti pacijenta u ležeći položaj, s nogama postavljenim iznad nivoa glave (autotranfuzijski položaj);
- provjeriti pacijentu disanje i puls;
- osigurati dotok svježeg zraka;
- ostati uz pacijenta do povratka svijesti;
- izmjeriti i procijeniti vitalne parametre;
- ukoliko pacijent ne diše i nema puls, pozvati hitnu pomoć i provoditi masažu srca i vještačko disanje.

Postupak patronažne sestre/tehničara u slučaju opekotina:

- ukloniti pacijenta iz opasnog okruženja i provjeriti disanje;
- skinuti s opekotine uske predmete što je prije moguće;
- ne dirati plikove i po potrebi koristiti labavi zavoj;
- staviti opekotinu pod mlaz vode, malo hladnije od sobne temperature deset do petnaest minuta;
- ako plik ipak pukne, očistiti ga blagim sapunom i vodom, nanijeti antibiotsku mast i pokriti vazelinskom gazom;

- ukoliko je potrebno, koristiti lijekove za ublažavanje bolova;
- provjeriti Ana-te zaštitu;
- previjati svaka dva do tri dana.

Ljekarska pomoć je potrebna ukoliko se pojave znakovi infekcije, ukoliko opekotina pokriva veliku površinu tijela, ukoliko je opekotina blizu područja očiju, nosa ili usta i ako pacijent ima gubitak osjeta boli. Važnost pružanja adekvatne prve pomoći ne može biti precijenjena, jer brza i djelotvorna intervencija može spriječiti dalje oštećenje i dublji gubitak tkiva. Određene opekotine zahtijevaju procjenu i prijem u jedinicu za opekotine.

Postupak patronažne sestre/tehničara kod srčanog udara:

- odmah pozvati hitnu pomoć;
- pacijenta postaviti u polusjedeći položaj;
- glavu i ramena držati, a noge saviti u koljenima;
- otvoriti prozore i osigurati svjež vazduh;
- raskopčati pacijenta da ga odjeća ne steže;
- umiriti pacijenta i održavati komunikaciju s njim;
- ukoliko pacijent ima anginu pectoris, dati mu lijek – sprej ili tabletu pod jezik;
- pacijentu dati aspirin da ga sažvače, lijek će spriječiti zgrušavanje krvi i pospješiti protok kroz suženu koronarnu arteriju;
- ako izgubi svijest, pacijenta okrenuti na bok.

Patronažna sestra/tehničar po povratku u ustanovu sve urađeno evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove. U karton polivalentne zdravstvene njege i nalog za posjetu evidentira:

- opće podatke o pacijentu;
- datum i vrijeme patronažne posjete;
- vrste pruženih usluga pacijentu u kući;
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila patronažnu posjetu.

4.16.3. Podrška od strane članova porodice, stupanje u kontakt sa službom za hitnu medicinsku pomoć

Primarni cilj trijaže patronažne sestre/tehničara u kućnoj posjeti je brza identifikacija bolesnika u stanju neposredne životne ugroženosti. Njena komunikacija s pacijentom i porodicom/pratnjom, bitna je za dalji tretman pacijenta s hitnim stanjem. Zbog toga, patronažna sestra/tehničar ne smije imati poteškoće s komunikacijom i mora biti dovoljno educirana kako bi prepoznala pacijentove tegobe. Patronažna sestra/tehničar je prva osoba koju bolesnik susreće u kući. Njena profesionalnost i vještine od izuzetne su važnosti za kvalitetnu i pravovremenu trijažu i za uspostavljanje kontakta sa službom hitne pomoći i s drugim službama na lokalnom nivou. Pri zbrinjavanju hitnih slučajeva u kućnim uvjetima, patronažna sestra/tehničar sarađuje s ljekarom tima porodične medicine, ljekarom hitne medicinske pomoći i drugim lokalnim službama koje mogu pomoći pri zbrinjavanju pacijenta. Neophodno je poznavanje načina stupanja u kontakt, telefona i lokacija službi.

4.16.4. Bazično kardiopulmonalno oživljavanje

Kardiopulmonalna reanimacija (KPR) je postupak koji se provodi kod kardiopulmonalnog aresta s ciljem uspostave srčano-plućne funkcije i zaštite mozga od oštećenja, koji nastaje zbog nedovoljne ili prekinute cirkulacije krvi. Kod kardiopulmonalnog aresta važno je da patronažna sestra/tehničar djeluje što prije kako bi se povećale šanse za preživljavanje i smanjile moguće posljedice i komplikacije. Ukoliko pacijent ne reagira na podražaje i ne diše, što utvrđujemo metodom „gledaj, slušaj, osjeti“, potrebno je započeti kardiopulmonalnu reanimaciju prema protokolu za osnovno održavanje života (Basic Life Support – BLS).

Postupak patronažne sestre/tehničara kod kardiopulmunalnog aresta:

- prije započete kardiopulmunalne reanimacije pozvati hitnu pomoć;
- osigurati nesmetan pristup pacijentu;
- izvaditi strano tijelo iz usta, ako je prisutno;
- pacijenta postaviti u leđni položaj na ravnu i tvrdu podlogu (pod);
- zabaciti glavu pacijenta unazad, podignuti bradu i otvoriti usta;
- provjeriti prohodnost dišnog puta;
- napipati vrh grudne kosti;
- mekani dio dlana nedominantne ruke položiti dva do tri poprečna prsta iznad vrha grudne kosti, a dlan dominantne ruke položiti preko njega isprepletenim prstima koji ne diraju kožu;
- pritisnuti grudni koš, jednako snažno ritmičnim pritiskom 4-6 centimetara u dubinu;
- postupak ponoviti 30 puta;
- palcem i kažiprstom ruke koju stavimo na čelo zatvorimo nosnice pacijenta, držeći drugom rukom podignutu bradu;
- duboko udahnuti;
- čvrsto priljubiti svoja usta uz pacijentova (po mogućnosti preko gaze, maske ili bradavice);
- ravnomjerno upuhivati zrak u usta pacijenta u trajanju oko jedne sekunde;
- dok se grudni koš spušta, ponovo duboko udahnuti i ponoviti postupak upuhivanja zraka;
- naizmjenično nastaviti stimulaciju srca i vještačko disanje (30:2) do dolaska hitne pomoći;
- ako je uspostavljen srčani rad i disanje, okrenuti pacijenta na bok.

Mjere opreza:

- ne izvoditi KPR bez prethodno utvrđenog prestanka disanja;
- ne počinjati KPR kada je kardiopulmonalni arest prourokovan teškom povredom koja je ne-spojiva sa životom;
- pacijentovu glavu držati dovoljno zabačenu, a bradu podignutu da se oslobodi dišni put;
- ako je nepravilan odabir mjesta pritiska na grudnom košu, efekat masaže nije dovoljan;
- ne savijati ruke u laktovima prilikom izvođenja kompresije;
- ne oslanjati prste šake na grudni koš;
- prekinuti KPR kada se pojavi spontano disanje ili kada dođe hitna pomoć.

Periferni intravenski put za primjenu tečnosti i medikamenata mora se uspostaviti što prije, bez prekidanja mjera reanimacije. Prvi izbor su vene koje se pipaju na ekstremitetima, potom vanjska jugularna vena, pa v. subclavia i v. femoralis. Po mogućnosti plasirati i. v. kanilu 16G ili 14G.



A	Airway - disajni put
B	Breathing - disanje
C	Circulation - Krvotok

Slika 38. Kardiopulmonalna reanimacija

Po završetku postupka, patronažna sestra/tehničar evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- opće podatke o pacijentu;
- vrijeme početka, završetka i ishoda reanimacije;
- vrijeme početka kardiopulmonalnog aresta, ukoliko je poznato;
- provedene postupke;
- vitalne parametre poslije kardiopulmonalnog aresta.

Ključne poruke:

Najčešća hitna stanja u kućnim uvjetima su alergijske reakcije, akutni infarkt miokarda, poremcaji svijesti, konvulzije, trovanja, opekotine itd.

Alergijska reakcija predstavlja neuobičajen i neprimjeren odgovor imunološkog sistema organizma na razne antigene s kojima je organizam došao u kontakt. Najčešći simptomi alergijskih reakcija su: ubrzan puls, zujanje u ušima, urtikarija, svrbež, suženje očiju i vrtoglavica. Sama alergijska reakcija ne ugrožava život pacijenta, ali postoji velika mogućnost da se iz alergijske reakcije razvije anafilaktička reakcija i anafilaktički šok.

Prva pomoć obuhvata skup postupaka kojima se pomaže povrijeđenoj ili iznenada oboljeloj osobi na licu mjesta. Predstavlja skup mjera i postupaka kojima se spašava život i sprječava dalje pogoršanje stanja, a mogu ih provoditi laici i profesionalci. Program osnovnog održavanja života (eng. Basic life support) uključuje postupak kod pacijenta bez svijesti koji diše, postupak kod pacijenta koji nema puls i ne diše, pružanje pomoći kod opstrukcije dišnog puta stranim tijelom, te postupak postavljanja pacijenta u koma položaj.

Primarni cilj trijaže patronažne sestre/tehničara u kućnoj posjeti je brza identifikacija bolesnika u stanju neposredne životne ugroženosti.

Kardiopulmonalna reanimacija (KPR) je postupak koji se provodi kod kardiopulmonalnog aresta u cilju uspostave srčano-plućne funkcije i zaštite mozga od oštećenja, koji nastaje zbog nedovoljne ili prekinute cirkulacije krvi. Važno je da patronažna sestra/tehničar djeluje što prije kako bi se povećale šanse za preživljavanje i smanjile moguće posljedice.

Reference:

1. Vučenočić D; Urgentna medicina, Beograd 2002.
2. Ristić I. Praktikum urgentne medicine, Beograd 2003.
3. Srpsko lekarsko društvo, sekcija urgentne medicine, Vodič za prehospitalno zbrinjavanje urgentnih stanja, suplement 2, Beograd 2002.
4. Sci. med. Judith Schilling, McCann, dipl.med.sestra, Hitna medicinska stanja – Vodič za zdravstvene radnike Springhouse, Pennsylvania 1998. RC smjernice 2005 g. (Hrvatski prevod).
5. Standardne operative procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti II dio, (polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici), Fondacija fami 2019.
6. Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi bolesnika u kući, Hrvatska komora medicinskih sestara, Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući.
7. <https://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/simptomi/sinkopa-uzroci-simptomi-lijecenje>
8. <http://www.hitnazg.hr/prva-pomoc/sok>
9. <https://www.epilepsi.com/learn/seizure-first-aid-and-safety/adapting-first-aid-plans/seizure-first-aid>

Pitanja za završni ispit:

1. Koji su najčešći hitni slučajevi u kućnim uvjetima?
2. Šta je srčani udar?
3. Koje pravilo se primjenjuje prilikom izračunavanja površine opekotina?

4.17. Sigurnost i kvalitet zdravstvene njege

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Sigurnost i kvalitet zdravstvene njege	– Predavanje - 20 minuta – Okviri standardnih operativnih procedura, protokola i vodilja - 30 minuta – Diskusija - 10 minuta

4.17. Sigurnost i kvalitet zdravstvene njege

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- definirati kvalitet i sigurnost zdravstvene usluge u zdravstvenoj njezi;
- osigurati kvalitet i sigurnost zdravstvene usluge kroz standardiziran, pravilan i pravovremen rad s pacijentom u svakodnevnom radu;
- razumjeti procesni pristup za upravljanje kvalitetom u svakodnevnom radu i pružanju zdravstvene njege;
- koristiti standardne operativne politike, uputstva i algoritme zdravstvene ustanove;
- koristiti kliničke vodilje i kliničke protokole;
- prijaviti indikatore izvođenja AKAZ-u, prijaviti eventualne incidentne situacije na terenu, evaluirati rad kroz kliničke revizije i ostalu dokumentaciju zdravstvene ustanove;
- samoevaluirati rad.

Sadržaj:

Uvod u osnove kvaliteta i kvaliteta u zdravstvenoj njezi, osiguranje, upravljanje i kontrola kvaliteta generalno, a i u procesu zdravstvene njege. Upoznavanje s procesnim pristupom za upravljanje kvalitetom u svakodnevnom radu i pružanju zdravstvene njege. Poštovanjem procedura i ostale dokumentacije za uspostavljanje sistema kvaliteta i sigurnosti u nekoj zdravstvenoj ustanovi, a koje su izrađene u zakonskim okvirima te postulatima dobre kliničke prakse, uvodi se poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga.

Kvalitet i sigurnost su bitni za što kvalitetniju i adekvatniju negu i liječenje pacijenta, ali isto tako poštovanje smjernica štiti zdravstvenog profesionalca od potencijalne profesionalne greške.

4.17.1. Definicija kvaliteta, značaj i potreba unapređivanja sistema kvaliteta i sigurnosti

Kvalitet zdravstvene njege je ključni element u pružanju stručne i adekvatne njege pacijentima u zdravstvenim ustanovama. Uspostavljanje sistema kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga predstavlja ključni korak u poboljšanju zdravstvenih usluga i osiguranju optimalne njege za pacijente. Svaki zdravstveni radnik, bez obzira na svoju ulogu i poziciju, ima odgovornost osigurati visok standard kvaliteta u svom svakodnevnom radu. U današnjem zdravstvenom sistemu, gdje su pacijenti sve zahtjevniji i informiraniji, važno je da zdravstveni radnici prate najbolje prakse i standarde u njezi pacijenata. Kvalitetna zdravstvena njega podrazumijeva individualni pristup svakom pacijentu, kontinuirano praćenje njihovog stanja, pravovremeno reagiranje na promjene, te saradnju s drugim stručnjacima radi postizanja najboljih ishoda liječenja.

Uzimajući u obzir smjernice i preporuke Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), kao i domaće zakonodavne i stručne regulative, zdravstveni radnici se trebaju kontinuirano educirati i usavršavati svoje vještine kako bi pružali najbolju moguću njegu pacijentima. Kvalitet zdravstvene njege uključuje i upravljanje rizicima, sigurnost pacijenata, pravilnu primjenu terapije i lijekova, te komunikaciju s pacijentima i njihovim porodicama. Važno je da zdravstveni radnici budu timski igrači, te da sarađuju unutar multidisciplinarnog tima kako bi osigurali sveobuhvatan pristup zdravstvenoj njezi.

Stalno praćenje i evaluacija kvaliteta zdravstvene njege kroz sistemsko prikupljanje podataka i povratne informacije od strane pacijenata mogu dodatno poboljšati kvalitet usluga i ishode liječenja. U konačnici, pružanje visokokvalitetne zdravstvene njege nije samo moralna i etička obaveza zdravstvenih radnika, već i ključni faktor u postizanju zadovoljstva pacijenata i poboljšanju zdravstvenog sistema kao cjeline.

4.17.2. Osiguranje kvaliteta u zdravstvenoj njezi u zajednici, razvoj standardnih operativnih politika i procedura, kliničkih vodilja i protokola

Upravljanje kvalitetom u zdravstvenim ustanovama postaje sve važnije u današnjem svijetu koji se brzo mijenja. Kvalitetna zdravstvena njega nije samo pitanje profesionalnosti i stručnosti osoblja, već i pravilnog upravljanja procesima unutar zdravstvenih ustanova. Poboljšanje kvaliteta zdravstvene njege uglavnom ne ovisi od većeg broja zdravstvenih ustanova, osoblja, opreme ili novca, već najviše od pristupačnosti, kontinuiranog obrazovanja i stručnosti zdravstvenih radnika. Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj zaštiti uključuje i izradu standardnih operativnih procedura (SOP) i protokola kako bi se osigurala dosljednost u pružanju zdravstvenih usluga i njihova evaluacija.

Procesni pristup za upravljanje kvalitetom u zdravstvu se zasniva na konceptu kontinuiranog poboljšanja procesa kako bi se osigurao visok nivo kvaliteta zdravstvene njege. Važno je razumjeti da kvalitet zdravstvene njege ne ovisi samo o medicinskom osoblju, već o cijelom lancu procesa – od pružanja usluga, dijagnostike, liječenja, do praćenja i evaluacije rezultata. Kroz procesni pristup, zdravstvene ustanove mogu identificirati ključne procese, definirati standarde kvaliteta, pratiti i mjeriti rezultate, te implementirati poboljšanja tamo gdje je potrebno. Upravljanje kvalitetom u zdravstvu tako postaje dinamičan proces koji zahtijeva aktivno praćenje i prilagođavanje.

Važno je istaknuti da procesni pristup za upravljanje kvalitetom u zdravstvu, također, uključuje i saradnju svih učesnika u procesu pružanja njege – od medicinskog osoblja, pacijenata, uprave, do vanjskih partnera i zajednice. Samo kroz zajednički rad i saradnju mogu se postići visoki standardi kvaliteta zdravstvene njege.

Upravljanje kvalitetom u zdravstvu nije samo puka administrativna obaveza, već moralna i stručna odgovornost svih zdravstvenih radnika. Kroz procesni pristup, zdravstveni radnici mogu osigurati najbolju moguću njegu za svoje pacijente, kontinuirano usavršavati i prilagođavati procese prema najnovijim saznanjima i standardima. Konačno, ulaganje u upravljanje kvalitetom u zdravstvu nije samo investicija u bolju njegu za pacijente, već i u dugoročnu održivost zdravstvenih ustanova.

Prema preporukama SZO, važno je uspostaviti standardizirane procedure i protokole za pružanje zdravstvene njege kako bi se osigurala dosljedna i efikasna njega. Kroz implementaciju standarda, zdravstveni radnici mogu osigurati da svaki pacijent dobije isti nivo brige i pažnje.

Kvalitetna zdravstvena usluga podrazumijeva primjenu određenih standarda i procesa u svim segmentima zdravstvenog sistema. Standardni operativni postupci (SOP), protokoli i vodilje su strukturirani dokumenti koji definiraju postupke, smjernice i standarde koji se moraju pratiti u određenoj zdravstvenoj ustanovi ili organizaciji. Mogu biti usmjereni na različite aspekte zdravstvene njege i upravljanja u zdravstvu, te se mogu prilagoditi specifičnim potrebama i praksama u različitim zemljama i zdravstvenim ustanovama.

Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine (AKAZ) je jedini nadležni organ u oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i akreditacije zdravstvenih ustanova u Federaciji Bosne i Hercegovine. Agencija je uspostavljena na osnovu Zakona o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, koji je donio Parlament Federacije BiH na sjednici Zastupničkog doma od 13.04.2005. godine i na sjednici Doma naroda od 29.07.2005. godine.

Jedan od važnih standarda koji se primjenjuje u upravljanju kvalitetom u zdravstvu je standardizacija postupaka i protokola. Ovaj standard osigurava da se sve zdravstvene usluge pružaju prema utvrđenim smjernicama i protokolima, čime se osigurava konzistentnost i kvalitet usluga.

Također, važan proces u upravljanju kvalitetom u zdravstvu je neprekidno unapređenje kvaliteta koji prati AKAZ. To podrazumijeva redovno praćenje efikasnosti zdravstvenih usluga, identifikaciju slabih tačaka i implementaciju poboljšanja, kako bi se osigurao kontinuirani kvalitet pružanja usluga zdravstvene njege. Drugi ključni standard je obezbjeđenje sigurnosti pacijenata. To uključuje prevenciju medicinskih grešaka, adekvatnu obradu nuspojava i komplikacija te obezbjeđenje sigurnog okruženja za pacijente.

Pored toga, važan standard je i standardizacija obuke i edukacije zdravstvenih radnika. Redovna obuka i edukacija osoblja ključni su faktori za osiguranje visokog standarda pružanja zdravstvenih usluga. Uz to, važno je istaknuti da se u upravljanju kvalitetom u zdravstvenoj zaštiti često koriste i alati poput kontrolnih listi, upitnika za pacijente i procesnih mapa kako bi se osigurala konzistentnost i kvalitet u pružanju zdravstvenih usluga.

Osnovni elementi na temelju kojih se određuje kvalitet i sigurnost pružanja zdravstvenih usluga uključuju:

- upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj zaštiti, što podrazumijeva kontrolu i nadzor nad procesima pružanja zdravstvene usluge kako bi se osigurala njihova efikasnost, efektivnost i sigurnost;
- specifične njegovalne dijagnoze u patronažnoj zdravstvenoj njezi, koje pomažu u preciznom određivanju potreba pacijenta i planiranju odgovarajuće njege;
- procjena potreba zajednice za zdravstvenom njegom (eng. Community Health Needs Assessment), kako bi se pružile usluge prilagođene specifičnim potrebama stanovništva;
- konceptualni okvir i kurikulum za rad medicinskih sestara/tehničara porodične medicine, koji osigurava da zdravstvena njega bude prilagođena potrebama cijele porodice;
- radna knjiga medicinskih sestara/tehničara koja pruža smjernice i postupke za pružanje sigurne i kvalitetne zdravstvene njege;
- kontinuirana edukacija o sestrinstvu koja osigurava da medicinske sestre/tehničari imaju neophodno znanje i vještine za pružanje sigurne i kvalitetne njege.

Implementacijom i primjenom kvalitetnih standarda sigurnosti i kvalitetne zdravstvene njege osigurava se korist na više nivoa.

Korist za zdravstvene ustanove uključuje:

- na osnovu samoocjene, raste opća svijest o važnosti i vrijednosti kvaliteta u pružanju usluga i bolje razumijevanje razvoja i primjene organizacijskih i stručnih politika i procedura;
- kontinuirani razvoj organizacije kroz cikluse stalnog unapređenja kvaliteta sigurnosti usluga i osposobljavanja osoblja za pozitivne promjene;
- svi organizacijski sistemi su ojačani i, stječući povjerenje u njih, osoblje može svoju energiju usmjeriti na pružanje kvalitetnije zdravstvene zaštite;
- na nivou ustanove značajno se poboljšava sistem upravljanja evidencijama;
- svim zainteresiranim poručuje se da ustanova posjeduje i kapacitete i resurse za kontinuirani napredak;

- jasno se pokazuje želja da se stalno uči i da se insistira na unapređenju standarda kvaliteta i usluga.

Korist za menadžment ustanova uključuje:

- sredstvo za efikasno upravljanje i rukovođenje zdravstvenom ustanovom;
- akreditacija podiže ugled svim menadžerima ustanove na osnovu kolegijalnog priznanja i priznanja kvaliteta od strane zavoda zdravstvenog osiguranja, putem stimulativnog finansiranja ustanove;
- akreditacija snažno preporučuje menadžere lokalnim ministarstvima zdravstva;
- akreditacija može biti jaka brana i osiguranje protiv eventualnih restriktivnih mjera.

Korist za zdravstvene profesionalce uključuje:

- sredstvo privlačenja kvalificiranog osoblja;
- sredstvo boljeg međusobnog komuniciranja zbog poboljšanih horizontalnih i vertikalnih komunikacija u cijeloj ustanovi, uključujući i bolje veze između multidisciplinarnih timova;
- sredstvo funkcionalnog uvezivanja različitih organizacijskih jedinica;
- jačanje timskog rada kroz zajedničko učenje i širenje dobre prakse između odjela, službi i zdravstvenih ustanova (umrežavanje);
- osnova za kontinuirano stručno usavršavanje;
- način da se i formalno priznaju napori osoblja uloženi u poboljšanje kvaliteta svakodnevnog rada;
- bolje razumijevanje iskustva pacijenta i pitanja koja se odnose na prava pacijenta (privatnost, dostojanstvo i povjerljivost);
- poboljšano znanje i sistemi upravljanja rizikom, uključujući zdravlje i sigurnost osoblja, upravljanje žalbama pacijenata i osoblja, izvještavanje o incidentima i učenje iz grešaka.

Korist za korisnike zdravstvene zaštite i njege uključuje:

- povjerenje da certificirana/akreditirana ustanova zadovoljava standarde sigurnosti, kvaliteta i stručnosti zdravstvenih profesionalaca;
- povjerenje da je zdravstvena ustanova privržena stalnom unapređenju svojih usluga i postizanju optimalnih standarda zaštite;
- povjerenje da mogu očekivati pravičan odgovor na svoje potrebe;
- povjerenje da kroz efikasne mehanizme rješavanja žalbi mogu dobiti satisfakciju;
- mogućnost da pacijenti i njihovi negovatelji aktivnije učestvuju u ostvarivanju svojih prava;
- mogućnost informiranih izbora i informiranog pristanka na invazivne procedure i operativne zahvate;
- transparentno informiranje o aktivnostima u zdravstvenim ustanovama usmjerenim ka boljem pružanju kvalitetne zdravstvene zaštite.

Važno je da zdravstveni radnici postave visoke standarde kvaliteta i sigurnosti zdravstvene njege kao prioritet u svom radu, te da uspostave otvorenu komunikaciju s pacijentima i članovima multidisciplinarnog tima. Timski rad, saradnja i komunikacija su ključni za postizanje optimalnih rezultata u pružanju zdravstvenih usluga.

Ključne poruke:

Kvalitet zdravstvene njege je ključni element u pružanju stručne i adekvatne njege pacijentima u zdravstvenim ustanovama. Uspostavljanje sistema kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga predstavlja ključni korak u poboljšanju zdravstvenih usluga i osiguranju optimalne njege za pacijente. Pridržavanje standarda, praćenje protokola i procedura, kao i kontinuirano usavršavanje i edukacija su ključni faktori za postizanje visokog nivoa kvaliteta i sigurnosti u pružanju zdravstvenih usluga. Svaki zdravstveni radnik, bez obzira na svoju ulogu i poziciju, ima odgovornost osigurati visok standard kvaliteta u svom svakodnevnom radu.

Kvalitetna zdravstvena njega podrazumijeva individualni pristup svakom pacijentu, kontinuirano praćenje njihovog stanja, pravovremeno reagiranje na promjene, te saradnju s drugim stručnjacima radi postizanja najboljih ishoda liječenja za pacijenta.

Važno je da zdravstveni radnici postavljaju visoke standarde kvaliteta i sigurnosti zdravstvene njege kao prioritet u svom radu.

Osnovni elementi na osnovu kojih se određuje kvalitet i sigurnost pružanja zdravstvene usluge i njege uključuju: upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj zaštiti, procjenu potreba zajednice za zdravstvenom njegom, konceptualni okvir, kurikulum za rad medicinskih sestara/tehničara porodične medicine, kontinuiranu edukaciju o sestrinstvu i sl.

Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine (AKAZ) je jedini nadležni organ u oblasti poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i akreditacije zdravstvenih ustanova u Federaciji Bosne i Hercegovine. Agencija je uspostavljena na osnovu Zakona o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu koji je donio Parlament Federacije BiH na sjednici Zastupničkog doma od 13.04.2005. godine i na sjednici Doma naroda od 29.07.2005. godine.

Reference:

1. World Health Organisation. Community nursing for countries in Transition. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe, 2001.
2. World Health Organisation. The Family Health Nurse. Context conceptual framework and curriculum. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe, 2000.
3. Geč T. Specifične negovalne diagnoze v patronažni zdravstveni negi. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, 2002.
4. Pilav A, Jatić Z, Branković S, Đido V. Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj zaštiti. Sarajevo, 2018.
5. World health organisation. Community Health Needs Assessment Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001.
6. PAT; radna knjiga medicinski tehničar, 2007/2008.
7. Learning Material on Nursing. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe 1996.
8. „Službene novine Federacije BiH“ broj 59/07.

Pitanja za završni ispit:

1. Šta predstavlja uspostavljanje sistema kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga?
2. Koji su osnovni elementi na osnovu kojih se određuje kvalitet i sigurnost pružanja zdravstvenih usluga?
3. Od čega najviše zavisi poboljšanje kvaliteta zdravstvene njege?



Poglavlje V

Očuvanje i unapređenje zdravlja

5.1. Obučavanje pacijenta/porodice

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Obučavanje pacijenta/porodice	– Predavanje - 50 minuta – Rad u grupama (prikaz slučajeva: – aktivno uključivanje pacijenta u promjenu stila života; – upoznavanje pacijenta s potencijalnim komplikacijama zdravstvenog stanja; – identificiranje prioriternih problema u porodici; – izrada plana intervencija za kohezivnost u porodici) - 50 minuta – Izvještavanje i diskusija - 20 minuta

5.1. Obučavanje pacijenta/porodice

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- napraviti procjenu informiranosti pacijenta/porodice u vezi zdravstvenih problema s kojima se suočavaju, kao i njihovo iskustvo u rješavanju istih;
- napraviti odgovarajući plan obuke za svakodnevni obrazac ponašanja poštujući pravilo „ne podučavaj previše“;
- provoditi primjenljiv plan obuke za svakodnevni život uz dovoljan broj demonstriranja kako se neka radnja pravilno izvodi;
- evaluirati uspješnost obučavanja, te napraviti odgovarajuće korekcije.

Sadržaj:

Obučavanje pacijenta i članova njegove porodice je sastavni dio zdravstvene njege, a usmjereno je na dostizanje najvišeg standarda kvaliteta života pacijenta i porodice. Obučavanje pacijenta za što samostaliju kontrolu svoga stanja utječe pozitivno na psihički aspekt njegove ličnosti, pacijent postaje aktivan član tima i smanjuju se zdravstveni troškovi ustanove. Obučavanje, odnosno osposobljavanje pacijenta za dalje aktivnosti osigurava komforniji život i porodici u kojoj pacijent živi. Obuku pacijenta ne treba odvojiti od obuke članova porodice, jer je porodica podrška pacijentima za savladavanje prepreka u postizanju zdravlja. Neophodno je procijeniti nivo razumijevanja, nivo općeg znanja i zdravstvene prosvijećenosti pacijenta kako bi obučavanje pacijenta imalo kvalitetne i pozitivne rezultate. Neophodno je uključiti i porodicu, te je komunikacija patronažne sestre/tehničara s porodicom veoma važna i ima bitan utjecaj na ishod obuke pacijenta. Patronažna sestra/tehničar mora davati jasne, konkretne, ne previše opširne, pacijentu razumljive informacije. Edukacija pacijenta i porodice traje onoliko dugo koliko je potrebno da savladaju određene aktivnosti rukovanja aparatom, sanitetskim/medicinskim/drugim pomagalicama. Ukoliko je u mogućnosti, korisno je da patronažna sestra/tehničar između posjeta ostavi pacijentu i porodici pisane upute u vidu brošura, knjižica, prospekata i sl. ili ih uputi na web stranice s potrebnim informacijama.

5.1.1. Procjena znanja/iskustva pacijenta/porodice u vezi zdravstvenih problema s kojima se suočavaju – identifikacija zabluda i nedostataka u znanju

Procjena znanja i iskustva pacijenta ili porodice u vezi sa zdravstvenim problemima s kojim se suočavaju, važan je korak u pružanju adekvatne zdravstvene njege, kao i ishoda liječenja. Obučavanje, odnosno osposobljavanje pacijenta za dalje aktivnosti osigurava komforniji život i porodici u kojoj pacijent živi. Obuku pacijenta ne treba odvojiti od obuke članova porodice, jer je porodica podrška pacijentima za savladavanje prepreka u postizanju zdravlja. Medicinska sestra/tehničar treba prilikom prve kućne posjete procijeniti nivo znanja pacijenta i porodice o zdravstvenom problemu s kojim se suočavaju, te identificirati zablude i nedostatke u znanju. Neophodno je razgovarati s pacijentom ili porodicom o njihovom razumijevanju trenutnog zdravstvenog stanja, te provjeriti jesu li svjesni dijagnoze, plana liječenja i prognoze. Također, važno je procijeniti koliko pacijent ili porodica razumiju planirano liječenje.

Procjena medicinske sestre/tehničara se zasniva na postavljanju pitanja prilagođenih kognitivnom statusu pacijenta/porodice o:

- lijekovima, doziranju i eventualnim nuspojavama;
- socijalnim uvjetima koji mogu utjecati na zdravlje, poput porodične podrške, finansijskih problema, radnog okruženja itd.;
- emocionalnoj reakciji pacijenta na zdravstveni problem, uključujući pacijentovo emocionalno stanje i eventualne stresore;
- razumijevanju postupaka prevencije bolesti i promocije zdravlja u svrhu poticanja na aktivno učestvovanje u održavanju vlastitog zdravlja;
- usvojenom znanju o zdravstvenom stanju.

Medicinska sestra/tehničar postavlja pitanja koja potiču pacijente da podijele svoje iskustvo i razmišljanja, umjesto jednostavnih „da“ ili „ne“ odgovora. Važno je prilagoditi način komunikacije prema potrebama pacijenta, uključujući jezik, brzinu i nivo detalja. Dobra komunikacija je važna da bismo imali što bolje ishode liječenja. Dokazano je da stručne osobe koje dobro komuniciraju sa svojim klijentima, tačnije i sveobuhvatnije određuju problem. Dobre komunikacijske vještine omogućavaju medicinskoj sestri/tehničaru da prikupi cjelovite, važne i tačne podatke o problemu pacijenta, te da bolje primjećuje emocionalnu nelagodu pacijenta. Uloga medicinske sestre/tehničara, osim apliciranja terapije, previjanja, obrade rana itd. (kurativni dio), svakako je i prevencija bolesti i promocija zdravlja. Kada porodica ima pacijenta u kući, za njih je to novo iskustvo i vrlo često se ne snalaze, od osnovnih stvari, kao što su presvlačenje pacijenta, promjene posteljine ispod nepokretnog pacijenta pa do kupanja, umivanja, hranjenja, promjene pelene, pražnjenja urinske kese ili stome, pravilne primjene lijekova, brige o ranama, mjerenje vitalnih parametara ili upotrebe medicinskih pomagala.

5.1.2. Razvoj plana obuke pacijenta (verbalne i pisane informacije)

Razvoj plana obuke pacijenta i njegove porodice zahtijeva strukturiran pristup kako bi se osiguralo efikasno prenošenje informacija. Plan treba biti prilagođen individualnim potrebama i sposobnostima pacijenta/porodice.

Procjena potreba pacijenta

- Identificirati specifične potrebe, pitanja i zabrinutosti pacijenta;
- razgovarati s pacijentom o njegovom trenutnom znanju o njegovom stanju, njezi i samopomoći.

Postavljanje ciljeva obuke

- Definirati jasne i mjerljive ciljeve koje pacijent treba postići tokom obuke;
- ciljevi bi trebali biti usmjereni ka povećanju razumijevanja stanja, liječenja, prevencije ili samopomoći.

Prilagođavanje informacija pacijentu

- Prilagoditi informacije stepenu razumijevanja pacijenta, koristeći jednostavan i jasan jezik;
- za lakše razumijevanje, koristiti vizuelnu pomoć, poput dijagrama ili ilustracija.

Organizacija informacija

- Podijeliti informacije u logičke segmente s ciljem lakšeg praćenja i pamćenja;
- upotrebljavati redoslijed koji odražava važnost informacija.

Korištenje različitih metoda obuke

- Koristiti kombinaciju verbalnih i pisanih informacija, kao i interaktivne metode poput demonstracija;
- omogućiti pacijentu da postavlja pitanja s ciljem boljeg razumijevanja.

Osiguranje pisanog materijala

- Pripremiti pisani materijal koji podržava verbalne informacije;
- materijal treba biti pregledan, sažet i lako razumljiv za pacijenta.

Ponavljanje i provjera razumijevanja

- Ponavljati ključne informacije tokom obuke;
- postavljati pitanja s ciljem provjere razumijevanja.

Prilagođavanje plana

- Prilagoditi plan obuke u skladu s promjenama u zdravstvenoj njezi pacijenta ili u skladu s njegovim individualnim potrebama.

Podrška nakon obuke

- Pružiti pacijentu informacije o tome kako se može dodatno informirati nakon obuke;
- osigurati sistem za pružanje dodatne podrške i odgovora na pitanja.

Evaluacija plana obuke

- Periodično procjenjivati efikasnost plana obuke i vršiti potrebna prilagođavanja.

5.1.3. Implementacija – demonstriranje, praktični rad s pacijentom i evaluacija naučenog

Implementacija plana obuke uključuje nekoliko ključnih aktivnosti, uključujući demonstraciju, praktičan rad s pacijentom i evaluaciju naučenog. Kod demonstracije je važno unaprijed planirati šta će biti predmet demonstracije, te odlučiti koji koraci se trebaju pokazati pacijentu. Važno je voditi se jasnim uputstvima, koristiti vizuelna pomagala i postavljati pitanja tokom demonstracije, kako bi bili sigurni da pacijent razumije postupak. Tokom demonstracije osigurati dovoljno vremena za odgovore na pitanja pacijenta, poštujući pravilo „ne podučavaj previše“. Neophodno je postepeno voditi pacijenta kroz praktične vježbe ili postupke, te mu kontinuirano pružati podršku. Kod izvođenja određenog postupka od strane pacijenta, važno je korigirati eventualne greške i pružati konstruktivne povratne informacije.

Kod evaluacije, potrebno je postavljati pacijentu pitanja kako bi procijenili njegovo razumijevanje i sposobnost, ali i dopustili pacijentu da istu radnju izvede gledajući i korigirajući eventualne greške. Za tehnike koje zahtijevaju dodatnu vježbu neophodno je pružiti povratnu informaciju uz pažljivo praćenje reakcija pacijenta, pažljivo slušanje njegovih pitanja i pružanje dodatnih pojašnjenja po potrebi. Evaluacijom utvrđujemo koliko je pacijent uspio usvojiti informacije i vještine tokom obuke. Nakon evaluacije, medicinska sestra/tehničar treba nastaviti prilagođavati plan obuke u skladu s povratnom informacijom od pacijenta, i, ako je potrebno, prilagoditi tempo ili metode obuke kako bi se osigurala maksimalna efikasnost učenja.

5.1.4. Praktična primjena, obuka porodice (npr. aplikacija inzulina, upotreba glukometra, njega stome itd.)

Radnje i vještine koje su patronažnoj sestri/tehničaru možda rutinske, pacijentima i porodicama su nepoznate. Stoga je pacijentima/porodici neophodno detaljno objasniti svaki postupak koji se provodi, bez pretpostavki da oni to već znaju. Raznolikost među pacijentima, između ostalog, znači

da medicinska sestra/tehničar treba biti osjetljiva na kulturne razlike u pristupu zdravstvenoj njezi. To uključuje razumijevanje običaja, vjerovanja i jezičnih razlika. Važno je koristiti jednostavan jezik i izbjegavati stručne termine koji bi mogli izazvati nesporazume. Postavljanje otvorenih pitanja i poticanje pacijenata da postave svoja pitanja može poboljšati razumijevanje. Korisno je pružiti pisane materijale ili vizuelne resurse koji pomažu pacijentima da bolje razumiju njihovo zdravstveno stanje, tok liječenja i važne korake koje trebaju poduzeti. Edukacija pacijenta i porodice traje onoliko dugo koliko je potrebno da savladaju određene aktivnosti rukovanja aparatom, sanitetskim/medicinskim/drugim pomagalicama.

5.1.4.1. Edukacija pacijenta ili njegovatelja o pravilnoj primjeni lijekova u kući

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) uvela je pojam ustrajnost ili saradljivost (adherence) kojom definira, između ostalog, postotak propisanih doza lijekova koje je pacijent uzeo tokom određenog perioda. Slaba ustrajnost u terapiji hroničnih bolesti i nepravilna primjena propisane terapije predstavlja značajan javnozdravstveni problem. Ukoliko pacijent uzima više lijekova kroz duži vremenski period (polifarmacija), zadatak medicinske sestre/tehničara je da provjeri ustrajnost uzimanja terapije, provjeri usvojeno znanje o pravilnom uzimanju propisane terapije i po potrebi educira pacijenta o ispravnom uzimanju terapije.

Prilikom patronažne posjete, jedan od zadataka patronažne sestre/tehničara je da provjeri pravilno korištenje propisane terapije:

- uvidom u medicinsku dokumentaciju;
- kontrolom lijekova koje pacijent posjeduje (propisane i nepropisane);
- kontrolom roka trajanja lijekova koje pacijent posjeduje;
- postavljanjem kratkih pitanja o vrsti, količini, načinu i vremenu uzimanja lijekova.

Faktori koji utječu na ustrajnost i pravilnu primjenu terapije:

- socioekonomski status (nedostatak sredstava, nedostatak socijalne podrške, skupi lijekovi itd.);
- istovremeno liječenje više hroničnih bolesti;
- stanja vezana uz napredovanje osnovne bolesti (ozbiljnost simptoma, loša prognoza bolesti itd.);
- faktori vezani za terapiju (dužina vremena uzimanja terapije, prethodni terapijski neuspjeh, česte promjene terapije, brzi nastup povoljnih efekata terapije itd.);
- motivacija pacijenta za uzimanje terapije;
- nasilje u porodici.

Planiranje aktivnosti

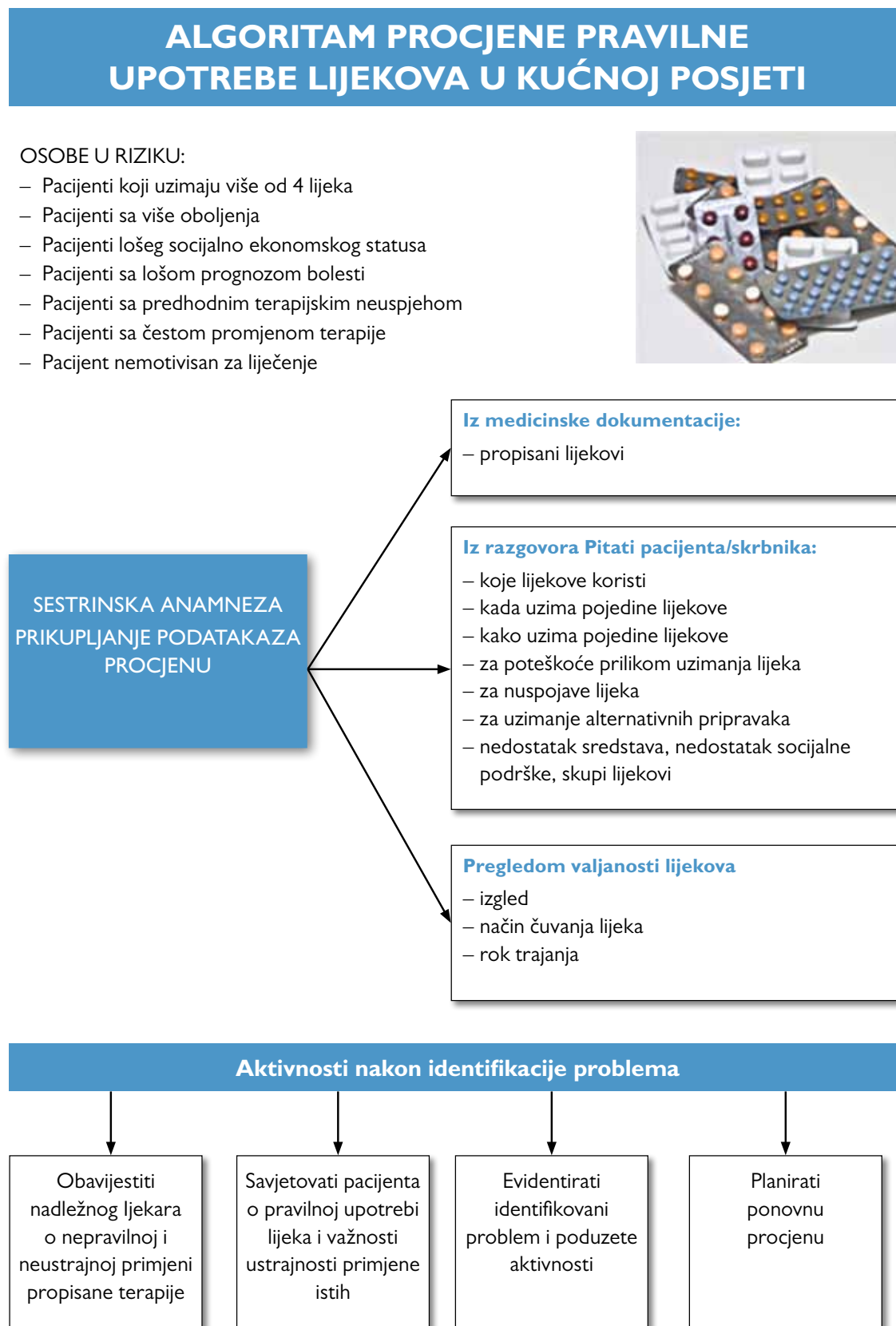
Na osnovu vlastitih kompetencija i nadležnosti, medicinska sestra/tehničar vrši procjenu ispravnosti upotrebe propisane terapije, te planira potrebne naredne aktivnosti. Kod uočenih nepravilnosti, potrebno je savjetovati i educirati pacijenta i/ili njegovatelja o (algoritam 1):

- važnosti kontinuirane primjene propisane terapije;
- posljedicama neredovne primjene propisane terapije;
- vremenu uzimanja terapije (da li se lijek uzima ujutro, tokom dana ili navečer);
- pravilnim vremenskim intervalima između primjene dva ista lijeka;
- pravilnom načinu unosa lijeka;
- pravilnoj dozi lijeka;
- pravilnoj primjeni lijekova u odnosu na obroke (koliko vremena prije ili poslije obroka);
- lijekovima koji mogu dovesti do interakcija s određenom vrstom hrane;
- lijekovima koje se ne smiju lomiti (retard tablete i film tablete);
- mogućim nuspojavama lijekova;
- mogućnosti korištenja alarma kao podsjetnika na vrijeme uzimanja lijeka (mobiteli, tajmeri i sl.);
- korištenju posuda s pregradama u koje stavljamo tablete za dnevnu ili sedmičnu terapiju.

Proces edukacije potrebno je prilagoditi kognitivnim sposobnostima pacijenta kojeg educiramo.

Edukacija pacijenta ili člana porodice često je dugotrajan proces, gdje je krajnji cilj usvajanje znanja o pravilnoj upotrebi propisane terapije. Medicinska sestra/tehničar mora obavijestiti ljekara u slučaju uočenih nepravilnosti ili prekida upotrebe terapije. Prilikom edukacije, izbjegavati medicinsku terminologiju koju pacijent i/ili njegovatelj ne razumije, imati u vidu da osobe s narušenim kognitivnim sposobnostima slabije usvajaju savjete, te pokazati dovoljno strpljenja. Prilikom svake sljedeće posjete planirati vrijeme za provjeru usvojenih savjeta i preporuka.

Algoritam 1. Procjena pravilne upotrebe lijekova u kući



Ključne poruke:

Procjena znanja i iskustva pacijenta ili porodice ključna je za pružanje adekvatne zdravstvene njege i postizanje uspješnih ishoda liječenja. Obučavanje pacijenta osigurava komforniji život i porodici, pa obuka pacijenta ne bi trebala biti odvojena od obuke članova porodice.

Medicinska sestra/tehničar treba procijeniti nivo znanja pacijenta i porodice, identificirati nedostatke i zablude, te razgovarati o razumijevanju zdravstvenog stanja, dijagnoze, plana liječenja i prognoze.

Medicinska sestra/tehničar treba biti osjetljiva na kulturne razlike, koristiti jednostavan jezik, izbjegavati stručne termine i poticati pacijente da postavljaju pitanja radi boljeg razumijevanja.

Razvoj plana obuke pacijenta uključuje identifikaciju potreba pacijenta, postavljanje mjerljivih ciljeva, prilagođavanje informacija, organizaciju informacija, korištenje različitih metoda obuke, pružanje pisanih materijala, ponavljanje i provjeru razumijevanja, te prilagođavanje plana edukacije i podršku nakon obuke.

Implementacija plana obuke uključuje demonstraciju, praktičan rad s pacijentom/porodicom i evaluaciju naučenog, s naglaskom na prilagođavanje plana prema povratnoj informaciji od strane pacijenta/porodice.

Reference:

1. Galić D, Omanović S, Krtalić P, Mahmutbegović H, Ljevak I. i sur. Standardne operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. II. dio. Sarajevo: Fondacija fami; 2019.
2. Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi bolesnika u kući, Dostupno na: <https://znjuk.hr/wp-content/uploads/2018/11/Smjernice-za-postupke.pdf>, Pristupljeno [19.1.2024].

Pitanja za završni ispit:

1. Šta treba medicinska sestra/tehničar uraditi prilikom prve kućne posjete?
2. Koji faktor utječe na ustrajnost i pravilnu upotrebu terapije?
3. Šta je polifarmacija?

5.2. Prevencija i rano otkrivanje bolesti (screening)

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Prevencija i rano otkrivanje bolesti (<i>screening</i>)	– Predavanje (I dio) - 45 minuta – Predavanje (II dio – skrining) - 45 minuta – Rad u grupama - 30 minuta

5.2. Prevencija i rano otkrivanje bolesti (screening)

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- razumjeti značaj i ulogu prevencije;
- prepoznati i preporučiti mjere primarne, sekundarne i tercijarne prevencije;
- objasniti metode ranog otkrivanja bolesti;
- promovirati zdrave stilove života. U skladu s pacijentovom dobi, dosadašnjim načinom života i dijagnozama, dati savjete i porodici kako biti psihofizička podrška. Pratiti pacijenta kraći period dok se ne osposobi da samostalno funkcionira, odnosno usvoji promjene i mjere rane prevencije bolesti;
- savjetovati pacijenta o promjeni životnih navika, te skupa evaluirati postignute rezultate s ciljem promjene nezdravog stila života;
- pripremiti promotivne materijale i koristiti ih u porodici i lokalnoj zajednici.

Sadržaj:

Opisati unapređenje i očuvanje zdravlja koje podrazumijeva provođenje mjera primarne, sekundarne i tercijarne prevencije. Značajno je razlikovati nivoe prevencije kod zaraznih, odnosno nezaraznih bolesti, te uloge i mogućnosti medicinske sestre/tehničara u zajednici. Skrining metodama bolest se može otkriti u ranoj fazi. Kroz što više praktičnih primjera, prikazati mogućnosti skrininga u ranom otkrivanju nekih bolesti koje mogu dovesti do teških posljedica, kao i bolesti koje su prepoznate kao najčešći uzrok smrti. Rana dijagnostika hroničnih nezaraznih bolesti umnogome utječe na terapiju i preživljavanje, te ima i ekonomski utjecaj na pojedinca, porodicu i zajednicu. Kao edukator, medicinska sestra/tehničar u zajednici svojim ličnim primjerom treba pokazati pozitivne promjene i podizati svijest o zdravlju. Neophodno je istaći važnost saradnje pacijenta u pravilnoj i redovnoj upotrebi terapije radi sprječavanja daljih komplikacija. Patronažna sestra/tehničar mora biti odgovorna i svjesna važnosti pružanja adekvatnih i provjerenih informacija pacijentu, na njemu razumljiv način.

