



Министарство здравља и
социјалне заштите
Републике Српске

СМЈЕРНИЦЕ

ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ СЕСТРИНСТВА
У ЗАЈЕДНИЦИ НА НИВОУ ЈЕДИНИЦА
ЛОКАЛНЕ САМОУПРАВЕ
У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ





Министарство здравља и
социјалне заштите
Републике Српске

СМЈЕРНИЦЕ

ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ СЕСТРИНСТВА
У ЗАЈЕДНИЦИ НА НИВОУ ЈЕДИНИЦА
ЛОКАЛНЕ САМОУПРАВЕ
У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

Сарајево, 2022. године

Аутори

Милан Латинковић, др мед.

Мирјана Јанковић, дипл. лекар здравствене неге

Мр sci Јасминка Вучковић, др мед.

Марина Миловановић, др стом.

Драгица Вукосављевић, дипл. есс.

Издавач



Фондација фами, Сарајево

Вишеградска 24

www.fondacijafami.org

За издавача

Дејан Средић

Лекторка

Александра Савић

Тираж

300

Израду и припрему за штампање „Смјерница за унапређење сестринства у заједници на нивоу јединица локалне самоуправе у Републици Српској“ приредило је Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске. Цијели процес подржан је кроз пројекат „Јачање сестринства у БиХ“, који подржава Влада Швајцарске, Швајцарска агенција за развој и сарадњу (СДЦ), уз подршку у реализацији коју пружа Фондација Фами.

ISBN 978-9926-8678-1-2

CIP запис доступан у COBISS систему Националне и универзитетске библиотеке БиХ под

ID бројем 50903302

САДРЖАЈ

ПРЕДГОВОР	5
УВОД	7
I ПРЕГЛЕД ЗАКОНОДАВНОГ ОКВИРА	8
II ОРГАНИЗАЦИЈА СУЗ НА НИВОУ ЈЕДИНИЦА ЛОКАЛНЕ САМОУПРАВЕ	9
2.1. Модели пружања услуга здравствене његе у заједници	9
2.2. Садржај здравственог електронског картона	10
2.3. План здравствене његе	10
2.4. Сестринска документација	11
III РЕСУРСИ И ИНФРАСТРУКТУРА (људски ресурси, радни простор и опрема)	13
IV ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНА И ИНТЕРСЕКТОРСКА САРАДЊА	15
V ЛОКАЛНИ ПЛАН ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ (ЛИП)	16
VI НАЧИН ОРГАНИЗАЦИЈЕ ТЕОРЕТСКОГ И ПРАКТИЧНОГ ДИЈЕЛА ДОДАТНЕ ЕДУКАЦИЈЕ ИЗ СУЗ	19
VII НАЧИН ОБАВЉАЊА ПРОЦЈЕНЕ ЗАЈЕДНИЦЕ И ИЗРАДЕ ПЛАНА ЗДРАВСТВЕНО-ПРОМОТИВНИХ АКТИВНОСТИ	20
7.1. Процјена заједнице	20
7.2. Планирање здравствено-промотивних активности	21
7.3. Примјена (извођење) планираних активности	21
7.4. Евалуација примјене (имплементације) планираних активности	22
VIII МЕТОДОЛОГИЈА ЗА КОНТИНУИРАНО ПРОФЕСИОНАЛНО УСАВРШАВАЊЕ У ОКВИРУ СУЗ	23
IX НАЧИН ОРГАНИЗАЦИЈЕ МЕНТОРСТВА/СУПЕРВИЗИЈЕ	24
9.1. Методологија рада ментора	25
X НАЧИН ОРГАНИЗАЦИЈЕ И ФУНКЦИОНИСАЊА КОЛЕГИЈАЛНИХ ГРУПА	26
10.1. Метод успоставе групе(а)	26
10.2. Временски оквир	26
10.3. Организација	26
10.4. Правила	27
10.5. Резултати	27
XI РОДНИ АСПЕКТИ	28
Прилози	29

СКРАЋЕНИЦЕ

СуЗ – сестринство у заједници / сестра у заједници

ЛИП – локални план имплементације

МС/ТПМуЗ – медицинска сестра / техничар породичне медицине у заједници

ПроСес – Пројекат јачања сестринства

ДПМ – доктор породичне медицине

ТПМ – тим породичне медицине

АСЖ – активности самосталног живота

ТоС – тренинг супервизора

ТоТ – тренинг тренера

ПРЕДГОВОР

Поштовани,

Пред вама се налази документ Смјернице за увођење сестринства у заједници на нивоу јединица локалне самоуправе у Републици Српској који је израдило Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске у склопу Пројекта јачања сестринства у БиХ који подржава Влада Швајцарске, а спроводи Фондација Фаами.