5.2.1. Definicija ranog otkrivanja i prevencije bolesti

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira prevenciju kao „pristupe i aktivnosti usmjerene na smanjenje vjerojatnoće da će bolest ili poremećaj utjecati na pojedinca, prekidajući ili usporavajući napredak poremećaja ili smanjenje invaliditeta“. Značenje riječi prevencija (lat. *praeventio* = prethoditi, doći ispred) je „poduzimanje radnje u cilju predupređenja“. Pod pojmom prevencija bolesti, SZO podrazumijeva specifične, populacijske i individualne intervencije za primarnu i sekundarnu prevenciju (rano otkrivanje), s ciljem minimiziranja tereta bolesti povezanih s faktorima rizika. Ove intervencije uključuju prevenciju bolesti i promociju zdravlja. Promocija zdravlja je proces osnaživanja ljudi da povećaju kontrolu nad svojim zdravljem i njegovim determinantama kroz napore za zdravstvenu pismenost i multisektorsku akciju s ciljem povećanja zdravog ponašanja. Ovaj proces uključuje aktivnosti za širu zajednicu ili za osobe s povećanim rizikom od negativnih zdravstvenih ishoda. Promocija zdravlja obično se bavi faktorima rizika u ponašanju, kao što su upotreba duhana, gojaznost, ishrana i fizička neaktivnost, kao i oblasti mentalnog zdravlja, prevencije povreda, kontrola zloupotrebe droga, kontrola zloupotrebe alkohola, zdravstveno ponašanje povezano s virusom humane imunodeficijencije (HIV-om) i seksualno zdravlje. U medicinskoj literaturi može se pronaći da neki autori iz primarne prevencije izdvajaju **primordijalnu prevenciju** koja podrazumijeva poduzimanje preventivnih mjera u fazi kada rizični faktori nisu još razvijeni, dok bi primarna prevencija predstavljala smanjenje izlaganja faktorima rizika. Primordijalna prevencija bila bi najbliža promociji zdravlja, kada se obrazovanje populacije o zdravom ponašanju provodi od najranijih razvojnih faza života (vrtići, škole, radna mjesta...).

Vrlo često se smatra da su prevencija bolesti i promocija zdravlja dva različita javnozdravstvena koncepta zdravlja. Dok je cilj promoviranja zdravlja omogućiti pojedincima i zajednicama povećanu kontrolu nad faktorima koji uvjetuju zdravlje i ističu pozitivne potencijale i sposobnosti pojedinca i zajednice, dotle je cilj preventivne medicine pravovremeno prepoznavanje bolesti i provođenje liječenja kojim se sprječavaju smrt, invaliditet, oštećenje i narušavanje kvaliteta života. Mjere ranog otkrivanja bolesti (probir, engl. *screening*), kao i pravovremeno prepoznavanje osoba s povišenim rizikom za nastanak određene bolesti, još uvijek se smatraju jednim od najvažnijih mjera koje pruža savremena medicina. U Tabeli 32. opisane su različitosti naučnih strategija prevencije bolesti i promocije zdravlja za čiju efikasnost i uspješnost je neophodno aktivno učestvovanje društvenog sektora (unutar i van sistema zdravstva), kreatora zdravstvene politike (političari, zavodi zdravstvenog osiguranja) i samih građana.

Prevencija bolesti	Promocija zdravlja
Medicinska aktivnost namijenjena pojedincu ili rizičnoj grupi u cilju očuvanja zdravlja	Namijenjena kompletnoj populaciji
Više orijentirana prema bolesti	Orijentirana prema zdravlju
Specifično orijentirana prema internacionalnoj klasifikaciji bolesti	Nespecifična aktivnost
Usmjerena ka dobro definiranim riziko faktorima	Provođenje u cilju poboljšanja životne kondicije ljudskog bića
Orijentirana ka redukciji riziko faktora	Okrenuta ka povećanju zdravstvenih kapaciteta pojedinca i populacije
Cjeloživotni proces vezan za spol i dob pojedinca	Proces kraćeg vremenskog trajanja
Provodi se zdravstvenim akcijama (kampaњama), ali i individualno	Provodi se zdravstvenim akcijama (kampaњama)

Tabela 32. Različitosti naučnih strategija za prevenciju bolesti i promociju zdravlja

5.2.2. Nivoi prevencije (primarna, sekundarna, tercijarna i kvaterna prevencija)

Postoje četiri faze preventivnih aktivnosti, koje su kasnije podijeljene na nekoliko nivoa preventivnih aktivnosti:

1. Primarna prevencija – podrazumijeva zdravstvenu promociju te nespecifičnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu;
2. Sekundarna prevencija – podrazumijeva ranu dijagnostiku i tretman oboljelog;
3. Tercijarna prevencija – podrazumijeva sprječavanje i redukciju invaliditeta te rehabilitaciju;
4. Kvaterna prevencija – podrazumijeva prevenciju upotrebe nepotrebnih medicinskih procedura ili prevenciju prekomjerne medikalizacije.

5.2.2.1. Primarna prevencija

Primarna prevencija se odnosi na aktivnosti koje imaju za cilj izbjegavanje manifestacije bolesti (ovo može uključivati radnje za poboljšanje zdravlja kroz promjenu utjecaja društvenih i ekonomskih determinanti na zdravlje, pružanje informacija o bihevioralnim i zdravstvenim rizicima, uz konsultacije i mjere za njihovo smanjenje na ličnom i nivou zajednice, ishranu i suplementaciju, edukaciju o oralnoj i zubnoj higijeni i kliničke preventivne usluge kao što su imunizacija i vakcinacija djece, odraslih i starijih osoba, kao i vakcinacija ili profilaksa nakon izlaganja osoba zaraznim bolestima). Aktivnosti primarne prevencije provode se u periodu prije nastanka kliničkih znakova bolesti. Cilj je spriječiti pojavu faktora rizika te poduzeti mjere za smanjenje nepovoljnog djelovanja okolinskih rizika faktora na čovjeka (npr. aktivnosti u cilju sprječavanja štetnog djelovanja duhanskog dima da bi se prevenirao nastanak karcinoma bronha ili koronarne bolesti), te smanjenja rizika od djelovanja različitih patogena (npr. imunizacijom).

Usluge i aktivnosti primarne prevencije, između ostalog, uključuju:

- Imunizaciju i postekspozicijsku profilaksu djece, odraslih i starijih osoba;
- Informiranje o zdravstvenim rizicima u ponašanju i zdravlju, te mjerama smanjenja rizika na nivou pojedinca i zajednice;
- Uključivanje programa prevencije bolesti na nivoima primarne i specijalizirane zdravstvene zaštite, kao što je pristup preventivnim uslugama (npr. savjetovanje);
- Edukaciju o stomatološkoj higijeni i usluge oralnog zdravlja.

5.2.2.2. Sekundarna prevencija

Sekundarna prevencija bavi se ranim otkrivanjem bolesti, kada to poboljšava šanse za pozitivne zdravstvene ishode, uključujući aktivnosti kao što su programi skrininga za rano otkrivanje bolesti zasnovani na dokazima, programi za prevenciju urođenih malformacija, te terapija lijekovima dokazane efikasnosti, kada se primjenjuju u ranoj fazi bolesti. Cilj sekundarne prevencije je rana detekcija bolesti i brzo, efikasno i prihvatljivo liječenje s ciljem sprječavanja invaliditeta ili smrti. Sekundarnom prevencijom djelujemo na formalno zdrave osobe čija je bolest asimptomatska ili je u subkliničkoj asimptomatskoj fazi kada bolest još nije prepoznata. Liječenje u tim fazama je uspješnije, sigurnije i brže nego u klinički uočljivim slučajevima. Na primjer, rano identificiranje raka dojke, rano prepoznavanje hipertenzije, prevencija reumatske groznice i drugih komplikacija streptokokne infekcije itd. Postoje dvije strategije sekundarne prevencije: **skrining ili aktivno traženje oboljelih** u ranim predkliničkim fazama precizno projektiranim programima, te **slučajna identifikacija slučaja** u redovnom radu kada pacijent vrši pregled zbog nekog povezanog ili nepovezanog problema. Dok skrining predstavlja provođenje testiranja u određenim populacijskim grupama gdje nalazimo asimptomatske pacijente, pronalazak slučaja predstavlja otkrivanje asimptomatskog pacijenta koji se javio u zdravstveni sistem zbog nekih rutinskih usluga.

Sekundarna prevencija uključuje aktivnosti kao što su:

- populacijski programi skrininga za rano otkrivanje bolesti;
- pružanje programa zdravlja majke i djeteta, uključujući skrining i prevenciju kongenitalnih malformacija;

- pružanje hemoprofilaktičkih sredstava za kontrolu faktora rizika (npr. hipertenzija).

5.2.2.3. Tercijarna prevencija

Tercijarna prevencija je zdravstvena strategija kojom se nastoji spriječiti napredovanje bolesti, ublažiti simptome, spriječiti invaliditet i ponovno uspostaviti oštećene funkcije (rehabilitacija). Cilj tercijarne prevencije je smanjenje rizika od naknadnih događaja nakon akutnog stanja, čime se smanjuju komplikacije i negativne posljedice bolesti ili oštećenja organizma. Kod fatalnih bolesti, tercijarnom prevencijom ublažavamo simptome. Dakle, tercijarna prevencija ima za cilj podršku u funkcioniranju pojedinca u kontekstu njegovog okruženja i u skladu s njegovim ličnim karakteristikama.

Tercijarna prevencija uključuje:

- programe rehabilitacije nakon srčanog ili moždanog udara, programe upravljanja hroničnim bolestima (npr. za dijabetes, artritis, depresiju itd.);
- programi dijetalne ishrane, fizičke aktivnosti, uključivanje svih članova porodice, redovan tretman lijekovima pacijenata s diabetes mellitusom;
- grupe za podršku (strategije za zdraviji život);
- programe profesionalne rehabilitacije za prekvalifikaciju radnika na nova radna mjesta poslije oporavka od bolesti.

5.2.2.4. Kvaternarna prevencija

Iako je napredak medicine kao nauke i tehnike (posebno u dijagnostici bolesti), doveo do uspješnog liječenja i produženja životnog vijeka ljudi, svjedočimo situacijama koje su povezane s nizom nepotrebnih i često prekomjernih medicinskih procedura ili s njihovom zloupotrebom. Mjere koje se poduzimaju u cilju sprječavanja navedenih procedura su nazvane **kvaternom prevencijom**. Pod konceptom „kvartarne prevencije“, naponi su trenutno usmjereni na pronalaženje prave mjere zdravstvene njege, vjerne starom medicinskom principu „primum non nocere“.

5.2.3. Aspekti značaja ranog otkrivanja bolesti

Prevencija hroničnih bolesti je globalni prioritet javnog zdravlja zbog značajnih zdravstvenih, socijalnih i ekonomskih utjecaja ovih bolesti i njihovih ekonomskih implikacija.

Potrebne su nam preventivne mjere da bismo smanjili smrtnost, loše zdravlje i invaliditet, te da bi naš zdravstveni sistem učinili održivim, poboljšali zdravstvenu pravednost i smanjili ekonomsko opterećenje društva u širem smislu.

5.2.4. Skrining kod novorođenčadi

Skriningom novorođenčeta provjeravamo da li beba ima ozbiljna, ali rijetka i uglavnom izlječiva zdravstvena stanja pri rođenju. Uključuje pregled krvi, sluha i srca. U Federaciji Bosne i Hercegovine u praksi porodične medicine koristi se Rourke dječiji karton koji služi kao instrument za praćenje novorođenčeta i djeteta (koji je zasnovan na dokazima), a koji sadrže i preporuke za skrining na bolesti tog uzrasta. Ovaj protokol za prevenciju po starosnim grupama djece do 6 godina odnosi se na rast djeteta, zabrinutosti roditelja, ishranu, edukaciju i savjete roditelja, razvoj, fizikalni pregled, razvojne probleme i imunizaciju.

Postoje tri skrininga kod novorođenčadi:

- 1. Test krvi** – zdravstveni radnik ubada bebu u petu da dobije nekoliko kapi krvi. Krv se skuplja na poseban papir i šalje u laboratoriju na testiranje na kongenitalnu hipotireozu. Rezultati analize krvi obično su gotovi kada beba napuni 5 do 7 dana.
- 2. Skrining sluha** – ovim testom provjeravamo gubitak sluha. Za ovaj test, doktor stavlja male slušalice u uši bebe i koristi posebne kompjutere kako bi provjerio kako beba reagira na zvuk.

3. Pregled srca – ovaj test se koristi za skrining beba na grupu srčanih stanja koja se nazivaju kritične kongenitalne srčane mane. Koristi se jednostavan test koji se zove pulsna oksimetrija. Pulsna oksimetrija provjerava količinu kisika u krvi bebe pomoću aparata za pulsni oksimetar i senzora postavljenih na kožu bebe.

5.2.5. Skrining metode za karcinome dojke, kolona, grlića materice i prostate

U svijetu, rak dojke je drugi najčešće dijagnosticirani rak i procjenjuje se da je približno 2,1 miliona novih dijagnoza i skoro 627.000 smrtnih slučajeva bilo 2018. godine. Istraživanja su pokazala da postoji korist preživljavanja od skrining programa na karcinom dojke, odnosno da je skrining na karcinom dojke evidentno koristan za starosnu grupu žena od 50 do 69 godina starosti, dok za žene u starosnoj grupi od 40 do 49 godina starosti korist nije dokazana. Zbog toga se starosnoj grupi žena preko 50 godina starosti preporučuje skrining program. Neke kohortne studije ukazuju na smanjenu smrtnost kod žena koje prakticiraju samopregled dojki. Postoje tri metode koje treba razmotriti za karcinom dojke. To su klinički pregled dojki, mamografija i samopregled dojki. U nekim programima ovi postupci se kombiniraju, a negdje odvojeno primjenjuju. Preventivne mjere se provode na primarnom nivou zdravstvene zaštite u okviru sekundarne prevencije.

Kolorektalni karcinom je treći po učestalosti karcinom kod muškaraca i drugi po učestalosti karcinom kod žena u svijetu sa 1,36 miliona slučajeva širom svijeta, što čini skoro 10% karcinoma. U 2018. godini 700.000 osoba u svijetu je umrlo zbog kolorektalnog karcinoma. Za sada postoje čvrsti dokazi za primjenu skrininga na kolorektalni karcinom u dvije faze kod rizičnih pacijenata s navršениh 40 godina života. U prvoj fazi, svake godine potrebno je raditi test na hemookultno krvarenje te kolonoskopiju svake treće godine, naročito kod pacijenata s porodičnom historijom bolesti. Preventivna aktivnost se provodi na primarnom i sekundarnom nivou zdravstvene zaštite u okviru sekundarne prevencije.

Karcinom grlića materice je četvrti najčešći rak kod žena, nakon karcinoma dojke (2,1 milion slučajeva), kolorektalnog karcinoma (0,8 miliona) i karcinoma pluća (0,7 miliona). Smjernice preporučuju skrining asimptomatskih žena starijih od 20 godina s Papa brisom svake tri godine (preporuka A). Test na Humani papiloma virus (HPV) zajedno s cervikalnom citologijom se opcionalno preporučuje u pogledu kliničke odluke za individualni rizik i preferencije ispitanika (preporuka C). Dokazi za ekskluzivni HPV test nisu dovoljni za procjenu koristi i štete skrininga na karcinom grlića materice (preporuka I). Skrining na karcinom grlića materice može se prekinuti u dobi od 74 godine, nakon tri uzastopna negativna rezultata u roku od 10 godina (preporuka D). Preventivna aktivnost se provodi na primarnom i sekundarnom nivou zdravstvene zaštite u okviru primarne i sekundarne prevencije.

Rak prostate je najčešće dijagnosticirani rak kod muškaraca i njihov drugi ili treći najčešći uzrok smrti od raka. Prijavljene stope karcinoma prostate variraju od zemlje do zemlje, odražavajući razlike u dijagnostičkoj praksi, tretmanu i načinu života, te genetskim faktorima.

Za otkrivanje raka prostate koriste se tri strategije. Digitorektalni pregled je najstarija metoda i predstavlja najjednostavniju metodu za rano otkrivanje karcinoma prostate. Druga novija metoda je transrektalni ultrazvuk. Iako je ova tehnika u početku promovirana kao strategija rane detekcije, danas se uglavnom posmatra kao dijagnostički test. Treća moguća metoda za provođenje skrininga za rano otkrivanje karcinoma prostate je biohemijsko testiranje krvi na prostata specifični antigen (PSA). Preporučene dobne grupe za skrining na karcinom prostate su: 50-70 godina starosti i 45-49 godina s rizikom (bolest u prvom koljenu, muškarci afričkog porijekla). Preventivna aktivnost se provodi na nivou primarne i sekundarne zdravstvene zaštite, a prema poduzetim aktivnostima i vremenu provođenja u odnosu na razvoj bolesti provodi se u okviru sekundarne prevencije.

5.2.6. Skrining na određene vrste karcinoma

Papa test za skrining karcinoma grlića materice

Papa test je potpuno bezbolan, a izvodi ga ginekolog dok žena leži na ginekološkom stolu. Uvođenjem spekuluma u rodnicu, ginekolog prikazuje grlić materice te drvenom špatulom i drvenim štapićem omotanim vatom uzima bris sa stražnjeg svoda rodnice, rodničkog dijela grlića materice te iz kanala grlića materice. Bris se s drvene špatule i štapića prenosi na stakalce koje se uranja u alkohol radi fiksiranja (očuvanja) ćelija, te se boji specijalnom metodom kako bi se uzete ćelije mogle mikroskopski analizirati.

Nalaz Papa testa može biti:

1. uredan,
2. nalaz bez abnormalnih ćelija, ali uz upalne promjene te eventualno vidljive i prepoznatljive uzročnike,
3. abnormalan nalaz.

Glavna korist Papa testa je mogućnost otkrivanja abnormalnih ćelija koje potencijalno mogu prijeći u karcinom. Nalaz ćelija povećanog potencijala od prelaska u maligne ćelije može se označiti kao displazija blagog, umjerenog i teškog stepena, a umjesto toga se može koristiti i termin cervikalna intraepitelna neoplazija (skraćeno CIN) te, ovisno o zahvaćenosti epitela, promjene se mogu grupirati u CIN I, CIN II ili CIN III.

Mamografija za skrining karcinoma dojke

Mamografija je zlatni standard u otkrivanju raka dojke zbog jednostavnosti, cijene i korisnosti. Obavlja se na rendgenskom aparatu – mamografu, čiji se rad zasniva na korištenju ionizirajućih ili tzv. X-zraka. Može otkriti rak dojke dvije godine prije nego što tumor postane opipljiv, prije pojave bilo kojih znakova ili simptoma bolesti. Mamografski nalazi očitavaju se prema BIRADS kategorizaciji (eng. Breast Imaging Reporting and Data System).

Test na okultno fekalno krvarenje

Postoje različite metode za testiranje okultnog krvarenja u stolici. Hemokult test je najčešće korišten test, koji se zasniva na otkrivanju tragova krvi pomoću hemijskih reakcija. Uzorak stolice se nanosi na specijalni testni papir ili karticu, koji sadrži tvar koja mijenja boju kada dođe u kontakt s tragovima krvi. Imunohemijski test (FIT) je modernija verzija testa na okultno krvarenje, koja koristi specifična antitijela koja prepoznaju hemoglobin iz ljudskog stolice. FIT test je osjetljiviji i specifičniji od klasičnog hemokult testa.

PSA test

PSA test (prostata specifični antigen test) predstavlja laboratorijski skrining test kojim se iz uzorka krvi određuje nivo PSA. U patološkim uvjetima (karcinom prostate) PSA mogu da stvaraju i maligne ćelije, pa je stoga PSA izuzetno važan s dijagnostičkog aspekta u ranoj prevenciji karcinoma prostate. PSA se nalazi u krvi u dva oblika: kao PSA vezan za proteine i slobodan PSA. Ukupan PSA u krvi je predstavljen s obje frakcije zajedno. Povišen nivo PSA u krvi pacijenta je vrlo važan pokazatelj mogućeg oboljenja prostate. Prilikom analize rezultata, uzimaju se u obzir i vrijednosti slobodnog PSA, kao i indeks odnosa slobodnog i ukupnog PSA. Vrijednosti ovih rezultata služe u dijagnostici i razlikovanju benignog uvećanja prostate od karcinoma prostate.

5.2.7. Obuka pacijenta/porodice i menadžment promjena ponašanja pacijenta/porodice

Zdravstveni odgoj počinje još u ranom djetinjstvu u roditeljskoj kući pa se nastavlja kroz različite društvene institucije koje se manje ili više posvete promociji zdravih navika, ili provođenju organiziranih zdravstvenih promotivnih programa. Prve higijenske navike, navike u ishrani, prve stavove o fizičkoj aktivnosti, zloupotrebi duhana i alkohola dijete stječe u vrijeme primarne socijalizacije u okviru porodice. Jasno je da porodica ne prenosi uvijek zdravstveno poželjne oblike ponašanja, zbog čega je potrebno pomoći porodici. Današnji način života i brojni savremeni riziko faktori kao

što su visok krvni pritisak, povišen kolesterol, šećer u krvi, gojaznost, svakodnevni stres, nezdrava životna i radna sredina, pušenje duhana, konzumiranje alkohola ili psihotropnih sredstava su dodatni motiv za zdravstveno prosvjećivanje i osvještavanje stanovništva.

5.2.8. Promotivni materijali i njihova efektivna upotreba

Nositelj aktivnosti zdravstvenog odgoja u porodici je tim porodične medicine. Cilj zdravstvenog odgoja u porodici je izgradnja psihički i fizički zdrave ličnosti koja će moći brinuti o svom zdravlju i zdravlju članova porodice. Najbolja metoda odgojnog rada u porodici i zajednici je ciljani razgovor o zdravstvenom problemu uz korištenje priručnih odgojnih sredstava i promotivnih materijala kao što su atlas, slikovnice, brošure, pamfleti, medicinski modeli itd. Potrebno je imati zanovljene brošure putem kojih bi se pacijenti u riziku za obolijevanje mogli informirati o promjenama ponašanja i metodama skrininga.

Ključne poruke:

Iako se u našoj zemlji rezultati preventivnih aktivnosti vrlo često potcjenjuju, jer se dobro zdravlje podrazumijeva, a rezultati se vide nakon dužeg vremenskog perioda, uspješnost provedenih preventivnih mjera odlikuje se očuvanim godinama života, očuvanom kvalitetom života i radnom sposobnosti pojedinca, te smanjivanjem ukupnih troškova zdravstvene zaštite.

Preventivne aktivnosti ne smiju ovisiti od spremnosti institucija ili pojedinačnog znanja i entuzijazma zdravstvenih profesionalaca već biti dio obavezujuće zdravstvene politike koja će biti podržana i potpomognuta od kreatora zdravstvene politike jedne zemlje i cijele društvene zajednice.

Zajednički cilj prevencije bolesti i promocije zdravlja je očuvanje i unapređenje zdravlja koje je vezano za pozitivne ljudske i životne vrijednosti.

Pored kućne njege, liječenja i rehabilitacije pacijenata, ključnu kompetenciju usmjerenu prema svojim pacijentima treba uspostaviti putem preventivno-promotivnih aktivnosti.

Reference:

1. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity. <https://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html> (17.12.2023).
2. Sivić S. Osnovi preventivne medicine, Medicinski fakultet u Zenici: Zenica, 2021.
3. Stanetić K, Petrović V, Savić S. Promocija zdravlja. Medicinski fakultet Banja Luka: Banja Luka, 2023.
4. Omanić A. Zdravstveni odgoj i promocija zdravlja, Sarajevo, 2002.
5. Smajkić A. Socijalna medicina s organizacijom zdravstva I dio, Škole narodnog zdravlja Medicinskog fakulteta u Sarajevu, 1997.
6. BIH, FBIH. FMZ. PAT. Medicinske sestre/tehničari. 2011/2012.
7. Zildžić M, Gavran L, Batić-Mujanović O, Gledo I, Alic A, Prasko S, Avdić M. Zdravstvena njega u zajednici. Zdravstveni fakultet u Zenici, Zenica, 2014.
8. Galić D, Omanović S, Krtalić P, Mahmutbegović H, Ovčina D, Blaž S, Viteškić S, Franjić I. Standardne operative procedure zdravstvene zaštite u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti. I dio. Fondacija fami, Sarajevo, 2017.

Pitanja za završni ispit:

1. Šta podrazumijeva primarna prevencija?
2. Za koju starosnu grupu žena je skrining na karcinom dojke evidentno koristan?
3. Kako se zove protokol za prevenciju kod djece do 6 godina, a odnosi se na rast djeteta, zabrinutosti roditelja, ishranu, edukaciju i savjetovanje roditelja, razvoj, fizikalni pregled, razvojne probleme i imunizaciju?

5.3. Savjetovanje

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Savjetovanje	– Predavanje - 20 minuta – Rad u grupama (igra uloga: savjetovanje bolesnika s hroničnom bolesti i članova porodice u kućnoj posjeti) - 30 minuta – Diskusija - 10 minuta

5.3. Savjetovanje

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- definirati primarno i sekundarno savjetovanje kao instrument za rad s korisnicima usluga zdravstvene njege;
- identificirati razlike između intervjua i savjetovanja;
- identificirati odgovarajuće aktivnosti kroz proces savjetovanja i simulirati ih u grupnoj dinamici po modelu „igranja uloga“;
- organizirati savjetovanje uz aktivno učešće pacijenata i članova porodice.

Sadržaj:

Potreba za savjetovanjem javlja se u slučajevima nedostatka informacija u vezi zdravstvenog problema pojedinca, jer to ima za posljedicu njegovo neučestvovanje ili neadekvatno učestvovanje u pokušaju rješavanja problema. Definišu se razlike između intervjua i savjetovanja. Savjetodavne aktivnosti uključuju savjetovanje usmjereno ka porodici i savjetovanje na poslu. Metode aktivne nastave uključuju dijalog, telefonsko savjetovanje, intervju i savjetovanje grupe. Kroz metode aktivne nastave identificira se proces procjene potreba, karakteristike i aktivnosti učesnika, okruženje, potrebe (šta, zašto, kako) povratna sprega, korištenje podataka iz literature, te određivanje prioriteta (problematične i kritične teme). Savjetovanje je usmjereno na izgradnju zdravih stilova života pojedinca, porodice i zajednice.

5.3.1. Definicija savjetovanja kao instrumenta za rad s korisnicima usluga zdravstvene njege

Savjetovanje predstavlja ključni instrument u radu s korisnicima usluga zdravstvene njege. Prema Stamenoviću (2004), zdravstveno obrazovanje je važan segment zdravstvene njege koji se oslanja na savjetovanje kao metodu za edukaciju pojedinaca o očuvanju zdravlja i prevenciji bolesti. Tijanić i sar. (2002) ističu značaj savjetovanja u pružanju zdravstvene njege kroz individualiziran pristup korisnicima. Projekt za razvoj porodične medicinske sestre u BiH, proveden od strane George Braun Collegea iz Toronta, Kanada, 2001. godine, naglašava važnost savjetovanja kao ključnog elementa u radu medicinskih sestara/tehničara koje se bave porodičnom medicinom. Lemon (1996) također ističe potrebu za edukacijom i obukom zdravstvenih radnika u oblasti savjetovanja, kako bi pružili kvalitetnu njegu korisnicima. Standardne operative procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, posebno u polivalentnoj patronaži i sestrinstvu u zajednici, naglašavaju važnost savjetovanja kao alata za unapređenje zdravlja korisnika (Fondacija fami, 2019). Kroz savjetovanje, zdravstveni radnici mogu pružiti individualiziranu podršku korisnicima i motivirati ih da preuzmu odgovornost za svoje zdravlje. Kroz pravilnu edukaciju i podršku, zdravstveni radnici mogu doprinijeti unapređenju zdravlja i dobrobiti korisnika, kao i prevenciji bolesti. Savjetovanje može biti od ključne važnosti u pružanju podrške i pomoći korisnicima zdravstvene njege u rješavanju njihovih zdravstvenih problema i prevenciji daljih komplikacija. Primarno savjetovanje se odnosi na proces pružanja savjeta i podrške korisnicima u odnosu na njihovo zdravstveno stanje. Cilj primarnog savjetovanja je pružiti korisnicima informacije o njihovom zdravstvenom stanju, educirati ih o mogućim tretmanima i terapijama, te ih motivirati da slijede preporuke svog zdravstvenog tima. Sekundarno savjetovanje je proces koje se provodi kada pacijent već ima neki zdravstveni problem ili dijagnozu. U ovom slučaju, savjetovanje može biti usmjereno prema specifičnim pitanjima ili potrebama korisnika, kao što su pravilna primjena terapije, prevencija komplikacija ili planiranje buduće njege. Sekundarno savjetovanje može biti provedeno od strane stručnjaka iz različitih oblasti, kao što su psiholozi, nutricionisti ili savjetnici za rekreaciju. Kroz primarno i sekundarno savjetovanje, važno je uspostaviti kvalitetnu komunikaciju s korisnicima, slušati njihove potrebe i brige te ih motivirati da preuzmu odgovornost za vlastito zdravlje i dobrobit. Također, važno je prilagoditi savjetovanje individualnim potrebama i preferencijama svakog korisnika, te im pružiti podršku u donošenju informiranih odluka o svom zdravlju. Od velike je važnosti kontinuirano usavršavanje i stručni razvoj zdravstvenih radnika u oblasti savjetovanja, kako bi se pružila najbolja moguća podrška korisnicima u njihovom procesu ozdravljenja i prevencije zdravstvenih problema.

5.3.2. Razlike između intervjua i savjetovanja

Savjetovanje i intervjuiranje su dva odvojena, ali povezana procesa koja se koriste u radu s korisnicima usluga zdravstvene njege. Savjetovanje je proces u kojem stručnjak pomaže korisniku da identificira i razriješi probleme ili poteškoće s kojima se suočava. Savjetovanje se zasniva na principima empatije, razumijevanja i podrške, a cilj mu je pomoći korisniku da donese informirane odluke o svom zdravlju i dobrobiti. Savjetovanje će se dogoditi onda kada se pacijentu pruža podrška i edukacija da bi bolje razumio i nosio se sa svojim zdravstvenim stanjem. Savjetovanje uključuje aktivno slušanje, postavljanje smjernica za rješavanje problema i pružanje podrške korisniku u procesu donošenja odluka.

S druge strane, intervjuiranje je formalniji proces u kojem stručnjak postavlja određena pitanja korisniku kako bi prikupio informacije o njegovom zdravstvenom stanju, potrebama i preferencijama. To je poseban način vođenja razgovora koji ima za cilj prikupljanje informacija o pacijentovom zdravstvenom stanju, potrebama i preferencijama. Intervjuiranje se često koristi kako bi se prikupile relevantne informacije za dalju procjenu i planiranje pružanja zdravstvene njege korisniku. Stručnjaci često kombiniraju elemente savjetovanja i intervjuiranja kako bi osigurali da korisnik prima adekvatnu i personaliziranu podršku.

5.3.3. Aktivnosti savjetovanja (rad s pojedincem, grupom i porodicom)

Zdravstvena njega u zajednici je ključna komponenta primarne zdravstvene zaštite koja pruža sveobuhvatnu njegu i podršku pacijentima u njihovom prirodnom okruženju. Kroz savjetodavne aktivnosti, medicinske sestre/tehničari u zajednici pružaju neophodnu podršku u očuvanju zdravlja i prevenciji zdravstvenih problema. Savjetodavne aktivnosti dijelimo na savjetovanje usmjereno ka pojedincima, porodicama i savjetovanje na poslu, a koriste se sljedeće metode: dijalog, telefonsko savjetovanje, intervju, savjetovanje grupe, radionice, terapijske igre, kućna posjeta, te online savjetovanje. Savjetodavne aktivnosti su ključne u pružanju podrške i savjeta pojedincima u različitim životnim oblastima. U ovom slučaju, fokusiramo se na tri vrste savjetodavnih aktivnosti: savjetovanje usmjereno ka porodici, pojedincima, te savjetovanje na poslu.

Savjetovanje usmjereno ka porodici može biti od velike pomoći u rješavanju problema unutar porodice, poboljšanju komunikacije među članovima, te jačanju međusobnih odnosa. Metode koje se mogu koristiti u ovom slučaju uključuju dijalog između savjetodavca i članova porodice, telefonske savjete za brže reagiranje na probleme, intervju kako bi se dublje istražile specifične situacije, te savjetovanje u grupi kako bi se učenje proširilo na više osoba istovremeno.

Savjetovanje korisnika (pojedinaца) usluga zdravstvene njege može pomoći zdravstvenim radnicima u pružanju bolje njege i podrške pacijentima. Metode koje se mogu koristiti ovdje uključuju dijalog kojim se razmatraju najbolje prakse i moguća poboljšanja, telefonsko savjetovanje za hitne situacije, intervju radi boljeg razumijevanja pacijentovih potreba, te savjetovanje u grupi kako bi se podijelile dobre prakse i iskustva s drugima.

Savjetovanje na poslu može pomoći zaposlenicima da riješe probleme s kolegama ili nadređenima, da razviju svoje vještine ili da se lakše nose s dodatnim stresom ili pritiskom na poslu. Metode koje se mogu koristiti u ovom slučaju uključuju dijalog između savjetodavca i zaposlenika kako bi se identificirali problemi i razmotrila moguća rješenja, telefonsko savjetovanje za hitne situacije, intervju radi dubljeg razumijevanja individualnih potreba te savjetovanje u grupi za poticanje međusobne podrške i razmjenu iskustava.

Osnovne etape procesa savjetovanja uključuju sljedeće:

1. Uspostavljanje kontakta – prva faza je uspostavljanje kontakta s klijentom ili pacijentom. To uključuje upoznavanje, stvaranje povjerenja i postavljanje osnova za dalju komunikaciju.
2. Identifikacija problema – zdravstveni radnik će raditi s klijentom ili pacijentom kako bi identificirao i razumio probleme s kojima se suočava. Ova faza uključuje postavljanje pitanja, slušanje i prikupljanje relevantnih informacija.
3. Procjena i analiza – nakon identifikacije problema, zdravstveni radnik će provesti procjenu i analizu kako bi bolje razumio uzroke i posljedice problema. Ovo može uključivati korištenje različitih alata i tehnika za analizu podataka.
4. Planiranje intervencija – na osnovu procjene, zdravstveni radnik će zajedno s klijentom ili pacijentom razviti plan intervencija. Ovo uključuje postavljanje ciljeva, odabir strategija i određivanje koraka koje treba poduzeti kako bi se riješio problem.
5. Implementacija intervencija – u ovoj fazi zdravstveni radnik provodi planirane intervencije kako bi pomogao klijentu ili pacijentu. To može uključivati pružanje informacija, podršku, edukaciju ili druge oblike pomoći.
6. Praćenje i evaluacija – nakon implementacije intervencija, zdravstveni radnik prati napredak klijenta ili pacijenta i evaluira efikasnost intervencija. Ako je potrebno, mogu se prilagoditi strategije ili planovi kako bi se postigli željeni rezultati.

Ključne poruke:

Savjetovanje predstavlja ključni instrument u radu s korisnicima usluga zdravstvene njege. Savjetovanje dijelimo na primarno i sekundarno. Primarno savjetovanje se odnosi na proces pružanja savjeta i podrške korisnicima u odnosu na njihovo zdravstveno stanje. Cilj primarnog savjetovanja je pružiti korisnicima informacije o njihovom zdravstvenom stanju, educirati ih o mogućim tretmanima i terapijama, te ih motivirati da slijede preporuke svog zdravstvenog tima. Sekundarno savjetovanje je proces koje se provodi kada pacijent već ima neki zdravstveni problem ili dijagnozu. Kroz primarno i sekundarno savjetovanje, važno je uspostaviti kvalitetnu komunikaciju s korisnicima/pacijentima, slušati njihove potrebe i brige, te ih motivirati da preuzmu odgovornost za vlastito zdravlje i dobrobit.

Često poistovjećujemo savjetovanje i intervjuiranje. Savjetovanje se smatra procesom u kojem stručnjak pomaže korisniku/pacijentu da identificira i riješi probleme ili poteškoće s kojima se suočava. Intervjuiranje se može smatrati formalnijim procesom u kojem stručnjak postavlja određena pitanja korisniku kako bi prikupio informacije o njegovom zdravstvenom stanju, potrebama i preferencijama.

Reference:

1. Stamenović M. Zdravstveno vaspitanje, Beograd 2004.
2. Tijanić M, Đuranović D, Rudić R, Milović Lj. Zdravstvena nega, Beograd 2002.
3. Projekat za razvoj porodične medicinske sestre u BiH, George Braun College, Toronto-Kanada 2001.
4. Lemon L. Learning Material on Nursing. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe; 1996.
5. Standardne operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti II dio (polivalentna patronaža/sestrinstvo u zajednici), Fondacija fami, 2019.
6. Smith; J. Understanding the difference between counseling and interviewing in healthcare services. Journal of health counseling, 12(3), 45-57. (2020).

Pitanja za završni ispit:

1. Kada će se savjetovanje dogoditi?
2. Intervju je poseban način vođenja razgovora koji za cilj ima?
3. Koje su osnovne etape u procesu savjetovanja?

5.4. Zdravlje u vrtićima i školama

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Zdravlje u vrtićima i školama	– Predavanje (I dio) - 30 minuta – Rad u grupama (identificirati prioritetne probleme u vrtićima i školama, napraviti plan intervencije) - 15 minuta – Predavanje (II dio) - 30 minuta – Rad u grupama (model intersektorskog pristupa prevenciji riziko faktora u vrtićima i školama) - 15 minuta – Diskusija i zaključci - 30 minuta

5.4. Zdravlje u vrtićima i školama

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- napraviti procjenu zdravstvenih rizika djece u vrtićima i školama;
- provesti aktivnosti u cilju uspostavljanja sigurnog okruženja, te promovirati zdravu ishranu i higijenske navike i mjere;
- prepoznati znakove i simptome zlostavljanja i zanemarivanja djece i majki u porodici.

Sadržaj:

Nakon porodice, vrtići i škole predstavljaju mjesta najdužeg boravka djece. Prepoznati su kao mjesta za provođenje edukacija u cilju unapređenja zdravlja, te stjecanja zdravih životnih navika. Koordinacija s odgajateljima i nastavnicima u okviru zakonske regulative u cilju očuvanja zdravlja djece i stvaranja sigurnog okruženja. Značaj preventivnih i kurativnih aktivnosti koje je patronažna sestra/tehničar kompetentna obavljati u vrtićima i školama.

5.4.1. Procjena zdravlja djece u školama i vrtićima

Procjena zdravlja djece u školama i vrtićima ima ključnu ulogu u očuvanju i unapređenju njihovog zdravlja. Proces procjene obuhvata različite komponente kao što su rast i razvoj, te provođenje skrininga za rano otkrivanje mogućih zdravstvenih problema. Rast i razvoj djece ključni su pokazatelji općeg zdravstvenog stanja djeteta. Praćenje tih parametara pomaže u identificiranju eventualnih odstupanja od uobičajenog razvoja i ukazuje na potencijalne zdravstvene probleme. Zdravstveni radnici trebaju u školama i vrtićima redovno pratiti rast djece, koristeći standardne metode mjerenja visine, težine i obima glave. Skrining u školama i vrtićima je vrlo značajan proces provjere razvoja i zdravlja djece s ciljem rane identifikacije mogućih zdravstvenih problema ili poteškoća u njihovom razvoju. Skrining može obuhvatiti testiranje vida, sluha, dentalno zdravlje, mentalno zdravlje, imunizaciju i druge zdravstvene parametre. Redovno provođenje skrininga pomaže u prevenciji bolesti i pravovremenom liječenju. Za uspješnu procjenu zdravlja djece u školama i vrtićima, važno je uspostaviti dobru saradnju između zdravstvenih radnika, roditelja i odgojno-obrazovnih radnika. Timski rad omogućava sveobuhvatan pristup zdravlju djeteta i osigurava da se sve potrebne mjere poduzimaju radi očuvanja i unapređenja zdravlja djece. Edukacija zdravstvenih radnika o metodama procjene zdravlja djece u školama i vrtićima trebala bi biti kontinuirana, kako bi se osigurao najbolji mogući standard zdravstvene njege djece.

5.4.2. Zdravlje i sigurnost djece u školama i vrtićima

Zdravlje i sigurnost djece u školama i vrtićima su od velike važnosti jer pružaju osnovu njihovog razvoja, odgoja i obrazovanja. Zdravo i sigurno okruženje u ovim ustanovama omogućava djeci da se osjećaju sigurno, sretno i sposobno učiti i razvijati svoje potencijale. Jedan od ključnih faktora zdravlja i sigurnosti djece u školama i vrtićima je prevencija i kontrola zaraznih bolesti. Pravilna higijena, redovno pranje ruku i održavanje čistih prostora su važni u sprječavanju širenja infekcija. Također, važno je osigurati da djeca budu vakcinisana protiv različitih bolesti kako bi se spriječila epidemija. Osim toga, važno je obezbijediti sigurno okruženje za djecu, kako u fizičkom smislu (npr. sprječavanje povreda, obezbjeđivanje sigurnih igračaka i opreme) tako i u emocionalnom smislu (npr. sprječavanje nasilja i zlostavljanja). Održavanje reda i discipline, osiguravanje podrške i razumijevanja te promoviranje pozitivnih oblika ponašanja doprinose stvaranju sigurnog i poticajnog okruženja za djecu. Također, važno je poticati zdrave životne navike kod djece, uključujući redovnu tjelesnu aktivnost, uravnoteženu ishranu i pravilno nošenje obuće i odjeće. Edukacija o važnosti zdravih navika i pravilne njege tijela treba biti redovna i prilagođena uzrastu djece.

5.4.3. Najčešće povrede djece u školama i vrtićima

Bez obzira na pažljiv nadzor i brigu od strane odgajatelja i učitelja, povrede djece u vrtićima i školama su vrlo česta pojava. Ove povrede se mogu dogoditi iz različitih razloga, od neopreznosti djece do nedostatka nadzora odraslih.

Jedna od najčešćih povreda djece u vrtićima i školama je trovanje. Djeca, posebno mlađa, često imaju tendenciju da stavljaju razne predmete u usta, što može rezultirati trovanjem. Osim toga, nepravilno skladištenje hrane i lijekova u vrtićima može dovesti do slučajnog trovanja djece. Zbog toga je važno da odgajatelji budu educirani o pravilnom skladištenju i pristupu potencijalno opasnim tvarima.

Utapanje je još jedna česta povreda među djecom u vrtićima i školama. Nedostatak nadzora odraslih i neadekvatni sigurnosni protokoli mogu rezultirati ovom tragedijom. Zbog toga je važno da učitelji i odgajatelji budu obučeni za pravilno nadgledanje djece tokom aktivnosti u vodi, te da se pridržavaju sigurnosnih mjera.

Padovi su, također, česta povreda među djecom u vrtićima i školama, posebno kod mlađe djece koja još uvijek uče hodati i kretati se samostalno. Nepažnja odraslih, neodgovarajuća oprema i nedostatak sigurnosnih mjera mogu rezultirati povredama uzrokovanim padovima. Zbog toga je važno da prostori u kojima djeca borave budu sigurni i opremljeni adekvatnom opremom za sigurno kretanje.

ran boravak djece.

Nesreće su, također, česta pojava među djecom u vrtićima i školama, kao što su saobraćajne nesreće, požari ili povrede uzrokovane opasnim igračkama, a mogu imati ozbiljne posljedice po zdravlje djece. Zbog toga je važno da odgajatelji i učitelji budu educirani o pravilnim postupcima u slučaju nesreće, te da prostori u kojima djeca borave budu sigurni i opremljeni adekvatnom opremom za slučaj nesreće.

5.4.4. Zdrava ishrana

Zdrava ishrana i njega zuba od izuzetne su važnosti za očuvanje općeg zdravlja djece u školama i vrtićima. Pravilna ishrana doprinosi pravilnom rastu i razvoju djece, jača imunitet i smanjuje rizik od različitih bolesti. Ishrana koja se bazira na voću, povrću, cjelovitim žitaricama, nemasnim proteinima i mliječnim proizvodima osigurava optimalan unos hranljivih tvari, kao što su vitamini, minerali, proteini i vlakna.

Prehrambene navike stvaraju se već u djetinjstvu, stoga je važno da škole i vrtići promoviraju zdrave obroke i pravilne prehrambene navike među djecom. Raspored obroka treba biti pravilno planiran i uključivati raznovrsnu hranu koja će osigurati sve potrebne nutrijente za pravilan razvoj djece. Također, treba izbjegavati brzu hranu, gazirane napitke i šećere, koji mogu negativno utjecati na zdravlje djece.

5.4.5. Njega zuba

Njega zuba, također, igra ključnu ulogu u cjelokupnom zdravlju djece. Redovno pranje zuba, upotreba zubnog konca i redovne posjete stomatologu, važne su navike koje treba usvojiti još u najranijoj dobi. Škole i vrtići trebaju promovirati pravilnu oralnu higijenu među djecom i pružiti im informacije o važnosti održavanja zdravih zuba.

Priručnici za zdravstvene radnike u školama i vrtićima trebaju sadržavati detaljne smjernice o zdravoj ishrani i njezi zuba, kako bi se osiguralo da se djeca pravilno hrane i brinu o svom oralnom zdravlju. Edukacija roditelja, također, igra važnu ulogu u promoviranju zdravih životnih navika među djecom.

5.4.6. Fizički i psihički razvoj djece u školama i vrtićima

Fizički i psihički razvoj djece u školama i vrtićima je od izuzetne važnosti za cjelokupni, zdravi razvoj svakog djeteta. Fizički razvoj djece odvija se kroz različite faze, uključujući rast, razvoj mišića, koordinaciju pokreta, motoričke sposobnosti i opću fizičku kondiciju. U školama i vrtićima, djeca se redovno bave tjelesnom aktivnošću kroz različite igre, sportove i vježbe koje im pomažu da razviju svoje motoričke sposobnosti i održavaju zdravu tjelesnu kondiciju.

Psihički razvoj djece odnosi se na razvoj emocionalne, intelektualne, socijalne i kognitivne sfere. U školama i vrtićima djeca imaju priliku da razvijaju svoje emocionalne i socijalne vještine kroz interakciju s drugom djecom i odraslima, što im pomaže da razviju samopouzdanje, empatiju i socijalnu inteligenciju. Također, kroz obrazovne aktivnosti i igru, djeca razvijaju svoje kognitivne sposobnosti, kao što su pažnja, koncentracija, pamćenje, logičko razmišljanje i kreativnost.

Važno je napomenuti da fizički i psihički razvoj djece u školama i vrtićima zahtijeva podršku i angažman roditelja, odgajatelja, učitelja i zdravstvenih radnika. Edukacija o zdravom načinu života, redovna tjelesna aktivnost, zdrava ishrana, adekvatan san i pravilna higijena ključni su faktori koji doprinose optimalnom razvoju djece u školama i vrtićima.

U svrhu unapređenja fizičkog i psihičkog razvoja djece u školama i vrtićima, važno je organizirati različite oblike edukacija, preventivnih zdravstvenih programa, savjetovanja roditelja i redovnih pregleda djece. Također, saradnja između obrazovnih i zdravstvenih institucija je od ključnog značaja za pravovremeno prepoznavanje i adekvatno rješavanje eventualnih poteškoća u razvoju djece.

U konačnici, briga o fizičkom i psihičkom razvoju djece u školama i vrtićima treba biti sveobuhvatna

i multidisciplinarna, s ciljem osiguranja zdravog i sretnog djetinjstva svakog djeteta. Samo na taj način možemo osigurati da svako dijete ostvari svoj puni potencijal i postane zdrava i sretna odrasla osoba.

5.4.7. Zakonska regulativa o zaštiti prava djeteta

Zakonska regulativa o dječijim pravima u školama i vrtićima u većini zemalja donesena je s ciljem obezbjeđivanja sigurnosti i dobrobiti djece, te prava djece na obrazovanje i zdrav razvoj. U Bosni i Hercegovini, prava djece u obrazovnom sistemu definirana su Zakonom o osnovnom odgoju i obrazovanju, Zakonom o srednjem obrazovanju, Zakonom o predškolskom obrazovanju i vaspitanju, te drugim relevantnim propisima. Jedan od ključnih zakona koji se odnosi na dječija prava u obrazovnom sistemu je Zakon o osnovnom odgoju i obrazovanju, koji garantira pravo djeteta na obrazovanje, kao i pravo na ravnopravno učešće u obrazovnom procesu. Prema ovom zakonu, svako dijete ima pravo na obrazovanje prilagođeno svojim potrebama i sposobnostima, pravo na besplatno osnovno obrazovanje, te pravo na predškolsko obrazovanje radi pripreme za školu i bolje socijalizacije. Vrtići imaju ulogu da pruže sigurno i podržavajuće okruženje za djecu, te da ih potiču na razvoj kroz igru i učenje. U vezi sa zaštitom djece od nasilja i zlostavljanja, zakonom je propisana odgovornost škola i vrtića da obezbijede sigurno okruženje za djecu. Zakon o zaštiti od nasilja u porodici, također, regulira obaveze institucija u borbi protiv nasilja nad djecom, te pružanje podrške žrtvama.

U Bosni i Hercegovini, Zakon o zaštiti od nasilja u porodici donesen je s ciljem zaštite djece od svih oblika nasilja, uključujući i nasilje koje se može javiti u obrazovnim ustanovama. Ovaj zakon propisuje stroge kazne za nasilje nad djecom, te postupanje u slučajevima prijavljivanja nasilja.

Kroz Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, također, osigurava se zaštita djece od zaraznih bolesti u ustanovama poput vrtića i škola. Ovaj zakon propisuje obavezne imunizacije djece kako bi bila zaštićena od opasnih zaraznih bolesti, te regulira postupke u slučajevima pojave zaraznih bolesti u obrazovnim ustanovama.

Uz navedene zakone, važno je istaknuti i Konvenciju UN o pravima djeteta koja, također, propisuje prava djece na zaštitu od svih oblika nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja, a primjenjuje se i u Bosni i Hercegovini.

5.4.8. Znakovi i simptomi zanemarivanja i zlostavljanja djece

Zanemarivanje djeteta podrazumijeva nedostatak adekvatne njege, pažnje, obrazovanja, hrane, medicinske njege i sl., što može dovesti do različitih fizičkih, emocionalnih i mentalnih posljedica. To može uključivati ignoriranje djetetovih osjećaja i potreba, izostanak adekvatne brige o zdravlju djeteta, nepoštovanje djetetovih prava i nedostatak emocionalne podrške. Zanemarivanje djeteta može imati dugoročne posljedice na emocionalni, fizički i psihološki razvoj djeteta. Zlostavljanje i zanemarivanje djece su ozbiljni društveni problemi koji imaju dugoročne posljedice na fizičko i mentalno zdravlje djeteta. Prema definiciji UNICEF-a, zlostavljanje djeteta je svaki oblik fizičkog, emocionalnog ili seksualnog nasilja, zanemarivanja ili komercijalne eksploatacije, bez obzira na to ko je počinitelj i u kojem se kontekstu događa.

Vršnjačko nasilje (eng. bullying) u školama i vrtićima je ozbiljan problem koji može imati dugotrajne negativne posljedice po djecu koja su žrtve takvog ponašanja. Bullying se definira kao namjerno agresivno ponašanje koje se ponavlja, i koje ima za cilj nametanje moći ili kontrole nad nekom drugom osobom. To može uključivati fizičko nasilje, verbalno zlostavljanje, izolaciju, širenje tračeva ili bilo koje drugo ponašanje koje uzrokuje emocionalnu ili fizičku štetu žrtvi. Studije su pokazale da djeca koja su žrtve bullyinga/zlostavljanja imaju povećan rizik od razvoja anksioznosti, depresije, problema sa samopouzdanjem, socijalne izolacije, pa čak i suicidalnih misli. Također, djeca koja vrše bullying mogu imati problema s empatijom i razumijevanjem drugih, a moguće je da će nastaviti s agresivnim ponašanjem i u odrasloj dobi. Važno je napomenuti da odrasli u obrazovnom sistemu imaju ključnu ulogu u prevenciji i suzbijanju bullyinga. Nastavnici, vaspitači, roditelji i ostalo osoblje treba da budu obučeni za prepoznavanje znakova bullyinga, kao i za efikasno reagiranje na takve

situacije. Također, važno je osvijestiti djecu o štetnosti bullyinga i promovirati kulturu poštovanja i tolerancije među vršnjacima.

Zakonodavstvo, također, igra važnu ulogu u borbi protiv bullyinga. U Bosni i Hercegovini, Zakon o zaštiti od nasilja u porodici, također, odnosi se na zaštitu djece od bilo kakvog oblika nasilja, uključujući i bullying. Važno je da se bullying tretira ozbiljno i da se primjenjuju odgovarajuće sankcije za počinitelje, kako bi se zaštitila prava i sigurnost djece.

Zlostavljanje djece može imati različite oblike, uključujući fizičko nasilje (udaranje, šamaranje), emocionalno zlostavljanje (ponižavanje, omalovažavanje), seksualno zlostavljanje (silovanje, zlostavljanje), zanemarivanje (nepružanje adekvatne njege i pažnje) i eksploataciju (radna eksploatacija, trgovina ljudima).

Zlostavljanje djece može imati duboke psihološke posljedice, poput niskog samopouzdanja, depresije, anksioznosti, poremećaja ponašanja i emocionalnih problema. Također, zlostavljanje djece može imati i ozbiljne fizičke posljedice, poput povreda, poremećaja rasta i razvoja, te dugoročnih zdravstvenih problema.

Zanemarivanje djece, s druge strane, može imati jednako ozbiljne posljedice, a uključuje nedostatak adekvatne njege, pažnje, hrane, obrazovanja i medicinske njege može dovesti do fizičkih, ali i emocionalnih i mentalnih problema. Zanemarivanje može izazvati osjećaj napuštenosti, bezvrijednosti i nesigurnosti kod djeteta. U mnogim slučajevima zanemarivanje djece je rezultat nedostatka obrazovanja, siromaštva, mentalnih problema roditelja, zloupotrebe supstanci ili jednostavno nedostatka interesovanja za odgovorno roditeljstvo.

Zdravstveni radnici igraju ključnu ulogu u prepoznavanju i interveniranju u slučajevima zanemarivanja djece. Važno je da zdravstveni radnici pažljivo posmatraju i slušaju djecu prilikom svake posjete, da postavljaju odgovarajuća pitanja i obraćaju pažnju na bilo kakve znakove ili simptome zanemarivanja. U slučajevima sumnje na zanemarivanje, zdravstveni radnici trebaju odmah kontaktirati nadležne institucije za zaštitu djece, kao što su centri za socijalni rad, kako bi se pružila adekvatna pomoć i podrška djetetu i porodici. Važno je da zdravstveni radnici budu osjetljivi na potrebe djece i da rade u saradnji s drugim stručnjacima kako bi obezbijedili sigurnost i dobrobit djeteta.

Ključne poruke:

Skrining u školama i vrtićima je vrlo značajan proces provjere razvoja i zdravlja djece s ciljem rane identifikacije mogućih zdravstvenih problema ili poteškoća u njihovom razvoju. Skrining može obuhvatiti testiranje vida, sluha, dentalno zdravlje, mentalno zdravlje, imunizaciju i druge zdravstvene parametre.

Prehrambene navike stvaraju se već u djetinjstvu, stoga je važno da škole i vrtići promoviraju zdrave obroke i pravilne prehrambene navike među djecom.

Škole i vrtići trebaju promovirati pravilnu oralnu higijenu među djecom i pružiti im informacije o važnosti održavanja zdravih zuba.

Fizički i psihički razvoj djece u školama i vrtićima zahtijeva podršku i angažman roditelja, odgajatelja, učitelja i zdravstvenih radnika. Edukacija o zdravom načinu života, redovna tjelesna aktivnost, zdrava ishrana, adekvatan san i pravilna higijena ključni su faktori koji doprinose optimalnom razvoju djece u školama i vrtićima.

Zanemarivanje djeteta podrazumijeva nedostatak adekvatne njege, pažnje, obrazovanja, hrane, medicinske njege i sl., što može dovesti do različitih fizičkih, emocionalnih i mentalnih posljedica.

Vršnjačko nasilje (eng. bullying) definira se kao namjerno agresivno ponašanje koje se ponavlja, i koje ima za cilj nametanje moći ili kontrole nad nekom drugom osobom. To može uključivati fizičko nasilje, verbalno zlostavljanje, izolaciju, širenje tračeva ili bilo koje drugo ponašanje koje uzrokuje emocionalnu ili fizičku štetu žrtvi. Studije su pokazale da djeca koja su žrtve bullyinga/zlostavljanja imaju povećan rizik od razvoja anksioznosti, depresije, problema sa samopouzdanjem, socijalne izolacije, pa čak i suicidalnih misli.

Zlostavljanje djece može imati različite oblike, uključujući fizičko nasilje (udaranje, šamaranje), emocionalno zlostavljanje (ponižavanje, omalovažavanje), seksualno zlostavljanje (silovanje, zlostavljanje), zanemarivanje (nepružanje adekvatne njege i pažnje) i eksploataciju (radna eksploatacija, trgovina ljudima).

Reference:

1. Stamenović M, Zdravstveno vaspitanje, Beograd 2004.
2. Komunikacija – sestra/pacijent, Hilde Eide i Tom Eide – UMSTS, Beograd 2005.
3. Lemon L. Learning Material on Nursing. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe; 1996.
4. Mardešić D i sar., Pedijatrija, Školska knjiga Zagreb, 2000.
5. Smajkić A. i sar., Organizacija i praksa obiteljske/porodične medicine. Šahinpašić. Sarajevo 2013.
6. Zakon o zaštiti od nasilja u porodici („Službene novine Federacije BiH”, br. 20/13 i 75/21)
7. Bodnaruk S, Čizmić J, Hrabač B. i Huseinagić S, Komentari zdravstvenih zakona, Knjiga 1, Privredna štampa d.o.o. Sarajevo, 2011.
8. Vodič za zdravu ishranu djece predškolskoga uzrasta - Priručnik za roditelje. Aida Filipović Hadžiomerađić, Aida Vilić Švraka, Aida Pilav, Nadija Bandić. FMZ, FMON, ZZJZ FBiH, Sarajevo, 2014.

Pitanja za završni ispit:

1. Šta podrazumijeva skrining u školama i vrtićima?
2. Šta je vršnjačko nasilje/bullying?
3. Šta podrazumijeva zanemarivanje djeteta?

5.5. Ishrana

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Ishrana	– Predavanje - 30 minuta – Rad u grupama (hrana kao lijek i faktor rizika, mjere prevencije) - 20 minuta – Izvještavanje i diskusija - 10 minuta

5.5. Ishrana

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- izvršiti procjenu prehrambenih navika i potreba u skladu s oboljenjima koja pacijent ima i nivoom gojaznosti/pothranjenosti;
- promovirati zdravu ishranu i educirati o gojaznosti kao oboljenju i kao riziko faktoru za druga oboljenja;
- procijeniti prehrambene navike – sociološke, kulturne i religiozne faktore koji mogu utjecati na način prehrane.

Sadržaj:

Ishrana predstavlja esencijalnu ljudsku potrebu. Socioekonomske karakteristike zajednice, vrsta oboljenja (DM), sposobnost pacijenta da se hrani (Ca digestivnog trakta), umnogome utječu na sadržaj i kvalitet ishrane. Ishrana se definira i kao lijek i kao riziko faktor. Patronažna sestra/tehničar je kompetentna provoditi brojne preventivne i kurativne aktivnosti koje se odnose na segment ishrane, uključujući definiranje aktuelnih i potencijalnih dijagnoza zdravstvene njege u oblasti ishrane.

5.5.1. Prehrambene navike i potrebe – socijalni, kulturni i religiozni faktori

Pravilna, odnosno zdrava ishrana podrazumijeva optimalnu konzumaciju svih neophodnih hranjivih tvari (ugljikohidrati, masti, proteini, vitamini, minerali i voda), umjereno količinski, raznoliko, primjereno životnoj dobi, fizičkoj i mentalnoj konstituciji, radnim i intelektualnim naporima, klimi i radnoj okolini u kojoj živimo, zastupljenih i iskorištenih u odgovarajućoj ravnoteži da se održi optimalno zdravlje. „Sve što hranom unosimo u organizam gradi nas i mijenja, a o tome šta smo unijeli ovisi naša snaga, naše zdravlje i naš život. Neka hrana bude tvoj lijek, a lijek neka bude tvoja hrana” (Hipokrat). Ovim riječima je Hipokrat još u davna vremena, 430. godine prije nove ere, postavio temelje značaju pravilne ishrane.

Prehrambene navike duboko su ukorijenjene u kulturi, različite su za različite narode, za jedne je neka hrana dobra, a za druge loša. Iz prošlosti do danas navike se prenose tradicijom, a ogroman značaj u ishrani ima religijska pripadnost. Tako bi se među najvažnije kulturološke faktore koji utječu na ishranu mogli svrstati upravo vjerovanja, tradicija i religija. U suštini, to su generalno faktori koji najviše utječu na opći način života ljudi, pa tako i na ishranu. Vrlo se često čak i privrženost određenoj religiji posmatra kroz odnos prema hrani. Živimo u vremenu sve prisutnijeg industrijskog i saobraćajnog zagađenja okoline, poljoprivrede koja koristi različita sredstva za uzgoj biljnih ili životinjskih namirnica i zbog toga treba voditi računa o porijeklu namirnica ili sirovina od kojih su proizvedene. Nauka potvrđuje da nepravilna ishrana predstavlja faktor rizika za hronična nezarazna oboljenja, koja su uzrok preko 65% smrtnosti u svijetu i koja su postala zabrinjavajući javnozdravstveni problem. Osnovni preduvjet za održavanje dobrog fizičkog i mentalnog zdravlja i otpornosti organizma prema bolestima je zdrava i pravilna ishrana. Ona će biti osigurana samo dobrim izborom i kombinacijom raznovrsnih namirnica.

5.5.2. Procjena prehrambenih navika i stanja uhranjenosti

Pokazatelji stanja uhranjenosti odraslog stanovništva u Federaciji Bosne i Hercegovine govore o široko prisutnoj prekomjernoj težini i gojaznosti, kako među muškarcima, tako i među ženama svih dobnih grupa. Zavod za javno zdravstvo FBiH je 2012. godine proveo Studiju o stanju zdravlja odraslog stanovništva u FBiH čiji su rezultati pokazali da poželjno stanje uhranjenosti (indeks tjelesne mase – ITM 18,5-24,9) ima samo 37,5% odraslih osoba, dok prekomjernu težinu (ITM 25-29,9) ima čak 37,5% odraslih osoba. Procenat pretilih (ITM >30) iznosi 22,5%, Prekomjerna težina je više prisutna među muškarcima (45,2%) nego među ženama (29,6%), dok je gojaznost više izražena među ženama (23,3%) nego među muškarcima (19,1%). Najveći procenat prekomjerno teških (42,7%) nalazi se u dobnoj grupi 35-44 godine, a najmanji u dobnoj grupi 18-24 godine (20,2%). Gojaznost je najzastupljenija u dobnoj grupi 55-64 godine (36,7%), a najmanje je zastupljena u dobnoj grupi 18-24 godine (3,7%).

Prevelika količina tjelesnog masnog tkiva može dovesti do bolesti povezanih s prekomjernom tjelesnom težinom i drugih zdravstvenih problema poput šećerne bolesti, srčanih bolesti i nekih oblika raka. S druge strane, nedovoljna tjelesna težina, odnosno pothranjenost, također, može predstavljati rizik za razvoj određenih zdravstvenih problema.

Mjere za utvrđivanje poželjne tjesne mase su indeks tjelesne mase (ITM), odnosno BMI (eng. body mass index), te obim struka i bokova. Međutim, te mjere nisu mjerodavne za procjenu rizika od bolesti, već se određivanjem drugih parametara, poput krvnih parametara ili određivanja količine i smještaja masnog tkiva može pretpostaviti rizik obolijevanja od određenih bolesti. ITM predstavlja omjer tjelesne težine osobe (u kilogramima) i kvadrata tjelesne visine (u metrima) – kg/m². Visoke vrijednosti ITM mogu biti pokazatelj prekomjerne tjelesne težine i debljine, a niske vrijednosti ITM mogu biti pokazatelj preniske tjelesne mase. ITM se može koristiti kao pokazatelj prekomjerne tjelesne težine i pretilosti, ali ne u svrhu dijagnoze debljine ili zdravlja pojedinca.

$$\text{ITM} = \frac{\text{težina (kg)}}{\text{visina}^2 \text{ (m)}}$$

KATEGORIJE TJELESNE MASE	ITM (kg ² /m)	RAZINA ZDRAVSTVENOG RIZIKA
Pothranjenost	<18,5	Niska (ali je povećana za druge zdravstvene probleme)
Poželjna tjelesna masa	18,5 - 24,9	Prosječna
Povećana tjelesna masa	25,0 - 29,9	Blago povećana
Debljina ili pretilost	>30	POVEĆANA
Stupanj I	30,0 - 34,9	srednje povećana
Stupanj II	35,0 - 39,9	jako povećana
Stupanj III	>40	izrazito jako povećana

Tabela 33. Kategorije tjelesne mase

Mjerenje obima struka je još jedan način da se procijeni distribucija masnog tkiva, pogotovo intraabdominalnih masti. Obim veći od 80 cm kod žena i 94 cm kod muškaraca nosi povećan rizik, a preko 88 cm kod žena i 102 cm kod muškaraca visok rizik za nastajanje raznih oboljenja. Visok odnos abdominalnog masnog tkiva udružen je s hipertenzijom, smanjenom tolerancijom na glukozu, hiperinsulinemijom i dislipidemijom. Ovi simptomi se označavaju kao „sindrom iks“.

Distribucija masti može se procijeniti mjerenjem WHR (engl. waste to hip ratio), koji predstavlja odnos obima struka i kukova. Ovo je dobar indikator za procjenu zdravstvenog rizika. Vrijednosti do 1 za muškarce i do 0,85 za žene su donje granične vrijednosti. Vrijednosti preko navedenih predstavljaju rizik za obolijevanje, neovisno, ali i udruženo s gojaznošću.

Prema rasporedu masnog tkiva, postoje dva osnovna tipa gojaznosti: ginoidni ili ženski (oblik kruške) i androidni ili muški (oblik jabuke). Kod ginoidnog tipa gojaznosti višak masnog tkiva se nagomilava potkožno u donjim dijelovima tijela, oko karlice i na butinama. Kod ovih osoba uočena je veća sklonost ka pojavi mehaničkih komplikacija u vidu otežanog kretanja, insuficijencije periferne venske cirkulacije i respiratorne insuficijencije. Ovaj tip gojaznosti može biti prisutan kod oba spola. Kod androidnog tipa (centralni ili visceralni tip) masno tkivo se nagomilava u predjelu ramena, grudnog koša i abdomena. Ovaj tip gojaznosti nosi povećan rizik za kardiovaskularne i metaboličke komplikacije, kao i neke oblike karcinoma.

Pretilost ili gojaznost (debljina, adipositas, obesitas) je prekomjerno nakupljanje masnog tkiva u tijelu zbog povećanja broja masnih ćelija ili zbog povećanja njihovog volumena. Prvi tip počinje u ranom djetinjstvu s progresivnim porastom tjelesne mase, posebno u pubertetu, a drugi tip u odrasloj dobi, uglavnom zbog nepravilne ishrane i tjelesne neaktivnosti. U prosjeku, masno tkivo čini 15-20% ukupne tjelesne mase muškaraca i 20-25% tjelesne mase žena. Količina i raspored masnog tkiva ovisi o dobi i spolu. Masno tkivo se sastoji od masnih ćelija ili adipocita, koje se gomilaju i oblikuju masne naslage. Svaka masna ćelija je mala tvornica za izgradnju i razgradnju masti, gomilanje i oslobađanje energije. Uzrok prekomjerne tjelesne mase i gojaznosti je kompleksan, jer najčešće učestvuju više faktora: genetski, prehrambeni, psihički, socioekonomski itd. Od velikog značaja su oni faktori koji su posljedica stila življenja i koji su promjenjivi – pretjerani unos hrane, prekomjerno konzumiranje alkohola, tjelesna neaktivnost, stres itd. Sekundarna pretilost je posljedica različitih poremećaja i bolesti.

U slučaju pretilosti, organizam je preopterećen viškom hrane, energije i kilograma. Hipokrat je još davno napisao „Korpulencija nije samo bolest za sebe, već i prijetnja za razvoj ostalih bolesti“. SZO definira pretilost kao bolest u kojoj se višak masnog tkiva nakuplja u tolikoj mjeri da ugrožava zdravlje. Do pretilosti dolazi zbog energetskeg disbalansa, odnosno povećanog unosa visokokalorične hrane s puno masti i rafiniranih šećera, pri čemu se uz smanjenu tjelesnu aktivnost stvara višak energije koji se potom u tijelu pohranjuje kao mast.

Prekomjerna tjelesna masa predstavlja rizik po zdravlje jer:

- povećava krvni pritisak (osobe s prekomjernom tjelesnom težinom imaju 2-6 puta veći rizik za razvoj povišenog krvnog pritiska);
- uzrokuje povišene vrijednosti holesterola u krvi (nivo holesterola u krvi ovisi o unosu zasićenih masti koji se svakodnevno hranom unose u organizam);
- povećava rizik za šećernu bolest tip 2 (80% osoba sa šećernom bolešću su pretile);
- povećava rizik za kardiovaskularne bolesti (značajno povećava rizik kod odraslih, a djeca s prekomjernom tjelesnom težinom imaju 3-5 puta veći rizik od nastanka srčanog ili moždanog udara prije 65-te godine života);
- pospješuje aterosklerozu;
- opterećuje zglobove i kičmu;
- puno češće uzrokuje proširene vene, hernije, žučne kamence itd.;
- uzrokuje prijevremenu smrt (smrtnost pretilih muškaraca je značajno veća u odnosu na smrtnost normalno uhranjenih muškaraca).

Suprotno pretilosti, pothranjenost je disbalans u energiji, ali u smislu nedovoljnog unošenja energije u organizam, naravno i neenergetskih nutrijenata. Pothranjenost se, međutim, dovodi u vezu i s infekcijama (nehigijenskim uvjetima života), jer ospice, dijareja, malarija i bolesti dišnih organa iscrpljuju organizam i uzrokuju gubitak hranjivih tvari. Problem pothranjenosti se ponekad javlja zbog nedostupnosti hrane i najzastupljeniji je u Africi, Aziji i Južnoj Americi. SZO izvještava o 990 miliona pothranjenih u svijetu, od čega je 220 miliona u Africi, 512 miliona u Aziji i 34 miliona u Južnoj Americi. Nažalost, preko 160 miliona je pothranjene djece, od toga pola u Africi. Znakovi pothranjenosti, odnosno gubitka tjelesne mase su: opadanje mišićne snage, opća slabost, smanjena otpornost i povećana podložnost infekcijama, slabo zarastanje rana, veća učestalost dekubitusa i dr. (Vranešić-Bender i Krznarić, 2008). Najkritičnije kategorije su djeca do 5 godina i osobe starije od 50 godina. Ako je gubitak tjelesne mase u kratkom periodu veći od 40%, bolest dovodi do potpune iscrpljenosti, neotpornosti i konačno smrti. Nutrijenti koji su u deficitu u ishrani i najčešće uzrokuju probleme u zdravlju su željezo, vitamin A i jod. Pothranjenost može nastati i kao posljedica određenih oboljenja koja prate gubitak apetita i gubitak veće količine tjelesne mase, te nedovoljan unos hranjivih materija (maligna oboljenja, oboljenja probavnih organa i sl.).

Prije početka edukacije pacijenta o ishrani, potrebno je izvršiti procjenu prehrambenog stanja i na osnovu prikupljenih podataka planirati edukaciju pacijenata, individualno ili u malim grupama.

Klinički podaci • Visina, težina, ITM • Obim struka i bokova • Izračunati potrebu za energetskim unosom	Anamneza ishrane • Ko kupuje i priprema hranu • Učestalost obroka • Izbor namirnica • Gdje se hrani • Unos alkohola • Procjena ishrane u posljednja 24h • Procjena unosa energije, masti, proteina, ugljikohidrata i vitamina
Podaci o tjelesnoj aktivnosti • Učestalost i vrsta fizičke aktivnosti • Procjena motiviranosti, potrebe i mogućnosti vježbanja	Samokontrola • Procjena znanja o utjecaju hrane i fizičke aktivnosti na zdravlje • Evidencija uzimanja obroka
Psihosocijalni aspekti • Procjena životne okoline • Materijalno i obrazovno stanje pacijenta • Radno vrijeme • Procjena religijskih i etičkih stavova • Podrška sredine i porodice • Faktor stresa	Znanje i sposobnost • Procjena znanja o bolesti • Potreba i sposobnost učenja

Očekivanja i spremnost

- Procjena nivoa motivacije pridržavanja preporuka
- Prihvatanje i usvajanje promjena u ishrani

Tabela 34. Procjena prehrambenog stanja

5.5.3. Zdrave prehrambene navike – pravilna ishrana

Upoznati osnovne principe pravilne ishrane znači razumijevati preporuke i/ili razlikovati izvore informacija o nutricionističkim preporukama, imati barem osnovno znanje o hrani, načinu proizvodnje, sastavu, pravilnom rukovanju i čuvanju hrane. Danas, u vremenu sve bržeg načina života, sve lakše prihvatamo izbor gotove i brze hrane.

U ishrani mora biti zadovoljeno sljedeće:

- određena količina prehrambenih sastojaka, koja se unosi u obliku obroka;
- raspored unošenja obroka – vremenski termin uzimanja obroka svakodnevno isti ili približno isti;
- način pripremanja;
- kvalitet sastojaka i njihov međusobni odnos unutar obroka i u ukupnom iznosu za 24 sata.

Omjer hranljivih sastojaka:

- 15-20% bjelančevina (1g=4 kcal ili 17 kJ);
- 20-30% masti (1 g=9kcal ili 38 kJ);
- 55-60% ugljikohidrata (1g=4kcal ili 17kJ).

Pravilna i uravnotežena ishrana uključuje sljedeće:

- jesti puno voća i povrća, proizvoda od žitarica, hranu s malo ili bez masnoća;
- jesti nemasno meso, ribu, perad bez kože;
- koristiti suncokretovo, maslinovo ili repino ulje;
- smanjiti unos soli i šećera;
- obavezno doručkovati i jesti najmanje tri dnevna obroka;
- primjenjivati zdravije načine pripremanja hrane kao što je kuhanje na pari ili u vodi (lešo), pržiti na roštilju ili peći umjesto prženja na ili u ulju;
- piti najmanje 8 čaša vode dnevno;
- punomasne mliječne proizvode zamijeniti onima s manje masnoća;
- izbjegavati grickalice, slatkiše, brzu hranu, gazirana pića;
- planirati dnevne obroke unaprijed, kako ne bi došli u iskušenje.

Redovna tjelesna aktivnost uključuje sljedeće:

- odrasle osobe – (brzo hodaње, trčanje, plivanje, rad u vrtu ili u kući, aerobik, vožnja biciklom, planinarenje, vježbe u teretani, tenis, nogomet, košarka itd.) najmanje 30 minuta tjelesne aktivnosti dnevno tako da se organizam umjereno zadiše i oznoji;
- djeca – najmanje 60 minuta tjelesne aktivnosti dnevno;
- smanjiti sjedenje pred televizorom, kompjuterom i sl.;
- koristiti stepenice umjesto lifta;
- ići pješke na posao ili izaći iz prijevoznog sredstva ranije i nastaviti pješke;
- pauze na radnom mjestu iskoristiti za šetnju.

Dijetetika je naučna disciplina o ishrani koja istražuje vrstu i količinu hrane neophodne za održavanje dobrog zdravlja, kako kod zdravih, tako i kod osoba sa zdravstvenim problemima. Pod dijetalnom ishranom podrazumijevamo sve dijetetske mjere koje se provode s ciljem da oboljeli organizam,

bez obzira koja je bolest u pitanju, što prije uspostavi ravnotežu između svojih potreba, koje su zbog bolesti najčešće promijenjene. Kod pojedinih oboljenja dijetalna ishrana je osnovna mjera liječenja i tada ishrana ima ulogu dijetoterapije. Kod druge grupe bolesti (srce, bubrezi, organi za varenje) ishrana ima pomažuću ulogu jer omogućava da se trajanje bolesti ublaži i izbjegnu komplikacije.

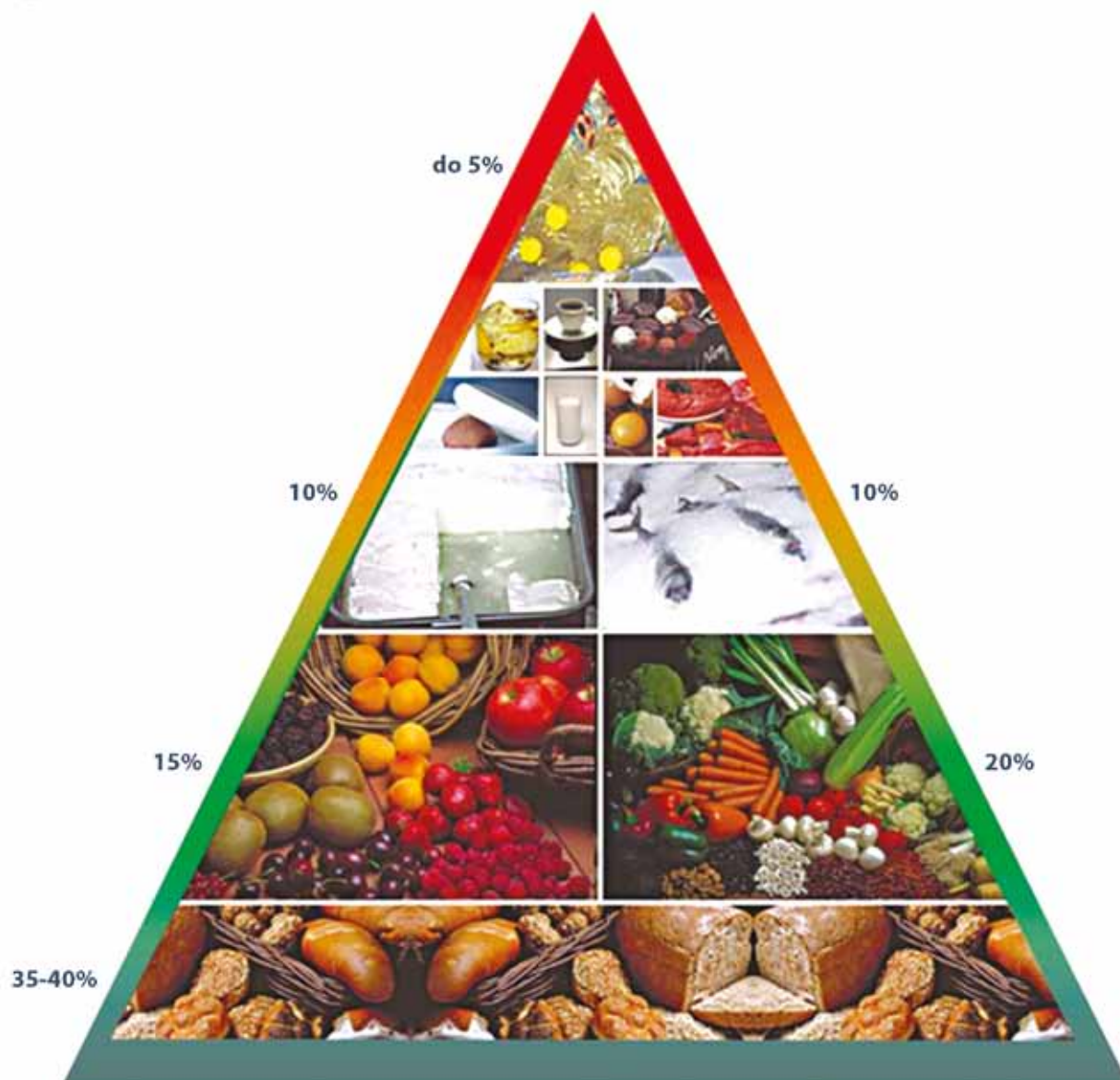
Piramida ishrane

Šta je piramida ishrane?

Svjetska zdravstvena organizacija je na osnovu svog dugogodišnjeg rada izdala publikaciju CINDI vodič za pravilnu ishranu u kojem je dala prikaz piramide ishrane.

Piramida ishrane nam na slikovit način prikazuje koje vrste namirnica i u kojem omjeru trebaju biti svakodnevno zastupljene u našem tanjiru. Ona koristi šemu semafora:

-  **Crvena boja označava namirnice koje treba vrlo rijetko konzumirati**
-  **Narandžasta boja označava one namirnice sa kojima treba biti oprezan**
-  **Zelena boja označava namirnice koje treba najčešće konzumirati**



Slika 39. Piramida ishrane

U osnovi piramide su žitarice i njihove prerađevine koje treba da učestvuju s 450 g (8-9 kriški od 50 g polubijelog hljeba ili zamjene za hljeb, krompir i tijesto tamne boje, procentualno izraženo s 35-45% ukupnog dnevnog unosa/označena zelenom bojom). Sljedeću stepenicu u piramidi čine voće i povrće koje treba da se unese u minimalnoj dnevnoj količini od 400 g pri čemu voće učestvuje s 15%, a povrće s 20% ukupnog dnevnog unosa. Treću stepenicu čine grupa mlijeko i mliječni proizvodi i grupa meso, riba i jaja obje sa po 10% učešća u ukupnom dnevnom energetske unosu. Na vrhu piramide nalaze se ulja, masti i šećeri koji učestvuju sa svega 5% u ukupnom dnevnom energetske unosu. Kada su izabrane namirnice u skladu s piramidom ishrane i dnevnim energetske potrebama, raspoređuju se u tri glavna obroka i dva međuobroka.

5.5.4. Dostupnost i distribucija hrane

Faktori koji utječu na ishranu pojedinca su individualni, a ovisni su o životnoj dobi, spolu, visini, težini, svakodnevnim aktivnostima (obavljanju poslova, sporta, šetnji) i o klimatskim uvjetima u kojima osoba živi. Dostupna hrana i način njenog pripremanja mijenjali su se vijekovima, te su se više ili manje razlikovali u raznim zemljama i podnebljima. Religija je u tom kontekstu odigrala važnu ulogu jer se pokazalo da vjerska pripadnost uveliko određuje način ishrane. Kada se općenito govori o faktorima koji utječu na izbor hrane i o način ishrane ljudi, krenuvši od različitih sklonosti naroda prema različitim namirnicama ili odbojnosti ukorijenjenih u tradiciji ili kulturi nekih naroda preko geografskih, klimatskih, ekonomskih, socijalnih, psiholoških i niza drugih faktora, zaključak je jasan – mnogobrojni su. Međutim, dva su najvažnija faktora koja utječu na izbor hrane i ishrane, a to su dostupnost hrane i kupovna moć stanovništva. Kupovna moć stanovništva najčešće je ključni faktor prehrambenih navika i s obzirom na nju može se napraviti podjela na one kojima su mogućnosti odabira ograničene i one koji mogu kupiti kvalitetniju i zdraviju hranu.

Dostupnost hrane u rukama je države i međunarodnih organizacija i korporacija, te predstavlja složeni koncept politika u koje su uključene poljoprivreda, prerada i održivi razvoj. Ipak, na odabir hrane i način ishrane utječe, pored navedenih, i niz drugih faktora koji su prema nekim autorima svrstani u biološke faktore. To su (Colić-Barić 2007) kulturološki, senzorni i kognitivni faktori, zdravstveni status i genetika. Dostupnost i cijena hrane, izbor hrane na tržištu, stanje u porodici, kupovna moć, stepen znanja i drugi faktori ekonomske prirode značajno utječu na odabir hrane i način ishrane.

5.5.5. Servisi za pomoć i prioritetne grupe stanovništva

Iako je pravo na hranu jedno od univerzalnih ljudskih prava, u Bosni i Hercegovini ono nije prepoznato kroz zakone o socijalnoj zaštiti, a javne kuhinje su još uvijek osnovni način za osiguranje besplatnih toplih obroka osobama u potrebi. Od oktobra 2022. do februara 2023, UNDP je proveo prvo mapiranje prostorne raspoređenosti, kapaciteta, broja korisnika i drugih važnih aspekata rada svih javnih kuhinja u Bosni i Hercegovini, s ciljem razvijanja konkretnih preporuka za javne politike i tehničke mjere koje doprinose smanjenju gladi u našoj zemlji.

Provedeno istraživanje pokazalo je da u BiH trenutno postoje 53 organizacije za podjelu besplatnih obroka, pri čemu se 34 objekta nalaze u Federaciji Bosne i Hercegovine, 18 objekata u Republici Srpskoj i jedan objekat u Brčko distriktu BiH. Najvećim brojem objekata upravljaju humanitarne/neprofitne organizacije u BiH.

Najzastupljenije ugrožene kategorije društva među korisnicima javnih kuhinja su penzioneri, nezaposleni, samohrani roditelji, osobe s poteškoćama u razvoju, te pripadnici romske populacije. Važno je napomenuti da 70% svih kuhinja u Bosni i Hercegovini pruža i druge usluge osim podjele hrane, a zabilježeni su i vrlo dobri primjeri socijalnog preduzetništva organiziranog oko usluga javnih kuhinja.

UN-ov Svjetski dan socijalne pravde, koji se obilježava 20. februara svake godine, ima za cilj skrenuti pažnju na važnost socijalne zaštite i jednak pristup ekonomskim, političkim i društvenim pravima za sve. Razvojni program Ujedinjenih nacija (UNDP) svoje napore u ovom smislu, između ostalog, usmjerava na procjenu napretka Bosne i Hercegovine prema dostizanju Cilja održivog razvoja 2:

Ključne poruke:

Pravilna ishrana jedan je od osnovnih preduvjeta za zdravlje. Hrana čovjeka održava zdravim, ukoliko je ono što pojede u ravnoteži s njegovim tjelesnim potrebama.

Raniji problemi vezani za ishranu odnosili su se na potrebu za dovoljnim količinama hrane, kako bi se spriječila neuhranjenost i bolesti nedovoljne ishrane. Današnji problemi uglavnom su vezani za prekomjernu, neuravnoteženu ishranu i probleme vezane za gojaznost.

Preporuke za zdravu ishranu koriste se kako bi se osiguralo da potrebe populacije u hrani odnosno nutrijentima budu zadovoljene, da se očuva zdravlje i smanji rizik od obolijevanja.

Brojni su faktori koji utječu na odabir hrane i način ishrane, kao što su dostupnost i cijena hrane, izbor hrane na tržištu, stanje u porodici, kupovna moć, stepen znanja i drugi faktori ekonomske prirode. Nauka potvrđuje da je nepravilna ishrana jedna od opasnosti koja dolazi iz hrane, a u velikoj mjeri uz dodatak nepravilnog načina života, predstavlja rizične faktore hroničnih nezaraznih oboljenja koja su uzroci preko 65% smrtnosti u svijetu i koja su postala zabrinjavajući javnozdravstveni problem.

Reference:

1. Alibabić V, Mujić I, Pravilna prehrana i zdravlje, Veleučilište u Rijeci, Rijeka, 2016.
2. Priručnik za dodatnu edukaciju porodične medicine, Medicinske sestre/tehničari, Sarajevo, 2011/2012.
3. Gašpić I, Prehrana, kultura i identitet, Osijek, 2018, dostupno na <https://repozitorij.kulturologija.unios.hr/islandora/object/kultos:388> (24.12.2023.)
4. Zdravstveno stanje stanovništva i zdravstvena zaštita u Federaciji BiH 2018, ZJZ FBiH, Sarajevo 2019, dostupno na <https://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2020/01/Zdravstveno-stanje-stanovnistva-2018-hrvatski.pdf> (24.12.2023).
5. World Health Organisation. The Family Health Nurse. Context, conceptual framework and curriculum. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe, 2000.
6. Čatović S, Kendić S, Čatović A, Higijena ishrane sa dijetetikom. Medicinski Fakultet UNSA, Sarajevo, 2001.
7. Živković R, Hranom do zdravlja, Medicinska naklada, Zagreb, 2000.
8. Stojisavljević D, Danojević D, Bojanić J, Jandrić Lj, Vodič za pravilnu ishranu za zdravstvene profesionalce, Institut za zaštitu zdravlja Republike Srpske, 2004.
9. Pretilost – kako je pobijediti, Zavod za javno zdravstvo, dostupno na <https://www.zzjzdnz.hr/zdravlje/kardiovaskularno-zdravlje/pretilost-kako-je-pobijediti> (25.12.2023).
10. Čamdžić N, Zdrava ishrana i dijetetika, Gračanica, 2015.
11. Vodič o ishrani za odraslu populaciju, Zavod za javno zdravstvo FBiH, dostupno na <https://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2020/04/Vodic-o-ishrani-za-odraslu-populaciju.pdf> (01.01.2024).
12. UNDP Bosne i Hercegovine, dostupno na <https://www.undp.org/bs/bosnia-herzegovina/news/53-javne-kuhinje-sirom-bih-hrane-gotovo-18000-ljudi> (01.01.2024).

Pitanja za završni ispit:

1. Na koji način izračunavano indeks tjelesne mase (ITM)?
2. Koje vrijednosti obima struka predstavljaju visok faktor rizika za nastanak kardiovaskularnih i brojnih drugih oboljenja?
3. Koje su preporuke za maksimalni dnevni unos masnoća (%)?

5.6. Zloupotreba psihoaktivnih supstanci

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Zloupotreba psihoaktivnih supstanci	– Predavanje - 45 minuta – Diskusija u velikoj grupi (zloupotreba, uzroci, mjere prevencije) - 15 minuta

5.6. Zloupotreba psihoaktivnih supstanci

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- identificirati simptome i znakove zloupotrebe psihoaktivnih supstanci;
- educirati o mjerama prevencije.

Sadržaj:

Pregled najčešćih psihoaktivnih supstanci (alkohol, droge). Pregled simptoma i znakova zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Definiranje najčešćih uzroka zloupotrebe psihoaktivnih supstanci: osjećaj zanemarenosti, radoznalost, utjecaj trendova i sredine kao dodatna komplikacija alkoholizmu, osjećaj „nepripadanja“ porodici, društvu, adolescentni problemi, socijalni problemi. Mjere i nivoi prevencije zloupotrebe psihoaktivnih supstanci.

5.6.1. Pregled najčešćih psihoaktivnih supstanci; identifikacija simptoma i znakova zlou-potrebe psihoaktivnih supstanci

Zloupotreba psihoaktivnih supstanci predstavlja ozbiljan globalni problem sa širokim spektrom štetnih posljedica za pojedinca i društvo u cjelini. Zloupotreba psihoaktivnih supstanci može dovesti do ovisnosti, psiholoških problema, fizičkih oboljenja i socijalne degradacije. Kako bi se efikasno odgovorilo na ovaj izazov, važno je da zdravstveni radnici budu upoznati s najčešće korištenim psihoaktivnim supstancama, a kako bi prepoznali znakove i simptome zlou-potrebe kod pojedinca. Opijati su grupa psihoaktivnih supstanci koje imaju snažan analgetski efekat, te se koriste u medicini za ublažavanje jakih bolova. Međutim, opijati su također poznati po svojoj visokoj ovisnosti, potencijalno štetnim efektima na zdravlje, te izazivanju osjećaja euforije.

Najčešće psihoaktivne supstance koje se zlou-potrebljavaju uključuju alkohol, duhan, marihuanu, kokain, heroin, amfetamine, ecstasy, LSD i druge sintetičke droge.

Ovisnik je osoba koja pati od ovisnosti o određenoj supstanci ili ponašanju, te ima jaku potrebu za konzumacijom ili prakticiranjem istog, često gubeći kontrolu nad svojim postupcima i ne može prestati koristiti bez problema. Ovisnost može uzrokovati fizičke, psihičke i emocionalne probleme kod ovisnika, te može imati štetne posljedice na njihov život i zdravlje.

Psihoaktivne supstance su hemijske supstance koje deluju na centralni nervni sistem i izazivaju promjene u raspoloženju, ponašanju, percepciji i svijesti. Mnoge od njih su ilegalne, poput kokaina, heroina i metamfetamina, dok su neke zakonski dozvoljene u određenim situacijama, kao što su alkohol, nikotin i lijekovi na recept. Osobe koji zlou-potrebljavaju psihoaktivne supstance pokazuju različite simptome i znakove, koji se mogu manifestirati kako fizički, tako i psihološki. Fizički simptomima uključuju promjene u spavanju, apetitu i telesnoj težini, kao i neuobičajene fizičke simptome poput drhtanja, znojenja i ubrzanog disanja. Psihološki simptomi uključuju promjene raspoloženja, emocionalnu nestabilnost, paranoidnost, agresivnost i impulsivno ponašanje. Pored toga, ove osobe često mogu pokazivati i socijalne simptome, kao što su povlačenje iz društvenih aktivnosti, gubitak interesa za uobičajene aktivnosti, promjene u društvenom krugu i gubitak kontrole nad finansijama. Važno je napomenuti da simptomi i znakovi zlou-potrebe psihoaktivnih supstanci mogu varirati u ovisnosti od vrste supstance koja se koristi, trajanja zlou-potrebe, individualnih karakteristika pojedinca, kao i prisustva eventualnih drugih zdravstvenih ili mentalnih problema.

U cilju pravovremene identifikacije simptoma i znakova zlou-potrebe psihoaktivnih supstanci kod pojedinca, važno je da se posveti pažnja na promjene u ponašanju, raspoloženju, fizičkom izgledu i socijalnim interakcijama. Također, bitno je da se osoba koja sumnja da neko zlou-potrebljava psihoaktivne supstance obrati stručnjaku za pomoć i podršku. Identifikacija simptoma i znakova zlou-potrebe psihoaktivnih supstanci kod pojedinca ključna je za pravovremeno reagiranje i pružanje odgovarajuće pomoći. Važno je da se problem prepozna što prije kako bi se smanjile moguće štetne posljedice po zdravlje i dobrobit pojedinca i društva.

5.6.2. Identifikacija znakova apstinencijske krize i promjena ponašanja prema okolini, te preveniranje nasilja u porodici

Identifikacija apstinencijske krize je, također, važna u radu zdravstvenih radnika, kako bi se pružila odgovarajuća podrška pojedincima koji prolaze kroz period odvikavanja. Kada ovisnici o opijatima pokušaju prestati uzimati drogu, mogu se suočiti s apstinencijskom krizom. Simptomi apstinencijske krize mogu biti vrlo teški i uporni, uključujući mučninu, povraćanje, proljev, znojenje, bolove u mišićima i zglobovima, nesanicu i anksioznost. Ovisnici se često osjećaju slabo i nemoćno tokom apstinencijske krize, te im je potrebna medicinska pomoć i podrška. Također, važno je preveniranje nasilja u porodici koje može nastati kao rezultat konzumiranja psihoaktivnih supstanci. Više pažnje bi trebalo biti posvećeno ohrabrivanju žrtava nasilja, pružanju socijalne podrške te ukazivanju na činjenicu kako je nasilje neprihvatljivo i da niko ne zaslužuje biti izložen nasilnim postupcima, bez obzira kojim se izgovorima služili nasilnici.

5.6.3. Procjena razloga za konzumiranje psihoaktivnih supstanci i njihov utjecaj na zdravlje

Za uspješnu prevenciju zlouporabe psihoaktivnih supstanci, važno je razumjeti razloge za konzumiranje ovih supstanci, kao i njihov utjecaj na zdravlje pojedinca. Neki od mogućih razloga mogu biti socijalni pritisak, lični problemi, anksioznost ili depresija. Stoga je važno pružiti podršku i savjetovanje pojedincima koji su u riziku od zlouporabe psihoaktivnih supstanci.

Zlatni trougao je koncept koji se često koristi u zdravstvu i kriminalistici kako bi se objasnilo kako dolazi do zlouporabe droga. Ovaj koncept se odnosi na tri ključna faktora koji su povezani sa zlouporobom psihoaktivnih supstanci: biološki faktor, socijalni faktor i psihološki faktor. Biološki faktor obuhvata genetsku predispoziciju pojedinca za zlouporobom droga, kao i fiziološke reakcije organizma na određene supstance. Socijalni faktor uključuje okruženje u kojem osoba živi, društvene norme i pritisak vršnjaka koji mogu utjecati na odluke o korištenju droga. Psihološki faktor se odnosi na emocionalno i mentalno stanje pojedinca, kao i na motivaciju i samopoštovanje koji mogu utjecati na korištenje psihoaktivnih supstanci. Zlatni trougao ilustrira kompleksnost i višedimenzionalnost problema zlouporabe droga, te naglašava potrebu za sveobuhvatnim pristupom prevenciji i tretmanu ove vrste ovisnosti. Kroz sagledavanje sva tri faktora, stručnjaci mogu bolje razumjeti uzroke i posljedice zlouporabe psihoaktivnih supstanci, kao i razviti efikasne strategije za prevenciju i liječenje ove ozbiljne javnozdravstvene prijetnje.

Dugotrajna upotreba opijata može imati ozbiljne posljedice na zdravlje. Ovisnici o opijatima često pate od problema sa srcem, jetrom, plućima, želucem i crijevima, te imaju povećan rizik od infekcija i bolesti. Društveni život ovisnika, također, izgubi kvalitet, osobe se udaljavaju od korisnika opijata, često ovisnici traže novac za nabavljanje opijata pod lažnim izgovorima. Također, dugotrajna upotreba opijata može dovesti do mentalnih problema, poput depresije, anksioznosti i psihoze.

5.6.4. Prevencija zlouporabe psihoaktivnih supstanci

Prevencija zlouporabe psihoaktivnih supstanci treba biti sveobuhvatna i uključivati edukaciju, promociju zdravog načina života, prevenciju stigmatizacije korisnika supstanci i podršku porodicama. Zdravstveni radnici trebaju biti aktivni u promociji zdravih stilova života među mladima, kako bi se smanjio rizik od zlouporabe supstanci. Zdravstveni radnici imaju ključnu ulogu u ranoj detekciji problema zlouporabe psihoaktivnih supstanci. Važno je uspostaviti povjerenje s korisnicima supstanci i pružiti im podršku i savjete kako bi se prevenirale komplikacije i pomoglo u procesu ozdravljenja. Rano otkrivanje problema omogućava pravovremenu intervenciju i sprječavanje daljih posljedica zlouporabe.

Kada je riječ o liječenju ovisnosti, multidisciplinarni pristup je ključan. To uključuje medicinsku terapiju, psihološku podršku, grupnu terapiju, savjetovanje i rehabilitaciju. Važno je da osobe koje se bore s ovisnošću imaju pristup kvalitetnoj zdravstvenoj njezi i podršci kako bi se uspješno nosili sa svojim problemima i prevladali ovisnost.

Jedan od ključnih koraka u liječenju ovisnosti je detoksikacija, proces u kojem se tijelo oslobađa tvari na koje je postalo ovisno. Detoksikacija se obično provodi u kontroliranim uvjetima kako bi se smanjili mogući rizici i neugodni simptomi koje može izazvati prestanak uzimanja droge ili alkohola. Nakon detoksikacije, važno je provesti terapiju koja će pomoći ovisniku u suočavanju s uzrocima ovisnosti, promjeni nezdravih navika i izgradnji novih, zdravijih životnih stilova. Individualna terapija, grupna terapija, porodična terapija i terapija lijekovima samo su neki od pristupa koji se mogu koristiti u liječenju ovisnosti.

Jedan od ključnih elemenata u liječenju ovisnosti je, također, podrška porodice i zajednice. Porodica treba pružiti emocionalnu podršku, razumijevanje i motivaciju osobi koja se bori s ovisnošću, dok zajednica treba pružiti sigurno okruženje i resurse za oporavak.

5.6.5. Mjere i nivoi prevencije zlouporabe psihoaktivnih supstanci

Osobe koje postanu ovisne o opijatima obično se suočavaju s različitim izazovima. Ovisnost može dovesti do gubitka posla, porodice i prijatelja, te promjene u ponašanju i osobnosti. Ovisnici o opi-

jatima često imaju poteškoća u održavanju zdravih međuljudskih odnosa i često se osjećaju izolirano i neshvaćeno.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, mjere prevencije zloupotrebe psihoaktivnih supstanci podijeljene su u tri nivoa: primarna, sekundarna i tercijarna prevencija. Primarna prevencija ima za cilj sprječavanje nastanka ovisnosti o psihoaktivnim supstancama. Ova vrsta prevencije fokusira se na edukaciju i informiranje javnosti o štetnim efektima droga, promoviranje zdravih stilova života i prevenciju rizičnih ponašanja. Primjeri primarne prevencije su edukativni programi u školama, kampanje javnih informiranja i savjetovanje o prevenciji zloupotrebe droga. Sekundarna prevencija usmjerena je na rano otkrivanje i intervenciju kod osoba koje već koriste psihoaktivne supstance. Ova vrsta prevencije uključuje rano identificiranje problema zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, rano savjetovanje i pružanje pomoći osobama koje pokazuju znakove ovisnosti. Primjeri sekundarne prevencije su skrining testiranja, savjetovanje i terapija za osobe koje koriste psihoaktivne supstance. Tercijarna prevencija ima za cilj smanjenje štete i rehabilitaciju osoba koje pate od ovisnosti o psihoaktivnim supstancama. Ova vrsta prevencije obuhvata pružanje podrške, terapiju i rehabilitaciju osobama koje su već razvile ovisnost, s ciljem smanjenja štetnih posljedica i povratka funkcionalnom životu. Primjeri tercijarne prevencije su programska podrška za rehabilitaciju i reintegraciju ovisnika, terapijske zajednice i savjetovanje.

U borbi protiv zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, važno je da se provedu svi nivoi prevencije kako bi se smanjila stopa zloupotrebe psihoaktivnih supstanci i poboljšalo javno zdravlje zajednice. Zajedničkim naporima svih relevantnih aktera, kao što su zdravstveni radnici, obrazovne institucije, roditelji i lokalna zajednica, moguće je ostvariti uspješne rezultate u prevenciji zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Važno je pružiti podršku ovisnicima i educirati ih o posljedicama njihove ovisnosti, te ih potaknuti da potraže pomoć u borbi protiv ovisnosti. Zdravstveni radnici su često prvi koji dolaze u kontakt s osobama koje imaju probleme sa zloupotrebom psihoaktivnih supstanci, te je od velike važnosti da budu dobro osposobljeni za prepoznavanje, procjenu i adekvatno postupanje s ovim osobama.

Ključne poruke:

Ovisnik je osoba koja pati od ovisnosti o određenoj supstanci ili ponašanju, te ima jaku potrebu za konzumacijom ili prakticiranjem istog.

Kada ovisnici o opijatima pokušaju prestati uzimati drogu, mogu se suočiti s apstinencijskom krizom. Simptomi apstinencijske krize mogu biti vrlo teški i uporni, uključujući mučninu, povraćanje, proljev, znojenje, bolove u mišićima i zglobovima, nesanicu i anksioznost.

Zlatni trougao je koncept koji se često koristi u zdravstvu i kriminalistici kako bi se objasnilo kako dolazi do zloupotrebe droga. Ovaj koncept se odnosi na tri ključna faktora koji su povezani sa zloupotrebom psihoaktivnih supstanci: biološki faktor, socijalni faktor i psihološki faktor.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, mjere prevencije zloupotrebe droga podijeljene su u tri nivoa: primarna, sekundarna i tercijarna prevencija.

Kada je riječ o liječenju ovisnosti, multidisciplinarni pristup je ključan. To uključuje medicinsku terapiju, psihološku podršku, grupnu terapiju, savjetovanje i rehabilitaciju. Edukacija o rizicima i štetnim efektima upotrebe opijata treba biti dostupna svim građanima, posebno mladima.

Reference:

1. Procedure (priručnik za medicinske sestre); Turid Elisabeth Martinsen UMSTS 2004.
2. Learning Material on Nursing. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe 1996.
3. Mehić Basara N, Marjanović Lisac S, Begović Okić R. Vodič za prevenciju i rano otkrivanje zloupotrebe droga (psihoaktivnih supstanci) za porodicu i mlade, Sarajevo, 2007.
4. Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. Drug and Alcohol Dependence. 2007; 88:188-196.
5. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Behavioral Health Treatment Services Locator: <https://findtreatment.samhsa.gov/> (13.3.2024).

Pitanja za završni ispit:

1. Šta ubrajamo u opijate?
2. Ko je ovisnik?
3. Šta čini Zlatni trougao?

5.7. Utjecaj klimatskih promjena na zdravlje

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Utjecaj klimatskih promjena na zdravlje	– Predavanje - 30 minuta

5.7. Utjecaj klimatskih promjena na zdravlje

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- navesti oboljenja potencijalno uzrokovana klimatskim promjenama;
- prepoznati komplikacije postojećih oboljenja;
- dati adekvatne informacije o negativnim utjecajima klimatskih promjena na zdravlje pojedinca i globalno zdravlje stanovništva;
- dati savjete i organizirati promotivne kampanje o preveniranju negativnih posljedica klimatskih promjena na zdravlje.

Sadržaj:

Klimatske promjene imaju značajan utjecaj na promjene okoliša, flore i faune, te zdravlja stanovništva u svijetu. Vidljive su kroz niz različitih pojava koje predstavljaju rastući globalni javnozdravstveni problem (visoke temperature i toplotni valovi, uragani, poplave, zarazna i druga oboljenja). Klimatske promjene predstavljaju ozbiljnu prijetnju ljudskom zdravlju te utječu na zarazne bolesti uzrokovane raznim virusima i bakterijama, bolesti koje prenose glodavci, komarci i krpelji, kardiovaskularne i respiratorne bolesti, bolesti koje se šire zrakom, vodom, hranom, koje se prenose putem vektora, zatim stres, razdražljivost, bolove na mjestima ranijih povreda, glavobolje itd. Također, utječu na pogoršanje i komplikacije postojećih hroničnih oboljenja. Javnozdravstvene preventivne mjere uključuju sistem upozorenja na toplinske valove, edukaciju stanovništva, stvaranje hladnije okoline (klima uređaji, zamračivanje, ventilatori), stvaranje hlada sadnjom drveća i drugih vegetacija, modifikaciju gradskog područja da pruži ventilaciju, korištenje materijala i boja koje povećavaju reflektiranje topline itd. Patronažna sestra/tehničar je u poziciji da educira i savjetuje pacijente, njihove porodice i stanovništvo lokalne zajednice o ozbiljnosti štetnog utjecaja klimatskih promjena na zdravlje, načinima da izbjegnu izlaganje faktorima rizika u svom okruženju, važnosti higijensko-epidemioloških mjera i sl.

5.7.1. Utjecaj klimatskih promjena na zdravlje

Klimatske promjene predstavljaju jedan od najvećih izazova 21. vijeka, sa sve većim utjecajem na zdravlje ljudi širom svijeta. Između ostalog, klimatske promjene nastaju i kao rezultat ljudske aktivnosti uključujući fosilna goriva i krčenje šuma. Prema Evropskoj agenciji za okoliš, klimatske promjene već su uzrokovale ekstremne vremenske uvjete poput poplava, suša, toplinskih valova i uragana, što direktno utječe na zdravlje ljudi. Povećana koncentracija stakleničkih plinova zbog ljudskih aktivnosti uzrokovala je globalno zatopljenje koje je u proteklom vijeku bilo najveće u posljednjih 1000 godina. Klimatske promjene utječu na zdravlje ljudi, pri čemu se najviše ističe povećana smrtnost za vrijeme toplinskih valova, čija se učestalost, također, povećava s globalnim zatopljenjem. Infektivne bolesti posebno su podložne vremenskom utjecaju, jer vrijeme, pa tako i klimatske promjene, utječe na sve učesnike transmisijskog ciklusa – patogene, prijenosnike i ljude. Toplinski valovi jedan su od najvećih zdravstvenih problema uzrokovanih klimatskim promjenama. Povećan nivo zagađenja zraka, također, rezultat je klimatskih promjena te može uzrokovati respiratorne probleme, astmu, srčane bolesti i druge zdravstvene tegobe. Zagađenje zraka može biti posebno opasno u urbanim područjima s velikom koncentracijom prometa i industrije.

Klimatske promjene mogu izazvati povećanje alergijskih reakcija, respiratornih bolesti, bolesti srca i kardiovaskularnog sistema, te mentalnih poremećaja poput anksioznosti i depresije. Zagađenje zraka uzrokovano fosilnim gorivima, također, igra veliku ulogu u pogoršanju zdravstvenog stanja ljudi. Jedan od najvećih problema vezanih za klimatske promjene su negativni efekti zagađenog zraka na pogoršanje simptoma astme, respiratornih bolesti i kardiovaskularnih problema. Sve veće koncentracije štetnih plinova poput ozona i čestica u zraku dovode do povećanja broja oboljelih i smrtnosti od ovih bolesti.

Povećane temperature, također, mogu utjecati na širenje zaraznih bolesti poput malarije, denga groznice i zika virusa, jer toplija klima pruža povoljnije uvjete za razvoj komaraca koji prenose ove bolesti, što rezultira povećanjem broja oboljelih. S druge strane, ekstremni vremenski događaji poput poplava, suša i uragana, također, mogu uzrokovati povrede, bolesti i psihološke probleme među stanovništvom.

Rast nivoa mora dovodi do prijetnje od poplava koje mogu uzrokovati gubitak života, uništavanje infrastrukture i povećanje rizika od zaraznih bolesti. Također, promjene u poljoprivrednim uzorcima i promjene u distribuciji hrane mogu dovesti do nedostatka nutrijenata u ishrani, što dalje može uzrokovati povećanu učestalost bolesti poput anemije i rahitisa.

5.7.2. Globalno zatopljavanje kao javnozdravstveni problem

Globalno zagrijavanje, nastalo kao rezultat povećanja koncentracije stakleničkih plinova u atmosferi, ima širok spektar negativnih utjecaja na zdravlje. Porast temperature povezan je s ekstremnim vremenskim uvjetima poput toplinskih valova, poplava i suša, što može dovesti do brojnih zdravstvenih problema. Toplinski valovi posebno su opasni za ranjive grupe stanovništva poput starijih osoba, djece i hroničnih bolesnika, koji kod ovih osoba mogu izazvati toplotni udar, dehidraciju i druge ozbiljne zdravstvene komplikacije. Povećana učestalost i intenzitet ekstremnih vremenskih događaja, također, mogu izazvati povrede, bolesti i smrt.

5.7.3. Utjecaj zdravstvenih profesionalaca na razvijanje svijesti o problemu globalnog zagrijavanja

Zdravstveni profesionalci imaju ključnu ulogu u podizanju svijesti o vezi između klimatskih promjena i zdravlja, te promociji mjera za ublažavanje negativnih efekata globalnog zagrijavanja. Edukacija zdravstvenih radnika o klimatskim promjenama, njihovim posljedicama na zdravlje i strategijama prilagođavanja, ključna je za izgradnju kapaciteta sistema zdravstvene zaštite. Aktivno učestvovanje zdravstvenih profesionalaca u javnim raspravama, kampanjama i inicijativama za smanjenje emisija stakleničkih plinova i promociju održivih načina života ključno je za postizanje pozitivnih promjena.

5.7.4. Edukacija i savjetovanje pacijenata i porodice

Kako bi se smanjili negativni efekti klimatskih promjena na zdravlje, važno je educirati pacijente i njihove porodice o mjerama zaštite zdravlja u uvjetima povećane ekstremne topline, promjenjivih uvjeta okoliša i povećanog rizika od bolesti. Zdravstveni profesionalci trebaju pružiti informacije o pravilnoj hidrataciji, zaštiti od sunca, kao i prepoznavanju i upravljanju simptomima bolesti povezanim s ekstremnim vremenskim uvjetima. Također, važno je poticati pacijente na prilagođavanje održivim životnim stilovima koji će smanjiti njihov ekološki otisak i doprinijeti globalnim naporima za suzbijanje klimatskih promjena.

5.7.5. Promotivne kampanje o preveniranju negativnih posljedica klimatskih promjena na zdravlje u okviru ingerencija patronažnih sestara/tehničara i u skladu sa specifičnostima zdravstvenog stanja pacijenta

Kako bi se smanjio negativan utjecaj klimatskih promjena na zdravlje, potrebno je poduzeti preventivne mjere. To uključuje smanjenje emisija stakleničkih plinova, povećanje obnovljivih izvora energije, promoviranje održive urbane mobilnosti, te edukaciju stanovništva o zaštiti okoliša i vlastitom zdravlju.

S ciljem prikupljanja naučnih, tehničkih i socioekonomskih informacija važnih za razumijevanje klimatskih promjena, njenih mogućih posljedica i mogućnosti prilagođavanja i ublažavanja, Svjetska meteorološka organizacija (World Meteorological Organization, WMO) i Program za okoliš Ujedinjenih naroda (United Nations Environment Programme, UNEP) osnovali su Međuvladino tijelo za klimatske promjene (Intergovernmental Panel on Climate Change, IPCC). Ono okuplja stručnjake različitih struka koji na osnovu rezultata istraživanja naučnika iz cijelog svijeta donose izvještaje o klimatskim promjenama, njihovim složenim uzrocima i posljedicama.

Studije pokazuju da su ekstremni vremenski događaji poput poplava, suša i toplinskih valova sve učestaliji zbog klimatskih promjena, što direktno utječe na zdravlje ljudi. Upravo zato je važno educirati ljude o prevenciji negativnih posljedica klimatskih promjena na zdravlje. Edukativne kampanje mogu igrati ključnu ulogu u podizanju svijesti o ovom problemu i promoviranju održivih praksi.

Jedna od ključnih poruka koju bi takve kampanje trebale prenositi jest važnost prilagođavanja klimatskim promjenama. To podrazumijeva poduzimanje konkretnih koraka, poput smanjenja emisije stakleničkih plinova, promocije obnovljivih izvora energije i izgradnje otpornih infrastrukture. Također, važno je educirati ljude o pravilnom postupanju u slučaju ekstremnih vremenskih događaja kako bi se smanjio njihov utjecaj na zdravlje.

Osim toga, edukativne kampanje mogu informirati ljude o konkretnim mjerama koje mogu poduzeti kako bi zaštitili svoje zdravlje u uvjetima klimatskih promjena. To uključuje savjete o tome kako se zaštititi od toplotnih udara, kako pravilno skladištiti hranu tokom suše, te kako smanjiti rizik od zaraznih bolesti nakon poplava. U konačnici, edukativne kampanje o prevenciji negativnih posljedica klimatskih promjena mogu imati značajan utjecaj na zdravlje ljudi. Važno je kontinuirano educirati ljude o ovom problemu i poticati ih na djelovanje kako bismo zajedno gradili otpornije i zdravije društvo u uvjetima klimatskih promjena.

Ključne poruke:

Povećana koncentracija stakleničkih plinova zbog ljudskih aktivnosti uzrokovala je globalno zatopljenje koje je u proteklom vijeku bilo najveće u posljednjih 1000 godina.

Borba protiv klimatskih promjena nije samo pitanje zaštite okoliša, već i važna mjera za očuvanje zdravlja ljudi širom svijeta.

Prema istraživanjima Evropske agencije za okoliš, klimatske promjene predstavljaju sve veći javnozdravstveni problem koji zahtijeva hitnu akciju.

Važno je kontinuirano educirati ljude o ovom problemu i poticati ih na djelovanje kako bismo zajedno gradili otpornije i zdravije društvo u uvjetima klimatskih promjena.

Reference:

1. Uzroci klimatskih promjena – Evropska komisija, https://ec.europa.eu/clima/climate-change/causes-climate-change_hr (12.03.2024).
2. Klimatske promjene predstavljaju sve veći rizik za ekosustave, ljudsko zdravlje i gospodarstvo u Europi, <https://www.eea.europa.eu/highlights/klimatske-promjene-predstavljaju-sve-veci> (12.03.2024).
3. Zdravlje i okoliš, Katarina – Josipa Siroglavić, dr. med., http://zdravljezasve.hr/html/zdravlje15_brojke-index.html (12.03.2024).
4. Klimatske promjene i utjecaj na zdravlje, Ksenija Zaninović, mr. sc., meteorolog, biometeorolog Marjana Gajić-Čapka, mr. sc., meteorolog <https://hrcak.srce.hr/file/48199> (25.02.2024).

Pitanja za završni ispit:

1. Šta može biti uzrok klimatskih promjena?
2. Koje su posljedice klimatskih promjena na zdravlje?
3. Koja je uloga patronažne sestre/tehničara u kontekstu negativnih utjecaja klimatskih promjena na zdravlje?

Poglavlje VI

**Ostale oblasti od značaja za djelatnost zdravstvene
njege u zajednici**

6.1. Rod i zdravlje

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Rod i zdravlje	– Predavanje - 20 minuta – Diskusija - 10 minuta – Rad u grupama (analiza slučaja) - 15 minuta – Izvještavanje i diskusija - 15 minuta

6.1. Rod i zdravlje

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- definirati pojam „rod“ i razlikovati ga od pojma „spol“;
- razumjeti značaj roda i rodno specifičnih potreba u oblasti zdravlja;
- prepoznati rodne stereotipe i predrasude i njihov utjecaj na kvalitet pružene zdravstvene usluge;
- razumjeti preplitanje roda s drugim odrednicama zdravlja i utjecaj na pristup zdravstvenim uslugama;
- razlikovati rodno neutralan od rodno osjetljivog/specifičnog/transformativnog pristupa;
- primijeniti rodni pristup zdravlju u svom svakodnevnom radu.

Sadržaj:

Pod pojmom „rod“ definiraju se one karakteristike žene i muškarca koje su društveno konstruirane, dok se „spol“ odnosi na biološke determinante njihove različitosti. Kombinacija biološkog spola osobe i društvenog konteksta roda osobe u velikoj mjeri određuju prirodu zdravstvenih problema za koje postoji vjerovatnoća da će se pojaviti u svakom pojedinačnom slučaju, te na druge načine utječe na njegovo/njeno zdravlje (pristup i kontrola nad resursima, mogućnost odlučivanja, pristup informacijama, subjektivni doživljaj bolesti itd.).

Prilikom razmatranja razlika između muškaraca i žena, postoji tendencija naglašavanja bioloških razlika kao faktora pojašnjenja dobrostanja i bolesti. Rodni pristup zdravlju ne isključuje biološke faktore kao osnovu mogućih razlika u pristupu pružanja zdravstvenih usluga, ali uzima u obzir i ključne uloge koje imaju socijalni i kulturološki faktori. Pozitivan aspekt sveobuhvatnosti primarne zdravstvene zaštite u smislu zajedničkih zdravstvenih problema stanovništva, bez podjele po starosti, spolu i bolesti, ne smije dovesti do isključivog „sveobuhvatnog“ djelovanja i neosjetljivosti na različite zdravstvene probleme i potrebe stanovništva, naročito različite po osnovu spola.

Rodni pristup u zdravstvenim politikama i programima ocjenjuje se skalom koja se kreće od rodno nejednakog, preko rodno neosjetljivog i rodno osjetljivog, pa sve do rodno specifičnog i rodno transformativnog, kao najpoželjnijeg pristupa.

6.1.1. Osnovni pojmovi vezani za spol, rod i ravnopravnost spolova

Pod pojmom „rod“ definiraju se one karakteristike žene i muškarca koje su društveno konstruirane, dok se „spol“ odnosi na biološke determinante njihove različitosti. Kombinacija biološkog spola osobe i društvenog konteksta roda osobe u velikoj mjeri određuje prirodu zdravstvenih problema za koje postoji vjerovatnoća da će se pojaviti u svakom pojedinačnom slučaju, te na druge načine utječe na njegovo/njeno zdravlje (pristup i kontrola nad resursima, mogućnost odlučivanja, pristup informacijama, subjektivni doživljaj bolesti itd.).

Spol je skup anatomskih, fizioloških i psiholoških obilježja po kojima se među jedinkama iste vrste razlikuju mušjaci i ženke – muškarci i žene. Spolne karakteristike se odnose na (binarno) spolno razlikovanje (unutar i između hromosoma, gonada, hormona i spolnih organa) koje dijeli osobe na samo dvije kategorije: na osobe muškog i osobe ženskog spola. Spol je univerzalan, biološki uvjetovan, statičan je i nema promjena, ne može se utjecati na njega npr. dojenje i rođenje djeteta koje pripada biološkoj ulozi žene i reprodukcija i sposobnost za oplodnju jajne ćelije kao biološka uloga muškarca.

Rod predstavlja socijalnu konstrukciju i kodifikaciju razlika između spolova, odnosno socijalnih razlika između žena i muškaraca i ne isključuje spolne karakteristike. Uključuje rodne norme i uloge, rodne stereotipe i rodnu podijeljenost i na taj način stavlja i žene i muškarce u rizik, ne pruža svima iste mogućnosti i povezan je s nasiljem. Pojam roda razlikuje se od jednog do drugog društva i kulture kao i unutar njih, društvena konstrukcija je naučena, dinamičan je, mijenja se s vremenom i na njega utječu mnogi socioekonomski faktori. Predstavlja sociološki i kulturološki uvjetovanu razliku između osoba muškog i ženskog spola i odnosi se na sve uloge i osobine koje nisu uvjetovane ili određene isključivo prirodnim ili biološkim faktorima, nego su prije proizvod normi, prakse, običaja i tradicije i kroz vrijeme su promjenjivi. Rodne uloge kao npr. supruga i majka i njena uloga u odgoju djece i brige oko kućnih poslova, a otac i njegova uloga da osigura finansijsku sigurnost za porodicu. Takva podjela rodni uloga nije ista u razvijenim i patrijarhalnim društvima, a kada je u pitanju Bosna i Hercegovina situacija danas i prije trideset i više godina nije ista, jer je došlo do promjene, muškarci su više uključeni u odgoj djece, a žene su u jednoj mjeri finansijski neovisnije.

Ravnopravnost spolova podrazumijeva da su osoba muškog i ženskog spola jednako prisutne u svim oblastima javnog i privatnog života, da imaju jednak status, jednake mogućnosti za ostvarivanje svih prava, kao i jednaku korist od ostvarenih rezultata. Ravnopravnost ne podrazumijeva 50% u svemu, nego davanje mogućnosti da svako radi ono što najbolje zna.

Neravnopravnost spolova ogleda se kroz činjenicu da su žene **isključene** iz donošenja odluka, muškarci su podzastupljeni u sudskoj vlasti, žene **sporije napreduju u karijeri**, muškarci **nisu uključeni** u odgoj djeteta, žene **se odriču** svog nasljednog dijela u korist muških članova porodice, dječaci/muškarci ostvaruju **slabije** obrazovne rezultate, žene su u 95% slučajeva **žrtve nasilja** na osnovu spola, u Bosni i Hercegovini je visoka stopa **neaktivnosti žena** na tržištu rada. Sektori koji u pravilu zapošljavaju veći broj žena, nerijetko su manje atraktivna radna mjesta, manje poželjna, u pravilu manje plaćena i mjesta gdje je inače novac u manjoj mjeri u fokusu, kao i prestiž i pozicija moći¹.

Rodno transformativan pristup je proces koji je osmišljen oko osnovnog cilja rješavanja korijenskih uzroka rodne nejednakosti unutar nekog društva. **Rodno transformativan pristup zdravlju** predstavlja važan aspekt u promociji i dobrobiti zdravlja svih osoba, bez obzira na njihov rodni identitet i podrazumijeva uzimanje u obzir različitih rodni identiteta i specifičnih potreba u pružanju zdravstvene usluge. **Rodno nejednak** pristup jača štetne i negativne rodne norme i aktivno šteti ženama i djevojčicama. **Rodno slijep** pristup zanemaruje rodne razlike i različite potrebe žena, muškaraca, dječaka i djevojčica, te ignorira dinamiku rodne moći i samim tim teži ka nanošenju štete ženama i djevojčicama. **Rodno osjetljiv** pristup prepoznaje različite potrebe žena, muškaraca, dječaka i

¹ https://archive.europa.ba/wp-content/uploads/2015/05/delegacijaEU_2014070314432045eng.pdf

djevojčica i priznaje odnos moći među spolovima, ali se ne bavi nužno njima osim da pokuša integritati razumijevanje ovih dinamika u dizajn određenih programa. **Rodno odgovoran** pristup uključuje specifične aktivnosti i akcije za smanjenje rodne nejednakosti unutar zajednica.

6.1.2. Spol i zdravlje

Prilikom razmatranja razlika između muškaraca i žena, postoji tendencija naglašavanja bioloških razlika kao faktora pojašnjenja dobrostanja i bolesti. Rodni (gender) pristup zdravlju ne isključuje biološke faktore kao osnov mogućih razlika u pristupu pružanja zdravstvenih usluga, ali uzima u obzir i ključne uloge koje imaju socijalni i kulturološki faktori. Pozitivan aspekt sveobuhvatnosti primarne zdravstvene zaštite u smislu zajedničkih zdravstvenih problema stanovništva, bez podjele po starosti, spolu i bolesti, ne smije dovesti do isključivog „sveobuhvatnog“ djelovanja i neosjetljivosti na različite zdravstvene probleme i potrebe stanovništva, naročito različite po osnovu spola. Zakonom o ravnopravnosti spolova u BiH² (ZoRS BiH) uređuje se, promovira i štiti ravnopravnost spolova, garantiraju jednake mogućnosti i ravnopravan tretman svih osoba bez obzira na spol, u javnoj i u privatnoj sferi društva, te uređuje zaštita od diskriminacije na osnovu spola. Zakon garantira da su osobe ženskog i muškog spola ravnopravne i da je ta ravnopravnost garantirana u svim oblastima društva, uključujući ali ne i ograničavajući se na oblast obrazovanja, ekonomije, zapošljavanja i rada, socijalne i zdravstvene zaštite, sporta, kulture, javnog života i medija, bez obzira na bračno i porodično stanje. Također, garantira se zabrana od diskriminacije na osnovu spola i spolne orijentacije.

Rodna ravnopravnost u sferi zdravlja znači da postoje jednake mogućnosti za oba spola da uživaju svoje pravo na zdravlje, što uključuje i jednak pristup kvalitetnim zdravstvenim uslugama. To, također, znači da u nekim aspektima zdravstvenih problema mogu biti potrebne „pozitivne intervencije“ za jedan ili drugi spol kako bi se razlike minimizirale ili eliminirale³. Kada je u pitanju oblast zdravlja, postoje spolno i/ili rodno uzrokovane razlike između muškaraca i žena vezane za sklonost određenim bolestima, sklonost rizičnom ponašanju, izloženost zagađenju, pristup informacijama, ponašanje u bolesti, subjektivni doživljaj bolesti, odnos prema vlastitom zdravlju i zdravlju drugih članova porodice, ocjena kvaliteta zdravstvenih usluga, pristup resursima, te u konačnici zdravstveni ishodi.

6.1.3. Rod, zdravlje i blagostanje

Ulaganje u zdravlje žena i muškaraca, kao i njihovu svijest o ovim pitanjima, znači bolji kvalitet života, porodičnog života, reproduktivnog zdravlja i zdravo planiranje porodice. Posebna pažnja usmjerena je na višestruko marginalizirane grupe, a od posebnog značaja su aktivnosti usmjerene na unapređenje reproduktivnog zdravlja žena, prava trudnica i budućih majki, kao i planiranje porodice. U BiH se provode značajne mjere u cilju zaštite zdravlja majki, a zabilježena je niska stopa smrtnosti majki. Prenatalna njega i zaštita majki smatra se važnim faktorom za povećanje stope preživljavanja novorođenčadi. U manjim lokalnim zajednicama problem predstavlja ginekološka zaštita žena, ginekološke usluge ili usluge vezane za materinstvo i savjetovanje o reproduktivnom zdravlju još uvijek nisu prilagođene osobama s invaliditetom.

Obrazovanje o zdravstvenoj zaštiti, posebno o seksualnom i reproduktivnom zdravlju još uvijek nije dovoljno zastupljeno u osnovnim školama u BiH. U nekoliko škola uveden je izborni predmet „Zdravi stilovi života“ s ciljem da se utječe na promjenu svijesti, načina razmišljanja, životnih navika i uvođenja zdravih stilova života mladih, ali sistematska i kontinuirana edukacija mladih još nije zaživjela.

Strateški plan za reformu zdravstvenog sistema u Federaciji BiH, koji je usklađen s principima ravnopravnosti spolova, daje strateški pristup i ciljeve reforme zdravstvenog sistema za Federaciju BiH, ali se ne primjenjuje dosljedno u svim kantonima. Bez obzira na status zdravstvenog osiguranja, žene imaju pravo na potpunu zdravstvenu zaštitu u vezi s planiranjem porodice, kao i u toku trudnoće,

² Zakon o ravnopravnosti spolova u Bosni i Hercegovini - prečišćeni tekst („Službeni glasnik BiH“ broj 32/10)

³ https://archive.europa.ba/wp-content/uploads/2015/05/delegacijaEU_2014070314432045eng.pdf

porođaja i materinstva nakon porođaja, pravo na liječenje i medicinska sredstva, te pravo na vantjelesnu oplodnju.

Osnovni cilj koji treba postići planiranim mjerama je poboljšanje zdravstvenog stanja žena i muškaraca zahvaljujući jednostavnijem i efikasnijem pristupu informacijama i zdravstvenim uslugama, a to podrazumijeva: izradu i provođenje programa, mjera i aktivnosti za pružanje specijaliziranih usluga u oblasti zdravstvene zaštite za žrtve silovanja i seksualnog nasilja; izradu i provođenje mjera i aktivnosti u cilju sprječavanja rodno zasnovanog nasilja i seksualnog uznemiravanja u zdravstvenim ustanovama prilikom pružanja zdravstvenih usluga; pružanje podrške implementaciji obuka o ravnopravnosti spolova za profesionalno osoblje u oblasti zdravstva kako bi se uvažile različite potrebe i interesi i žena i muškaraca i osiguralo rodno osjetljivo pružanje zdravstvenih usluga, podršku istraživanjima o ravnopravnosti spolova u oblasti zdravstva, kao i programima usmjernim na unapređenje zdravstvene prevencije i zaštite, zaštite mentalnog zdravlja muškaraca i žena, zaštite seksualnog i reproduktivnog zdravlja s posebnim naglaskom na višestruko marginalizirane grupe; provođenje promotivnih aktivnosti, informativnih kampanja i kampanja podizanja svijesti javnosti o zdravlju, uključujući seksualno i reproduktivno zdravlje, te potpuno informiranje o opcijama planiranja porodice, putem medija, zdravstvenih i obrazovnih ustanova, kao i praćenje napretka i izvještavanje o zastupljenosti žena i muškaraca u oblasti zdravstva, pristupu i korištenju zdravstvenih usluga, prevencije i zaštite.

U oktobru 2023. godine Vijeće ministara Bosne i Hercegovine usvojilo je treći Gender akcioni plan Bosne i Hercegovine za period 2023-2027⁴ (GAP), a koji se oslanja na strateške ciljeve, prioritete i mjere prethodnog GAP-a, državne i entitetske strategije razvoja, strategiju za ravnopravnost muškaraca i žena Evropske unije, kao i druge relevantne dokumente Vijeća Evrope, Evropske unije i Ujedinjenih nacija. GAP predstavlja okvirni strateški dokument koji daje smjernice za izradu operativnih planova i drugih implementacijskih dokumenata institucija na svim nivoima organizacije vlasti u Bosni i Hercegovini.

Ovaj strateški dokument sadrži sve oblasti društvenog života gdje su definirane obaveze institucionalnih mehanizama za ravnopravnost spolova, te obaveze i odgovornosti resornih ministarstava i nadležnih institucija u svakoj prioritetnoj oblasti. GAP sadrži tri strateška cilja u okviru kojih se definiraju prioritetne oblasti djelovanja, odnosno programi i mjere potrebni za postizanje tog cilja, između ostalog u okviru Strateškog cilja 1. to su oblast zdravlja, prevencije i zaštite i oblast socijalne zaštite koja propisuje da svako ima pravo na socijalnu i zdravstvenu zaštitu, bez obzira na spol.

Zakon o ravnopravnosti spolova (ZoRS) zabranjuje diskriminaciju u bilo kojem obliku i po bilo kojem osnovu u korištenju svih oblika prava utvrđenih važećim zakonima, a nadležni organi treba da donesu zakone i druge akte i mehanizme koji se odnose na pristup i korištenje zdravstvene zaštite i koji ne diskriminiraju osobe na osnovu spola, direktno ili indirektno. Ulaganje u prevenciju i zaštitu zdravlja građana od ključnog je značaja za jačanje društvene i ekonomske stabilnosti. Zdravlje obuhvata fizičko, emocionalno, socijalno, kulturno i duhovno blagostanje i na njega, osim bioloških faktora, utječu i društvene, ekonomske i političke prilike u određenom društvu.

Da bi ispunile sve obaveze, državne institucije moraju razvijati i provoditi aktivne javne politike i strateške mjere u cilju otklanjanja nejednakosti i postizanja ravnopravnosti spolova u svim sferama života. Uključivanje standarda i principa ravnopravnosti spolova u sve oblasti društvenog života, obaveza je institucija za ravnopravnost spolova, ali i svih nadležnih institucija koje su dužne uvoditi i primjenjivati ove standarde u svom obimu rada.

Mjere, rokovi, kao i nositelji aktivnosti utvrđuju se godišnjim operativnim planovima koji su definirani u skladu s nadležnostima institucija propisanim odgovarajućim zakonskim okvirom. Agencija za ravnopravnost spolova Bosne i Hercegovine, Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice Bosne i Hercegovine, Gender centar Federacije BiH i Gender centar Republike Srpske pružaju stručnu podršku pri izradi operativnih/akcijskih planova i provođenju aktivnosti nadležnih institucija.

Pored GAP-a i ZoRS-a, pitanje rodne ravnopravnosti i jednakosti obuhvaćeno je nizom međunarodnih i domaćih propisa, a za njegovo ostvarenje nadležne su institucije na nivou BiH, entiteta i kantona/općina.

⁴ GAP-BiH-2023-2027-Bosanski-jezik-1.pdf (arsbih.gov.ba)

6.1.4. Rodni stereotipi

Iako su vijekovima izložene stereotipima i predrasudama, veliki broj žena dao je nemjerljiv doprinos u razvoju medicine, neka istraživanja govore o tome da su doktorice više posvećene pacijentima, duže ih slušaju, manje ih prekidaju i mogu pružiti ekonomičniju i bolju njegu.

Žene se češće nalaze u nezavidnim situacijama u odnosu na muške kolege, od neprimjernih komentara i seksualnog uznemiravanja, a u nekim slučajevima moraju prikrivati trudnoću. Muškarci u medicini su u fokusu uglavnom u vezi s njihovim postignućima, a žene moraju odgovarati za svoje odijevanje, stav ili ambiciju, a za napredovanje se nerijetko moraju značajno više truditi nego muške kolege i to nije slučaj samo u medicini nego u svim oblastima. Prema izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) žene obavljaju 70% poslova u medicini, a samo jedna četvrtina je na rukovodećim pozicijama, žene se bave globalnim zdravljem, ali muškarci ih predvode, mala su odstupanja od zemlje do zemlje. Globalne zdravstvene organizacije 69% vode muškarci, a 80% predsjedavajućih vijeća su muškarci. Realnost je da se žene i danas u medicini suočavaju s izazovom usklađivanja privatnog i poslovnog života, no kako u svijetu tako i u BiH došlo je do značajnih pomaka i žene su pokazale i dokazale da mogu biti uspješne na oba polja.

Diskriminacija po osnovu spola je svako stavljanje u nepovoljniji položaj bilo koje osobe ili grupe osoba zasnovano na spolu zbog kojeg se osobi ili grupi osoba otežava ili negira priznavanje, uživanje ili ostvarivanje ljudskih prava ili sloboda. Diskriminacija zasnovana na spolu ukršta se s drugim faktorima diskriminacije, kao što su etnička pripadnost, socioekonomski status, invaliditet, starosna dob, geografska lokacija, rodni identitet i seksualna orijentacija. U neke od posebno ranjivih kategorija stanovništva u BiH ubrajaju se žene sa sela, žene s invaliditetom, žene Romkinje itd.⁵ i prepoznate su kao višestruko marginalizirane kategorije.

Diskriminacija može biti:

- direktna,
- indirektna,
- uznemiravanje,
- seksualno uznemiravanje,
- poticanje na diskriminaciju,
- nasilje po osnovu spola.

Uzroci diskriminacije su povezani sa stereotipima i predrasudama. Stereotipi su pojednostavljene i vrlo često iskrivljene mentalne slike, a na osnovu fizičkih i psihičkih karakteristika određenog spola kreiraju se tzv. društvene uloge koje nose i niz stereotipnih radnji i ponašanja iz čega proizilazi podjela na ženska i muška zanimanja. Prema podacima Federalnog zavoda za statistiku⁶, u Federaciji BiH je 75% ženskih i 25% muških medicinskih sestara/tehničara, te 62% žena doktorica i 28% muškaraca doktora. Međutim, rukovodeće pozicije u zdravstvenim ustanovama uglavnom pripadaju muškarcima. Ženama i na privatnom polju pripada uloga negovateljice. Predrasude su tvrdnje koje nisu potkrijepljene činjenicama niti zasnovane na argumentima, npr. muškarci kao dominantno agresivni, bezosjećajni, neovisni, objektivni, dominantni i aktivni pripadnici „jačeg“ spola, žene kao nježnije, ovisne o muškarcu, pripadnice „slabijeg“ spola.

Rodni stereotipi su unaprijed stvoreni društveni i kulturni obrasci i pretpostavke prema kojima se ženama i muškarcima pripisuju osobine i uloge utvrđene i ograničene njihovim spolom⁷, posljedica su duboko ukorijenjenih stavova, vrijednosti, normi i predrasuda, zbog čega je naglašeno da rodni stereotipi predstavljaju ozbiljnu prepreku u postizanju stvarne rodne ravnopravnosti i potiču diskriminaciju na osnovu spola. Takvi stereotipi mogu značajno utjecati na razvijanje prirodnih talenata i sposobnosti djevojčica i dječaka, žena i muškaraca, njihove obrazovne i profesionalne sklonosti i iskustva, kao i njihove životne prilike.

⁵ https://archive.europa.ba/wp-content/uploads/2015/05/delegacijaEU_2014070314432045eng.pdf

⁶ zene-i-muskarci.pdf (fzs.ba)

⁷ Strategija za ravnopravnost spolova Vijeća Evrope 2018-2023.

6.1.5. Rodno odgovoran pristup u planiranju i pružanju zdravstvenih usluga (gender mainstreaming) i rodna analiza

Zakon o ravnopravnosti spolova garantira da svi građani imaju jednaka prava na zdravstvenu zaštitu, jednaku dostupnost zdravstvenim uslugama, uključujući i one koje se odnose na planiranje porodice, bez obzira na spol. Zdravstvene institucije su u obavezi da poduzmu sve mjere u cilju sprječavanja diskriminacije po osnovu spola i uživanju svih oblika zdravstvene zaštite, te treba da poduzmu sve mjere u cilju zaštite i unapređenja reproduktivnog zdravlja žena.

Gender mainstreaming je rodno odgovoran strateški pristup, što podrazumijeva (re)organizaciju, unapređenje, razvoj i evaluaciju procesa na način da svi akteri koji su uključeni u donošenje odluka vode računa o tome da rodna perspektiva bude inkorporirana u sve strukture, zakone, politike, programe, strategije, planove i praksu na svim nivoima i u svim fazama (Vijeće Evrope, 1998).

U okviru oblasti zdravlja, programski/operativni gender mainstreaming definira razlike u zdravstvenim problemima koji različito pogađaju različite grupe žena i muškaraca različite starosne dobi, ispituje na koji način rodne norme, uloge i odnosi utječu na ponašanje osoba u zdravstvenom riziku i kako se mogu oblikovati u promoviranju rodne ravnopravnosti, te ustanovljava dokaze za donošenje odgovarajućih djelotvornih i isplativih pristupa u planiranju, donošenju politike i pružanju zdravstvenih usluga (Prilog 9. i Prilog 10).

Ključne poruke:

Za postizanje zdravlja i blagostanja na pojedinačnom i društvenom planu neophodan je multi-disciplinarni pristup.

Rodno odgovoran pristup kod sagledavanja determinanti zdravlja uključuje: fizičko-biološku sredinu, individualni zdravstveni potencijal i zdravstveno ponašanje, sociokulturni sistem, socijalne i političke uvjete.

Žene i muškarci imaju jednaka prava na zdravlje, jednak pristup zdravstvenim uslugama i kvalitetu zdravstvene brige, te jednako pravo na reproduktivno i seksualno zdravlje i nepovredivo pravo na odlučivanje o vlastitom tijelu.

Važno je razumjeti različite potrebe žena i muškaraca i razumjeti spolne i rodne razlike koje utječu na zdravstvenu brigu.

Spolno specifične i rodno osjetljive zdravstvene usluge uzimaju u obzir ulogu koju biološke razlike (spol) i sociokulturne strukture moći (rod) igraju u zdravstvenoj zaštiti – kako one utječu na zdravstveno ponašanje, razvoj bolesti, njihovu dijagnozu, liječenje i dugoročne efekte.

Rodno osjetljivi pristup zdravlju uzima u obzir posebne potrebe za zdravstvenom zaštitom i bavi se uzrocima rodno zasnovanih zdravstvenih nejednakosti i načinima da se štetne rodne norme, uloge i odnosi transformiraju, dok se istovremeno fokusira na promociju rodne ravnopravnosti.

Rodno osjetljiva i odgovorna zdravstvena njega usmjerena je na osobu i podrazumijeva sveobuhvatan pristup zdravlju, uključujući adekvatnu komunikaciju, povjerenje, privatnost, poštovanje preferencija, kao i zdravstveno obrazovanje i podršku za učešće u odlukama o zdravstvenoj zaštiti.

Reference:

1. Zakon o ravnopravnosti spolova BiH („Službeni glasnik BiH” – prečišćeni tekst, broj 32/10) <https://arsbih.gov.ba/project/zakon-o-ravnopravnosti-spolova-u-bih/>
2. Strategija za ravnopravnost spolova Vijeća Europe 2018.-2023. (Gender Equality Strategy- Gender Equality (coe.int))
3. Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata (“Službene novine Federacije BiH”, broj 40/10).
4. Gender Akcioni Plan Bosne i Hercegovine (2023-2027) GAP-BiH-2023-2027-Bosanski-jezik-1. pdf (arsbih.gov.ba).
5. WHO site with publications on gender as health determinant: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications>
6. Gender and Health: Collaborative curriculum (<http://www.genderandhealth.ca/>).
7. WHO Gender Responsive Assessment Scale: criteria for assessing programmes and policies (https://www.who.int/gender/mainstreaming/GMH_Participant_GenderAssessmentScale.pdf).

Pitanja za završni ispit:

1. Šta predstavlja rod?
2. Na šta se odnosi Zakon o ravnopravnosti spolova BiH?
3. Šta je gender mainstreaming?

6.2. Prepoznavanje i postupanje u slučajevima rodno zasnovanog nasilja

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Prepoznavanje i postupanje u slučajevima rodno zasnovanog nasilja	– Predavanje - 30 minuta – Diskusija - 5 minuta – Rad u grupama (analiza slučaja) - 15 minuta – Izvještaj po grupama i diskusija - 10 minuta

6.2. Prepoznavanje i postupanje u slučajevima rodno zasnovanog nasilja

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- detektirati rane znakove pojave rodno zasnovanog nasilja (RZN);
- identificirati oblike i vrste RZN;
- postupiti u slučaju RZN;
- pružiti zdravstvenu pomoć u slučaju RZN;
- evidentirati postupanje u slučaju RZN.

Sadržaj:

Nasilje je prisutno u porodičnim i širim društvenim zajednicama, u svim slojevima društva i među svim starosnim, etničkim i vjerskim grupama. Ispoljava se kao verbalno, fizičko, seksualno, psihičko ili emocionalno, kao i ekonomsko nasilje.

Rodno zasnovano nasilje (RZN) potiče od neravnopravnosti spolova ili nižeg položaja žena općenito u odnosu na položaj muškaraca. RZN ozbiljno utječe na sve aspekte zdravlja žene – fizičko, seksualno i reproduktivno, mentalno i bihevioralno zdravlje. Zdravstvene posljedice RZN mogu biti ujedno i trenutne i akutne, kao i dugotrajne i hronične; svakako, negativne zdravstvene posljedice mogu trajati dugo nakon što je nasilje prestalo.

U smislu Zakona o zaštiti od nasilja u porodici smatrat će se da postoji nasilje u porodici ukoliko postoje osnove sumnje da su učinjene radnje kojim član porodice nanosi fizičku, psihičku ili seksualnu bol ili patnju i/ili ekonomsku štetu, kao i prijetnje koje izazivaju strah od fizičkog, psihičkog ili seksualnog nasilja i/ili ekonomske štete kod drugog člana porodice. Radnje nasilja ili prijetnje tim radnjama detaljno su navedene u članu 7. navedenog Zakona. Pružatelji zdravstvene zaštite odgovorni su za pružanje medicinske njege i podrške žrtvama, te za izbjegavanje svakog ponašanja koje može dovesti do sekundarne traumatizacije. Patronažna sestra/tehničar trebala bi znati prepoznati faktore rizika za RZN i njihove interakcije, zdravstvene posljedice (fatalne i nefatalne po žrtvu), poznavati uzroke, posljedice i dinamiku RZN. Žrtvama RZN treba omogućiti sigurno okruženje i punu diskreciju kako bi one otvorenije razgovarale sa zdravstvenim radnicima i saradnicima o mogućnostima rješavanja problema, te o načinima zaštite koju pružaju nadležne institucije i organizacije da bi se na vrijeme evidentiralo nasilje, pružila pravovremena intervencija, omogućila prevencija i procijenio stepen rizika. Zdravstveni sektor mora osigurati da se smanji broj službi i pružatelja usluga koje žena treba kontaktirati i da joj se olakša pristup potrebnim uslugama na primjeren način, poštujući njeno dostojanstvo i povjerljivost, te dajući prioritet njenoj sigurnosti (SZO 2013). Obaveza prijavljivanja nasilja u porodici, prema Zakonu o zaštiti od nasilja u porodici (član 8.) je na doktoru medicine, uz prateću dokumentaciju.

6.2.1. Oblici i vrste rodno zasnovanog nasilja (RZN)

Kako RZN potiče od neravnopravnosti spolova ili nižeg položaja žena općenito u odnosu na položaj muškaraca, to su i oblici nasilja uglavnom usmjereni na žene. Pojmovi RZN i nasilje nad ženama često se koriste naizmjenično, jer je većina nasilja nad ženama rodno zasnovano, a većina RZN je nanosena od strane muškaraca prema ženama i djevojkama. Bilo kakav akt nasilja koje se zasniva na rodu i spolu, a koji kao posljedicu ima, ili je vjerovatno da će imati, fizičku, seksualnu ili psihološku štetu ili patnju žena, uključujući prijetnje takvim radnjama, prisilu ili samovoljno lišavanje slobode, bilo u javnom ili privatnom životu, spada u oblike nasilja za koje međunarodno pravo utvrđuje nultu stopu tolerancije. Cjelokupni koncept RZN odnosi se na niz krivičnih djela, koja su regulirana u domaćim krivičnim propisima, pa tako tu spadaju:

- *Nasilje u porodici,*
- *Silovanje,*
- *Spolni odnos s nemoćnom osobom,*
- *Spolni odnos s djetetom,*
- *Prinuda na spolni odnos,*
- *Bludne radnje,*
- *Zadovoljenje pohote pred djetetom ili maloljetnikom,*
- *Spolni odnos zloupotrebom položaja,*
- *Navođenje na prostituciju,*
- *Trgovina ljudima,*
- *Iskorištavanje djeteta ili maloljetnika radi pornografije,*
- *Rodoskrvnuće i dr.*

Postoji više vrsta RZN, odnosno nasilja nad ženama, ali najčešće su sljedeće vrste:

Fizičko nasilje – namjerna primjena fizičke sile s mogućnošću smrtnog ishoda, povrede ili nanošenja štete. Ono uključuje, ali nije ograničeno na grebanje, guranje, odgurivanje, bacanje, hvatanje, ujedanje, gušenje, potresanje, podbadanje, čupanje za kosu, šamaranje, udaranje pesnicom, spaljivanje, korištenje kontrole ili tjelesne mase, odnosno snage protiv druge osobe, te korištenje ili prijetnja korištenjem oružja.

Seksualno nasilje – svaki seksualni čin, pokušaj ostvarivanja seksualnog čina, neželjeni seksualni komentar ili prijedlog, ili djela u vezi trgovine, ili neki drugi način usmjeren protiv seksualnosti osobe, koristeći prisilu, od strane bilo koje osobe, bez obzira na njihov odnos sa žrtvom, u bilo kojoj situaciji, uključujući, ali ne ograničavajući se na kuću i posao (SZO 2002, citirano u SZO 2013. godine). Psihološko nasilje – ponašanje koje ima za cilj zastrašivanje i proganjanje, a javlja se u obliku prijetnje napuštanjem ili zlostavljanjem, zatočenja u kući, praćenjem, prijetnje oduzimanjem starateljstva nad djecom, uništavanjem objekata, izolacijom, verbalnom agresijom i stalnim ponižavanjem, omalovažavanjem, umanjujući osjećaj vlastite vrijednosti/samopoštovanja pojedinca.

Ekonomsko nasilje – djela poput uskraćivanja sredstava, odbijanja da finansijski doprinosi, uskraćivanja hrane i osnovnih potreba, kontrole pristupa zdravstvenoj zaštiti i/ili zapošljavanju, uzrokujući/ili pokušaj da dovede do situacije gdje pojedinac postaje finansijski ovisan o drugoj osobi, opstruira njihov pristup ili ima kontrolu nad resursima i/ili neovisnoj ekonomskoj aktivnosti. Nažalost, u praksi se bilježe velikim dijelom slučajevi u kojima dolazi do kombiniranja više vrsta nasilja koje žrtva preživljava.

Ostale klasifikacije oblika nasilja nad ženama uzimaju u obzir kontekst/mjesto gdje se nasilje javlja: u porodici, u lokalnoj zajednici, te nasilje koje je počinjeno ili tolerirano od strane države, neovisno o tome gdje se dešava (član 2. DEVAW).

6.2.2. Uzroci RZN

Uzrok RZN leži u naučenom obrascu ponašanja, odgojnom kontinuitetu kojem doprinose i obrazovni, sociološki, ekonomski, zdravstveni i drugi faktori. Kako nema značajnih razlika u pojavi

nasilja na osnovu životnog standarda, finansijskog stanja i obrazovnog statusa, može se utvrditi da je nasilje naučen obrazac ponašanja integriran u izgradnju, kako individualnih identiteta, tako na kraju i društvenog kolektiva koji ovo ponašanje smatra prihvatljivim uz direktnu povezanost s patrijarhalnim društvom.

U literaturi je opisan tzv. „ekološki okvir“ za RZN, koji razlikuje četiri grupe faktora rizika: nivo pojedinca, nivo odnosa, nivo zajednice i socijalni nivo. Ovi faktori su povezani s povećanjem vjerovatnoće da pojedinci postanu žrtve ili počinitelji nasilja, što direktno utječe na uzročnost i pojavnost različitih vrsta nasilja. Navedeni faktori detaljno su opisani kroz taj „ekološki okvir“, a što je prikazano u tabeli ispod.

Faktori na nivou pojedinca	Faktori biološke i lične historije koji povećavaju rizik od nasilja, npr. nizak nivo obrazovanja, mlada dob (rano stupanje u brak) i loš ekonomski status/ slaba primanja, povezani su kao faktori rizika kako za doživljavanje tako i za počinjenje nasilja od strane intimnog partnera ili nad intimnim partnerom. Ranija iskustva nasilja, također, igraju ulogu; izloženost seksualnom zlostavljanju i međuroditeljskom nasilju tokom djetinjstva, kao i historija doživljavanja (u slučajevima žena) ili počinjenja (u slučajevima muškaraca) nasilja u prethodnim intimnim odnosima, povećava vjerovatnoću nasilja u budućim odnosima. Trudnice su, tako-đer, izložene visokom riziku od doživljavanja nasilja od strane partnera. Iako je nekoliko studija ukazalo na snažnu povezanost zloupotrebe alkohola i počinjenja nasilja intimnog partnera i seksualnog nasilja, postoji tek slab dokaz za stvarnu uzročnu vezu između upotrebe alkohola i počinjenja nasilja. Nadalje, stavovi igraju važnu ulogu: postoji jaka korelacija između žena i muškaraca u doživljavanju nasilja kao prihvatljivog ponašanja i njihove izloženosti nasilju od strane intimnog partnera i seksualnog nasilja, i kao žrtava i kao počinitelja (SZO/LSHTM 2010).
Faktori na nivou odnosa	Faktori na nivou odnosa doprinose riziku rodno zasnovanog nasilja u odnosu prema vršnjacima, intimnim partnerima i članovima porodice. Na primjer, za muškarce koji imaju više partnerica veća je vjerovatnoća da će počiniti nasilje nad intimnom partnericom ili seksualno nasilje. Vjerovatnije je da će oni učestvovati u rizičnom ponašanju s više seksualnih partnera odbijajući kondom i time izložiti sebe i svoje intimne partnere većem riziku od zaraze seksualno prenosivim bolestima i HIV-om. Ostali faktori koji su vezani za povećan rizik od nasilja intimnog partnera uključuju partnerstvo s niskim stepenom bračnog zadovoljstva i stalnim neslaganjima, kao i s razlikama u obrazovnom statusu partnera. Nadalje, odgovor porodica na seksualno nasilje, koje okrivljuju žene i koje su usmjerene na vraćanje „izgubljene“ porodične časti umjesto kažnjavanja muškarca, stvara okruženje u kojem silovanje može proći nekažnjeno (SZO/LSHTM 2010).
Faktori na nivou zajednice	Faktori na nivou zajednice odnose se na toleranciju rodno zasnovanog nasilja u kontekstu društvenih odnosa na mjestima kao što su škola, radno mjesto ili susjedstvo. Istraživanjima je otkriveno da su društva koja su imala usvojene sankcije zajednice protiv nasilja – uključujući i moralni pritisak na susjede da interveniraju i mogućnost da žene budu smještene u sigurnim kućama ili imaju podršku porodice – imala najniže nivoe nasilja intimnog partnera i seksualnog nasilja. Iako se nasilje intimnog partnera i seksualno nasilje javljaju u svim socioekonomskim grupama, nekoliko studija ustanovilo je da su žene koje žive u siromaštvu nesrazmjerno zahvaćene; međutim, nije jasno utvrđeno da li siromaštvo kao takvo povećava rizik od nasilja, ili su to drugi faktori koji prate siromaštvo. Umjesto toga, siromaštvo se može posmatrati kao identifikator za razne društvene uvjete koji se kombiniraju i time povećavaju rizik s kojim se žene suočavaju.
Faktori na nivou društva	Faktori na nivou društva uključuju kulturne i društvene norme koje oblikuju rodne uloge i neravnopravnu raspodjelu moći između žena i muškaraca. Nasilje od strane intimnog partnera češće se javlja u društvima gdje muškarci imaju ekonomsku moć i moć odlučivanja u domaćinstvu, gdje žene nemaju jednostavan pristup razvodu i gdje odrasli rutinski pribjegavaju nasilju kako bi riješili svoje sukobe.

Nadalje, ideologija prava muškog spola koja je uobičajena u mnogim kulturama isključuje mogućnost da žena ima pravo da samostalno donosi odluke o učestvovanju u seksualnom odnosu i da odbije seksualne nasrtaje muškarca, te se koristi da se opravda primjena seksualnog nasilja. Socijalni slom zbog sukoba ili katastrofe dodatno povećavaju rizik od silovanja u konfliktnim i postkonfliktnim situacijama (SZO/LSHTM 2010).

Tabela 35. Faktori rizika od rodno zasnovanog nasilja i njihove interakcije

U osnovi RZN leži rodna nejednakost. Međutim, žene kao žrtve nasilja nisu homogena grupa. Niz dodatnih faktora mogu uzrokovati nasilje nad ženama, ovisno o okruženju, ženinom iskustvu i njenoj sposobnosti da potraži pomoć. To uključuje njen položaj u društvu, starost, bračni status, stepen obrazovanja ili stepen onesposobljenosti (UN Secretary-General 2006, Department of Health 2004). Sve faktore treba identificirati kako bi se pravovremeno prepoznao rizik, što se posebno odnosi na žene koje pripadaju jednoj ili većem broju marginaliziranih grupa. Upravo zbog toga, jasno je da RZN predstavlja i multifaktorski javnozdravstveni problem.

Patronažna sestra/tehničar kao zdravstveni radnik treba da poznaje oblike i vrste nasilja, kao i da prepozna faktore rizika za pojavu RZN i njihove interakcije, zdravstvene posljedice (fatalne i nefatalne po žrtvu), te treba poznavati uzroke, posljedice i dinamiku RZN.

6.2.3. Nasilje u porodici

Nasilje u porodici jedan je od najčešćih oblika RZN, zbog čega je reguliran u našoj zemlji, ne samo kao krivično djelo, nego i posebnim Zakonom o zaštiti od nasilja u porodici.⁸

U smislu Zakona o zaštiti od nasilja u porodici smatrat će se da postoji **nasilje u porodici** ukoliko postoje osnove sumnje da su učinjene radnje kojim član porodice nanosi fizičku, psihičku ili seksualnu bol ili patnju i/ili ekonomsku štetu, kao i prijetnje koje izazivaju strah od fizičkog, psihičkog ili seksualnog nasilja i/ili ekonomske štete kod drugog člana porodice.

Radnje nasilja u porodici ili prijetnje tim radnjama, u smislu člana 7. navedenog Zakona, su:

- 1) svaka primjena fizičke sile na fizički ili psihički integritet člana porodice,
- 2) svako postupanje jednog člana porodice koje može prouzrokovati ili izazvati opasnost da će prouzrokovati fizičku ili psihičku bol ili patnju,
- 3) prouzrokovanje straha ili lične ugroženosti ili povrede dostojanstva člana porodice ucjenom ili drugom prinudom,
- 4) fizički napad člana porodice na drugog člana porodice, bez obzira na to da li je nastupila fizička povreda ili nije,
- 5) verbalni napad, vrijeđanje, psovanje, nazivanje pogrdnim imenima, te drugi načini grubog uznemiravanja člana porodice od drugog člana porodice,
- 6) seksualno uznemiravanje,
- 7) uhođenje i svi drugi slični oblici uznemiravanja drugog člana porodice,
- 8) oštećenje ili uništenje zajedničke imovine ili imovine u posjedu,
- 9) upotreba fizičkog nasilja ili prouzrokovanje straha s ciljem oduzimanja prava na ekonomsku neovisnost zabranom rada ili držanjem člana porodice u odnosu ovisnosti ili podređenosti,
- 10) upotreba fizičkog i psihičkog nasilja prema djeci i zanemarivanje u njihovom odgoju,
- 11) fizičko i psihičko nasilje prema starim, iznemoglim osobama i zanemarivanje u njihovom njezovanju i liječenju,
- 12) nasilna izolacija ili ograničenje slobode kretanja člana porodice i
- 13) propuštanje dužne pažnje i nepružanje pomoći i zaštite članu porodice i pored obaveze prema zakonu.

⁸ „Službene novine Federacije BiH“, br. 20/13 i 75/21

Pokazalo se da većina počinjenih djela nasilja sadrži u sebi različite vidove nasilja (fizičko, psihičko, seksualno i/ili ekonomsko nasilje). Nasilje u porodici može biti i međugeneracijsko, kada uključuje bilo koja dva člana ili više članova porodice različitih generacija. Pojam nasilja u porodici je rodno neutralan i obuhvata oba spola počinitelja i žrtava, iako se kao počinitelji najčešće, mada s izuzecima, pojavljuju muškarci, a žrtve su najčešće žene ili djevojke, te djeca kao direktne ili indirektne žrtve nasilja.⁹

Zbog svega navedenog, zakonodavac je odlučio regulirati ovu materiju i kroz Krivični zakon i kroz posebne propise o zaštiti od nasilja u porodici. Tako je krivično djelo nasilja u porodici propisano Krivičnim zakonom Federacije BiH (član 222), a s druge strane Zakon o zaštiti od nasilja u porodici uređuje sljedeća pitanja: zaštitu od nasilja u porodici, pojam porodice i nasilje u porodici, vrstu i svrhu zaštitnih mjera za osobe koje su počinile radnje nasilja u porodici, način i postupak izricanja zaštitnih mjera, zaštitu žrtve od nasilja u porodici, međusobnu povezanost svih subjekata koji su u funkciji zaštite od nasilja u porodici i druga pitanja od značaja za zaštitu od nasilja u porodici. Važno je naglasiti značaj propisanih zaštitnih mjera, koje Zakon o zaštiti od nasilja u porodici utvrđuje kao mjere koje se izriču počinitelju nasilja, a radi zaštite žrtve. Radi se o sljedećim mjerama:

- 1) udaljenje iz stana, kuće ili nekog drugog stambenog prostora i zabrana vraćanja u stan, kuću ili neki drugi stambeni prostor;
- 2) zabrana približavanja žrtvi nasilja;
- 3) zabrana uznemiravanja i uhođenja osobe izložene nasilju;
- 4) obavezan psihosocijalni tretman;
- 5) obavezno liječenje od ovisnosti;
- 6) privremeno lišenje slobode i zadržavanje.

Svrha zaštitnih mjera je osiguravanje neophodne zaštite zdravlja i sigurnosti osoba izloženih nasilju, sprječavanje nasilja u porodici, te poduzimanje efikasnih mjera preodgoja i liječenja nasilnih osoba. Bitno jer istaći i da je izricanje zaštitnih mjera zasnovano na prijavljivanju nasilja u porodici nadležnoj policijskoj upravi, čime počinje formalni postupak provođenja zaštite žrtve od nasilja u porodici, što je propisano odredbom člana 8. Zakona o zaštiti od nasilja u porodici:

Zdravstveni i socijalni radnici, nastavnici, odgajatelji, medicinske, obrazovne i druge ustanove i organi, kao i nevladine organizacije koji u obavljanju svoje dužnosti saznaju za učinjene radnje nasilja u porodici iz člana 7. stav 2. ovog zakona, dužni su odmah po saznanju prijaviti učinjene radnje nasilja u porodici nadležnoj policijskoj upravi(...).

Osoba koja ne izvrši obavezu prijavljivanja radnji nasilja u porodici iz člana 7. stav 2. ovog zakona čini prekršaj, po ovom Zakonu, ali i krivično djelo po Krivičnom zakonu Federacije BiH (osim u slučaju kada nasilje u porodici prijavi žrtva nasilja).

U Pravilniku o načinu provođenja zaštitnih mjera za počinitelje nasilja u porodici koje su u nadležnosti policije koji propisuje Obrazac prijave, naznačeno je mjesto za potpis doktora medicine, pa treba imati u vidu da obavezu prijavljivanja ima ljekar, kao zdravstveni radnik, a zbog potrebe dostavljanja medicinskog nalaza uz prijavu nadležnoj policijskoj upravi.

6.2.4. Utjecaj različitih vjerskih, obrazovnih, socioloških, socijalnih, ekonomskih, zdravstvenih i psiholoških faktora na pojavu i intenzitet RZN

Vjerske zajednice imaju značajnu ulogu u transformaciji negativnih stavova koji vode ka nasilju. U proteklom periodu realizirane su aktivnosti osnaživanja vjerskih službenika u Bosni i Hercegovini kako bi kroz svoj rad dali doprinos borbi protiv svih oblika nasilja. Vjerske zajednice su tako postale dijelom sistemskog odgovora na RZN. Aktivnosti uključuju i edukaciju vjerskih službenika o institucijama koje pružaju pomoć preživjelima i njihovo osnaživanje da prepoznaju nasilje u svojim sredinama, a što obuhvata i upoznavanje s djelokrugom rada zdravstvenih ustanova.

Kao što je naprijed opisano, faktori na nivou društva, uključuju obrazovne, kulturne i društvene norme, sociološke, socijalne i ekonomske prilike uslijed kojih može doći do pojave nasilja. Obrazo-

⁹ Strategija za prevenciju i borbu protiv nasilja u porodici (2013-2017), Vlada Federacije Bosne i Hercegovine, Sarajevo, 2013, str. 10.

vanje igra važnu ulogu iz ugla razumijevanja oblika i vrste nasilja, te jasnog uspostavljanja granica pojedinca u odnosu na ponašanja koja imaju obilježje nasilja. Društva u kojima ekonomsku moć i dalje imaju većinom muškarci, također, u visokom stepenu stvaraju rizik da žrtva neće pronaći načine da prijavi nasilje jer je ekonomski ovisna o partneru i sl. Moć odlučivanja u partnerskom odnosu može utjecati na pribjegavanje nasilnom ponašanju, ako se tome dodaju patrijarhalni obrasci u nekim društvima, može se zaključiti da je rizik od pojavnosti nasilja veći. Žene nekad nemaju pristup mogućnosti razvoda, što zbog složenih administrativnih procedura, što zbog nedostatka sredstava za pravni proces, pa sve to povećava stepen nasilja u jednom društvu.

U uvjetima Bosne i Hercegovine, dodatni rizik predstavljaju i posljedice s kojima se pojedinac nosi uslijed preživljenih ratnih dešavanja, a što se može reflektirati i na ponašanja u aktuelnom trenutku, te rizici od nedostatka sposobnosti da se kontrolira agresija postaju pojačani.

Osim navedenog, neophodno je razumjeti i utjecaj različitih okolnosti i karakteristika ponašanja u pogledu ponavljanja, odnosno eskalacije nasilja. Što se više faktora utvrdi i poveže s datim slučajem nasilja, to je veći rizik kojem je žrtva nasilja izložena. Mogući faktori rizika koji se utvrđuju su:

- prethodni činioci/incidenti nasilja nad žrtvom, djecom ili drugim članovima porodice;
- historija zlostavljanja, oblici i obrasci, prethodno osuđivanje ili prijavljivanje policiji, te korištenje oružja predstavljaju pokazatelje za procjenu opasnosti;
- nasilno ponašanje izvan porodice;
- odvojen život i razvod su periodi visokog rizika;
- ostali članovi porodice na strani su počinitelja;
- zakonito ili nezakonito posjedovanje i/ili upotreba oružja odnosno prijetnja upotrebe oružja;
- alkohol i droga mogu izmijeniti ponašanje i dovesti do eskalacije nasilja;
- prijetnje, naročito prijetnje ubistvom, moraju se shvatiti ozbiljno;
- ekstremna ljubomora i posesivnost;
- ekstremno patrijarhalne ideje i stavovi;
- proganjanje i psihološko teroriziranje (uhođenje);
- nepoštivanje naloga o zabrani prilaska koje izda sud ili policija;
- mogući okidači koji mogu dovesti do iznenadne eskalacije nasilja (promjene u odnosu).

6.2.5. Uloga patronažne sestre/tehničara u ranoj detekciji RZN

Pružatelji zdravstvene zaštite, uključujući i patronažne sestre/tehničare, odgovorni su za pružanje medicinske njege i podrške žrtvama, te za izbjegavanje svakog ponašanja koje može dovesti do sekundarne traumatizacije. Nipošto se ne smatra da je uloga zdravstvenih stručnjaka da procijene vjerodostojnost navodnog nasilja ili da se okrivljuju žrtva.

Nasilje u porodici, odnosno RZN ozbiljno utječe na sve aspekte zdravlja žene – fizičko, seksualno, reproduktivno, mentalno i bihevioralno zdravlje. Zdravstvene posljedice RZN mogu biti ujedno i trenutne i akutne, kao i dugotrajne i hronične; svakako, negativne zdravstvene posljedice mogu trajati dugo nakon što je nasilje prestalo. Dakle, primarno, i uloga patronažne sestre jeste fokus na zdravstvene posljedice eventualnog nasilja, a radi ranog prepoznavanja znakova nasilja, te potrebnog njege koja bi se pružila u slučaju da se nasilje već desilo.

Zdravstvene posljedice se grupiraju u fatalne i nefatalne.



Fatalne posljedice su:

1. Fatalne povrede
2. Ubistvo
3. Samoubistvo



Nefatalne posljedice su:

1. Fizičke posljedice – povrede, funkcionalni poremećaji i stalna onesposobljenost
2. Negativna zdravstvena ponašanja – alkoholizam i zloupotreba droga, pušenje, seksualno rizično ponašanje i sklonost samopovređivanju

3. *Psikosomatske posljedice – sindrom hronične boli, sindrom iritabilnog kolona, poremećaji probavnog trakta, infekcije urinarnog trakta i respiratorni poremećaji*
4. *Posljedice po reproduktivno zdravlje – upalne bolesti karlice, spolno prenosive bolesti, neželjene trudnoće, komplikacije u trudnoći i spontani pobačaji niske porođajne težine*
5. *Psihičke posljedice – (1) posttraumatski stresni poremećaj, (2) depresije, strahovi, poremećaji spavanja, panični poremećaji, (3) poremećaji u ishrani, (4) nisko samopoštovanje i (5) suicidalne tendencije.¹⁰*

6.2.6. Prepoznavanje i prijavljivanje RZN

Odgovori pacijenta tokom provođenja skrininga trebaju biti pažljivo dokumentirani. Dokumentiranje izjava pacijenata treba biti na način da se zapišu izjave pacijenta tačno onako kako je pacijent rekao, odnosno riječima koje je upotrijebio.

Skrining treba provoditi za procjenu trenutne ili ranije izloženosti nasilju u porodici, odnosno RZN, i treba uključivati direktna pitanja o fizičkom/tjelesnom, psihološkom, seksualnom i ekonomskom nasilju. Zbog dugotrajnih posljedica iskustva nasilja u porodici na tjelesno, psihološko i socijalno funkcioniranje osoba izloženih nasilju u porodici preporučuje se da skrining bude sastavni dio svakog pregleda pacijenta.

U nastavku su navedeni neki od simptoma ili indikatora koji mogu ukazivati na izloženost nasilju u porodici, odnosno RZN. Svaki osoba s kojom patronažna sestra/tehničar stupa u kontakt tokom obavljanja svojih zadataka, može biti potencijalna žrtva nasilja u porodici, odnosno RZN. Zbog toga je potrebno raditi skrining na nasilje u porodici, odnosno RZN tj. u kontinuitetu obraćati pažnju na moguće znakove nasilja.

Česti indikatori izloženosti nasilju u porodici	Indikatori izloženosti nasilju u anamnezi pacijentice
- Tjelesni ili psihološki znakovi tjelesnog, spolnog, ekonomskog i/ili psihološkog zlostavljanja; - Povrede koje nisu u skladu s pojašnjenjem za povrede koje daje pacijentica; - Izjava da je povredu nanijela neka nepoznata osoba; - Hronična bol, migrene, fibromialgija; - Samopovređivanje, predoziranje lijekovima, drugi načini pokušaja suicida; - Anksioznost, depresivnost, nesanica, višestruke somatske teškoće bez jasnog uzroka; - Gubitak trudnoće, spolno prenosive bolesti, nespecifične ginekološke komplikacije, bolni spolni odnosi, učestale trudnoće, (neželjeni) prekidi trudnoće; - Višestruke saobraćajne nesreće ili izolirani slučaj saobraćanje nesreće.	- Ranije evidentirane povrede; - Ranije povrede za koje nema pojašnjenja; - Odlaganje traženja pomoći ljekara i drugog stručnog osoblja; - Dokumentirana historija nasilja u porodici; - Visoki nivo svakodnevnih životnih stresora u porodici (nezaposlenost, niži socijeekonomski status, razvod braka i sl.); - Neželjena trudnoća i brze, ponavljane trudnoće; - Evidentirane česte intervencije hitne medicinske službe; - Ovisnost o psihoaktivnim supstancama; - Traženje propisivanja specifičnih lijekova kao što su anksiolitici, lijekovi za spavanje ili „lijekovi za živce“.
Indikatori koje možemo uočiti tokom razgovora s pacijenticom	Tjelesni simptomi koji mogu ukazivati na izloženost nasilju u porodici
- Partner odgovara na pitanja umjesto pacijentice; - Partner odbija napustiti pacijenticu tokom razgovora, odnosno pregleda; - Pacijentica pokazuje znakove povlačenja, izbjegavanja i/ili nadziranja; - Pacijentica se doima posramljeno i/ili izbjegava kontakt očima; - Pacijentica izvještava o povredama i doima se depresivno; - Pacijentica verbalizira finansijske probleme; - Pacijentica izvještava o nedavnom napuštanju partnera; - Pacijentica je nedavno izgubila posao, bliske članove porodice ili prekinula intimnu vezu; - Pacijentica se doima uznemireno vezano za nedavni gubitak posla partnera ili lični gubitak posla; - Pacijentica negira izloženost nasilju i pri tome je uznemirena; - Pacijentica umanjuje zadobijene povrede ili reagira neprimjerno /nečekivano (plačem, smijehom); - Pacijentica pokazuje strah u partnerovoj blizini; - Pacijentica reagira ljutnjom ili previše odbrambeno; - Pacijentica izvještava o suicidalnim idejama i namjerama.	- Povrede na dijelovima tijela na kojima uobičajeno ne dolazi do povreda koje su posljedica slučajnog pada i/ili udaranja o predmete; - Povrede različitih veličina i starosti; - Simetrične povrede; - Povrede u različitim fazama zacjeljivanja; - Povrede na unutrašnjim dijelovima ruku (koje upućuju na odbrambeno ponašanje); - Petehije, subkonjuktivno krvarenje; - Povrede nastale od oružja; - Opekline od cigareta; - Modrice na očima; - Povrede usta i zuba; - Povrede lica; - Povrede grudi i abdomena (posebno tokom trudnoće); - Povrede vrata; - Povrede na dijelovima tijela koji su pokriveni odjećom; - Povrede unutrašnjih organa; - Fibromijalgija i hronični bolni sindrom.

Tabela 36. Indikatori izloženosti nasilju u porodici

¹⁰ Hellbernd et al. 2004, CHANGE 1999, citirano: PRO TRAIN 2009.

Ukoliko se uoče simptomi ili znakovi koji mogu ukazivati na izloženost nasilju, potrebno je izvršiti intervju i pregled pacijentice. Intervju se provodi nasamo s pacijenticom i u prostoru koji omogućava privatnost. Potrebno je osigurati da ne bi neko od članova porodice prisluškivao razgovor pokraj vrata. Za otkrivanje nasilja u porodici, odnosno RZN, izuzetno je važan način na koji postavljamo pitanja.

Tipovi pitanja			
Tip pitanja	Opis	Primjer	Koristiti/Izbjegavati
Otvorena pitanja	Odgovor se ne sugerira.	Kako ste zadobili povredu?	KORISTITI
Zatvorena pitanja	Sugerira se ograničen broj odgovora.	Koliko puta Vas je partner povrijedio?	KORISTITI
Vođena pitanja/ direktivna pitanja	Sugerira se poželjan odgovor.	Jeste li rekli partneru da Vas prestane udarati?	IZBJEGAVATI

Tabela 37. Tipovi pitanja žrtvama RZN

U Prilogu 11. dat je pregled pitanja, i to:

- Uvodna pitanja koja se mogu postaviti pacijentici tokom postupka skrininga
- Direktna verbalna pitanja koja se mogu koristiti pri provođenju skrininga

U slučaju kada pacijentica negira izloženost nasilju u porodici i kada nisu prisutni indikatori nasilja, potrebno je dokumentirati informacije i simptome koji su prikupljeni tokom postupka skrininga i dati pacijentici informacije kome se može obratiti u slučaju iskustva nasilja u porodici.



Ako pacijentica kaže „ne“

- ≈ Pokažite poštovanje prema njenom odgovoru.
- ≈ Naglasite da ste na raspolaganju u slučaju da dođe do nekih promjena u odnosu s partnerom/suprugom.
- ≈ **Ako pacijentica kaže „ne“, a vi i dalje vjerujete da postoji sumnja na izloženost nasilju u porodici, razgovarajte o mogućim rizicima za nju i ponudite informacije gdje može dobiti podršku u slučaju da bude potrebna.**
- ≈ Ako pacijentica kaže „ne“, a vi i dalje vjerujete da postoji sumnja na izloženost nasilju u porodici, dogovorite termin novog susreta kako bi dodatno imali mogućnost za razgovor.
- ≈ Ukoliko dom zdravlja raspolaže promotivnim materijalom na ovu temu, ponudite letak s informacijama o centrima i telefonskim brojevima za podršku žrtvama nasilja u porodici, organizacijama koje pružaju podršku žrtvama i sl. Naglasite da, iako možda to ne treba njoj, može to dati nekoj drugoj osobi za koju smatra da bi joj moglo biti od pomoći.
- ≈ Razgovarajte o mogućim reakcijama partnera/supruga ako vidi letak/brošuru.

6.2.7. Pružanje zdravstvene zaštite u slučaju RZN u okviru zdravstvene njege

6.2.7.1. Procjena izloženosti nasilju u porodici



Reagirane u situaciji kada je nasilno ponašanje identificirano/potvrđeno

U slučaju kada pacijentica izvijesti o izloženosti nasilju u porodici, neophodno je prvo razmotriti sigurnost pacijentice. Mogu se postaviti slijedeća pitanja:

- ≈ Postoji li rizik za nasilje od strane partnera/supruga nakon što napustite ovaj prostor/vratite se u svoj dom?
- ≈ Da li je partner/suprug trenutno kod kuće?
- ≈ Da li je došlo do eskalacije porodičnog nasilja tokom posljednjih mjeseci, sedmica, dana?
- ≈ Da li Vam je partner/suprug prijetio ubistvom ili ubistvom Vaše djece?
- ≈ Ima li partner/suprug pristup oružju ili nekim drugim sredstvima kojima Vas može povrijediti?

Ako pacijentica odgovori s „da“ na neko od navedenih pitanja potrebno je o svemu obavijestiti nadležnog ljekara porodične medicine, kao i centar za socijalni rad. U slučaju uočavanja teških tjelesnih povreda, upotrebe vatrenog oružja i seksualnog nasilja, ili prisustva nasilnoj situaciji, obavijestiti službu hitne medicinske pomoći i nadležnu policijsku stanicu. Nakon što medicinska sestra/tehničar o svemu obavijesti nadležnog ljekara porodične medicine, potrebno je osigurati osobi boravak u sigurnoj kući te pružiti medicinsku, psihološku i pravnu pomoć, a što je dalji proces koji vode nadležne službe i tijela. Sljedeći korak u samom postupanju medicinske sestre/tehničara, nakon što je potvrđena sumnja na nasilje, jeste da pregleda pacijenticu, odnosno da pruži sestrinsku njegu. U nastavku je dat pregled ključnih pravila ponašanja u slučaju otkrivanja izloženosti nasilju u porodici.

Pregled ključnih pravila ponašanja u slučaju otkrivanja izloženosti nasilju u porodici, odnosno RZN

SLUŠAJTE I POKAŽITE EMPATIJU	• "Vjerujem sve što govorite i žao mi je da Vam se to dogodilo". • "Niko ne zaslužuje da bude tretiran na takav način i takvo ponašanje partnera/supruga nije Vaša krivica".
GENERALIZIRAJTE ISKUSTVO	• "Veliki broj osoba ima iskustvo zlostavljanja, ali mi često vjerujemo da se to događa samo nama". • "Nasilje od strane partnera/supruga događa se jako često i u različitim oblicima partnerskih odnosa".
OSNAŽITE ŽRTVU	• "Vjerujem da znate šta je najbolje za Vas (i Vašu djecu). Mogu Vam dati informacije koje Vam mogu biti od koristi sada, ali i nekada kasnije ako bude potrebno". • "Recite mi kada budete spremni kako bi kontaktirao/la psihologa/inju. On/a ima iskustva u radu s osobama izloženim nasilju u porodici i sigurno će znati kako Vam može pružiti podršku".
POTAKNITE SAMOSTALNOST	• Izbjegavajte biti direktivni u komunikaciji – ne koristite izraze poput: "Trebate...", "Morate..." • "Kako Vam mogu pomoći u ovom trenutku?"; Postoji li član porodice ili prijatelj/ica kojoj se možete obratiti za pomoć u situaciji nasilja?"; Upoznajite pacijenticu s etičkim ograničenjima povjerljivosti.
VODITE RAČUNA O POVJERLJIVOSTI	• Odraslim pacijenticama može se reći: "Sve što mi kažete ostaje između nas, osim ako mi kažete da je neko povrijedio Vašu djecu ili ako mi kažete da Vi imate namjeru nekoga povrijediti". • Adolescentima: "Sve što pričamo je povjerljivo, osim ako mi kažeš da se povrijeđuješ ili imaš namjeru nekoga povrijediti. Ovisno o tvojoj dobi trebam izvijestiti i o seksualnim kontaktima".
OSIGURAJTE DODATNE INFORMACIJE	• "Želim Vam dati broj centra za socijalni rad i/ili policije za slučaj da ponovno dođe do nasilja u porodici". • Želim Vam dati broj službe za podršku žrtvama nasilja u porodici".
BUDITE ISKRENI	• Ne davati obećanja koja nije moguće ispuniti (npr. vezano za sigurnost žrtve). • Naglasiti da je važno da o saznanjima o nasilju u porodici razgovaramo s drugim stručnjacima.

6.2.7.2. Standardna operativna procedura za postupanje patronažnih sestara/tehničara u slučaju nasilja ili sumnje na nasilje u porodici

Standardna operativna procedura (SOP) za rad patronažnih sestara/tehničara treba biti raspoloživa u svim zdravstvenim ustanovama, kao dio obaveznih operativnih procedura u zdravstvenoj ustanovi. U Prilogu 12. predložen je Generički okvir za Standardnu operativnu proceduru: „Postupanja patronažne sestre/tehničara u slučaju nasilja ili sumnje na nasilje u porodici”¹¹ – primjer. Ovaj okvir treba da služi kao polazna baza za izradu SOP-ova za pojedinačne patronažne službe, a koji će biti prilagođeni konkretnoj organizaciji pojedine službe, sastavu timova i načinu komunikacije s nadležnim ljekarom porodične medicine.

6.2.7.3. Evidentiranje pojava nasilja i komunikacija s ljekarom porodične medicine

Patronažna sestra/tehničar koristi sljedeću dokumentaciju:

- nalog za posjetu;
- karton polivalentne patronažne zdravstvene njege.

Po povratku u ustanovu patronažna sestra/tehničar informira nadležnog ljekara o stanju pacijenta/ice, zapažanjima, saznanjima i datim preporukama. Sve evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- lične podatke o pacijentu;
- datum i vrijeme patronažne posjete;
- stanje pacijenta, izjave pacijenta vezane za nasilje, provedene postupke i date preporuke;
- raspoložive podatke o počinitelju nasilja;
- potpis patronažne sestre/tehničara koja je obavila patronažnu posjetu.

Žrtvama RZN treba omogućiti sigurno okruženje i punu diskreciju kako bi one otvorenije razgovarale sa zdravstvenim radnicima i saradnicima o mogućnostima rješavanja problema, te o načinima zaštite koju pružaju nadležne institucije i organizacije da bi se na vrijeme evidentiralo nasilje, pružila pravovremena intervencija, omogućila prevencija i procijenio stepen rizika. Potrebno je slijediti pravila za komunikaciju kako bi se proces proveo na najbolji mogući način. Neophodno je da zdravstveni radnici i saradnici budu dovoljno osjetljivi po pitanju problematike nasilja, ali i potpuno informirani o službama i resursima koji žrtvama nasilja stoje na raspolaganju.

¹¹ SOP se odnosi na nasilje u porodici, kojem je, kao krivičnom djelu, u našem sistemu dat visok značaj zbog potrebe blagovremenog reagiranja i postupanja sa žrtvom po posebnom Zakonu o zaštiti od nasilja u porodici.

Ključne poruke:

Nasilje u porodici, odnosno RZN predstavlja kršenje ljudskih prava, ali i javnozdravstveni problem. Zdravstveni sektor mora osigurati da se smanji broj službi i pružatelja usluga koje žena treba kontaktirati i da joj se olakša pristup potrebnim uslugama na primjeren način, poštujući njeno dostojanstvo i povjerljivost, te dajući prioritet njenoj sigurnosti (SZO 2013).

Bosna i Hercegovina je potpisnica najvažnijih međunarodnih dokumenata o ljudskim pravima, a ima i domaće zakonodavstvo koje podržava ove obaveze.

Esencijalni sektor za prepoznavanje nasilja je zdravstveni sektor s obzirom na to da je to često prvo mjesto prepoznavanja i ulaska žrtve nasilja u društveni sistem. Zdravstveni radnici najvažnija su karika u tom složenom lancu pružanja zaštite, pomoći i podrške žrtvama.

Zdravstveni radnici, uključujući medicinske sestre/tehničare, treba da budu dovoljno senzibilizirani za nasilje kako bi pružili odgovarajuću zdravstvenu zaštitu i negu, ali je važno znati da oni nisu odgovorni za procjenu vjerodostojnosti nasilja.

Pružatelji zdravstvene zaštite odgovorni su za pružanje medicinske njege i podrške žrtvama, te za izbjegavanje svakog ponašanja koje može dovesti do ponovne, sekundarne traumatizacije.

Standardna operativna procedura za rad patronažnih sestara/tehničara u zajednici treba biti raspoloživa u svim zdravstvenim ustanovama, kao dio obaveznih operativnih procedura u zdravstvenoj ustanovi.

Žrtve nasilja ne smiju biti ispuštane iz vida unutar zdravstvenog sistema; treba kontinuirano graditi tzv. prijateljski pristup unutar zdravstvenog sistema kako bi se omogućilo da žrtve postaju otvorenije u iznošenju svojih problema i da se stvaraju mogućnosti za blagovremeno pružanje zdravstvene zaštite i njege, kao i za uključivanje drugih potrebnih segmenata društva u cilju oporavka žrtve.

Reference:

1. Jačanje odgovora zdravstvenog sistema na rodno zasnovano nasilje u Federaciji BiH, Resursni paket, Federalno ministarstvo zdravstva i UNFPA, Sarajevo.
2. Zakon o zaštiti od nasilja u porodici ("Službene novine Federacije BiH", br. 20/13 i 75/21).
3. Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata ("Službene novine Federacije BiH", broj 40/10).
4. Krivični zakon Federacije BiH ("Službene novine Federacije BiH", br. 36/03, 21/04 - ispr., 69/04, 18/2005, 42/10, 42/11, 59/14, 76/14, 46/16 i 75/17).
5. Konvencija Vijeća Evrope o sprječavanju i borbi protiv nasilja nad ženama i nasilja u porodici (tzv. Istanbulska konvencija).
6. Generički okvir za Standardnu operativnu proceduru: „Postupanja patronažne sestre/tehničara u slučaju nasilja ili sumnje na nasilje u porodici” - primjer.

Pitanja za završni ispit:

1. Rodno zasnovano nasilje (RZN) odnosno nasilje nad ženama podrazumijeva, ali se ne ograničava na koje vrste nasilja?
2. Koja je uloga patronažne sestre/tehničara u slučaju nasilja u porodici, odnosno rodno zasnovanog nasilja (RZN)?
3. Koga medicinska sestra/tehničar obavještava, u slučaju potvrđene sumnje na nasilje u porodici, odnosno rodno zasnovano nasilje (RZN)?

6.3. Socijalna inkluzija i sprječavanje diskriminacije

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Socijalna inkluzija i sprječavanje diskriminacije	– Predavanje - 30 minuta – Diskusija - 5 minuta – Rad u grupama (analiza slučaja) - 15 minuta – Izvještaj po grupama i diskusija - 10 minuta

6.3. Socijalna inkluzija i sprječavanje diskriminacije

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- razumjeti koncept socijalne inkluzije;
- objasniti utjecaj socijalnih odrednica zdravlja na dostupnost i korištenje zdravstvenih usluga i na same zdravstvene ishode;
- upoznati pacijente i njihove porodice sa svim njihovim pravima koja su regulirana međunarodnim dokumentima i zakonima;
- svojim aktivnostima doprinosti na realizaciji programa socijalne inkluzije u porodici i zajednici;
- prepoznati i prijaviti potrebu za socijalnom inkluzijom centru za mentalno zdravlje (CMZ), socijalnom radniku, te se uključiti i sarađivati i s drugim relevantnim akterima iz zajednice;
- prepoznati i smanjivati negativne efekte stigme i diskriminacije;
- promovirati socijalnu inkluziju.

Sadržaj:

Socijalna inkluzija predstavlja uključivanje u ravnopravan odnos, u svijet jednakih mogućnosti izbora i svijet jednakih prava, te omogućava ostvarivanje „zdravlja za sve“. Ravnopravnost u oblasti zdravlja ne znači da svi treba da dostignu isti zdravstveni status ili da koriste u istoj mjeri zdravstvene usluge, već da se u obzir uzmu njihove specifične potrebe. Korisnike usluga treba uključiti u identifikiranje njihovih potreba i poteškoća u pristupu zdravstvenim uslugama, te u proces planiranja i evaluacije pruženih usluga. Iz perspektive socijalne uključenosti, najranjivije grupe stanovništva u Federaciji BiH u smislu neispunjenih zdravstvenih potreba su siromašna domaćinstva, osobe bez zdravstvenog osiguranja, nezaposlene osobe, starije osobe koje žive same (posebno žene), te neaktivno stanovništvo (posebno domaćice i osobe s invaliditetom). Bez inkluzije se ne može ostvariti naš koncept punog života u zajednici. U provođenju socijalne inkluzije patronažna sestra/tehničar sarađuje s uposlenicima centra za mentalno zdravlje u zajednici, posebno socijalnim radnicima, udruženjima pacijenata, relevantnim nevladinim organizacijama, religijskim organizacijama i drugima koji iznalaze mogućnosti da se odgovori na zdravstvene i druge potrebe socijalno isključenih grupa i da se oni uključe.

Stigma i diskriminacija dovode do socijalne isključenosti koja predstavlja kompleksan i multidimenzionalan proces. Najteža je socijalna inkluzija osoba s duševnim smetnjama (mentalnim poremećajima), jer što je intenzitet stigme veći inkluzija je teža. Provođenje socijalne inkluzije bazirano je na principima kolaborativne prakse, te implementacije i evaluacije intervencija socijalne inkluzije usklađenih s potrebama korisnika na nivou zajednice, što u konačnici dovodi do boljih zdravstvenih ishoda, većeg zadovoljstva kvalitetom života i općeg blagostanja.

Diskriminacija je svaki postupak odvajanja, odbacivanja, nejednakosti tretmana prema osobi i grupi. Može se manifestirati u spolnoj, nacionalnoj, vjerskoj pripadnosti, te socijalnom ili društvenom porijeklu, spolnoj orijentaciji, fizičkim karakteristikama, kao i svakoj drugoj okolnosti koja ima za posljedicu onemogućavanje ili neostvarivanje prava na ravnopravnoj osnovi u svim oblastima javnog života. Stigma je stav koji dovodi do diskriminacije. U skladu s relevantnim zakonima, svaka zdravstvena ustanova dužna je osigurati svakom pacijentu jednak pristup zdravstvenim uslugama bez obzira na spol, upoznati pacijenta s informacijama o njegovom zdravlju, pravima i obavezama i na koji način ih ostvariti, te vidno istaknuti informacije kome se korisnik usluge može žaliti na učinjenu diskriminaciju/omalovažavanje/kršenje prava.

6.3.1. Definicija i provođenje socijalne inkluzije

Socijalna inkluzija je proces koji omogućava da oni koji su u riziku od siromaštva i društvene isključenosti, dobiju mogućnost i sredstva koja su potrebna za puno učešće u ekonomskom, društvenom i kulturnom životu, ali i dostizanju životnog standarda i blagostanja, koji se smatraju prihvatljivim u društvu u kojem žive. Socijalna inkluzija osigurava veće učešće građana u donošenju odluka, što utječe na njihove živote i ostvarenje osnovnih prava. Socijalna kohezija podrazumijeva sposobnost jednog društva da osigura dobrobit svim svojim članovima, te da svede na minimum nejednakosti i izbjegne podjele.

Stigmatizacija osoba s mentalnim smetnjama, od strane društva ali i samih zdravstvenih radnika, predstavlja veliki problem u pružanju adekvatne zdravstvene zaštite i podrške ovim osobama. Stigma može dovesti do smanjenog pristupa uslugama mentalnog zdravlja, ograničenja u zapošljavanju, socijalne isključenosti i smanjenog kvaliteta života. Prema rezultatima istraživanja, osobe s duševnim smetnjama često se suočavaju sa socijalnom isključenošću zbog nedostatka podrške i stigmatizacije koju doživljavaju. Osobe s duševnim smetnjama često se suočavaju sa stigmom, diskriminacijom i socijalnom isključenošću, što može imati ozbiljan utjecaj na njihovo mentalno zdravlje i kvalitet života.

Istraživanje koje je proveo Andreja Balaž Gilja uključivalo je proučavanje siromaštva i socijalne isključenosti osoba s duševnim smetnjama. Autor je analizirao različite faktore koji dovode do ove vrste diskriminacije i problematike u društvu. Socijalna podrška osobama s duševnim smetnjama se pokazala izuzetno važnom za promoviranje tjelesnog i mentalnog zdravlja, sposobnost suočavanja sa stresom te kvaliteta i zadovoljstva životom u zajednici (Bloom, 1990). U cilju promoviranja socijalne inkluzije osoba s duševnim smetnjama, važno je implementirati politike i programe koji podržavaju njihovu integraciju u zajednicu. To može uključivati pružanje adekvatnih zdravstvenih usluga, podrške za zapošljavanje, obrazovanje i pristup socijalnim servisima.

Priručnik za intervencije socijalne inkluzije korisnika usluga mentalnog zdravlja, koji je izdala „Asocijacija XY“ 2018. godine, predstavlja važan alat za pružanje podrške osobama s mentalnim smetnjama u FBiH. U njemu su navedene smjernice i preporuke za unapređenje njihove socijalne inkluzije kroz različite intervencije.

6.3.2. Negativni aspekti stigme i diskriminacije na liječenje i zdravstveno stanje pacijenata

Uloga zdravstvenih radnika u prevenciji i interveniranju u slučajevima socijalne inkluzije je od izuzetne važnosti. Zdravstveni radnici imaju ključnu ulogu u prepoznavanju i identifikaciji potreba osoba koje su suočene s problemom socijalne isključenosti, kao što su osobe s mentalnim smetnjama ili s fizičkim ili intelektualnim invaliditetom. Zdravstveni radnici trebaju aktivno pratiti pacijente i biti senzibilizirani za znakove i simptome socijalne isključenosti kako bi pružili odgovarajuću podršku i intervenirali na vrijeme.

Nadalje, zdravstveni radnici trebaju biti obučeni i osposobljeni za pružanje emocionalne podrške i savjetovanja osobama koje se osjećaju isključeno ili diskriminirano. Empatičan pristup i posvećenost zdravstvenih radnika mogu značajno doprinijeti poboljšanju mentalnog zdravlja i kvaliteta života osoba koje su izložene socijalnoj isključenosti. Priručnik za intervencije socijalne inkluzije korisnika usluga mentalnog zdravlja pruža korisne smjernice o tome kako pružiti podršku osobama koje su izložene nasilju, uključujući i prepoznavanje znakova trauma i pružanje odgovarajuće psihosocijalne podrške. Uzimanje u obzir perspektive roda, jednakosti i socijalne inkluzije u planiranju i pružanju zdravstvenih usluga ključno je za unapređenje odgovora zdravstvenih sistema na rodno zasnovano nasilje (RZN). Kroz integraciju ovih principa u obrazovanje zdravstvenih radnika, kao što je navedeno u Vodiču o integraciji rodne ravnopravnosti, jednakosti i socijalne inkluzije u javnozdravstvene programe, doprinosi se stvaranju sigurnijeg i podržavajućeg okruženja za žrtve nasilja. UNDP-ov izvještaj o socijalnoj inkluziji u Bosni i Hercegovini ističe važnost integracije marginaliziranih grupa, uključujući žrtve nasilja, u društvo. Važno je osigurati da žrtve imaju pristup socijalnim uslugama i podršci kako bi se prevladale posljedice nasilja. Osim toga, zdravstveni radnici trebaju aktivno sarađivati s drugim relevantnim partnerima, kao što su socijalni radnici, obrazovni radnici i or-

ganizacije civilnog društva, kako bi zajednički radili na promociji socijalne inkluzije i smanjenju stigme i diskriminacije. Timski pristup je ključan u prevenciji i interveniranju u slučajevima socijalne isključenosti, jer omogućava holistički pristup i individualizirane intervencije.

Zakoni i propisi koji se odnose na zaštitu prava socijalno isključenih osoba igraju ključnu ulogu u osiguravanju podrške i zaštite u društvu. U Bosni i Hercegovini, nekoliko relevantnih zakona pruža osnovu zaštite prava osoba koje su izložene socijalnoj isključenosti. Prema Zakonu o ravnopravnosti spolova u Bosni i Hercegovini, svaka institucija, uključujući zdravstvene ustanove, dužna je osigurati jednake šanse i tretman za sve građane. Zakon o zabrani diskriminacije ("Službeni glasnik BiH", br. 59/09 i 66/16) zabranjuje svaku vrstu diskriminacije, uključujući onu na osnovu socijalnog statusa, te pruža mehanizme za zaštitu žrtava diskriminacije i osigurava prava osoba koje su izložene socijalnoj isključenosti. Zakon o zdravstvenoj zaštiti ("Službene novine Federacije BiH", br. 46/10 i 75/13) regulira prava pacijenata na pristup zdravstvenim uslugama i podršci, te osigurava da svi građani imaju jednake mogućnosti za pristup zdravstvenoj zaštiti, bez obzira na socijalni status. Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata ("Službene novine Federacije BiH", broj 40/10) pruža zaštitu prava pacijenata na dostojanstveno i kvalitetno liječenje, bez diskriminacije, te osigurava da pacijenti imaju pravo na informacije i podršku u svakom trenutku.

Ovi zakoni zajedno čine osnovu za zaštitu prava osoba koje su izložene socijalnoj isključenosti u Bosni i Hercegovini, osiguravajući im pristup zdravstvenim uslugama i podršci, sprječavajući diskriminaciju i osiguravajući jednake mogućnosti za sve građane. Važno je da se ovi zakoni primjenjuju u praksi kako bi se osigurala zaštita i podrška svim osobama koje su ugrožene socijalnom isključenosti.

Glavne poruke:

Socijalna inkluzija je proces koji omogućava da oni koji su u riziku od siromaštva i društvene isključenosti, dobiju mogućnost i sredstva koja su potrebna za puno učešće u ekonomskom, društvenom i kulturnom životu, ali i dostizanju životnog standarda i blagostanja, koji se smatraju prihvatljivim u društvu u kojem žive.

Jedan od ključnih aspekata u vezi medicinskih sestara/tehničara i socijalne inkluzije je pružanje podrške i uključivanje u sveobuhvatan tretman socijalno isključenih osoba s ciljem njihove socijalne inkluzije i prevencije socijalne isključenosti.

Stigma i diskriminacija dovode do socijalne isključenosti koja predstavlja kompleksan i multidimenzionalan proces.

Diskriminacija je svaki postupak odvajanja, odbacivanja i nejednakosti tretmana prema osobi i grupi.

Zakoni i propisi koji se odnose na zaštitu prava osoba koje su izložene socijalnoj isključenosti igraju ključnu ulogu u osiguravanju podrške i zaštite potrebnih u društvu.

Reference:

1. Jačanje odgovora zdravstvenog sistema na rodno zasnovano nasilje u Federaciji BiH, resursni paket, Federalno ministarstvo zdravstva i UNFPA, Sarajevo, 2015. godine.
2. Zakon o ravnopravnosti spolova u Bosni Hercegovini („Službeni glasnik Bosne i Hercegovine – prečišćeni tekst, broj 32/10).
3. Zakon o zabrani diskriminacije („Službeni glasnik BiH“, br. 59/09 i 66/16).
4. Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, br. 46/10 i 75/13).
5. Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata („Službene novine Federacije BiH“, broj 40/10).
6. Priručnik za intervencije socijalne inkluzije korisnika usluga mentalnog zdravlja, Asocijacija XY, 2018.
7. Social Inclusion in Bosnia and Herzegovina, 2020 National Human Development Report, UNDP.
8. Guideline – GESI Integration in Public Health Curriculum-Course-Training, ITS India – Europe-Aid, Leadership in Health, 2013.
9. Siromaštvo i socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama, Andreja Balaž Gilja Klinički bolnički centar Rijeka, Odjel za socijalni rad, Rijeka, 2021. <https://hrcak.srce.hr/file/395775> (10.02.2024).
10. Bloom, J. (1990). The relationship between social support and health. *Social Science and Medicine*, 30, str. 635-637.

Pitanja za završni ispit:

1. Iz perspektive socijalne uključenosti, koje su najranjivije grupe stanovništva u Federaciji BiH u smislu neispunjenih zdravstvenih potreba?
2. Koji je jedan od ključnih aspekata u vezi medicinskih sestara/tehničara i socijalne inkluzije?
3. S kim zdravstveni radnici trebaju sarađivati s ciljem promocije socijalne inkluzije i smanjenja stigme i diskriminacije?

6.4. Etički aspekti zdravstvene njege

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Etički aspekti zdravstvene njege	– Predavanje - 30 minuta – Rad u grupama (analiza zadatog slučaja i pozivanje na etičnost i profesionalan odnos) - 20 minuta – Izvještavanje i diskusija (s posebnim osvrtom na akte ustanova iz koje polaznici edukacije dolaze - zdravstveni kodeks ponašanja, pravilnik/plan/ procedura čuvanja povjerljivih podataka) - 10 minuta

6.4. Etički aspekti zdravstvene njege

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- prepoznati značaj tajnosti informacija i pravilnu selekciju podataka;
- osigurati povjerljivost podataka i čuvanje profesionalne tajne;
- razumjeti zakonsku obavezu zaštite povjerljivosti ličnih podataka pacijenta, te podataka vezanih za zdravstveno stanje pacijenta;
- primijeniti kodeks profesionalnog obavljanja zdravstvene njege usmjerene ka pojedincu, porodici i zajednici;
- definirati etička pitanja koja čine cjelovitost zdravstvene njege u zajednici.

Sadržaj:

Zdravstvena njega u zajednici ne može se odvijati na zadovoljavajući način ukoliko nije zasnovana na etičkim principima iskazanim kroz etičku praksu patronažne sestre/tehničara. Važnost povjerljivosti podataka i informacija, praktični aspekti povjerljivosti podataka u praksi zdravstvene njege u zajednici. Profesionalni kodeks i etička pitanja vezana za obavljanje zdravstvene njege u zajednici.

6.4.1. Kodeks profesionalnog pružanja zdravstvene njege

Kodeks pružanja profesionalne zdravstvene zaštite odnosi se na skup principa i smjernica kojih se zdravstveni radnici pridržavaju u svojoj praksi. Iako se posebni kodeksi mogu razlikovati ovisno o zemlji ili ustanovi, oni općenito obuhvataju principe etičkog ponašanja, zdravstvene zaštite pacijenata, povjerljivosti, profesionalnosti i stalnog poboljšanja.

Kodeks profesionalnog pružanja zdravstvene njege sadrži sljedeće elemente:

- 1) **Etičko ponašanje** – poštovanje osnovnih etičkih principa, dostojanstva i autonomije svih pacijenata. Osnovna četiri etička principa su autonomija pacijenta, dobročinstvo, neškodljivost i pravednost. Oni pružaju okvir za etičko donošenje odluka i usmjeravaju zdravstvene radnike u snalaženju u složenim etičkim dilemama u kliničkoj praksi. Poštujući ove principe, mogu osigurati da se zdravstvena njega pacijentima pruža s integritetom, suosjećanjem i poštovanjem prava i dobrobiti pacijenata.
- 2) **Briga o pacijentima** – pružanje izvrsne, kompetentne, kontinuirane zdravstvene njege, stalno stručno usavršavanje, saradnja s drugim zdravstvenim radnicima.
- 3) **Povjerljivost i privatnost** – zaštita povjerljivosti informacija o pacijentu, prikupljanje, čuvanje i dijeljenje podataka zasnovano na pravnim i etičkim standardima. Poštovanje pacijentove privatnosti bilo u verbalnim, pisanim ili elektronskim medijima.
- 4) **Profesionalizam** – pokazivanje profesionalizma u svim interakcijama s pacijentima, kolegama, drugim osobama i javnošću, uzdržavanje od ponašanja koja mogu naštetiti pacijentu, preuzimanje odgovornosti za postupke, odluke i počinjene greške.
- 5) **Stalno stručno obrazovanje** – posvećenost cjeloživotnom učenju i profesionalnom razvoju, praćenje savremenih smjernica u radu, tehnologiji i najboljim naučnim dostignućima dokazanim u praksi, stalna samoprocjena i korigiranje prakse i ponašanja, uključenost u edukaciju mlađih kolega, poticanje kulture učenja u vlastitoj zdravstvenoj organizaciji.
- 6) **Zagovaranje i društvena odgovornost** – stalni rad na osiguravanju pravednog pristupa zdravstvenim uslugama i rješavanju socijalnih odrednica zdravlja, uklanjanje razlika na osnovu socioekonomskog statusa, spola, rase, etničke pripadnosti i seksualne orijentacije, uključivanje u rješavanje zdravstvenih problema zajednice.
- 7) **Poštovanje zakona i propisa iz oblasti zdravstva** – rad usklađen s važećim zakonima, propisima i profesionalnim standardima, stjecanje i obnavljanje odgovarajućih licenci, učestvovanje u provjerama znanja i kompetentnosti, prijavljivanje svih nedoumica ili sumnji u kršenje zakona, standardnih i profesionalnih standarda u cilju dobrobiti i sigurnosti pacijenta.

Ovi principi su osnova za obavljanje zdravstvene profesije i pomažu da se obezbijedi sigurna, efikasna i etička zdravstvena zaštita. Pridržavanje kodeksa profesionalnog ponašanja potiče povjerenje u zdravstvene radnike i promovira kulturu odgovornosti i profesionalnosti unutar zdravstvene zajednice.

6.4.2. Značaj povjerljivosti informacija i čuvanje profesionalne tajne

Zakon o zdravstvenoj zaštiti FBiH u poglavlju IV garantira svim korisnicima zdravstvene zaštite „poštovanje najvišeg mogućeg standarda ljudskih prava i vrijednosti, odnosno pravo na fizički i psihički integritet i na sigurnost njegove ličnosti, kao i na uvažavanje njegovih moralnih, kulturnih, religijskih i filozofskih ubjeđenja“. Jedno od tih temeljnih prava je pravo na povjerljivost informacija, privatnost i tajnost podataka, odnosno čuvanje profesionalne tajne.

Pravo na povjerljivost informacija i privatnost definiraju članovi 25. i 26. pomenutog Zakona:

- „Svaki pacijent ima pravo na povjerljivost svih ličnih informacija koje je saopštio nadležnom zdravstvenom radniku, uključujući i one koje se odnose na njegovo stanje zdravlja i potencijalne dijagnostičke i terapijske procedure, pa i nakon pacijentove smrti“.
- „Pregledu pacijenta i preduzimanju medicinskih mjera nad njim smiju prisustvovati samo zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici koji su uključeni u njegov tretman“.

- „Pacijent ima pravo zatražiti da pregledu i izvođenju medicinskih postupaka prisustvuju članovi njegove porodice ili osobe koje on odredi, dok pri pregledu djece do 15. godine života odnosno osoba lišenih poslovne sposobnosti, obavezno prisustvuje jedan od roditelja, a ako ih dijete nema, obavezno prisustvuje zakonski zastupnik ili staratelj“.

Zakon o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata FBiH ističe da „podaci iz medicinske dokumentacije spadaju u lične podatke o pacijentu i predstavljaju službenu tajnu“ i oni obuhvataju sljedeće: svi identifikacijski i identifikirajući podaci o pacijentovom zdravstvenom i medicinskom stanju, dijagnozi, prognozi i liječenju, te podaci o ljudskim supstancama na osnovu kojih se može utvrditi identitet osobe, kao i doznake za bolovanje koje se uručuju poslodavcu u zatvorenoj koverti. Ovo pravo se produžuje i nakon smrti pacijenta. Svi zdravstveni radnici obavezuju se da lične podatke o pacijentu i njegovom zdravstvenom stanju čuvaju kao profesionalnu tajnu. Prema Zakonu o krivičnom postupku, zdravstveni radnici, uključujući i medicinske sestre/tehničare, odgovaraju krivično za odavanje profesionalne tajne. Ovaj zakon u članu 187. propisuje zatvorsku kaznu u trajanju od godinu dana za zdravstvene radnike koji neovlašteno otkriju profesionalnu tajnu. Dužnosti čuvanja tajnosti podataka nadležni zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici mogu biti oslobođeni samo na osnovu pisanog ili drugog jasno i nedvosmisleno izrečenog pristanka pacijenta ili na zahtjev tužilaštva, odnosno suda u sudskom postupku.

6.4.3. Praktični aspekti povjerljivosti podataka u zdravstvenoj njezi u zajednici

Postoje brojni aspekti povjerljivosti podataka s kojim se suočava medicinska sestra/tehničar u zajednici. Ovdje ćemo navesti samo nekoliko najčešćih primjera iz svakodnevne prakse:

1. Prisustvo drugih osoba prilikom razgovora, pregleda i medicinskih intervencija
Često se u kućnim uvjetima s pacijentom nalaze najbliži srodnici, ali i dalji rođaci, prijatelji i susjedi. Medicinska sestra/tehničar u zajednici mora tražiti saglasnost pacijenta, u svrhu očuvanja privatnosti, da ove osobe budu prisutne tokom razgovora, pregleda ili medicinskih intervencija. Ukoliko se pacijent ne slaže, potrebno je zamoliti ostale osobe da napuste prostoriju.

2. Razgovor s članovima porodice
Često članovi porodice (supružnik, djeca) pitaju o stanju pacijenta i traže određene podatke koji se tiču zdravstvene zaštite. Ovakve situacije medicinska sestra/tehničar treba da riješi s osjetljivošću i pridržavanjem propisa o privatnosti.

Ako je pacijent ranije dao izričitu saglasnost medicinskoj sestri/tehničaru da dijeli podatke s članovima porodice, tada medicinska sestra/tehničar može nastaviti s pružanjem traženih podataka. Međutim, ako pacijent nije dao pristanak, medicinska sestra/tehničar ne može otkriti nikakve podatke povezane s pacijentom bez kršenja povjerljivosti. Tada medicinska sestra/tehničar članovima porodice pristojno objasni važnost povjerljivosti podataka o pacijentu i zakonska ograničenja dijeljenja osjetljivih zdravstvenih podataka bez odgovarajućeg odobrenja. Može ih uputiti da direktno komuniciraju s pacijentom kako bi dobili tražene informacije. Direktna komunikacija između pacijenta i člana njegove porodice često je najbolji način rješavanja problema i osiguravanja poštovanja prava na privatnost pacijenta. Bez obzira na ishod, medicinska sestra/tehničar treba dokumentirati interakciju u medicinskoj dokumentaciji pacijenta, ističući prirodu zahtjeva, identitet člana porodice koji je tražio informacije i odgovor medicinske sestre/tehničara. Primarna odgovornost medicinske sestre/tehničara je zaštita povjerljivosti pacijenta, a istovremeno pružanje podrške i pomoći članovima porodice u granicama propisa o privatnosti. Ako postoje bilo kakve nedoumice ili nesigurnosti u vezi s rješavanjem takvih situacija, treba se posavjetovati sa svojom nadređenom osobom ili pravnom službom doma zdravlja.

3. Razgovor s drugim osobama o stanju pacijenta
Ponekad se susjedi i rođaci raspituju kod medicinske sestre/tehničara u zajednici o stanju pacijenta i iz kojih razloga se ta osoba posjećuje. Često ta pitanja izgledaju veoma neutralno tako da se i ne pomisli na odavanje profesionalne tajne. Ovakva pitanja mogu biti: „Sestro, da li je u pitanju ono najgore?“, „Da li se moj susjed puno pati?“, „Njeguje li ga kćerka iz Njemačke?“, „Je li je opet istukao onaj manijak?“

Često i ukućani medicinske sestre/tehničara mogu postavljati pitanja o određenim pacijentima ili ona sama priča o stanjima svojih pacijenata kada dođe umorna kući. Nenamjerno ukućani mogu otkriti neke detalje o pacijentima u razgovoru s trećim osobama. U svim slučajevima postavljanja pitanja o pacijentima, medicinska sestra/tehničar mora odgovoriti da nije ovlaštena da iznosi informacije o pacijentu i da sve što žele da znaju, direktno pitaju pacijenta.

4. Objavljivanje na socijalnim medijima

Ponekad medicinske sestre/tehničari objavljuju informacije o svom radu, čak i fotografije koje su vezane za rad. Na primjer, medicinska sestra/tehničar u zajednici se fotografirala ispred kuće pacijenta i napisala na Facebook-u kako je danas imala veliki broj napornih kućnih pacijenata i da je u jednoj kući prilikom posjete veoma gojaznom pacijentu prepao pas vučjak. Slika kuće, veoma gojazni pacijent i pas vučjak su dovoljni da neki njeni pratitelji mogu prepoznati o kojoj se osobi radi. Zdravstveni radnici ne bi trebali objavljivati postove na socijalnim medijima povezane s radnim mjestom.

5. Predavanja u okviru trajne stručne edukacije ili predstavljanje radova na stručnim i naučnim skupovima

Medicinska sestra/tehničar je pripremila predavanje o radu u zajednici za svoje kolegice na stručnom skupu. U predavanju je upotrijebila brojne fotografije iz kuća svojih pacijenata. Lica pacijenata je zaklonila da se ne mogu prepoznati, ali na fotografijama postoji obilje informacija koje mogu identifikirati kuće, stanove i osobe. Za svako objavljivanje fotografija i zdravstvenih podataka pacijenta i njegovog doma, potrebno je dobiti pisani pristanak koji definira razloge i način prezentiranja fotografija. To uključuje uklanjanje ili šifriranje identifikacijskih podataka kao što su imena, adrese i brojevi kartona, puni datumi rođenja iz podataka prije nego što se koriste za predavanja i/ili objavljivanje.

6. Zahtjevi drugih kolega za dobijanje informacije o pacijentu

Medicinsku sestru/tehničara u zajednici zove psihijatar iz centra za mentalno zdravlje kako bi dobio određene informacije o pacijentu kojeg i on liječi. U ovom slučaju medicinska sestra/tehničar može informirati kolegu o željenim informacijama jer se podrazumijeva da i on odgovorno čuva profesionalnu tajnu, a informacije su prenesene u svrhu dobrobiti pacijenta. Medicinska sestra/tehničar nije dužna podijeliti informacije s psihijatrom ukoliko joj je ranije pacijent naglasio da neke podatke o njemu ne smije nikome reći uključujući suprugu, djecu, rodbinu i zdravstvene radnike.

Kolegica, medicinska sestra/tehničar u zajednici koja radi u drugom domu zdravlja iz susjednog grada, pita medicinsku sestru/tehničara da joj kaže u kojem je stanju njena rodica. U ovom slučaju ona ne smije reći podatke o pacijentici, jer njena kolegica nije uključena direktno u zdravstvenu njegu konkretne pacijentice.

7. Čuvanje medicinske dokumentacije

Medicinska sestra/tehničar u zajednici, došavši u kuću pacijentice, shvata da je medicinsku dokumentaciju koju je nosila sa sobom zaboravila u prethodnoj kućnoj posjeti ili u minibusu kojim se dovezla do ove adrese. Panično zove pacijenta iz prethodne kućne posjete i pita da li joj je ostala fascikla u njegovom stanu. Kada je saznala da je pacijent pronašao u hodniku fasciklu, malo se smirila. Kasnije je stalno postavljala pitanje sama sebi da li su pacijent i njegovi ukućani pregledali medicinsku dokumentaciju o drugim pacijentima koji su bili u fascikli.

Medicinske sestre/tehničari i domovi zdravlja treba da osiguraju da papirna evidencija bude pohranjena u zaključane ormare ili prostorije kako bi se spriječio neovlašteni pristup i da se ova dokumentacije sigurno čuva tokom kućnih posjeta. Ukoliko se koriste elektronski zapisi, oni trebaju biti šifrirani i pohranjeni na sigurnim kompjuterima, laptopima ili tabletima s ograničenim pristupom. Služba sestrinstva u zajednici i domovi zdravlja treba da imaju plan ukoliko dođe do gubitka medicinske dokumentacije i eventualnog neovlaštenog upada u zdravstvene i druge podatke pacijenata.

6.4.4. Etička pitanja vezana za zdravstvenu njegu u zajednici

Etička pitanja u zdravstvenoj njezi u zajednici nastaju kada se medicinske sestre/tehničari susreću sa situacijama u kojima postoje suprotstavljeni moralni principi, vrijednosti ili obaveze koje otežavaju

određivanje najprikladnijeg načina djelovanja. Te dileme mogu nastati zbog različitih faktora, uključujući suprotstavljene interese, ograničene resurse, kulturne razlike i složene situacije pacijenata.

Najčešće etičke dileme i problemi u sestrinstvu u zajednici uključuju: raspodjelu resursa, povjerljivost, privatnost, autonomiju pacijenata, informirani pristanak, zdravstvenu njegu na kraju života i prethodne upute, kulturne kompetencije i različitost, pitanja granica i profesionalizma, promociju zdravlja, socijalne odrednice zdravlja, hitna stanja i krizne intervencije.

Medicinske sestre/tehničari u zajednici mogu se suočiti s etičkim dilemama povezanim s raspodjelom ograničenih resursa, kao što su usluge kućne njege, medicinska oprema ili lijekovi. Ponekad će morati donijeti teške odluke o tome kako pravedno raspodijeliti resurse među pacijentima s konkurentnim potrebama i prioritetima.

Povjerljivost i privatnost su čest problem u kućnom okruženju gdje privatnost može biti izazovna za održavanje u poređenju s ambulantnim i bolničkim sredinama. Medicinske sestre/tehničari nailaze na dileme u vezi s načinom zaštite osjetljivih medicinskih i drugih podataka pacijenata tokom saradnje s drugim zdravstvenim radnicima, članovima porodice ili njegovateljima.

Zdravstvena njega u zajednici često suočava medicinske sestre/tehničare i s etičkim dilemama povezanim s autonomijom pacijenata i informiranim pristankom, posebno kada pacijenti imaju ograničenu sposobnost donošenja odluka ili kulturna uvjerenja koja utječu na njihovu sposobnost donošenja autonomnih odluka. U takvim slučajevima potrebno je uravnotežiti principe poštovanja autonomije pacijenata s potrebom da se obezbijedi njihova sigurnost i dobrobit.

Medicinske sestre/tehničari u zajednici mogu se suočiti i s etičkim dilemama u vezi s pružanjem zdravstvene njege na kraju života i prethodnim uputama pacijenta kako postupati na kraju njegovog života, posebno kada pacijenti imaju oprečne želje ili sklonosti u vezi s liječenjem koje održava život, oživljavanjem ili njege u hospiciju. Potrebno je poticati i olakšati rasprave o preferencijama zdravstvene njege na kraju života, podržati planiranje njege pacijenata unaprijed i zalagati se za želje pacijenata, poštujući njihovu autonomiju i dostojanstvo.

Rad u zajednici znači suočavanje s različitim populacijama, kulturnim uvjerenjima, religijskim vjerovanjima, vrijednostima i sklonostima. Medicinske sestre/tehničari mogu se susresti i s etičkim dilemama povezanim s kulturnom kompetencijom, poput snalaženja u kulturnim razlikama u zdravstvenim uvjerenjima, sklonostima liječenju ili odlukama o zdravstvenoj njezi na kraju života. Uvijek se mora nastojati da se pruži kulturno osjetljiva zdravstvena njega s poštovanjem etičkih principa i standarda prakse.

Veoma su česte i etičke dileme koje se odnose na održavanje profesionalnih granica i sprječavanje sukoba interesa u interakciji s pacijentima, članovima porodice ili njegovateljima. Medicinske sestre/tehničari u zajednici moraju se vješto kretati graničnim pitanjima, kao što su održavanje odgovarajućih odnosa, izbjegavanje dvostrukih odnosa i upravljanje sukobima interesa, kako bi se održao profesionalni integritet i povjerenje.

Medicinske sestre/tehničari u zajednici imaju ključnu ulogu u promociji zdravlja i rješavanju socijalnih odrednica zdravlja, kao što su siromaštvo, nestabilnost stanovanja, nesigurnost snabdijevanja hranom i pristup zdravstvenoj zaštiti. U ovakvim slučajevima, mogu se susresti s etičkim dilemama povezanim s rješavanjem ovih osnovnih društvenih faktora, zalažući se za zdravlje i dobrobit pacijenata u sredini s ograničenim resursima kao što je situacija u našoj zemlji.

Hitna stanja i krizne intervencije skoro uvijek nose etička pitanja, kao što je davanje prioriteta zdravstvene njege tokom prirodnih katastrofa, hitnih slučajeva ili javnozdravstvenih kriza, kao što je bilo tokom pandemije COVID-19. Medicinske sestre/tehničari moraju donositi teške odluke o trijaži pacijenata, raspodjeli resursa i obezbjeđenju sigurnosti i dobrobiti pojedinaca i zajednica u kriznim situacijama.

Rješavanje etičkih dilema u sestrinstvu u zajednici zahtijeva kritičko razmišljanje, etičko rasuđivanje i saradnju s pacijentima, porodicama, članovima interdisciplinarnih timova i drugim učesnicima u zdravstvenoj zaštiti. Medicinske sestre/tehničari moraju se pridržavati etičkih principa, smjernica i standarda prakse dok rade suočene sa složenim etičkim izazovima istovremeno poštujući najviše standarde zdravstvene njege usmjerene na pacijenta i porodicu u okruženju zajednice.

Ključne poruke:

Medicinske sestre/tehničari u zajednici trebaju poštovati etičke principe (autonomija pacijenta, dobročinstvo, neškodljivost i pravednost) i postupati u skladu s kodeksom profesionalnog pružanja zdravstvene njege.

Medicinske sestre/tehničari u zajednici trebaju biti svjesne najčešćih etičkih dilema u svojoj praksi: raspodjela resursa, povjerljivost, privatnost, autonomija pacijenata, informirani pristanak, zdravstvena njega na kraju života i prethodne upute, kulturna kompetencija i različitost, pitanja granica i profesionalizam, promocija zdravlja, socijalne odrednice zdravlja, hitna stanja i krizne intervencije. Medicinske sestre/tehničari u zajednici trebaju poštovati privatnost i povjerljivost, te čuvati profesionalnu tajnu svojih pacijenata.

Reference:

1. Fry S. Jelustone MJ; Etika u praksi medicinskih sestara, SZR, Beograd 2004.
2. Projekat za razvoj porodične medicinske sestre –Bosni i Hercegovini, George Braun College, Toronto, 2001.
3. PAT medicinski tehničar, radna knjiga 2007/2008.
4. Tijanić M., Đuranović D., Rudić R., Milović Lj.; Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo Beograd 2002.
5. Lemon L.. Learning Material on Nursing. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe; 1996. 9.
6. Marić J. Medicinska etika, Beograd 2000.
7. Kalauz S. Etika U Sestrinstvu. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
8. Zildžić M, Gavran L, Batić-Mujanović O, Gledo I, Alic A, Prasko S, Avdić M. Zdravstvena njega u zajednici. Zdravstveni fakultet u Zenici, Zenica, 2014. ISBN 978- 9958- 692- 10- 9. COBISS. BH-ID 21276678.
10. Mašić I. Medicinska deontologija – principi i praksa u Bosni i Hercegovini. Mater Sociomed. 2008;20(1):10-1.

Pitanja za završni ispit:

1. Šta spada u osnovne etičke principe?
2. Kako će biti kažnjen zdravstveni radnik koji je neovlašteno otkrio profesionalnu tajnu?
3. Koja je odgovornost medicinske sestre/tehničara u zajednici u vezi čuvanja profesionalne tajne?

6.5. Rani rast i razvoj djeteta

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Rani rast i razvoj djeteta	– Predavanje - 90 minuta – Diskusija - 30 min

6.5. Rani rast i razvoj djeteta

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- imati osnovna znanja o tipičnom razvoju i svim razvojnim oblastima kod djeteta, te odstupanja od razvojnih normi;
- savladati osnove koncepta rane detekcije, dijagnostike i intervencije kod poremećaja razvoja djeteta;
- znati prepoznati uobičajene parametre razvoja i rasta djeteta;
- steći znanje o različitim servisima povezanim s problematikom ranog rasta i razvoja;
- steći osnovna znanja o dostupnosti različitih servisa za djecu s poremećajima u razvoju.

Sadržaj:

Osnove koncepta o prevenciji, ranoj detekciji, dijagnostici i intervencijama kod djece s odstupanjima od tipičnog razvoja u oblastima fizičkog rasta i razvoja, zdravlja, ishrane, razvoja grube i fine motorike, razvoja sensorija (sluh, vid, integracija), kognitivnog razvoja (sposobnost rješavanja problema, snalaženje u novim situacijama), socijalno-emocionalnog razvoja, razvoja komunikacije (ekspresivne, receptivne, verbalne i neverbalne), adaptivnih vještina (samopomoć i briga o sebi), razvoja i usvajanja općih i akademskih znanja i vještina. Metode osnovnog skrininga djece s poremećajima razvoja i rasta, te definiranje potreba intersektorskog pristupa u intervencijama. Metode komuniciranja s roditeljima i različitim servisima podrške i sistem intersektorske koordinirane podrške djeci s poteškoćama u razvoju i njihovim porodicama.

6.5.1. Rano prepoznavanje odstupanja od tipičnog razvoja kod djece od rođenja do šeste godine starosti

Uvodne napomene

Ulaganje u rani dječiji rast i razvoj i odgovorno roditeljstvo najbolja su investicija koju društvo može osigurati. Jedan od prioriteta Federacije Bosne i Hercegovine je poboljšanje položaja djece, te ostvarivanje njihovih prava u skladu s principima i odredbama Deklaracije i Konvencije o pravima djeteta. Svako društvo treba osigurati zdrav početak dječijeg života, te brigu o njihovom zdravlju, pravilnom rastu i razvoju, obrazovanju i socijalnom statusu.

Mada zakonski dokumenti podrazumijevaju jednaka prava i zaštitu djece i roditelja, u praksi se ova prava ne ostvaruju u potpunosti. Također, izostaje integrirani pristup djelovanja sektora zdravstva, obrazovanja i socijalne zaštite u ostvarivanju zagarantiranih prava djece i roditelja, posebno ugroženih i marginaliziranih grupa. Kako bi se prešlo s dosadašnjeg sektorskog pristupa na nove vidove međusektorske integracije i koordinacije, Federacija Bosne i Hercegovine zalaže se za razvijanje novih oblika planiranja i izrade integrativnih programa za rani rast i razvoj djece. To podrazumijeva razvijanje i unapređenje preventivnih, odgojno-obrazovnih, kurativnih i kompenzacijskih programa posvećenih ranom rastu i razvoju djece, kao i programa namijenjenih vulnerabilnim i manjinskim grupama djece i roditelja. Kada je u pitanju rano prepoznavanje odstupanja od tipičnog razvoja djece, od izuzetnog značaja je da se medicinske sestre/tehničari u zajednici upoznaju s konceptom važnosti ranog prepoznavanja, kao i važnosti koordinacije brige o detektiranom djetetu i njegovoj porodici unutar primarne zdravstvene zaštite, s višim nivoima zdravstvene zaštite, ali i s drugim sektorima koji mogu i trebaju biti podrška u ovom procesu.

Okvir za djelovanje u oblasti ranog rasta i razvoja i legislativa

Imajući u vidu da prioritet svakog društva mora da bude ulaganje u djecu, te da osiguranje zdravog starta u život ima dalekosežne pozitivne utjecaje u stjecanju osnovnih socijalnih vrijednosti, Vlada Federacije Bosne i Hercegovine usvojila je prvi Strateški plan za unapređenje ranog rasta i razvoja djece u Federaciji Bosne i Hercegovine 2013-2017. godine. Jačanje kapaciteta u oblasti Ranog rasta i razvoja djece jedan je od prioriteta i Strategije razvoja Federacije BiH 2021-2027. godine. Unapređenje kvaliteta usluga ranog prepoznavanja i rane intervencije kroz formiranje i širenje centara za rani rast i razvoj pri domovima zdravlja u Federaciji BiH jedan je od strateških ciljeva i novog Strateškog plana za unapređenje ranog rasta i razvoja djece u Federaciji Bosne i Hercegovine 2020-2025. godine, koji definira pet strateških ciljeva i to:

- unaprijediti zdravlje budućih roditelja, trudnica, novorođenčadi i djece;
- unaprijediti ishranu djece, trudnica i dojilja;
- jačati porodicu kroz aktivnosti odgovornog i zdravog roditeljstva u ranom rastu i razvoju;
- unaprijediti mogućnosti za rano učenje djece u Federaciji BiH;
- omogućiti sigurno i kvalitetno okruženje za pravilan rast i razvoj djece u Federaciji BiH.

Naprijed navedeni strateški dokumenti su inovativni dokumenti koji promoviraju značaj integriranog djelovanja sektora obrazovanja, zdravstva i socijalne zaštite. Usvajanju ovih značajnih dokumenata prethodilo je usvajanje Politike za unapređenje ranog rasta i razvoja djece u Federaciji Bosne i Hercegovine i potpisivanje Protokola o saradnji u oblasti unapređenja ranog rasta i razvoja djece u Federaciji BiH između ministara obrazovanja, zdravstva i socijalne zaštite Federacije BiH, čime je Vlada Federacije BiH izrazila spremnost da integriranim djelovanjem potiče rani rast i razvoj djeteta do njegovog punog potencijala, unapređuje i zdravlje, obrazovanje, socijalnu sigurnost porodice, trudnice, majke i djeteta. Također, opredijelila se da nijedno dijete ne bude diskriminirano na osnovu rase, boje kože, spola, jezika, vjeroispovijesti, političkog i drugog uvjerenja, nacionalnog, etničkog ili socijalnog porijekla, imovnog stanja, onesposobljenosti, rođenja ili drugog statusa djeteta ili njegovog roditelja. Strateškom planu je prethodio dugoročni proces analize stanja u oblasti ranog rasta i razvoja djece u Federaciji BiH, identifikiranja ključnih nedostataka sistema, potreba te preporuka koje će doprinijeti da se to stanje unaprijedi.

Uzimajući u obzir navedeno, Federalno ministarstvo zdravstva provelo je aktivnosti na izradi novog

Pravilnika o kontinuiranoj profesionalnoj edukaciji u oblasti rane detekcije, intervencije i praćenja razvojnih i drugih poremećaja koji utječu na rast i razvoj djece od rođenja do polaska u školu. Navedeni Pravilnik uključuje kontinuiranu edukaciju profesionalaca uz rad kroz tri standardizirana programa. Primjena ovih programa kontinuirane profesionalne edukacije će ojačati kompetencije profesionalaca i pomoći u jačanju kapaciteta za rano prepoznavanje, kapaciteta za osnove intervencije u lokalnim zajednicama gdje žive porodice s djecom u potrebi za ovim uslugama, kao i jačanju kapaciteta edukatora koji će imati ulogu u diseminaciji znanja i vještina iz ranog prepoznavanja i osnova rane intervencije, te samim tim omogućiti održivost ovog novog modela pružanja usluga iz oblasti ranog rasta i razvoja (RRR) u lokalnim zajednicama.

Edukacija je svakako jedan od bitnih osnova za razvijanje mehanizama potrebnih za sistematsku prevenciju, identifikaciju, dijagnozu i intervenciju. Ovim se Pravilnikom potencijalno rješava i pitanje kasnijeg koordiniranog djelovanja i funkcioniranja različitih segmenata ovog modela, odnosno uvezivanja relevantnih sektora. U međuvremenu su, u skladu sa Zakonom o evidencijama u zdravstvu, stupile na snagu nove forme zdravstveno - statističkih obrazaca što je nametnulo obavezu izvještavanja i evidentiranja pokazatelja RRR djece uzrasta do tri i od tri do šest godina. Tako se od 2020. godine prvi put prikazuju i bilježe pokazatelji RRR djece uzrasta do tri i od tri do šest godina, prema spolu, a kroz nove forme izvještajnih obrazaca. Na osnovu ovih obrazaca se prvi put, zvanično, utvrđuje da postoji odstupanje u RRR predškolske djece i to najviše u oblasti komunikacije.

Bitno je istaći da se u okviru Pravilnika o bližim uvjetima prostora, opreme i kadra za osnivanje i obavljanje zdravstvene djelatnosti u zdravstvenim ustanovama („Službene novine Federacije BiH“, broj 5/20) uređuje, između ostalog i djelatnost zdravstvene zaštite djece u dobi do 6 godina, te centar za RRR i centar za imunizaciju.

Ovim pravilnikom je predviđeno da u centru za RRR usluge pruža multidisciplinarni tim koji čine:

- medicinska sestra/tehničar prvi ciklus visokog obrazovanja ili VŠS VI stepen;
- psiholog drugi ciklus visokog obrazovanja ili VSS VII stepen;
- logoped drugi ciklus visokog obrazovanja ili VSS VII stepen;
- medicinska sestra/tehničar SSS;
- okupacioni terapeut prvi ciklus visokog obrazovanja ili VŠS VI stepen.

U pravilu, svi članovi tima imaju dodatnu edukaciju iz oblasti rane detekcije i intervencije u RRR, a koja se dokazuje certifikatom izdatim u skladu s propisima u oblasti zdravstva. Multidisciplinarni tim provodi promociju važnosti RRR, ranu detekciju u smislu što ranijeg otkrivanja odstupanja od tipičnog rasta i razvoja djeteta, usluge osnova rane intervencije, pružanje savjetodavnih usluga roditeljima, rad na terenu u smislu provođenja saradnje unutar zdravstvenog sektora, posebno s medicinskim sestrama/tehničarima u zajednici i pedijatrijskim službama, te drugim službama u zajednici, kao i saradnje s drugim sektorima u lokalnoj zajednici, te evidentiranje pruženih usluga u nove forme izvještajnih obrazaca.

Situacijska analiza u oblasti ranog rasta i razvoja

Federalno ministarstvo zdravstva je, između ostalog, provelo i aktivnosti vezane za procjenu trenutnog stanja u vezi pružanja usluga u oblasti RRR djece, načina organizacije pružanja tih usluga, kao i raspoloživim resursima u ovoj oblasti na nivou primarne zdravstvene zaštite na području Federacije BiH. Cilj situacijske analize bio je prikupiti podatke o trenutnom stanju resursa u oblasti RRR u domovima zdravlja u Federaciji BiH, neophodnih za planiranje unapređenja resursa u ovoj oblasti. Kao istraživački instrument korišten je upitnik koji je distribuiran svim domovima zdravlja u Federaciji BiH. Jedan od rezultata te analize je i podatak da samo 13 domova zdravlja u Federaciji BiH ima djelomično organiziran centar za RRR. Najveća potreba je za logopedima, zatim za okupacionim terapeutima i fizijatrima, te psiholozima. Izraženi su zahtjevi za daljim jačanjem kapaciteta u smislu kontinuirane profesionalne edukacije (rano prepoznavanje, osnove intervencije, evidentiranje usluga), te potreba za ugovaranjem i finansiranjem usluga RRR (ugovor između domova zdravlja i zavoda zdravstvenog osiguranja) i jačom saradnjom unutar domova zdravlja i s drugim sektorima.

Imunizacija i kvalitet usluga

Veoma važan program za očuvanje zdravlja djeteta je Program obavezne imunizacije djece, što se svake godine regulira Naredbom o programu obaveznih imunizacija stanovništva protiv zaraznih bolesti. Nažalost, u Federaciji BiH se kontinuirano registrira niži obuhvat djece vakcinama iz obaveznog programa imunizacije. Niži obuhvat je uzrokovao dijelom i pandemijom koronavirusa. Moramo naglasiti da odbijanje i odgađanje vakcinacije ostavlja djecu osjetljivom na bolesti koje se mogu prevenirati vakcinacijom, što predstavlja rizik od obolijevanja od ovih bolesti u najranijem uzrastu, kada može uzrokovati ozbiljne posljedice. Stoga edukacija i podizanje svijesti o važnosti imunizacije i pridržavanju preporučenog rasporeda predstavlja zajedničku društvenu odgovornost više ključnih aktera: sistema školstva, zdravstvenih radnika, svih nivoa vlasti, medija i nevladinih udruženja. Međutim, uloga medicinske sestre/tehničara u zajednici, u smislu zdravstvenog prosvjećivanja roditelja vezano za značaj odgovornog provođenja imuniziranja njihove djece, od izuzetnog je značaja. Kad govorimo o kvalitetu pružanja usluga, a posebno onih koji se tiču porodilišta, ističemo proces akreditiranja „Bolnica prijatelja beba“. Ovom procesu prethodilo je razvijanje akreditacijskih standarda – 10 koraka za uspješno dojenje. Također, razvijeni su standardi sigurnosti i akreditacijski standardi za domove zdravlja i timove porodične medicine, kao i standardi kvaliteta za centre za RRR. Intezivno se radilo i na Smjernicama za zdravu ishranu u vrtićima u koordinaciji sa Zavodom za javno zdravstvo Federacije BiH i Federalnim ministarstvom obrazovanja i nauke.

Rast i razvoj djeteta

S biološkog aspekta, dijete je ljudsko biće u periodu od rođenja do puberteta, dok se u pravnim definicijama djetetom smatra maloljetnik tj. osoba mlađa od doba punoljetnosti. Od samog intrauterinog začeća, dijete raste. Pod pojmom rast podrazumijeva se kvantitativni proces povećanja dimenzija tijela, uključujući tjelesnu visinu, masu, obim glave i dimenzija svih dijelova tijela. Rast je u velikoj mjeri povezan i s razvojem, kao kvalitativnom dimenzijom koja podrazumijeva diferencijaciju i sazrijevanje biohemijskog sastava, strukture i funkcije, reaktivnosti i prilagođavanja pojedinih tkiva i organa, sve od začeća pa do adolescencije. Rast i razvoj imaju svoje fizičke, psihičke, emocionalne, socijalne i kulturne aspekte. Oni nisu međusobno neovisni, već se vrlo isprepliću, održavajući na taj način međusobno djelovanje naslijeđenih, genetskih faktora s jedne strane, te stečenih (intrauterinih i postanatalnih) i faktora okoline s druge strane.

Faktori koji utječu na rast i razvoj

- Genetski faktori rasta – utječu na brzinu sazrijevanja kao i na konačno dosegnuti nivo rasta i razvoja. Krajnja visina djece u korelaciji je s aritmetičkom sredinom visine roditelja.
- Spol – srednja dužina i težina muške djece pri rođenju veća je od dužine i težine ženske djece, ali s navršenom prvom godinom života te razlike se gube.
- Sezonske varijacije – dokazano je da je brzina rasta u visinu najveća u proljeće te da može biti dva puta veća u odnosu na jesen. Suprotno tome, brzina rasta mase najveća je u jesen. Zanimljivo je da kod slijepe djece nema sezonskih razlika brzine rasta u visinu.
- Rasa i ekološki uvjeti – između pojedinih rasa ljudskog roda postoje značajne razlike u brzini rasta i razvoja te krajnjoj dostignutoj visini tijela. Smatra se da važnu ulogu u svemu ovome ima preplitanje genetskih faktora s okolinskim faktorima kao što su klimatski uvjeti i način života.
- Ishrana – pothranjivanje koči rast i razvoj što se najbolje može vidjeti na primjerima gladovanja. Ako period gladovanja određenog djeteta nije trajao dugo i ako nije bio prejak, dijete može ubrzanim, nadoknadnim rastom potpuno postići svoj puni, konstitucijom određeni potencijal. Međutim, hronično pothranjivanje koje traje godinama ili tokom cijelog perioda razvoja, sprječava genetski potencijal rasta, te takva djeca ne dostignu svoj puni konstitucionalni potencijal.
- Bolesti – kratkotrajne dječije infektivne bolesti ne dovode do slabijeg i sporijeg rasta i razvoja. Međutim, hronične bolesti koje djecu vežu za krevet dva i više mjeseci, dovode do usporenog rasta, koje se kasnije može nadoknaditi. Kod hronično bolesnog djeteta faktori koji utječu

- Društveno i ekonomsko stanje porodice – smatra se da navedeni faktori značajno utječu na brzinu rasta, kao i na postizanje krajnje visine. Djeca u porodicama s visokim prihodima mogu dosegnuti visinu koja je za 5 cm viša u odnosu na djecu iz siromašnih porodica. Smatra se da vrsta i način ishrane, tjelesna aktivnost (treeninzi), redovno spavanje i urednost organizacije života u porodici imaju veliki značaj.

Fizički rast djeteta ocjenjuje se mjerenjem tjelesne visine i tjelesne mase. U svakodnevnoj praksi, za dojenče i ocjenu njegovog fizičkog napretka koristimo tjelesnu masu, dok nakon prve godine života koristimo tjelesnu visinu. Tjelesnu visinu i masu djeteta upoređujemo s odgovarajućim mjerama grupe zdrave djece, koji su dati u obliku tablica ili krivulja.

[illegible]

Ove krivulje naročito su pogodne za dugoročno praćenje razvoja djeteta. One prate razvoj djeteta kroz sve dobi, te na osnovu njih možemo pratiti i pokazati da je rast najveći u prenatalnom periodu, manji u dojenačkom, najmanji u školskom periodu sve do pojave puberteta.

449

posmatramo prema dobi i spolu i upoređujemo s normalama.

Periodični **sistematski pregledi** najbolji su vid praćenja rasta i razvoja. Tada se učine sva potrebna mjerenja, također, pregleda djeteta po svim organskim sistemima, a ponekad se obave i osnovni laboratorijski nalazi, prije svega radi procjene anemije ili nekih drugih deficita.

Praćenje razvoja djeteta

Što se tiče razvoja djeteta, prate se tjelesni, emotivni, socijalni, kognitivni i mentalni razvoj tj. procjenjuje se da li djeteta u određenoj dobi ostvaruje ono što je za tu dob očekivano. Izuzetno je važno pratiti od početka komunikaciju djeteta s okolinom i razvoj govora, kao i motoričkih vještina od najranije dobi. Naime, pravovremenim otkrivanjem zaostajanja u razvoju i ranom intervencijom, može se postići veliki napredak. Često roditelji ne primjećuju kašnjenje u razvoju do druge godine djetetovog života, ili ih okolina savjetuje da pričekaju s intervencijom do treće, pa čak i pete godine. U tom periodu može doći do odumiranja nervnih ćelija koje nisu bile stimulirane, te se time otežava „rasplet situacije“ u budućnosti kroz terapijske tretmane. Najoptimalnije je da se roditelji koji su uočili odstupanja u djetetovom razvoju jezika i govora jave stručnjaku do druge godine. Tim stručnjaka (logoped, psiholog, edukacijski rehabilitator, neuropedijatar...) će procijeniti kasni li djeteta u razvoju ili je u skladu s normama razvoja za svoju hronološku dob. Rani razvoj, kao i pravilna rana stimulacija djeteta, izuzetno su važni za prognozu logopedskog tretmana. Nervni sistem novorođenčeta razvija se izuzetnom brzinom, jer se tada nervne ćelije množe i razvijaju.

Razvoj djeteta se prati kroz pet osnovnih razvojnih oblasti:

1. **Socioemotivni razvoj** je sposobnost prikladnog izražavanja emocija u društvenim situacijama koji počinje s reagiranjem na glasove, zatim prisutnost staratelja, te razvijanjem svijesti o sebi i drugima. Potom, djeteta razvija širok spektar emotivnih reakcija koje prikladno koristi u društvenim situacijama i kao odgovor na dešavanja iz okoline.
2. **Govor/Komunikacija** počinje s reagiranjem na zvukove i na ljudski govor kroz ispunjavanje vokalnih zahtjeva drugih, do razvoja eha (ponavljanja riječi za drugim) i gestikulacije za komuniciranje (pokazivanje prstom), te do potpunog razvoja jasnog govora.
3. **Kognitivni razvoj** je sposobnost snalaženja i učenja kroz životne situacije. Razvoj kognitivnih sposobnosti počinje praćenjem i reagiranjem na dešavanja iz okoline. Nastavlja se istraživanjem iste i učenjem putem pokušaja i greške, uzroka i posljedice i konstatnim razvijanjem općeg znanja.
4. **Motorni razvoj** (krupna i fina motorika) od prevrtanja s boka na leđa do puzanja, hodanja, šutanja lopte, te kupljenja manjih igračaka, bacanja lopte, držanja olovke, igranja kockicama, manipulacije dugmadima i rajfešlusima itd.
5. **Samopomoć/briga o sebi** od držanja flašice, samostalnog hranjenja i korištenja pribora za jelo, samostalnosti u toalet rutini, svlačenja i oblačenja, do opće lične higijene.



Slika 41. Mapa tipičnog razvoja u ranom djetinjstvu (EDUS)

Razvojna kašnjenja

Razvojna kašnjenja su blaga odstupanja od razvojnih normi u bilo kojoj od pet razvojnih oblasti. Ova kašnjenja se često sama od sebe izgube, dijete jednostavno nadoknadi zaostatak kroz igru u poticajnoj okolini, ili uz blagi ciljani razvojni poticaj. Ključ je stvoriti stimulativnu okolinu kod kuće, da se s djetetom puno komunicira, da mu se čita i dozvoli da istražuje samostalno okolinu, te da se potiče dječija samostalnost i učenje kroz pokušaje/greške i konstantnu repeticiju (ponavljanje).

Razvojni poremećaji

Razvojni poremećaj je svaki zapažen zaostatak u razvoju tj. atipičan razvoj i odstupanje od razvojnih normi u poređenju s vršnjacima tipičnog razvoja i može biti:

- atipičan razvoj bez određenog specifičnog uzroka;
- atipičan razvoj prouzrokovan zdravstvenom dijagnozom.

S punih godinu dana	S pune dvije godine
• Beba ne počinje da „brblja“ (bababa, tatata, mamamam) s 12 mjeseci • Ne održava kontakt očima i izbjegava gledati u lica • Ne odaziva se i ne okreće se prema glasovima s 9 mjeseci i više • Ne progovori ni jednu riječ s 16 mjeseci	• Ne kombinira 2 riječi s 2 godine • Gubi ili ne razvija govor i socijalizaciju • Ne pokazuje interes za istraživanje okoline • Nekad vam se čini da dijete „ne čuje“ • Ne zna svrhu svakodnevnih predmeta (npr. češalj/češljanje, telefon prinosi uhu, čaša/pretvara se da pije itd.)

• Ne pokazuje prstom šta želi s 18 mjeseci	• Ne prati jednostavne usmene zahtjeve (npr. „dođi”, „daj”, „donesi”, „izvadi”, „otvori” itd.)
S pune tri godine	
• Ne interesiraju ga/je druga djeca • Ne može zadržati pažnju na zadatim aktivnostima, igri, dešavanjima • Ne zna se igrati igračkama • Opsesivno reda igračke ili druge predmete iz okoline • Čudna repeticija određenih ponašanja, neobično korištenje tijela (lepršanje rukama, hodanje na prstima, zagledanje ruku i prstiju, igranje prstićima, pokrivanje ušiju, stavljanje prstiju u uši, konstatno ljuljanje ili vrtenje u krug, griženje ruku/prstiju itd.) • Opsesija određenim radnjama ili predmetima (opsesija vodom, svjetlima, ventilatorima, svjetlucavim predmetima, vrtenjem poklopaca, otvaranjem/zatvaranjem vrata ili ladica itd.)	

Tabela 38. Znaci upozorenja na koje treba obratiti pažnju

Najvažniji faktori vezani za bolju prognozu za djecu sa svim razvojnim poremećajima su rana identifikacija i prikladna rana intervencija. Dokazano je da intenzivni edukativni tretmani u ranoj razvojnoj dobi (2-4 godine) uzrokuju dugoročne pozitivne efekte na sveukupan dalji razvoj djeteta. Intervencija u ranim razvojnim stadijima ima najveću šansu umanjenja kratkotrajnih i dugotrajnih posljedica koje razvojne poteškoće i poremećaji imaju na život djeteta i porodice. Što ranije identifikiramo poremećaje u razvoju, ranije ćemo početi intervenciju, čak i ako još nemamo uspostavljenu dijagnozu, i tako dobiti bolje rezultate, umanjujući razvojni zaostatak rizične djece u odnosu na tipične vršnjake i pospješujući njihovo uključenje u društvo.

Najčešći razvojni poremećaji

Kod većine razvojnih poremećaja u početku postoje sličnosti u vidljivim simptomima. Često je potrebno s djetetom raditi sistematski pregled i prikupljati podatke tokom rada, pa tek kroz analizu brzine napredovanja i usvajanja novih znanja u svim razvojnim oblastima, zaključiti koji je tačno poremećaj u pitanju.

- **Poremećaji iz autističnog spektra** – nisu bolest, već neurorazvojni poremećaji koji se manifestiraju kroz skup specifičnih simptoma i ne postoji medicinski test kojim se može utvrditi sa stopostotnom sigurnošću. Dakle, nije uključen samo jedan gen ili jedna oblast mozga i nije zdravstveni problem. Osnovne tri grupe simptoma koje su uvijek zastupljene kod svakog djeteta, iako uvijek različitog intenziteta su:
 1. poremećaj u socijalnom razvoju (konstantni deficiti u društvenoj komunikaciji i interakciji u više konteksta/situacija, koji nisu prouzrokovani općim razvojnim kašnjenjem);
 2. poremećaj u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji;
 3. neki vid stereotipičnih/automatiziranih (ponavljajućih) ponašanja. Restriktivna, ponavljajuća ponašanja, interesiranja ili aktivnosti. Ta autostimulativna ponašanja imaju svrhu dobijanja potkrepljenja (ugodnih poticaja) kroz pet čula, bez potrebe za komunikacijom ili kontaktom s ljudima, što je samo po sebi atipično i neprikladno. Ovim ponašanjima/radnjama djeca se sve više „zatvaraju u svoj svijet” i odvajaju od okoline i društva, jer kroz ove vidove poticaja ne

stimuliraju razvoj govora, prikladne igre, socijalizacije itd. (slaganje i redanje predmeta, te grupiranje, prikupljanje i sortiranje predmeta, posmatranje/pregledanje/dodirivanje predmeta na specifičan način, insistiranje na predodređenim rutinama, autoagresija, vokalno ponavljanje riječi, fraza, rečenica, cijelih reklama i odlomaka iz filmova, vrtenje u krug, ljuljanje, vrtenje špage ili pertle i sl.).

- **Poteškoće u učenju** – dijete ne usvaja gradivo istom brzinom kao vršnjaci, počinje da se zatvara u sebe, izbjegava rad s drugom djecom i komunikaciju jer se stidi ili ne razumije šta se radi i traži od njega/nje, postaje agresivno ili autoagresivno.
- **Oštećenje sluha** – dijete ne reagira na zvukove niti se odaziva na svoje ime, te ne reagira na vokalne zahtjeve. Ne razvija se govor ni komunikacija (npr. ni gestovno ne pokazuje šta želi), a zatim ne razvija ni socijalizaciju jer ne čuje dobro, te ne može da razumije niti da imitira govor drugih.
- **Govorno-jezički poremećaji** – dijete ne razvija verbalnu komunikaciju ni socijalizaciju, jer ne može da prati svoje vršnjake, te je svaki vid usvajanja znanja usporen.
- **Poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje (ADHD)** – djeca imaju jako selektivnu pažnju, pa se čini da ne razumiju šta im se kaže, ili da ne reagiraju na vokalne komande, jako su impulsivni i ne mogu da zadrže pažnju dovoljno dugo tokom instrukcije ili neke aktivnosti te se često čini da zaostaju u razvoju.
- **Umanjene kognitivne sposobnosti (mentalna retardacija)** – dijete se razvija s velikim zaostacima u svim razvojnim oblastima, te kasni i razvoj govora, razumijevanja dešavanja i okoline, a razvijaju se i autostimulativna ponašanja, stereotipije.
- **Fragile X Syndrome** – najučestaliji nasljedni, genetski poremećaj umanjenih kognitivnih sposobnosti (mentalne retardacije) i razvojnih poremećaja. Djeca imaju probleme s učenjem i prikladnim ponašanjima, s razvojem govora i socijalizacijom.
- **Rett's sindrom** – dijete razvija stereotipična ponašanja, ima nerazvijen govor, izostaje socijalizacija, ali je vidna i konstantna regresija i gubljenje fine, a zatim i krupne motorike.
- **Dječiji dezintegrativni poremećaj ili Hellerov sindrom** – djeca imaju tipičan razvoj do treće godine, a zatim dolazi do drastične regresije i gubljenja svih kognitivnih i komunikacijskih vještina, te se pojavljuju stereotipična ponašanja. Gubi se svaki vid receptivne, ekspresivne i gestikulacijske komunikacije.
- **Landau-Kleffner sindrom** – veoma sličan Hellerovom sindromu, gdje dijete počne s tipičnim razvojem govora, nakon čega dolazi do gubitka ekspresivnih i receptivnih funkcija komunikacije (razumijevanje i korištenje govora) i do razvoja epileptičnih napada. Pojavljuje se obično između treće i sedme godine života, i 75% djece nepovratno razviju receptivno/ekspresivni poremećaj govora.
- **Reaktivni poremećaj vezivanja** – rezultat je težeg oblika psihosocijalne uskraćenosti i ima velike sličnosti s autizmom jer djeca imaju vidan zaostatak razvoja govora, netipičnu socijalnu komunikaciju i stereotipična ponašanja. Poslije adekvatne intervencije i društveno-govornih poticaja, djeca mogu razviti prikladna ponašanja.

Pet osnovnih programa/razvojnih vještina

1. Imitacija s predmetima i imitacija pokreta – imitacija jednostavnih radnji s poznatim predmetima (zvučne igračke, zvečke, kutije i sl.) ili imitacija pokreta, gdje se od djeteta traži da oponaša radnje na osnovu modela roditelja npr. otvaranje ili zatvaranje kutije, tapšanje, pokretanje zvučne igračke pritiskom na dugme, udaranje u bubanj, miješanje kašikom, brisanje krpom, mahanje, tapšanje koljena i sl. Ukoliko dijete ne imitira željenu radnju, roditelj radi korekciju: ponovi zahtjev „Uradi ovo“ i radnju, te uradi istu i s djetetom.
2. Vokalne komande – poticanje razvoja praćenja vokalnih komandi podrazumijeva da se djetetu samo kaže, bez ikakvog sugeriranja pokazivanjem, pogledom ili drugim gestom, šta je to što se od njega traži. Na početku komande trebaju biti što jednostavnije, izrečene jednom riječju npr. ustani, sjedi, maši, plješči, dođi i sl.
3. Sparivanje predmeta – sparivanje je vještina shvatanja „istosti“ predmeta. Vještina se počinje razvijati sparivanjem identičnih predmeta i to tako što se djetetu na stolu ili na podu prezenti-

- ra tri do pet različitih predmeta i da mu se jedan predmet koji ima identičnog para na podu/stolu, uz zahtjev „Spari isto sa istim“.
4. Identifikacija predmeta – ova vještina podrazumijeva da dijete može na zahtjev „Daj mi, gdje je, ko je“ dati ili pokazati traženi predmet. Na ovaj način dijete uči da prepozna imena predmeta i dalje razvija svoje slušalačke sposobnosti. Ispred djeteta treba staviti tri do pet predmeta i zahtijevati da pokaže jedan od njih npr. „Daj mi autić!“ ili „Gdje je lopta?“.
 5. Zahtjevi – dijete treba tražiti željeni potkrepljivač (igračka, slatkiši, sok i sl.) govorom ili pokazivanjem prstom u ovisnosti da li je dijete vokalno ili ne. Ukoliko dijete pokaže ili vokalizira svoj zahtjev, nema potrebe da mu se kaže bravo, dovoljno potkrepljenje je dati mu željeni predmet.

Suočavanje s dijagnozom

Uspostavljanje doživotne dijagnoze djetetu je traumatičan događaj za svakog roditelja. Zatečen iznenadnom životnom promjenom, roditelj prolazi kroz pet uobičajenih stadija žalosti (Kübler-Ross model):

1. šok i odbijanje da se prihvati istina;
2. ljutnja i traženje krivca (grižnja savjesti, bijes, krivljenje drugih ili sebe);
3. nagodba sa životom (“Kad bi samo...ja bih onda...”; “Ako moje dijete ozdravi, ja ću...”);
4. depresija;
5. prihvatanje činjenica i početak borbe, te nastavak života.

Iako je u procesu žaljenja neophodno proći kroz svih pet stadija, svaki roditelj to čini na svoj način i u različito vrijeme. Neki se, nažalost, i zaustave na jednom od stadija, i ne dođu nikada do kraja ciklusa, tj. najbolje pozicije da pomognu svom djetetu.

„Odbijanjem da se suočite s činjenicama i oklijevanjem da potražite stručnu pomoć za svoje dijete i sebe ne samo da ne izbjegavate, već i aktivno učestvujete u stigmatizaciji cijele porodice, a svom djetetu uskraćujete priliku za razvoj i poboljšanje izgleda za budućnost“ (roditelj djeteta s razvojnim poremećajem).

Procesi ranog otkrivanja razvojnih poremećaja

U kontekstu ranog otkrivanja razvojnih poremećaja bitno je razlikovati tri procesa:

1. Prvi proces je nadzor nad razvojem djeteta i podrazumijeva kontinuiran, fleksibilan, kumulativan rad dobro obučanih medicinskih i drugih profesionalaca na prepoznavanju djece kod kojih postoji rizik od kašnjenja u razvoju.
2. Drugi proces je skrining (upotreba standardiziranih alata koji trebaju da identificiraju i bolje prepoznaju rizik koji je prepoznat u nadzoru, a koji se mogu upotrijebiti u kratkom vremenskom periodu). U tom smislu su konstruirane razvojne bihevioralne skale (RBS) koje su jednostavne za korištenje, a zasnovane su na standardima razvoja djece u Bosni i Hercegovini, te uz njih dolazi lista materijala za procjenu koju bi svaka ustanova koja se bavi djecom trebala imati na raspolaganju.
3. Treći proces je evaluacija koja se sastoji od medicinske evaluacije te pravljenja interdisciplinarnog programa rane razvojne intervencije i stimulacije.

Mjerni instrumenti

U centrima za RRR koriste se setovi edukativnih materijala za roditelje, setovi edukativnih materijala za zdravstvene radnike i saradnike, te razvojne bihevioralne skale za praćenje ranog rasta i razvoja djece (RBS). RBS su realni i standardizirani mjerni instrumenti koji se koriste u procjeni razvoja djeteta od rođenja do navršene šeste godine života od strane zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, kao i saradnika iz srodnih oblasti sa završenom dodatnom edukacijom iz oblasti RRR. Također, koristi se brošura „Šta treba znati – Rani rast i razvoj“, koja je vrlo jednostavna i prilagođena roditeljima, a koju, također, medicinske sestre/tehničari u zajednici mogu koristiti prilikom kućnih posjeta porodiljama, bebama, te majkama s djecom. RBS su podijeljene na pet razvojnih oblasti: govor/komunikacija, socio-emocionalni razvoj, kognitivni razvoj, motorni razvoj, te briga o sebi/samopomoć.

Za skrining koristimo instrumente – 10 RBS

1. Razvojna bihevioralna skala za procjenu razvoja djeteta od 1. do 3. mjeseca života (RBS 1-3)
2. Razvojna bihevioralna skala za procjenu razvoja djeteta od 3. do 6. mjeseca života (RBS 3-6)
3. Razvojna bihevioralna skala za procjenu razvoja djeteta od 6. do 9. mjeseca života (RBS 6-9)
4. Razvojna bihevioralna skala za procjenu razvoja djeteta od 9. do 12. mjeseca života (RBS 9-12)
5. Razvojna bihevioralna skala za procjenu razvoja djeteta od 12. do 18. mjeseca života (RBS 12-18)
6. Razvojna bihevioralna skala za procjenu razvoja djeteta od 18. do 24. mjeseca života (RBS 18-24)
7. Razvojna bihevioralna skala za procjenu razvoja djeteta od 24. do 36. mjeseca života (RBS 24-36)
8. Razvojna bihevioralna skala za procjenu razvoja djeteta od 3. do 4. godine života (RBS 3-4g)
9. Razvojna bihevioralna skala za procjenu razvoja djeteta od 4. do 5. godine života (RBS 4-5g)
10. Razvojna bihevioralna skala za procjenu razvoja djeteta od 5. do 6. godine života (RBS 5-6g)

Korištenje ovih RBS za procjenu u okviru određenog programa pomaže detekciji odstupanja kod djece i praćenja njihovog rasta i razvoja, i usmjeravanju profesionalaca koji rade na pružanju usluga i intervencija i davanju jasnih uputa roditeljima ili starateljima o stimulaciji i radu kod kuće. Kada su rezultati skrininga u skladu s normama za razvoj djeteta u toj dobi, onda se roditelji savjetuju da je potrebno samo dalje redovno praćenje i nadzor nad razvojem djeteta kao i savjeti za dalju promociju normalnog razvoja. Ukoliko skrining pokazuje granične rezultate, vrši se retest skrininga u narednom periodu u kraćem vremenskom intervalu (1-3 mjeseca). Rezultati skrininga koji ukazuju na kašnjenje u razvoju u jednoj/više oblasti, zahtijevaju dalje upućivanje djeteta u proces dijagnostičke evaluacije i stvaranje individualnog programa za intervenciju i stimulaciju razvoja. Primjena ovog vrijednog instrumenta će harmonizirati pristup stručnjaka iz sektora zdravstva, obrazovanja i socijalne zaštite u ranom otkrivanju odstupanja u rastu i razvoju djece, te pružanju usluga rane intervencije.

Dosadašnja iskustva govore da sistem često ne prepozna djecu s razvojnim poteškoćama u najranijem dobu, ponekad se razvojne poteškoće prepoznaju tek kod upisa u osnovnu školu, a do tada su već propuštene mnoge prilike za tretman. Rana detekcija djece s razvojnim kašnjenjima i poteškoćama omogućava da se u ranom uzrastu krene s pružanjem usluga rane intervencije. Kada porodice počnu s tretmanom djece u najranijoj dobi, on daje najbolje i najefikasnije rezultate, te je najjeftiniji. Ovakve usluge omogućavaju da porodice s djecom s razvojnim kašnjenjima i poteškoćama ravnopravno učestvuju i doprinose razvoju društva. U dosadašnjoj praksi stručnjaci u Bosni i Hercegovini su kod procjene razvoja djeteta uglavnom koristili prevedene inostrane materijale. Sada prvi put imamo RBS koje se oslanjaju na realne bihevioralne pokazatelje, koje su standardizirane kroz testiranje reprezentativnog uzorka djece u Bosni i Hercegovini uzrasta od prvog mjeseca do navršanih šest godina. Stoga je vrijednost ovih skala nemjerljiva.

Otkrivanje razvojnih poremećaja u ranom uzrastu je kontinuiran proces koji se treba vršiti kroz sistem primarne zdravstvene zaštite, jer dijete u BiH od rođenja do polaska u školu u najvećem broju slučajeva, samo vidi pedijatar i pedijatrijska medicinska sestra/tehničar, te eventualno medicinska sestra/tehničar u zajednici. Poremećaj u razvoju može biti rezultat određenih specifičnih medicinskih stanja i bolesti, te može biti dio sveukupno povećanog rizika za razvoj i drugih zdravstvenih problema i komplikacija. Može, također, ukazivati na povećan rizik poremećaja ponašanja ili drugih pridruženih mentalnih poremećaja. Rano otkrivanje je osnov nakon kojeg slijedi ispitivanje uzroka poremećaja razvoja, te njihovo sveobuhvatno evaluiranje, razmatranje mogućnosti liječenja i primjene drugih metoda koje za cilj imaju poboljšanje stanja djeteta i usmjeravanje razvoja u poželjnom pravcu.

Skale za procjenu razvoja u ranoj dobi djeteta su razvijene kako bi pomogle u procjeni razvoja djece od prvog mjeseca do navršene šeste godine života (polazak u školu) u njihovom prirodnom okruženju, uključujući kuće, domove zdravlja, predškolske ustanove, te su predviđene za upotrebu u programima dodatne edukacije, tj. kontinuirane profesionalne edukacije koja se fokusira na RRR. Nakon kontinuirane profesionalne edukacije iz oblasti RRR, skale mogu koristiti timovi iz pedijatrij-

skih službi, medicinske sestre/tehničari u zajednici, socijalni radnici, timovi u centrima za RRR, kao i timovi iz centara za mentalno zdravlje i centara za fizikalnu rehabilitaciju u zajednici, te doktori porodične medicine koji rade u oblasti RRR, vaspitači/odgajatelji iz vrtića i predškolskih ustanova, te edukatori roditelja koji se zalažu za unapređenje ranog rasta i razvoja djece.

Ključne poruke:

Jačanje kapaciteta u oblasti ranog rasta i razvoja (RRR) djece jedan je od prioriteta Strategije razvoja Federacije BiH 2021-2027. godine, a unapređenje kvaliteta usluga ranog prepoznavanja i rane intervencije kroz formiranje i širenje centara za RRR pri domovima zdravlja u Federaciji BiH jedan je od strateških ciljeva Strateškog plana za unapređenje RRR djece u Federaciji Bosne i Hercegovine 2020-2025.

U procesu rane detekcije od neprocjenjivog značaja su razvojne bihevioralne skale (RBS) za procjenu razvoja djeteta. Ove skale omogućavaju standardiziranu procjenu RRR djece, s posebnim naglaskom na usluge rane detekcije djece s kašnjenjem u rastu i razvoju, kao i intervencije. Važno je naglasiti da su RBS prilagođene za korištenje od strane zdravstvenih, ali i ostalih saradničkih timova, te da predstavljaju jedinstven instrument za djelovanje svih profesionalaca značajnih za praćenje RRR djece, a prilagođene su potrebama i kontekstu Bosne i Hercegovine.

Medicinske sestre/tehničari u zajednici imaju značajnu ulogu kod ranog prepoznavanja odstupanja od zdravog rasta i razvoja. Njihova uloga je posebno bitna u koordiniranju i upućivanju porodice, majke i djeteta kod kojih postoji sumnja na odstupanje od zdravog rasta i razvoja, unutar primarne zdravstvene zaštite, ka službama u zajednici (pedijatar, centar za RRR, centar za mentalno zdravlje, centar za fizikalnu rehabilitaciju itd.) ka višim nivoima zdravstvene zaštite, ali i službama iz sektora socijalne zaštite i obrazovanja. Također, provode zdravstveni odgoj roditelja, vezano za značaj imunizacije djece, pravilne ishrane, a posebno značaj dojenja.

Periodični sistematski pregledi najbolji su vid praćenja rasta i razvoja. Tada se učine sva potrebna mjerenja, također, pregleda djeteta po svim organskim sistemima, a ponekad obave i osnovni laboratorijski nalazi, prije svega radi procjene postojanja anemije ili nekih drugih deficita.

Mjerenje razvoja djeteta uključuje mjerenje sposobnosti i mogućnosti djeteta, te poređenje tih rezultata s drugom djecom iste životne dobi.

Razvoj djeteta obično se opisuje u smislu razvojnih zadataka koje djeteta može ili ne može izvesti u određenoj dobi života, koji se često nazivaju razvojnim miljokazima.

Dostizanje ili prevazilaženje razvojnih zadataka karakterističnih za većinu djece određene životne dobi čini „normalan“ razvoj, nemogućnost ispunjavanja tih zadataka čini odstupanje u razvoju.

Reference:

1. Pravilnik o kontinuiranoj stručnoj edukaciji u oblasti ranog otkrivanja, intervencije i praćenja razvojnih i drugih poremećaja koji utiču na rast i razvoj djece od rođenja do polaska u školu („Službene novine Federacije BiH“, broj 26/23).
2. Strateški plan za unapređenje ranog rasta i razvoja djece u Federaciji BiH 2020-2025. godine
3. Mapiranje globalnih ciljeva za održivi razvoj i konvencije o pravima djeteta | UNICEF Bosna i Hercegovina.
4. Učenje i odrastanje: Od novorođenčeta do 36 mjeseci | UNICEF Bosna i Hercegovina.
5. Učenje i odrastanje: Od 37 do 60 mjeseci | UNICEF Bosna i Hercegovina.
6. Kurikulum za edukaciju budućih roditelja (Pištoljević, Dujso-Radaslić, 2016) – organizacija edukacija i metode rada s budućim roditeljima (prevencija).
7. Rast i razvoj djeteta, <https://www.abc-doctors.com/rast-i-razvoj-djeteta> (12.03.2024).
8. Vodič kroz rast i razvoj djeteta od rođenja do puberteta, <https://miss7mama.24sata.hr/beba/>

razvoj-u-prvoj-godini/vodic-kroz-rast-i-razvoj-djeteta-od-ro-enja-do-puberteta-9759
(12.03.2024).

9. Pištoljević N, Rani razvoj djeteta, EDUS, Sarajevo, 2015.
10. Pištoljević N, Zubčević S, Džanko E, Razvojne bihevioralne skale, EDUS, Sarajevo, 2016.

Pitanja za završni ispit:

1. Šta su razvojne bihevioralne skale (RBS)?
2. Ko čini multidisciplinarni tim centra za rani rast i razvoj (RRR) u skladu s važećim propisima iz oblasti zdravstva?
3. Koji su najčešći razvojni poremećaji?

6.6. Evaluacija naučenog i instrukcije za završni rad

Nastavna jedinica	Aktivnosti i metode
Evaluacija naučenog i instrukcije za istraživački rad	– Predavanje (kratki osvrt na prethodno obrađene teme: procjena pacijenta, proces zdravstvene njege, procjena porodice i profiliranje zajednice, uz etičke aspekte zaštite i povjerljivosti podataka) - 30 minuta – Individualni rad i prezentacija praktične primjene procesa zdravstvene njege - 70 minuta – Individualni rad i prezentacija profiliranja zajednice - 70 minuta – Diskusija i zaključci - 10 minuta

6.6. Evaluacija naučenog i instrukcije za završni rad

Ciljevi učenja:

Nakon predavanja učesnici bi trebali biti sposobni:

- pripremiti i prezentirati plan zdravstvene njege pacijenta u kontekstu njegove porodice;
- pripremiti i prezentirati profil zajednice u kojoj pacijent i porodica žive.

Sadržaj:

Učesnici trebaju primijeniti sve naučeno u toku cjelokupnog procesa edukacije (znanje, vještine i pristupe). Medicinska sestra/tehničar u zajednici treba da posjeduje vještine izvještavanja, vođenja intervjua, vođenje sestrinske dokumentacije, kao i zaštite podataka i njihovu povjerljivost. Također, treba biti osposobljena za vođenje procesa zdravstvene njege i primjenu metoda pružanja zdravstvene njege u zajednici.

6.6.1. Kratki osvrt na prethodno obrađene teme: procjena pacijenta, proces zdravstvene njege, procjena porodice i profiliranje zajednice, uz etičke aspekte zaštite i povjerljivost podataka

Uvodne napomene

Sadržaj ove nastavne jedinice podrazumijeva evaluaciju prethodno detaljno obrađenih nastavnih jedinica: procjena pacijenta, proces zdravstvene njege, procjena porodice i profiliranje zajednice, uz etičke aspekte zaštite i povjerljivost podataka, s jedne strane, te pripremu polaznika dodatne edukacije na završni ispit, s druge strane.

Naime, završni ispit polaznika dodatne edukacije iz zdravstvene njege u zajednici uključuje pripremu i prezentaciju rada (prikaz slučaja) koji obuhvata procjenu pacijenta/korisnika u kontekstu porodice i profila lokalne zajednice uz izradu plana zdravstvene njege. Polaznici edukacije će individualnim radom tokom ove nastavne jedinice savladati osnove praktične primjene i prezentacije procesa zdravstvene njege i profiliranja zajednice.

6.6.1.1. Procjena pacijenta

Procjena pacijenta zasniva se na holističkom pristupu koji uzima u obzir biološke, psihološke, duhovne i socijalne aspekte čovjeka, kao i njegovu okolinu. Medicinska sestra/tehničar prilikom procjene treba uzeti u obzir širok spektar faktora poput porodice, stila života, socioekonomskog statusa, te duhovnosti pacijenta. Cilj prikupljanja podataka je identificiranje problema tj. uspostavljanje sestrinske dijagnoze, planiranje zdravstvene njege, provođenje sestrinskih intervencija, te što brže postizanje krajnjih ciljeva kroz plan zdravstvene njege. Izvori podataka mogu biti primarni (sam bolesnik), sekundarni (porodica, zdravstveni radnici) i tercijarni (medicinska dokumentacija). Sestrinska anamneza obuhvata širok spektar podataka o tjelesnom, psihološkom i socijalnom stanju bolesnika. Pravilnici propisuju oblik i sadržaj medicinske dokumentacije, uključujući sestrinsku dokumentaciju, kao obavezu za zdravstvene ustanove. Procjena zdravstvenog funkcioniranja se odnosi na sljedeće oblasti procjene:

- percepcija i održavanje zdravlja;
- ishrana;
- eliminacija;
- aktivnosti spavanje - odmor;
- kognitivno-perceptivne funkcije;
- percepcija samog sebe;
- uloga i odnosi s drugima;
- seksualna aktivnost i reprodukcija;
- sučeljavanje i tolerancija stresa;
- vrijednosti i stavovi.

6.6.1.2. Proces zdravstvene njege

Proces zdravstvene njege je sistem rada medicinske sestre/tehničara u zajednici koji je usmjeren na identifikaciju i odgovaranje na potrebe pojedinca, porodice i zajednice. Glavne faze procesa zdravstvene njege se u svim uobičajenim situacijama odvijaju slijedećim redoslijedom: utvrđivanje potreba za njegom (procjena) uz postavljanje sestrinske dijagnoze; planiranje zdravstvene njege; realiziranje planiranih aktivnosti (implementacija) i evaluacija (vrednovanje) pružene zdravstvene njege (Prilog 3b). Osnov cjelovite obrade u zdravstvenoj njezi u zajednici je procjena pacijenta odnosno utvrđivanje njegovih specifičnih potreba za njegom.

Medicinska sestra/tehničar u zajednici prikuplja podatke kroz intervju, posmatranje, fizikalni pregled, razna mjerenja i analizu dokumentacije. Podaci koje medicinska sestra/tehničar prikuplja od bolesnika čine sestrinsku anamnezu koja obuhvata skup podataka o tjelesnim, psihološkim i socijalnim oblastima zdravstvenog stanja i ponašanja bolesnika prije i tokom bolesti. Medicinska sestra/tehničar u zajednici prilikom prve posjete porodici popunjava obrazac PAT 1 – Patronažni

karton porodice (Prilog 2), pomoću kojeg prikuplja osnovne podatke o porodici kao što su broj članova, dob, zaposlenje, stručna sprema, te podaci o domaćinstvu i zdravstvenom stanju u porodici. Sestrinska dijagnoza podrazumijeva prepoznavanje i utvrđivanje određenog pacijentovog problema. Dijagnoze u zdravstvenoj njezi mogu se formulirati po modelu: PES/PUS (problem – etiologija/uzrok – simptom).

Planiranje zdravstvene njege u partnerstvu s pacijentom i porodicom ključan je aspekt kvalitetne i individualizirane njege. Ova saradnja promovira aktivno učestvovanje pacijenta i porodice u donošenju odluka o njihovoj njezi, što može rezultirati poboljšanjem ishoda liječenja i zadovoljstva pacijenata. Osnovu plana zdravstvene njege čini analiza podataka koja predstavlja opis problema i njegovih uzroka, a koji utječu ili mogu utjecati na stanje bolesnika. Vrste planova su: individualni (prazni obrazac), standardizirani (unaprijed izrađeni obrazac), te modificirani standardizirani (kompromis između individualnih i standardiziranih).

Evaluacija je ocjena ispunjenosti zadatih ciljeva, tj. utvrđivanje jesu li i do koje mjere postignuti ciljevi. Neovisno o ishodu (cilj postignut, cilj djelomično postignut, cilj nije postignut) potrebno je revidirati cjelokupni plan zdravstvene njege. Kada cilj nije ispunjen, ocjena je negativna, pa je tada potrebno izraditi novi plan zdravstvene njege i uraditi procjenu.

Medicinska sestra/tehničar u zajednici prilikom prve posjete, također, vrši procjenu stanja pacijenta u svrhu njegove kategorizacije. Kategorizacijom se pacijenti razvrstavaju u četiri kategorije na osnovu stanja, kao i prema broju i kompleksnosti propisanih intervencija koje je neophodno izvršiti. Ovisno o ukupnom broju bodova, određuje se kategorija u koju će pacijent biti svrstan. Medicinska sestra/tehničar u zajednici, da bi mogla sagledati i utvrditi potrebe korisnika za njegom, mora da zna šta su to potrebe, koje su osnovne ljudske potrebe i na koji način mogu da se zadovolje, u okolnostima narušenosti zdravlja i ograničenja zbog bolesti, nemoći i/ili neznanja.

6.6.1.3. Procjena porodice i profiliranje zajednice

Porodica je otvoreni sistem koji karakteriziraju određeni odnosi, obrasci komunikacije, moći, hijerarhije, uloge, granice i ravnoteže. Svaka porodica prolazi kroz razvojne faze, pri čemu se može susresti s tranzicijskim i netranzicijskim krizama. Definicija porodice može varirati ovisno o kulturnom, društvenom i pravnom kontekstu. Medicinske sestre/tehničari u zajednici treba da poznaju i procjenjuju ulogu porodice u zdravlju. Ova uloga porodice je višestruka i izuzetno značajna u različitim aspektima njege, podrške i donošenja odluka o pacijentima. Medicinska sestra/tehničar u zajednici ima ključnu ulogu u praćenju ostvarivanja Maslowljeve hijerarhije potreba, razvojnih ciklusa porodice i rasta i razvoja. Ključne uloge porodice u kontekstu zdravlja su razvoj zdravih stilova života, zdravstvena edukacija, emocionalna podrška tokom bolesti i nesposobnosti, njegovanje, ohrabrivanje, redukcija stresa, razvijanje otpornosti, zastupanje člana porodice u zdravstvenom sistemu, dijeljenje informacija, koordinacija zdravstvene njege, pomoć u svakodnevnim životnim aktivnostima, pomoć u donošenju odluka itd. Porodice pružaju socijalnu podršku, njegu, emocionalnu stabilnost i druženje svojim članovima i imaju osnovnu ulogu u oblikovanju identiteta, vrijednosti, uvjerenja i ponašanja pojedinaca i služe kao primarni kontekst za socijalizaciju i razvoj. Calgary Family Assessment Model (CFAM) i Calgary Family Intervention Model (CFIM) vrijedni su alati koje medicinske sestre/tehničari u zajednici i koriste za procjenu porodice. Procjena strukture porodice odnosi se na sastav porodice, uloge i odnose.

Zajednica je društvena jedinica, jedna ili nekoliko grupa živih bića koja dijele teritoriju, pravila, religiju, vrijednosti, običaje ili identitet. Zajednice mogu dijeliti osjećaj mjesta koje se nalazi u određenom geografskom području (zemlja, selo, grad ili susjedstvo) ili u virtuelnom prostoru putem komunikacijskih platformi. Iako su zajednice obično male u odnosu na vlastite društvene veze, mogu se odnositi i na pripadnost velikim grupama kao što su nacionalne zajednice, međunarodne zajednice i virtuelne zajednice. Prema nastanku, vezama unutar zajednica i društvenih grupa, razlikujemo primarne i sekundarne zajednice.

Koncept primarne zdravstvene zaštite postavlja zajednicu kao klijenta, što zahtijeva detaljnu analizu i ocjenu stanja, potreba i odnosa unutar zajednice. Medicinska sestra/tehničar u zajednici treba imati posebna znanja iz opće njege i javnog zdravstva kako bi efikasno procijenila zdravstvene

potrebe zajednice u kojoj radi. Postupak procjene zajednice obuhvata prikupljanje informacija, analizu informacija, te prezentaciju prikupljenih informacija. Procjena uključuje različite oblasti poput zdravlja, obrazovanja, socijalnih potreba, okoliša, načina rješavanja socijalnih problema, stanovanja, odmora, rekreacije itd. (Prilog 1). Važno je identificirati različite grupe stanovništva s problemima i potrebama kako bi se usmjerile intervencije prema poboljšanju zdravlja zajednice.

Postoje razni indikatori i metode za procjenu zdravstvenog stanja, uključujući indikatore zdravstvene politike, zdravstvenog statusa, demografske događaje, socioekonomske indikatore i indikatore stanja okoliša. Za procjenu stanja pojedinih faktora koriste se izabrani indikatori i metode koje razvijaju pojedine zemlje da bi iskazale svoje specifičnosti. Model životnog ciklusa (Lyfe cycle model) je metodologija pomoću koje se vrši globalna procjena zdravstvenih potreba stanovništva/pojedinca, a prema uzrastu, u skladu s promjenama u biološkom/fiziološkom i socijalnom životnom krugu.

Mjere zdravstvene zaštite definiraju se kao standardni medicinski i drugi postupci koji se poduzimaju u cilju postavljanja dijagnoze zdravstvenoga stanja i/ili prepoznavanja zdravstvenih potreba i zdravstvenih intervencija kojima se modificiraju tok bolesti i zdravstveni procesi. Najefikasnija mjera za unapređenje i očuvanje zdravlja je primarna prevencija. Prevencija uključuje identifikaciju faktora rizika za oboljenja i pokušaj da se reduciraju ili eliminiraju faktori rizika, posebno kod „ranjivih“ grupa stanovništva. Uz prevenciju bolesti usko se vezuje pojam promocija zdravlja. Strategije promocije zdravlja imaju za cilj osposobiti stanovništvo ili grupu stanovništva da postane/ostane zdravije.

6.6.1.4. Etički aspekti zaštite i povjerljivost podataka

Iako se etički kodeksi mogu razlikovati ovisno o zemlji ili zdravstvenoj ustanovi, oni općenito obuhvataju principe etičkog ponašanja, zdravstvene zaštite za pacijente, povjerljivosti, profesionalnosti i stalnog poboljšanja. Etički kodeks sadrži sljedeće elemente:

1) Etičko ponašanje – poštovanje osnovnih etičkih principa, dostojanstva i autonomije svih pacijenata. Kodeks pružanja profesionalne zdravstvene zaštite odnosi se na skup principa i smjernica kojih se zdravstveni radnici pridržavaju u svojoj praksi. Poštujući ove principe mogu osigurati da se zdravstvena njega pacijentima pruža s integritetom, suosjećanjem i poštovanjem prava i dobrobiti pacijenata.

2) Briga o pacijentima – pružanje kompetentne i kontinuirane zdravstvene njege, te stalno stručno usavršavanje i dobra saradnja s drugim zdravstvenim radnicima.

3) Povjerljivost i privatnost – zaštita povjerljivosti informacija o pacijentu. Prikupljanje, čuvanje i dijeljenje podataka je zasnovano na pravnim i etičkim standardima.

Osnovna četiri etička principa koja pružaju okvir za etičko donošenje odluka i usmjeravaju zdravstvene radnike u snalaženju u složenim etičkim dilemama u kliničkoj praksi su autonomija pacijenta, dobročinstvo, neškodljivost i pravednost.

Medicinske sestre/tehničari u zajednici su svjesne najčešćih etičkih dilema u svojoj praksi: raspodjela resursa, povjerljivost, privatnost, autonomija pacijenata, informirani pristanak, zdravstvena njega na kraju života i prethodne upute, kulturna kompetencija i različitost, pitanja granica i profesionalizam, promocija zdravlja, socijalne odrednice zdravlja, hitna stanja i krizne intervencije.

6.6.2. Individualni rad polaznika dodatne edukacije

6.6.2.1. Individualni rad i prezentacija praktične primjene procesa zdravstvene njege

Individualni rad i prezentacija praktične primjene procesa zdravstvene njege podrazumijeva procjenu i izradu plana zdravstvene njege pacijenta/korisnika u kontekstu njegove porodice (prikaz slučaja) uz njegovu prezentaciju. Pacijenta/korisnika samostalno biraju polaznici dodatne edukacije.

Prikazani plan zdravstvene njege obuhvata:

- procjenu pacijenta/korisnika, planiranje, implementaciju i evaluaciju zdravstvene njege

(Prilog 3b);

- procjenu njegove porodice.

Interpretacija prikazanog slučaja odnosi se na:

- prikaz slučaja sa svim dostupnim podacima;
- definiranje izvora korištenih podataka o pacijentu;
- prikaz metoda prikupljanja podataka o pacijentu/korisniku – intervju, posmatranje, (tjelesna težina, visina, BMI, skala bola, temperatura, puls, krvni pritisak, ŠUK, PEF itd.), analiza postojeće medicinske dokumentacije, obrasci zdravstvene njege prilikom posjete pacijentu/korisniku/porodici;
- utvrđivanje potreba za zdravstvenom negom odabranog pacijenta/korisnika;
- postavljanje sestrinske dijagnoze (PES-PUS model);
- utvrđivanje ciljeva zdravstvene njege (koji trebaju biti realni, izvodljivi, prihvatljivi i vremenski ograničeni kako bi se mogli evaluirati);
- prikaz planiranih intervencija za realizaciju postavljenih ciljeva;
- prikaz izvršenih intervencija;
- evaluacija ciljeva u skladu s postavljenim vremenskim rokovima;
- uloga medicinske sestre/tehničara u zajednici u prikazanom slučaju;
- procjena i analiza porodice u kojoj odabrani korisnik/pacijent živi (struktura porodice, odnosi između članova porodice, okruženje, funkcije porodice itd.).

6.6.2.2. Individualni rad i prezentacija praktične primjene profila zajednice

Individualni rad i prezentacija praktične primjene profila lokalne zajednice podrazumijeva:

- profiliranje lokalne zajednice u kojoj živi odabrani pacijent/korisnik (Prilog 1).

Interpretacija profila lokalne zajednice se odnosi na:

- procjenu i analizu lokalne zajednice u kojoj pacijent/korisnik živi, s prednostima i nedostacima življenja;
- dostupnost zdravstvenih ustanova i usluga;
- saobraćajnu i putnu infrastrukturu;
- okoliš;
- uvjete stanovanja;
- odmor;
- rekreaciju itd.

Ključne poruke:

Sadržaj ove nastavne jedinice podrazumijeva evaluaciju prethodno detaljno obrađenih nastavnih jedinica: procjena pacijenta, proces zdravstvene njege, procjena porodice i profiliranje zajednice, uz etičke aspekte zaštite i povjerljivost podataka, s jedne strane, te pripremu polaznika dodatne edukacije na završni ispit, s druge strane.

Glavne faze procesa zdravstvene njege se u svim uobičajenim situacijama odvijaju slijedećim redoslijedom: utvrđivanje potreba za njegom (procjena) uz postavljanje sestrinske dijagnoze; planiranje zdravstvene njege; realiziranje planiranih aktivnosti (implementacija) i evaluacija (vrednovanje) pružene zdravstvene njege.

Ključne uloge porodice u kontekstu zdravlja su razvoj zdravih stilova života, zdravstvena edukacija, emocionalna podrška tokom bolesti i nesposobnosti, njegovanje, ohrabrivanje, redukcija stresa, razvijanje otpornosti, zastupanje člana porodice u zdravstvenom sistemu, dijeljenje informacija, koordinacija zdravstvene njege, pomoć u svakodnevnim životnim aktivnostima, pomoć u donošenju odluka itd.

Osnovna četiri etička principa koja pružaju okvir za etičko donošenje odluka i usmjeravaju zdravstvene radnike u snalaženju u složenim etičkim dilemama u kliničkoj praksi su autonomija pacijenta, dobročinstvo, neškodljivost i pravednost.

Završni ispit polaznika dodatne edukacije iz zdravstvene njege u zajednici uključuje pripremu i prezentaciju rada (prikaz slučaja) koji obuhvata procjenu pacijenta/korisnika u kontekstu porodice i profila lokalne zajednice uz izradu plana zdravstvene njege.

Reference:

1. Čukljug S. Sestrinska dokumentacija. Pavić J,ur. Turuk V, ur. Zbornik radova: Hrvatsko sestrinstvo ususret Europskoj uniji; 2011, 24.-26. ožujka; Opatija, Hrvatska. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2004. str. 75-78.
2. Galić D, Omanović S, Krtalić P, Mahmutbegović H, Ljevak I. i sur. Standardne operativne procedure zdravstvene njege u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. II. dio. Sarajevo: Fondacija fami; 2019.
3. Leahey M, Wright LM. Application of the calgary family assessment and intervention models. *Journal of Family Nursing* 2016;22:450–9. doi:10.1177/1074840716667972.
4. Duchscher JB, Windey M. Stages of transition and transition shock. *Journal for Nurses in Professional Development* 2018;34:228–32. doi:10.1097/nnd.0000000000000461.
5. Tijanić M, Đuranović D, Rudić R, Milović Lj: Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo Beograd 2002.

Pitanja za završni ispit:

1. Šta čini osnovu cjelovite obrade u zdravstvenoj njezi u zajednici?
2. Kako se skraćeno zove model u formuliranju sestrinske dijagnoze?
3. Šta je neophodno za izradu plana zdravstvene njege pacijenta?

Prilozi:

1. Prilog 1. Obrazac za profiliranje zajednice
2. Prilog 2. Patronažni karton porodice
3. Prilog 3a. Sestrinska anamneza
4. Prilog 3b. Plan patronažne njege
5. Prilog 4a. Braden skala za procjenu rizika za nastanak dekubitusa
6. Prilog 4b. Norton skala za procjenu rizika za nastanak dekubitusa
7. Prilog 5. Morseova skala za procjenu rizika za pad
8. Prilog 6. Mini test za procjenu mentalnog statusa
9. Prilog 7. Gerijatrijska skala procjene depresije
10. Prilog 8. Barthelov index dnevnih životnih aktivnosti
11. Prilog 9. Primjeri o spolnim/rodnim razlikama u oblasti zdravlja
12. Prilog 10. Opći standardi za uključivanje principa ravnopravnosti spolova i nediskriminacije u pružanje zdravstvene njege
13. Prilog 11. Pitanja koja se koriste prilikom provođenja skrininga za nasilje u porodici/rodno zasnovano nasilje
14. Prilog 12. Generički okvir za Standardnu operativnu proceduru: „Postupanja patronažne sestre/tehničara u slučaju nasilja ili sumnje na nasilje u porodici“.

Prilog 1. Obrazac za profiliranje zajednice

Datum: _____

Mjesto: _____

Tim/Služba: _____

Ime i prezime med. sestre/tehničara: _____

Ciljevi zadatka

Prikupljanje relevantnih informacija koje će pomoći u otkrivanju zdravstvenog statusa i zdravstvenih potreba populacije u lokalnoj zajednici.

Analiziranje informacija koje će pomoći u identifikaciji glavnih zdravstvenih pitanja

Specifični ciljevi

Određivanje prioritetnih aktivnosti vezanih za zdravlje populacije

Planiranje programa vezanih za javno zdravlje za najvažnije javno zdravstvene probleme

Primjena planiranih aktivnosti

Evaluacija urađenog

1. Karakteristike populacije

a. Geografski položaj (grad, selo, geografska razućenost)

b. Udaljenost od ambulate (prosječna, maksimalna-broj pacijenata)

c. Broj stanovnika u zajednici

d. Broj porodica; prosječan broj članova porodice

e. Starosne grupe

0 – 1 dojenčė _____

1 – 5 predškolska djeca _____

6 – 18 školska djeca _____

19 – 64 odrasli _____

≥65 Osobe treće životne dobi _____

e. Broj muškaraca _____

f. Broj žena _____

Trendovi u populaciji

Natalitet (specifični podaci za proteklih 12 mjeseci) _____

Mortalitet (novoroćenačka smrtnost u posljednjih 5 godina) _____

Obrazovanje _____

Opći podaci

Školska sprema registrovane populacije

Osnovno obrazovanje _____

Srednja stručna sprema _____

Viša stručna sprema _____

Visoka stručna sprema _____

Marginalizovane grupe _____

Kulturološki običaji _____

2. Zdravstveni status populacije

a. Morbiditet – vodeće bolesti na području općine

b. Mortalitet - vodeći uzroci smrti na području općine u posljednje tri godine

c. Stil života u lokalnoj zajednici

d. Hronična oboljenja

e. Nejednakost u pružanju zdravstvene njege

3. Lokalni faktori koji utiču na zdravlje

a) Rad i zaposlenost

Profesionalne bolesti

Prosječna primanja na nivou općine

Broj neosiguranih lica

b) Siromaštvo

Stepen nezaposlenosti _____

Lica prijavljena Centru za socijalni rad _____

c) Okolina

Sve vrste zagađenja _____

Sanitacija (crijevne bolesti na nivou lokalne zajednice) _____

Izvorišta vode _____

Kanalizacija _____

d) Uslovi smještaja

Prenatrpianost, nedostatak prostora, kolektivni smještaj _____

Grijanje, nedostatak grijanja _____

Vlaga _____

e) Transport

Udaljenost usluga zdravstvene i socijalne zaštite _____

Uvezanost saobraćaja i saobraćajni uslovi _____

f) Društveni aspekti

Hobi _____

Slobodne aktivnosti, društvene aktivnosti _____

g) Faktori destabilizacije

Mentalni status - faktori uticaja na mentalno zdravlje

Loše životne navike i rizično ponašanje

Dejstvo ekoloških faktora na zdravlje (jonizujuće zračenje – izloženost uranijumu, nuklearne ili druge nesreće, nejonizujuće zračenje – UV zračenje, hemikalije, povrede i trovanja, suicid, homicid)

Saradnja sa grupama i servisima za podršku

h) Resursi u zajednici

Servisi - državni _____

Centar za mentalno zdravlje kao dio zdravstvenog servisa _____

Nevladin sektor _____

4. Trenutni sestrinski rad

a) Najčešći zdravstveni problemi zbog kojih ljudi dolaze u moju ambulantu

b) Kojim zdravstvenim problemima posvećujem najviše vremena

c) Prema mom mišljenju, koji su najveći zdravstveni problemi

d) Broj kućnih posjeta u proteklih 12 mjeseci

Prilog 2. Patronažni karton porodice

KANTON		Obr.br. PAT 1
OPĆINA		
ZDRAVSTVENA USTANOVA		
SLUŽBA		

Broj patronažnog kartona: _____

Datum otvaranja: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PATRONAŽNI KARTON PORODICE

PODACI O NOSIOCU PORODICE

Mjesto stanovanja

Općina

Adresa

Kontakt telefon

E-mail

Redni broj	Prezime i ime	Matični broj	Srodstvo	Stepen stručne spremlje		Zaposlen-a (naziv i mjesto firme)	Promjene u porodici /datum
				1-VSS	2-VSS		
1.				3-SSS	4-Osnovno		
				5-Bez škole			

PODACI O ČLANOVIMA UŽE PORODICE

Redni broj	Prezime i ime	Matični broj	Srodstvo	Stepen stručne spremlje		Zaposlen-a (naziv i mjesto firme)	Promjene u porodici /datum
				1-VSS	2-VSS		
2.				3-SSS	4-Osnovno		
3.				5-Bez škole			
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

PODACI O DOMAĆINSTVU

1-gradsko ☐	2-prigradsko ☐	3-seosko ☐

Stan ☐	1-prizemlje ☐	2-sprat ☐	m2 _____	1-suh ☐	3-svjetao ☐	5-higijenski ☐
Kuća ☐	1-prizemlje ☐	2-sprat ☐	m2 _____	2-vlažan ☐	4-mračan ☐	6-nehigijenski ☐

1-vlasnik stana ☐	3-podstanar ☐	1-DA ☐
2-vlasnik kuće ☐	4-beskućnik ☐	2-NE ☐

Struja	1-DA ☐	2-NE ☐
Grijanje	1-DA ☐	2-NE ☐

Vodosnabdjevanje	1-gradski vodovod ☐	2-seoski ☐	3-bunar ☐	4-izvor ☐
Voda	1-u stanu/kući ☐	2-van stana/kuće ☐		
Kontrola vode	1-DA ☐	2-NE ☐		

Kupatilo	1-ima ☐	2-nema ☐	Kanalizacijska mreža	1-gradska ☐	2-seoska ☐
Toalet	1-u stanu/kući ☐	2-van stana/kuće ☐	Septička jama	1-DA ☐	2-NE ☐

Dvorište	1-ima ☐	3-zasebno ☐	5-higijensko ☐
	2-nema ☐	4-zajedničko ☐	6-nehigijensko ☐

Higijena porodice	1-zadovoljava ☐	2-nezadovoljava ☐
Lična higijena	1-zadovoljava ☐	2-nezadovoljava ☐
Higijena stanovanja	1-zadovoljava ☐	2-nezadovoljava ☐
U čemu nezadovoljava higijenske zahtjeve (opisati) _____		

Izvori prihoda domaćinstva	Status
1-radni odnos ☐	4-penzija ☐
2-samostalna djelatnost ☐	5-invalidnina ☐
3-poljoprivredna djelatnost ☐	6-socijalna pomoć ☐
	1-imućno ☐
	2-osrednje ☐
	3-siromašno ☐
	4-socijalna pomoć ☐

DODATNA ZAPAZANJA I NAPOMENE

ZDRAVSTVENO STANJE U PORODICI

Nasljedne bolesti u porodici (navesti koje)	
1-tuberkuloza	☐
2-šećerna bolest	☐
3-seksualno prenosive bolesti	☐
4-duševni poremećaji	☐
5-maligne bolesti	☐

Broj invalidnih osoba unutar porodice	☐ ☐ ☐
Broj osoba sa posebnim potrebama	☐ ☐ ☐

Procjena riziko faktora	
1-broj pušača	☐ ☐
2-broj gojaznih	☐ ☐
3-broj fizički neaktivnih osoba	☐ ☐
4-broj osoba koje piju alkohol	☐ ☐
5-broj osoba koje uživaju opojne droge	☐ ☐

Broj umrlih članova porodice	☐ ☐ ☐
1-ko	
2-kada	
3-uzrok smrti	

NAPOMENE PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA

PATRONAŽNA SESTRA/TEHNIČAR

Redni broj	Prezime i ime	Od	Do
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Prilog 3a. Sestrinska anamneza

KANTON _____
 OPĆINA _____
 ZDRAVSTVENA
 USTANOVA _____
 SLUŽBA _____

Obr.br. PAT 2

Broj patронаžnog kartona: _____

Broj kartona: _____

Datum otvaranja: ____/____/____

SESTRINSKA ANAMNEZA

LIČNI PODACI

Prezime /ime oca/ ime	Datum rođenja ____/____/____	Spol 1-Muško ☐ 2-Žensko ☐	Bračno stanje 1-DA ☐ 2-NE ☐
Adresa i kontakt telefon	Zanimanje	Obrazovanje	Radni odnos

MEDICINSKA DIJAGNOZA

Alergije	1-DA ☐ Lijekovi					
	2-NE ☐ Ostalo					
Procjena samostalnosti	Procijeniti samostalnost ocjenom od 0-4. 0= samostalan; 1= potrebno pomagalo; 2= potrebna pomoć druge osobe; 3= potrebno pomagalo i pomoć druge osobe; 4= potpuno ovisan o drugim osobama					
	Higijena	☐	☐	☐	☐	☐
	Hranjenje	☐	☐	☐	☐	☐
	Eliminacija	☐	☐	☐	☐	☐
	Oblačenje	☐	☐	☐	☐	☐
	Hodanje	☐	☐	☐	☐	☐
	Sjedenje	☐	☐	☐	☐	☐
Stajanje	☐	☐	☐	☐	☐	
Pomagala	1-štaka ☐	2-štap ☐	3-hodalica ☐	4-kolica ☐		
Apetit	1-normalan ☐ 2-povećan ☐ 3-smanjen ☐ 4-mučnine ☐ 5-povraćanje ☐	Žvakanje	1-bez teškoća ☐ 2-otežano ☐			
Gutanje	1-bez teškoća ☐ 2-otežano ☐ 3-teško ☐					
Eliminacija urina	1-normalna ☐ 2-inkontinencija ☐ 1-urinarni kateter ☐ 2-ostalo _____	Vrsta inkontinencije _____				
Eliminacija stolice	1-normalna ☐ 2-inkontinencija ☐ 3-opstipacija ☐ 4-ileostoma ☐ 5-kolostoma ☐ 6-ostalo _____					
Znojenje	1-normalno ☐ 2-smanjeno ☐ 3-povećano ☐					
Kašalj	1-DA ☐ 2-NE ☐	Iskašljavanje	1-DA ☐ 2-NE ☐			
Perceptivne sposobnosti	Vid	1-dobar ☐ 2-oštećen ☐ 3-slijep ☐ 4-naočale ☐ 5-leće ☐				
	Sluh	1-dobar ☐ 2-oštećen ☐ 3-gluh ☐ Slušni aparat 1-DA ☐ 2-NE ☐				
Govor	1-bez teškoća ☐ 2-afazija ☐ 3-ostalo _____					
Spavanje	1-nesanica ☐ 2-hodanje u snu ☐ 3-ostalo _____					
Bol	1-DA ☐ 2-NE ☐	Opis bola (lokalizacija, jačina): _____ 1-blaga bol ☐ 2-umjerena bol ☐ 3-jaka bol ☐				

Svijest	1-očuvana ☐ 2-somnolencija ☐ 3-sopor ☐ 4-stupor ☐ 5-koma ☐				
	1-iluzije ☐ 2-halucinacije ☐ 3-konfuzija ☐				
Aktivnosti koje utiču na zdravlje	Pušenje: 1-DA ☐ 2-NE ☐ Alkohol: 1-DA ☐ 2-NE ☐ Droge: 1-DA ☐ 2-NE ☐				
Promatranje i fizikalni pregled	Visina		Težina		BMI
	Temperatura		Mjerenje	1-axilarno ☐ 4-ostalo _____	2-rektalno ☐ 3-oralno ☐
	Puls		Opis:		
	Pritisak		1-L ruka ☐ 2-D ruka ☐ 3-stoji ☐ 4-sjedi ☐		
	Disanje				Zvukovi
	Ostalo				
	Boja kože	1-normalna ☐	2-blijeda ☐	3-cijanoza ☐	4-žutica ☐
	Toplina kože	1-subfebrilna ☐	2-febrilna ☐	3-visoko febrilna ☐	
	Sluznica	1-normalna ☐	2-suha ☐	3-naslage ☐	4-oštećena ☐
	Turgor	1-normalan ☐	2-slab ☐		
	Koštana izbočenja	Opis:			
	Edemi	Opis:			
	Lezije	Opis:			
	Svrbež	Opis:			
	Dekubitus	Opis:			
	Kateteri	Opis:			
CVK	Opis:				
I.V kanila	Opis:				
Nazogastrična sonda	Opis:				
Tubus	Opis:				
Terapija koju uzima					
Znanje o bolesti	1-stečeno ☐ 2-nije stečeno ☐ 3-djelimično stečeno ☐			Rizik za: 1-pad ☐ 2-povrede ☐ 3- infekciju ☐ 4-ostalo _____	
Znanje o terapiji	1-stečeno ☐ 2-nije stečeno ☐ 3-djelimično stečeno ☐				
Napomene o pacijentu					

Potpis patронаžne sestre/tehničara

KANTON

OPĆINA

ZDRAVSTVENA USTANOVA

SLUŽBA

**Broj patronažnog
kartona:**

Broj kartona:

Datum otvaranja:

PLAN PATRONAŽNE NJEGE

Prezime i ime: _____

Datum	Dijagnoza	Cilj	Planirane intervencije i postupci	Izvršene intervencije i postupci	Evaluacija	Potpis patronažne sestre/tehničara

Potpis patronažne sestre/tehničara

Prilog 4a. Braden skala za procjenu rizika za nastanak dekubitusa

parametar	opis	broj bodova
percepcija osjeta	kompletno limitirana	1
	vrlo limitirana	2
	lagano limitirana	3
	bez poremećaja	4
aktivnost	ležanje	1
	sjedenje	2
	povremeno hodanje	3
	često hodanje	4
prehrana	vrlo loša	1
	vjerojatno neadekvatna	2
	adekvatna	3
	odlična	4
vlažnost	stalno vlažna	1
	vrlo vlažna	2
	povremeno vlažna	3
	rijetko vlažna	4
mobilnost	nepokretan	1
	vrlo limitirana	2
	dijelom limitirana	3
	pokretan	4
trenje i podizanje	problem	1
	potencijalni problem	2
	bez problema	3
ukupni zbir bodova:		

Interpretacija rezultata:

- nema rizika 19-23
- prisutan rizik 15-18
- umjeren rizik 13-14
- visok rizik 10-12
- vrlo visok rizik 9 i manje.

Prilog 4b. Norton skala za procjenu rizika za nastanak dekubitusa

ČINITELJ	OPIS/SKALA	BODOVI
Tjelesno stanje	dobro	4
	srednje	3
	loše	2
	jako loše	1
Mentalno stanje	pri svijesti	4
	bezvoljan	3
	smeten	2
	stupor	1
Kretanje/aktivnost	hoda sam	4
	hoda uz pomoć	3
	kreće se u kolicima	2
	stalno u krevetu	1
Pokretljivost	potpuna	4
	blago ograničena	3
	jako ograničena	2
	nepokretan	1
Inkontinencija	nije prisutna	4
	povremeno	3
	često urin	2
	urin i stolica	1
Ukupno:		

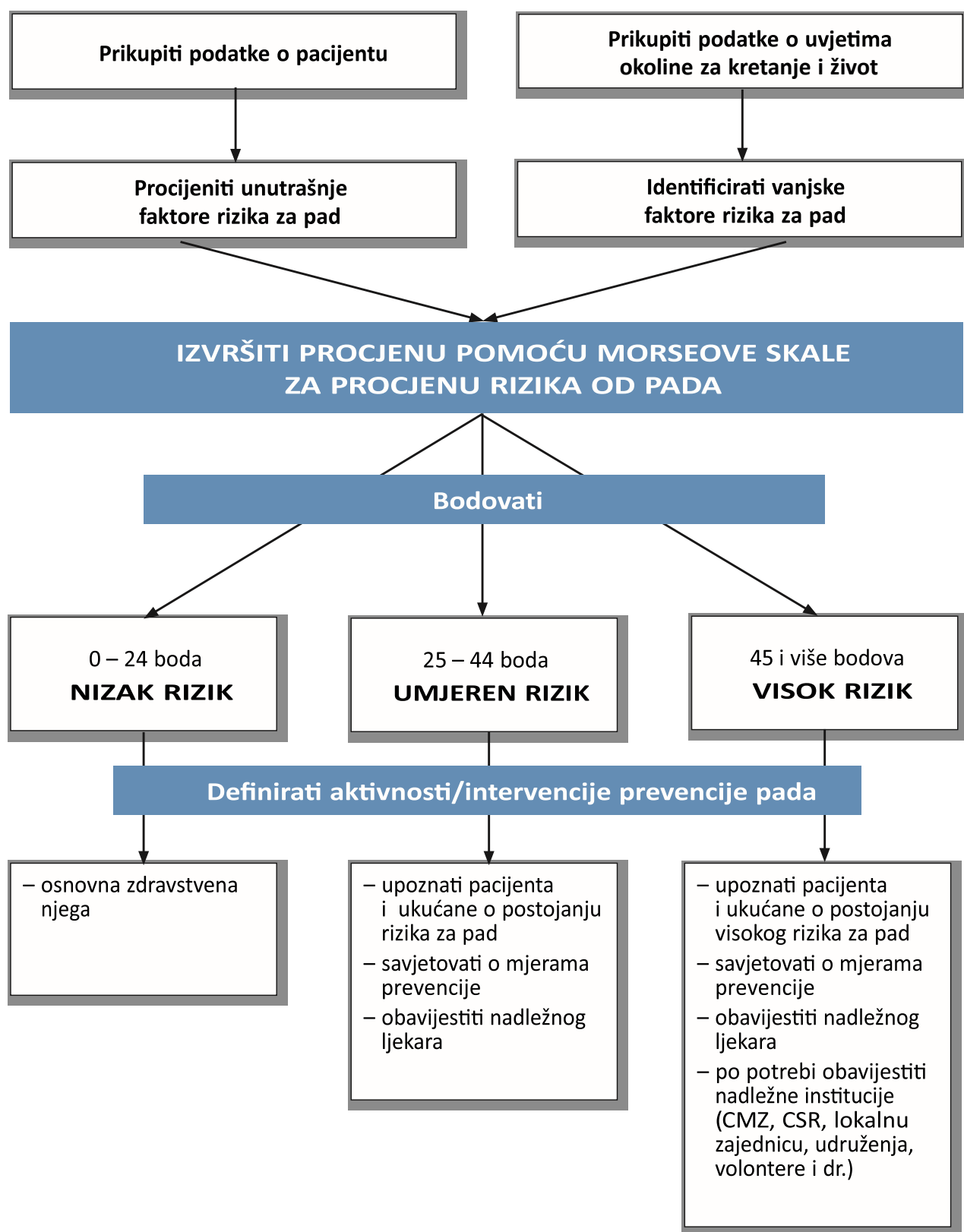
Interpretacija rezultata:
 18-20 bodova – minimalni rizik
 15-17 bodova – srednji rizik
 5-14 bodova – veliki rizik

Prilog 5. Morseova skala za procjenu rizika za pad

FAKTORI RIZIKA	OPIS	BODOVI
Prethodni padovi	da	25
	ne	0
Druge medicinske dijagnoze	da	15
	ne	0
FAKTORI RIZIKA	OPIS	BODOVI
Pomagala pri kretanju	namještaj	30
	štake, štap, hodalica	15
	– ne koristi pomagala, – mirovanje u krevetu, – kretanje uz pomoć druge osobe – invalidska kolica.	0
Infuzija, kateteri	da	20
	ne	0
Stav/premještanje	oštećenje (nestabilan, poteškoće pri uspravljanju tijela)	20
	slab	10
	– normalan, – miruje u krevetu, – nepokretan.	0
Mentalni status	zaboravlja ograničenja	15
	orijentiran u odnosu na vlastitu pokretljivost	0

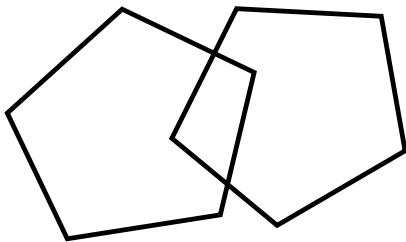
Bodovanje Morseove skale procjene rizika pada

BODOVI (0–125)	REZULTAT	POSTUPCI PATRONAŽNE SESTRE/TEHNIČARA
0 – 24 boda	NIZAK RIZIK ZA PAD	OSNOVNA ZDRAVSTVENA NJEGA
25 – 44 boda	UMJEREN RIZIK ZA PAD	STANDARDNE MJERE PREVENCIJE PADA – Identificirati faktore rizika za pad. – Koncipirati i primjenjivati mjere prevencije – ublažavanje, uklanjanje i/ili sprečavanje djelovanja faktora rizika za pad. – Upoznati pacijenta s postojanjem rizika za pad. – Savjetovati i educirati o mjerama prevencije. – Obavijestiti porodičnog ljekara.
45 i više bodova	VISOK RIZIK ZA PAD	MJERE PREVENCIJE ZA VISOKI RIZIK OD PADA – Identificirati faktore rizika za pad. – Koncipirati i primjenjivati mjere prevencije – ublažavanje, uklanjanje i/ili sprečavanje djelovanja faktora rizika za pad. – Upoznati pacijenta s postojanjem visokog rizika za pad. – Savjetovati i educirati o mjerama prevencije. – Obavijestiti porodičnog ljekara, CMZ, CSR, lokalnu zajednicu, udruženja, volontere...



Prilog 6. Mini test za procjenu mentalnog statusa

Ime i prezime _____ Godište _____ Datum: _____

MINI TEST ZA PROCJENU MENTALNOG STATUSA (Mini-mental State Examination (MMSE))		
PITANJA	MAKSIMALNI SKOR	DOBIJENI SKOR
1. Koja je ovo (godina)(sezona)(mjesec)? Koji je danas datum? Koji je danas dan?	3 1 1	
2. U kojoj se (zemlji) (provinciji) (gradu) nalazimo? Koji je naziv ove bolnice/zgrade? Na kojem spratu se nalazimo?	3 1 1	
3. Imenovat ću 3 predmeta. Nakon što kažem sva tri, želim da ih ponovite. Zapamtite koji su jer ću Vas za nekoliko minuta zamoliti da ih ponovo imenujete. LOPTA; AUTO; ČOVJEK. Molim Vas ponovite mi te tri stvari.	3	
4. Izgovorite slovo po slovo riječ „SVIJET“ . Sada je izgovorite naopačke.	5	
5. Koja su to tri predmeta koja ste trebali zapamtiti? LOPTA AUTO ČOVJEK	3	
6. Pokažite svoj ručni sat. Pitajte: Kako se ovo zove?	1	
7. Pokažite olovku. Pitajte: Kako se ovo zove?	1	
8. Želim da ponovite frazu za mnom: „NIŠTA AKO, I ILI ALI“	1	
9. Pročitajte riječi na ovom listu i uradite šta se od Vas traži. „ZATVORITE OČI“	1	
10. Uzmite papir u svoju desnu/lijevu ruku, presavijte ga jednom na pola s obje ruke i stavite ga na pod.	3	
11. Napišite jednu rečenicu na tom komadu papira	1	
12. Precrtajte ovaj crtež 	1	
UKUPNO	30	

Rezultat procjene: 24–30 normalna kognicija, **18–23** blago kognitivno oštećenje, **10–17** umjereno oštećenje, **0–9** teška kognitivna disfunkcija.

Napomene za ocjenjivanje:

Pitanje 3 – ponavljati nazive dok ih osoba ne ponovi tačno, zbog kasnijeg utvrđivanja pamćenja. Ocjenjuje se samo prvi pokušaj.

Pitanje 5 – jedan bod za svaki tačan odgovor.

Pitanje 10 – ako su tačno izvedena tri stepena zapovjedi ocijeniti s 3 boda.

Pitanje 11 – ocjenjuje se s 1 bodom ukoliko rečenica ima značenje, subjekt i predikat (glagol).

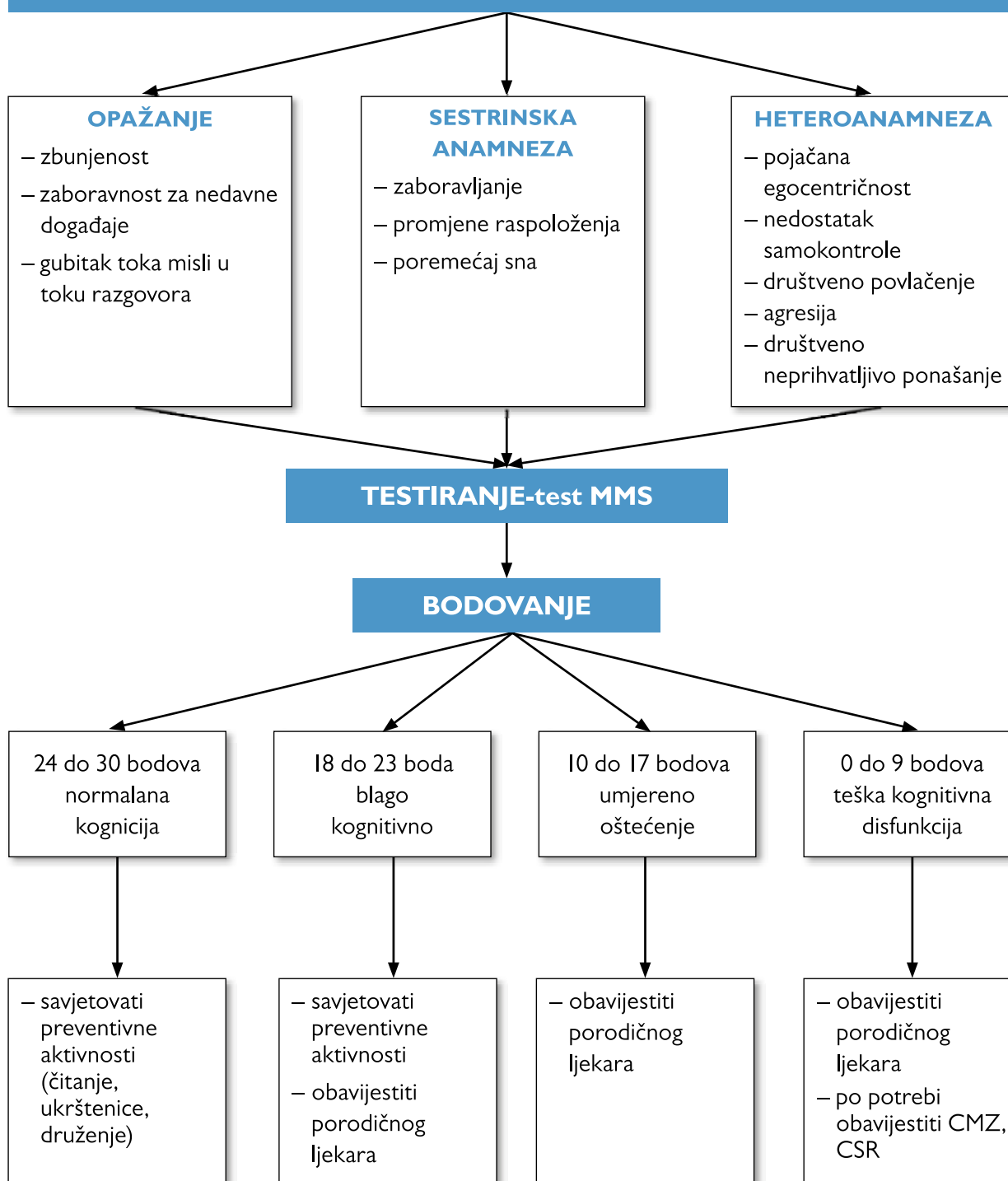
PROCJENA KOGNITIVNOG STATUSA PACIJENTA

Kognitivne funkcije

- pamćenje (kratkotrajno i dugotrajno)
- pažnja
- logičko zaključivanje i rasuđivanje
- brzina obrade informacija
- obrada vizualnih i zvučnih informacija
- jezik i govor



METODOLOGIJA RADA PATRONAŽNE SESTRE-TEHNIČARA



Prilog 7. Gerijatrijska skala procjene depresije – skraćeni oblik upitnika

Odaberite odgovor koji najbolje opisuje kako ste se osjećali protekle sedmice:

1. Jeste li bili zadovoljni svojim životom? DA/NE
2. Jeste li smanjili broj svojih aktivnosti i zanimanja? DA/NE
3. Jeste li osjećali kako je Vaš život neispunjen? DA/NE
4. Jeste li se često dosađivali? DA/NE
5. Jeste li bili dobro raspoloženi većinu vremena? DA/NE
6. Jeste li se bojali da će Vam se nešto loše dogoditi? DA/NE
7. Jeste li bili sretni većinu vremena? DA/NE
8. Jeste li se često osjećali bespomoćno? DA/NE
9. Jeste li radije ostajali kući nego izlazili vani i bavili se novim aktivnostima? DA/NE
10. Smatrate li da imate više problema s pamćenjem nego većina drugih ljudi? DA/NE
11. Smatrate li da je vam je život sada prekrasan? DA/NE
12. Jeste li se osjećali bezvrijedno? DA/NE
13. Jeste li se osjećali puni energije? DA/NE
14. Jeste li osjećali da ste u bezizlaznoj situaciji? DA/NE
15. Smatrate li da je drugima bolje nego Vama? DA/NE

Odgovor NE u pitanjima 1, 5, 7, 11 i 13 nosi 1 bod

Odgovor DA u pitanjima 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 i 15 nosi 1 bod

Interpretacija rezultata:

0-5 bodova – nema znakova depresije;

6-9 bodova – postojanje manjih znakova koji upućuju na depresiju;

10 i više bodova – postojanje većih znakova depresije.

Ukoliko je zbir bodova 6 i više, potražite savjet porodičnog ljekara.

Prilog 8. Barthelov indeks dnevnih životnih aktivnosti

Stolica:

0 = inkontinentan (ili treba klistir)

1 = povremena nekontrolirana defekacija

2 = uredna

Rezultat: _____

Urin:

0 = inkontinentan, kateteriziran

1 = povremena nekontrolirana mikcija (maksimalno jedanput u 24 sata)

2 = uredna (za više od 7 dana)

Rezultat: _____

Lična higijena:

0 = potrebna pomoć

1 = neovisno pranje lica/kose/zuba/brijanje

Rezultat: _____

Korištenje toaleta:

0 = ovisan

1 = potrebna djelomična pomoć, ali izvodi samostalno

2 = neovisan

Rezultat: _____

Hranjenje:

0 = ne može samostalno

1 = potrebna djelomična pomoć – sjeckanje, mazanje putera itd.

2 = neovisan (uključujući nabavku hrane)

Rezultat: _____

Transfer:

0 = nije u mogućnosti – nema balans pri sjedenju

1 = potrebna pomoć (jedne ili više osoba), može sjediti

2 = djelomična – minorna pomoć (verbalna ili fizička)

3 = neovisan

Rezultat: _____

Mobilnost:

0 = nepokretan

1 = samostalan u kolicima

2 = hoda uz pomoć jedne osobe (verbalne ili fizičke)

3 = neovisan

Rezultat: _____

Oblačenje:

0 = ovisan

1 = potrebna djelomična pomoć

2 = neovisan (uključujući zakopčavanje dugmadi...)

Rezultat: _____

Stepenice:

0 = ne može

1 = potrebna pomoć (verbalna, fizička...)

2 = sposoban za penjanje i spuštanje niz stepenice

Rezultat: _____

Kupanje:

0 = ovisan

1 = neovisan (ili korištenje tuša)

Rezultat: _____

Ukupan rezultat: _____

Rezultat: zbir svih rezultata.

Može biti od 0 do 20.

Nizak rezultat ukazuje nam smanjenu mogućnost izvođenja svakodnevnih životnih aktivnosti.

Prilog 9. Primjeri o spolnim/rodnim razlikama u oblasti zdravlja

- **Odnos prema vlastitom zdravlju:** Žene se obično fokusiraju na sprječavanje zdravstvenih problema, dok muškarci traže zdravstvene usluge samo u slučaju bolesti. Muškarci imaju tendenciju da reagiraju na prisustvo određenih simptoma bolesti umanjujući njihov značaj, te obično odbijaju medicinske preglede, jer vjeruju da mogu sami riješiti problem ili se nadaju da će se riješiti sam od sebe.
- **Uloga negovateljice:** Historijski gledano, od žena se očekivalo da služe kao primarni „negovatelji“, bilo da se radi o roditeljstvu, brizi o ostarjelom članu porodice ili plaćenom radu (npr. medicinske sestre). Udio vremena provedenog na neplaćenom radu u domaćinstvu i pružanju njege je 2,6 puta veći kod žena nego kod muškaraca. S druge strane, od muškaraca se često očekuje da budu primarni hranitelji. Uloga žene kao primarne negovateljice u kući često znači da se ona manje bavi preventivnim mjerama za očuvanje vlastitog zdravlja. Na primjer, manje je vjerovatno da će se žene baviti redovnim fizičkim vježbama. Istraživanja pokazuju da je rodno ravnopravno domaćinstvo zdravije okruženje za cijelu porodicu. Pravedna podjela posla i brige znači da su žene manje pod stresom i mogu biti prisutnije za svoju djecu i/ili voljene osobe s invaliditetom. Zauzvrat, djeca imaju koristi od vremena provedenog s ocem, što im, također, pomaže u razvoju. U prenatalnu i postnatalnu njegu treba uključiti i očeve, te potaći i podržati muškarce da se pridruže pružanju brige o bolesnom članu porodice.
- **Seksualno i reproduktivno zdravlje:** Društveno prihvaćene rodne uloge često muškarcima daju primarni autoritet nad odlukama koje se tiču seksualnog i reproduktivnog zdravlja, a ženama mogu uskratiti sposobnost da odbiju seks, koriste moderna kontraceptivna sredstva ili pregovaraju o upotrebi kondoma. Kao rezultat toga, žene su često nesposobne da se adekvatno zaštite od neželjene trudnoće, seksualno prenosivih bolesti i negativnih posljedica koje one imaju na zdravlje. Preovladavajuće muške rodne uloge mogu spriječiti muškarce da koriste kondome. To utječe, ne samo na njihovo vlastito zdravlje, već i na zdravlje njihovih partnerica. Seksualno prenosive bolesti su češće asimptomatične kod žena i mogu da prouzrokuju neplodnost, a dijagnosticiraju se ranije kod muškaraca zbog pojavljivanja simptoma (muškarci s gonorejom će ranije zatražiti medicinsku pomoć, jer se bolovi pojavljuju nekoliko dana nakon infekcije). Zdravlje očeva se često previđa kao faktor neplodnosti parova ili lošeg reproduktivnog zdravlja žena (oklijevanje muškaraca da se testiraju za plodnost ili seksualno prenosive infekcije). Pristup ka planiranju porodice tradicionalno je fokusiran na žene, pa je potrebno uložiti dodatni trud da se to promijeni i da se i muškarci više uključe u planiranje porodice i očuvanje seksualnog i reproduktivnog zdravlja. Seksualno zdravlje mladih ljudi, također, u velikoj mjeri je određeno rodnim ulogama u društvu, što može dovesti do neželjenog seksualnog odnosa, nasilja, neželjene trudnoće i seksualno prenosivih infekcija. Mladi se suočavaju s diskriminacijom u okviru sistema zdravstvene njege, uključujući kršenje njihovog prava na povjerljivost i nedostatak pristupa odgovarajućim informacijama i uslugama.
- **Upotreba duhana:** U većini zemalja, biti rođen kao muškarac, najveći je prediktor za upotrebu duhana, s ukupnom prevalencom oko četiri puta većom nego kod žena globalno (48% naprema 12%). Veća ženska autonomija i promjena ženskih uloga povezani su s porastom pušenja među ženama. Različiti su razlozi za „počinjanje“, za nastavak i prestanak pušenja kod muškaraca (da bi izgledali što više „muški i opasno“) i žena (strah od povećanja težine po prestanku pušenja). Postoje dokazi da žene i muškarci donekle reagiraju drugačije na nikotin. Ženska ovisnost može biti više ojačana senzornim i društvenim kontekstom pušenja, a ne nikotinom, što ukazuje na to da flasteri možda nisu toliko efikasna pomoć. Ovo može pomoći da se objasni zašto su neke studije otkrile da žene prestaju pušiti teže od muškaraca; druga objašnjenja uključuju nedostatak socijalne podrške, strah od debljanja, depresiju i hormone. Duhan nosi i specifične rizike po zdravlje kod muškaraca i žena (muškarci – smanjena plodnost i seksualna potencija; žene –

povećane kardiovaskularne bolesti, posebno tokom upotrebe oralnih kontraceptiva, veće stope neplodnosti, preuranjeni porođaji, mala težina novorođenčadi, rak grlića materice, rana menopauza i prijelomi kostiju, te negativan uticaj na razvoj fetusa). Potreban je, donekle, drugačiji pristup prevenciji/prestanku pušenja kod žena i muškaraca. Žene bi mogle imati više koristi od zdravstveno-promotivnih poruka koje ruše mit o 'laganoj' cigareti i koje ističu negativan utjecaj na ljepotu, dok muškarci mogu biti više zabrinuti zbog prijetnji duhana po njihovu muškost. Prečesto je fokus samo na trudnicama, prvenstveno zbog zdravlja fetusa, ali se treba pozabaviti i pušenjem od strane oca. Kampanje u zajednici treba da osiguraju da su poruke efikasne za oba spola.

- **Konзумacija alkohola:** Najjači prediktori upotrebe alkohola su starost i spol. Ne samo da muškarci više piju nego žene, već piju i veće količine. Ipak, žene i dalje imaju tendenciju da doživljavaju više društvene stigme vezane za konzumaciju alkohola. Žene više piju u privatnom, a muškarci u javnom okruženju. Ovo doprinosi nevidljivosti upotrebe alkohola kod žena i tome da je manje vjerovatno da će tražiti pomoć za probleme vezane za upotrebu alkohola. Prvi seksualni kontakt kod velikog broja adolescenata javlja se dok je pod utjecajem alkohola. Za mnoge, posebno djevojke, to će vjerovatno biti neželjeno, pa čak i pod prisilom. Zdravstveni radnici bi trebali da imaju kompetencije da otkriju simptome konzumiranja alkohola kod žena. Konstruktivni i neosuđujući zdravstveno-promotivni programi mogu poboljšati, posebno među ženama, traženje pomoći za ovaj problem.
- **Reakcija na stres i simptome mentalne bolesti:** Muškarci i žene reagiraju na stres i simptome mentalne bolesti na vrlo različite načine. Muškarci, obzirom na dominantne muške stereotipe, nerado traže stručnu pomoć za depresiju ili tjeskobu, te se umjesto toga okreću nesocijalnim mehanizmima nošenja s problemom, kao što je zloupotreba alkohola ili čak samoubistvo.
- **Rizik od siromaštva:** Žene su često izložene većem riziku od siromaštva od muškaraca, što ima negativan utjecaj na njihovo zdravlje i može dovesti do veće učestalosti bolesti. Određeni uvjeti lošeg zdravlja mogu dovesti do socijalne isključenosti žena i naknadnog siromaštva, što ukazuje na bitnost prepoznavanja ciklusa slabog zdravlja i siromaštva.
- **Okolišni rizici:** Rodna podjela socijalnih uloga i odgovornosti često znači da muškarci i žene vode svoje lične i profesionalne živote u različitim okruženjima, što opet može značiti da su izloženi različitim okolišnim rizicima. Npr. žene koje puno vremena provode u kuhinji koja nema odgovarajuću ventilaciju i koja koristi plin, đubrivo ili drva, kao izvor energije, mogu za posljedicu imati respiratorne probleme. Zdravstveni rizici su veći kod muškaraca koji rade u rudarskoj i građevinskoj industriji, te poslovima u drumskom prijevozu.
- **Karcinom:** Za muškarce su vodeći karcinomi pluća, želuca, jetre, debelog crijeva i prostate. Za žene, rak dojke i pluća su najsmrtonosniji. Utjecaj rodne pripadnosti se krije iza ovih podataka. Na primjer, činjenica da je pušenje muška aktivnost, dovela je do alarmantno visoke smrtnosti od raka pluća kod muškaraca. Smrtnost od raka pluća kod žena je u porastu nakon što su oglašivači cigareta uspješno povezali pušenje sa statusom i emancipacijom žena.
- **Osteoporoza:** Prekomjeren gubitak koštanog tkiva češći je kod žena. Čini se da je to povezano s hormonalnim promjenama kod žena u vrijeme menopauze, ali može biti dijelom zbog sjedećeg načina života, manjeg izlaganja suncu i dijeta.
- **Invaliditet:** Smanjenje broja nesreća koje dovode do invaliditeta među ljudima svih uzrasta – posebno mladićima koji su skloniji češćem rizičnom ponašanju – također, može smanjiti invalidnost u poznim godinama.
- **Prepreke u pristupu zdravstvenim informacijama i uslugama:** Rodna neravnopravnost i dis-

kriminacija s kojom se suočavaju žene i djevojčice ugrožavaju njihovo zdravlje i dobrobit. Žene i djevojčice često se suočavaju s većim preprekama u pristupu zdravstvenim informacijama i uslugama (ograničena mobilnost, niža stopa pismenosti, nedostatak autonomije u donošenju odluka, diskriminirajući stavovi zajednica i pružatelja zdravstvenih usluga itd.). Nizak nivo znanja o propisima koji se tiču zdravstvene zaštite, ne samo među ženama već i među muškarcima, još je jedan problem u ostvarivanju prava iz oblasti zdravstvene zaštite.

- **Nasilje:** Štetne rodne norme – posebno one koje se odnose na krute predodžbe o muškosti – doprinose tome da dječaci i muškarci počine nasilje – kao i da su sami izloženi nasilju.
- **Životni vijek:** Iz razloga koji nisu u potpunosti razjašnjeni, žene u razvijenim zemljama imaju duži životni vijek nego muškarci. Ovo ima značajne posljedice za zdravlje starijih žena. Za početak, duži životni vijek žena, u kombinaciji s činjenicom da muškarci imaju tendenciju da se žene mlađim ženama, te da se udovci češće ponovo žene nego udovice, znači da na svijetu ima mnogo više udovica nego udovaca. S obzirom na to da se žene u mnogim zemljama oslanjaju na svoje muževe za osiguranje ekonomskih resursa i društvenog statusa, to znači da je veliki postotak starijih žena koje su u opasnosti od ovisnosti, izolacije, i/ili strašnog siromaštva i zanemarivanja. Štaviše, iako žene u prosjeku žive više godina nego muškarci, mnoge od ovih godina mogu se provesti u sjenci invaliditeta ili bolesti.
- **Krize:** Rat, prisilne migracije, glad, epidemije i druge krize imaju tendenciju da poremete temelje društva u cjelini, te da ubijaju i raseljavaju odrasle u njihovim najproduktivnijim godinama. Ove situacije mogu negativno utjecati na starije osobe: uklanjanjem mlađih radnika na koje se mnogi stariji ljudi moraju osloniti u nedostatku javnih shema socijalnog osiguranja, te ostavljajući za sobom siročad, bolesne i osobe s invaliditetom o kojima se mora brinuti. Starije žene jesu posebno pod utjecajem navedenog, jer s jedne strane generalno imaju manje ekonomskih resursa, pa se stoga moraju više oslanjati na podršku mlađih odraslih osoba, a s druge strane zbog toga što će briga o djeci i drugima najvjerovatnije pasti na njih. Dakle, čak i kada starija osoba ne nastrada u ratu ili nije zaražena npr. HIV virusom, i dalje je vjerovatno da će biti ozbiljno pogođena takvim krizama.
- **Infekcije:** Muškarci su podložniji bakterijskim, virusnim, gljivičnim i parazitskim infekcijama od žena, a muški imunološki sistem ne reagira tako snažno na vakcine kao kod žene. Povećani rizik od dobijanja SARS-CoV-2 kod muškaraca, također je povezan s nižim stopama pranja ruku, većim stopama pušenja i zloupotrebe alkohola i s tim u vezi većim komorbiditetima za teške simptome COVID-19 u poređenju sa ženama.
- **Srčana bolest:** Studije pokazuju da je veća vjerovatnoća (50%) da će žene sa srčanim oboljenjima dobiti pogrešnu dijagnozu nego muškarci. Kada dožive srčani udar, takve greške mogu biti fatalne. Srčana bolest se često tumači kao bolest koja obično pogađa muškarce, pa se muškarci češće upućuju specijalistima. Iako je istina da je stopa srčanih oboljenja niža kod mlađih žena nego muškaraca, to je daleko od rijetkog događaja. Pored toga, muškarci i žene imaju različite simptome srčanog udara. Žene kao i muškarci imaju pritisak u grudima, ali je vjerovatnije da će imati i mučninu, znojenje, povraćanje, bol u vratu, vilici, grlu, abdomenu ili leđima. Potrebno je blagovremeno prepoznati i liječiti simptome srčanog udara kod žena.
- **Zadovoljstvo zdravstvenim uslugama:** Neke studije ukazuju na to da su različiti aspekti zdravstvene zaštite bitniji muškarcima i ženama. Ocjena zadovoljstva kod žena više ovisi o informativnom sadržaju, kontinuitetu njege i multidisciplinarnosti, dok kod muškaraca o ličnom interesu koji je pokazao zdravstveni radnik. Žene ocjenjuju da je odnos s medicinskim sestrama/tehničarima bitniji za opće zadovoljstvo uslugama, dok je kod muškaraca to odnos s ljekarom.

Prilog 10. Opći standardi za uključivanje principa ravnopravnosti spolova i nediskriminacije u pružanje zdravstvene njege

- Koristiti efikasne strategije komunikacije koje odražavaju poštovanje prema pacijentima i uvažavaju individualne vrijednosti, uvjerenja, jezik, kulturu, društveno ekonomski status, fizički i mentalni kapacitet, seksualnu orijentaciju i rodni identitet.
- Koristiti efikasnu komunikaciju i vještine za unapređenje međuljudskih odnosa za izgradnju povjerenja i zadovoljstva pacijenata kroz pružanje podrške njihovom osnaživanju, kao i njihovih porodica.
- Pružiti relevantne informacije pacijentima/starateljima/porodici o dostupnim zdravstvenim i socijalnim uslugama, kao i o pravima i odgovornostima pacijenata, a u skladu sa specifičnostima uvjetovanim njihovim rodnim razlikama i drugim relevantnim faktorima (npr. usmene informacije za nepismene, slijepe itd.).
- Osigurati zaštitu ljudskih prava, povjerljivost i privatnost.
- S obzirom na činjenicu da različite grupe pacijenata shodno njihovim načinima života, vjerskim i kulturnim uvjerenjima, mogu iskazati posebnu vrstu osjetljivosti u vezi s aplikacijom lijekova, medicinskih pomagala i drugih tretmana, omogućiti izbor spola zdravstvenog osoblja koje pruža usluge (npr. uvođenje katetera, aplikacija lijekova u predjelu glave kod pokrivenih žena i sl.).
- Identificirati barijere u pristupu uslugama različitih ranjivih grupa (siromašni, pacijenti iz ruralnih sredina i sl.) i pružiti podršku u prevazilaženju istih.
- Osigurati zdravstvenu njegu, posebno uvažavajući potrebe manjinskih grupa, vodeći računa o specifičnostima njihovih rodnih razlika.
- Osigurati odgovarajuću zaštitu i ostvarivanje prava u pristupu zdravstvenoj zaštiti za osobe koje nisu u stanju donositi odluke i/ili nemaju nikoga da ih zastupa.
- Osigurati fizičku i psihološku privatnost i osjećaj lagodnosti ženama prilikom pružanja bilo koje vrste zdravstvene usluge, kao i njihovim članovima porodice i pomažućim osobama.
- Osigurati pacijentima potrebnu edukaciju o njihovom zdravstvenom stanju u skladu s njihovim specifičnim potrebama uvjetovanim različitim obrascima ponašanja i životnim stilovima uvjetovanim rodnim razlikama.
- Promovirati redovne kontrole zdravstvenog stanja, zdravu ishranu i zdrave stilove života kod svih grupa, naročito kod muškaraca, jer su istraživanja pokazala da muškarci u Federaciji BiH, brigu o svom zdravlju uglavnom prepuštaju svojim majkama, suprugama, partnericama, kao i da su više nego žene skloni rizičnim ponašanjima.
- Isključiti savjete koji nose obilježja stereotipnog ponašanja (npr. objašnjavati samo ženskim članovima porodice kako brinuti o bolesniku, samo porodilji i ženskim članovima porodice kako brinuti o higijeni novorođenčeta i sl.). Cilj je uključiti sve članove porodice, u skladu s njihovim mogućnostima, uključujući i muškarce, te na taj način eliminirati uobičajene/tradicionalne prakse, koje su jedan od uzroka neravnopravnosti spolova i imaju puno veće posljedice za cjelokupno društvo.
- Pružiti podršku i educirati porodicu starije osobe o njezi i prevazilaženju stresa, vodeći računa o dostojanstvu i privatnosti starijih osoba, te specifičnostima njihovih potreba na osnovu rodnih razlika. Njega starijih osoba uključuje široku lepezu aktivnosti i potreba, koje naročito obuhvataju informiran pristup, fizičke, psihološke, društvene i duhovne potrebe. Starije osobe i članovi porodice koji su njihovi zastupnici imaju pravo na informacije o svakom aspektu njege, kao i na donošenje odluke u tom smislu, tako da su medicinske sestre/tehničari dužni poštovati nivo traženog učešća.

Prilog 11. Pitanja koja se koriste prilikom provođenja skrininga za nasilje u porodici/rodno zasnovano nasilje

Uvodna pitanja koja se mogu postaviti pacijentici tokom postupka skrininga

- ➡ „S obzirom na činjenicu da je nasilje u porodici/obitelji jako prisutno, sve osobe koje dolaze na pregled pitamo o iskustvu nasilja u porodici/obitelji.“
- ➡ „Znamo da je iskustvo nasilja u porodici/obitelji povezano s povećanim rizikom za razne psihološke i tjelesne teškoće, te zbog toga svaki razgovor s pacijentom započinjemo s pitanjima o nasilju u porodici/obitelji.“
- ➡ „Ne znam je li ovo nešto što Vam se možda događalo ili Vam se trenutno događa, ali brojne pacijentice koje viđam imaju probleme u odnosu s partnerom zbog kojih su uplašene i brinu se za svoju sigurnost. Neke su toliko uplašene i/ili im je neugodno pričati o tim temama, pa stoga ja svaku osobu s kojom razgovaram pitam o nasilju u porodici/obitelji. Događa li se nešto slično Vama?“

Direktna verbalna pitanja koja se mogu koristiti pri provođenju skrininga

- ➡ „Jesu li ove povrede nastale tako što Vas je neko povrijedio? Je li to bio Vaš partner/suprug?“
- ➡ „Je li Vas partner/suprug ikada odgurnuo, stegnuo ili pritisnuo uz nešto na način koji Vam nije bio ugodan?“
- ➡ „Radite li uvijek ono što partner/suprug traži od Vas kako biste izbjegli njegovu ljutnju ili neke druge negativne posljedice?“
- ➡ „Pokušava li Vas partner/suprug kontrolirati, donositi odluke za Vas ili Vam govori gdje smijete otići, a gdje ne?“
- ➡ „Pokušavali li Vas partner zastrašiti na način da Vas stjera u kut, blokira Vam prolaz, gurne Vas u zid ili Vas zaključa u sobu?“
- ➡ „Odbija li Vaš partner/suprug koristiti sredstva za kontracepciju tokom spolnog odnosa ili se šali s Vašom namjerom da kontrolirate začće/planirate trudnoću?“
- ➡ „Je li Vas strah zamoliti partnera/supruga da koristi neki oblik kontracepcije tokom spolnog odnosa?“
- ➡ „Prisiljava li Vas partner/suprug na spolni odnos ili neki drugi oblik spolnog kontakta, iako Vi to u tom trenutku ne želite?“
- ➡ „Traži li partner/suprug od Vas ili Vas prisiljava na neki oblik seksualne aktivnosti koji ne želite?“
- ➡ „Zahtijeva li partner/suprug od Vas seksualnu aktivnost kada ne želite ili Vam govori da je seksualna aktivnost s njim Vaša obaveza?“
- ➡ „Ponižava li Vas partner/suprug ili umanjuje Vaše sposobnosti? Kritizira li partner Vaše roditeljske vještine ili Vam narušava autoritet nad djecom?“
- ➡ „Plašite li se biti u svom domu i/ili plašite li se svog partnera/supruga?“
- ➡ „Plašite li se ponekad vratiti se u svoj dom?“

Prilog 12. Generički okvir za Standardnu operativnu proceduru: „Postupanja patronažne sestre/tehničara u slučaju nasilja ili sumnje na nasilje u porodici”

*Primjer koji se modificira za patronažne timove u ovisnosti od njihove organizacije u praksi

DOM ZDRAVLJA	
NASLOV PROCEDURE: Procedura postupanja patronažne sestre/tehničara u slučaju nasilja ili sumnje na nasilje u porodici	Strana
VRSTA PROCEDURE: Radna procedura	Jedinstveni broj procedure: Važi do:

1. OPĆA IZJAVA O POLITICI

Nasilje u porodici postoji ukoliko postoje osnove sumnje da su učinjene radnje kojima član porodice nanosi fizičku, psihičku ili seksualnu bol ili patnju, i/ili ekonomsku štetu kao i prijetnje koje izazivaju strah od fizičkog, psihičkog ili seksualnog nasilja, i/ili ekonomske štete kod drugog člana porodice.

Oblici nasilja u porodici: fizičko, psihičko, ekonomsko, seksualno nasilje, ali i zanemarivanje (nebriga) djece i starih i iznemoglih osoba u porodici. Često se istovremeno susreće više oblika nasilja u porodici.

Cilj procedure je dati smjernice patronažnoj sestri/tehničaru da prepozna i ispravno postupi u slučaju postojanja nasilja ili sumnje na nasilje u porodici.

Korištenje jednog gramatičkog roda u tekstu procedure jednako se odnosi i na žene i muškarce, dječake i djevojčice.

2. PODRUČJE PRIMJENE

- ~ Patronažna djelatnost Doma zdravlja
- ~ Sve medicinske službe

3. DISTRIBUCIJA I NADZOR

- 3.1. Odgovorne osobe medicinskih službi Doma zdravlja dužne su upoznati svoje uposlenike s ovom procedurom.
- 3.2. Ovaj dokument mora biti dostupan svim uposlenicima Doma zdravlja
- 3.3. Svi uposlenici Doma zdravlja su odgovorni za primjenu ove procedure.
- 3.4. Koordinator službe/odjela polivalentne patronažne djelatnosti obavlja kontinuirani nadzor i provjeru pravilnosti primjene procedure.

4. PROCEDURA

Nasilje u porodici može biti prouzrokovano od jednog ili više članova porodice, nad bilo kojim članom porodice, a najčešće se manifestira kao nasilje nad osobama u partnerskim odnosima, nasilje nad djecom i nasilje nad starim osobama u porodici.

Nasilje u porodici postoji ukoliko postoje osnove sumnje da su učinjene radnje kojim član porodice nanosi fizičku, psihičku ili seksualnu bol ili patnju i/ili ekonomsku štetu, kao i prijetnje koje izazivaju strah od fizičkog, psihičkog ili seksualnog nasilja i/ili ekonomske štete kod drugog člana porodice.

4.1. Prepoznavanje nasilja u porodici

Žrtve nasilja u porodici često skrivaju, negiraju ili nerado govore o nasilju zbog različitih razloga:

- ~ strah od nerazumijevanja, pogoršanja stepena nasilja ukoliko se neko uključi, da će djeca biti uključena u ciklus nasilja, da će policija ili sudski organi biti uvučeni u problem,
- ~ stid i nelagoda,
- ~ nedostatak povjerenja da je problem moguće riješiti.

Patronažna sestra/tehničar može posumnjati da se radi o mogućem nasilju u porodici na osnovu vidljivih povreda, tegoba koje žrtva navodi, ponašanja, postupaka i priznanja žrtve nasilja i/ili počinitelja nasilja.

4.2. Najčešći znaci, ponašanja i simptomi koji mogu ukazivati na nasilje u porodici

- ~ Lokalizacija povreda na glavi, licu, vratu, grudnom košu, abdomenu i anogenitalnoj regiji,
- ~ modrice, opekotine, ožiljci, kontuzije, laceracije u različitim fazama zacjeljenja, traumatska alopecija, loša higijena, pothranjenost i dehidracija (djeca i osobe ovisne o tuđoj njezi i pomoći),
- ~ žrtva sakriva povrede. Tokom razgovora nasilna osoba (počinitelj nasilja) je dominantna i govori u ime žrtve.

Navedenom treba dodati sve ostale pokazatelje koji, u datim okolnostima, mogu navesti patronažnu sestru/tehničara na sumnju da postoji nasilje u porodici.

4.3. Postupci patronažne sestre/tehničara ukoliko posumnja na moguće nasilje u porodici

- ~ Kroz razgovor s članovima porodice, starateljem ili njegovateljem, dobiti informacije koje mogu potvrditi ili opovrgnuti sumnju na postojanje nasilja,
- ~ upoznati žrtvu s kontaktima za traženje pomoći (Policija 122, Hitna pomoć 124, SOS telefon za žrtve nasilja 1265 za FBiH, i preporučiti obraćanje nadležnom centru za socijalni rad),
- ~ sva zapažanja, saznanja i navode potencijalne žrtve potrebno je uredno dokumentirati i prijaviti nadležnom doktoru,
- ~ informirati socijalnog radnika u Službi porodične/obiteljske medicine ili Centra za mentalno zdravlje u zajednici u skladu s Procedurom za patronažne sestre koja definira kriterije za angažiranje socijalnog radnika Doma zdravlja

U slučaju uočavanja teških tjelesnih povreda, upotrebe vatrenog oružja i seksualnog nasilja ili prisustva nasilnoj situaciji, patronažna sestra/tehničar je obavezna obavijestiti službu hitne medicinske pomoći i nadležnu policijsku stanicu.

4.4. Mjere opreza i preporuke

- ~ Ne suprotstavljati se počinitelju nasilja kako ne bi ugrozio vlastitu sigurnost i sigurnost žrtve,
- ~ ne interpretirati izjave, ne mijenjati, ne tumačiti,
- ~ imati u vidu da su žrtve ponekad sklone mijenjanju izjava ili svjesno izostavljaju neugodne detalje incidenta,
- ~ oprez – odgovor „NE“ ne mora uvijek značiti NE,
- ~ evidentirati sve povrede i izjave doslovno kako su izrečene od strane žrtve,

- ~ pročitati žrtvi šta je zapisano i zatražiti potpis,
- ~ sačuvati dokumentirano.

4.5. Evidencija

Patronažna sestra/tehničar koristi sljedeću dokumentaciju:

- ~ nalog za posjetu,
- ~ karton polivalentne patronažne zdravstvene njege.

Po povratku u ustanovu patronažna sestra/tehničar informira nadležnog ljekara o stanju pacijenta/ice, zapažanjima, saznanjima i datim preporukama. Sve evidentira u postojeću važeću medicinsku dokumentaciju ustanove:

- ~ lične podatke o pacijentu,
- ~ datum i vrijeme patronažne posjete,
- ~ stanje pacijenta, izjave pacijenta vezane za nasilje, provedene postupke i date preporuke,
- ~ raspoložive podatke o počinitelju nasilja,
- ~ potpis patronažne sestre/tehničara koji je obavio patronažnu posjetu.

5. REVIZIJA

Revizija ove Procedure vrši se svake tri godine, po potrebi i ranije.

Uradio	Ime i prezime / radna grupa	Verifikacija (potpis)
Pregleda/saglasan		
Datum usvajanja		

M.P.



Ovaj priručnik je izrađen u okviru projekta "Jačanje sestrinstva u Bosni i Hercegovini" koji finansijski podržava Vlada Švicarske, a provode Federalno ministarstvo zdravstva i Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske u saradnji sa konzorcijem Fondacije fami i Ženevskih univerzitetskih bolnica.



Švicarska.

Ova publikacija je urađena u okviru projekta "Jačanje sestrinstva u Bosni i Hercegovini".
Projekat finansijski podržava Vlada Švicarske, a provode Federalno ministarstvo zdravstva i
Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske u saradnji sa konzorcijem
Fondacije fami i Ženevskih univerzitetskih bolnica.