Као кључни партнер пројекта, Министарство здравља и социјалне заштите Републике подржава унапређење услуга пружања здравствене његе медицинских сестара/техничара у заједници, те њихово усклађивање са приоритетним потребама рањивих и социјално искључених група. За 250 медицинских сестара/техничара породичне медицине из девет општина и градова у Републици Српској омогућена је свеобухватна додатна едукација за рад у заједници, стручна подршка на радном мјесту, као и опрема неопходна за пружање квалитетних услуга сестринства у заједници.

Сврха израде Смјерница за увођење сестринства у заједници на нивоу јединица локалне самоуправе у Републици Српској је пружање подршке преосталим општинама/домовима здравља у самосталном увођењу или унапређењу модела за пружање услуга сестринства у заједници. Проширење ове праксе на подручја општина у Републици Српској које нису обухваћене пројектним активностима ће им омогућити да постану дио мреже локалних заједница које обезбјеђују својим грађанима приступ додатним, квалитетним, континуираним и родно-осјетљивим услугама сестринства у заједници.

Овај документ превасходно је намијењен менаџменту домова здравља, јединицама локалне самоуправе и креаторима политика у области здравствене његе. Документ је намијењен и здравственим радницима, односно медицинским сестрама/техничарима који пружају услуге сестринства у заједници. Смјернице дефинишу начин примјене услуга сестринства у заједници на нивоу јединица локалне самоуправе у Републици Српској. Смјернице укључују све активности, односно неопходне предуслове, начине, приступе, кораке и инструменте за имплементацију, неопходне за самостално увођење или унапређење сестринства у заједници. Оне пружају преглед законодавног оквира који регулише ову област, организационих рјешења, потребних ресурса и инфраструктуре, интердисциплинарне и интерсекторске сарадње, израде локалног плана имплементације, организације теоријског и практичног дијела додатне едукације, процјене заједнице и израде плана здравствено – промотивних активности, додатног професионалног усавршавања, менторства/супервизије, организације и функционисања колегијалних група, те важност родно – осјетљивог приступа.

Надам се да ће и ова публикација допринијети нашој заједничкој мисији што боље доступности и уједначености поступака у пружању услуга здравствене његе у заједници у Републици Српској.

Ален Шеранић, др. мед.

министар здравља и социјалне заштите у Влади Републике Српске



УВОД

Сврха израде ових смјерница јесте унапређење увођења стандардизованих услуга СуЗ према грађанима¹, а посебно према рањивим и социјално искљученим групама, те остваривање права грађана на додатне, квалитетне, континуиране и родно сензитивне услуге СуЗ на нивоу јединица локалне самоуправе. Овај документ превасходно је намијењен менаџменту дома здравља, јединицама локалне самоуправе и креаторима политика у области здравствене његе. Документ је намијењен и здравственим радницима, односно медицинским сестрама / техничарима које пружају услуге СуЗ.

Ове смјернице дефинишу начин имплементације услуга СуЗ на нивоу јединица локалне самоуправе у Републици Српској. Смјернице укључују све активности, односно потребне предуслове, начине, приступе, кораке и инструменте за имплементацију, неопходне за самостално увођење или унапређење СуЗ на начин да пружају преглед: законодавног оквира који регулише ову област, организационих рјешења, потребних ресурса и инфраструктуре, интердисциплинарне и интерсекторске сарадње, израде локалног плана имплементације, организације теоретског и практичног дијела додатне едукације, процјене заједнице и израде плана здравствено-промотивних активности, додатног професионалног усавршавања, менторства/супервизије, организације и функционисања колегијалних група те важности родно сензитивног приступа.

Сестра у заједници учествује у програмима и активностима заједнице везаним за унапређење здравља и превенцију болести. Она пружа здравствену његу појединцима у свакој животној доби, породици и групи унутар заједнице; обољелим или здравим појединцима у било којем окружењу. Здравствена њега подразумијева промоцију здравља, превенцију болести и његу обољелих, немоћних и умирућих лица, као и лица са инвалидитетом, те заговарање, промоцију сигурне околине, истраживање и учествовање у обликовању здравствених политика и система образовања здравствених радника.

Први контакт пацијента у здравственом систему обавља се на нивоу примарне здравствене заштите, која треба да буде оспособљена да рјешава најмање 80% свих здравствених проблема. Основна организациона структура примарног нивоа здравствене заштите је тим породичне медицине (у даљем тексту: ТПМ). Грађани се региструју у ТПМ. ТПМ треба да обавља сљедеће послове и активности: промоцију здравља и превенцију болести, откривање фактора ризика и рано дијагностиковање болести, управљање хроничним незаразним болестима, управљање компликацијама насталим као посљедица болести, лијечење и њега болесника, те савјетовање породица. Циљ примарне здравствене заштите јесте рјешавање уобичајених проблема у заједници путем пружања промотивних, превентивних, куративних, палијативних и рехабилитационих услуга које унапређују здравље и добробит становништва. Значајну улогу у остваривању задатог циља обухватају и услуге СуЗ.

¹ Граматичка терминологија кориштења мушког или женског рода у даљем тексту подразумијева оба рода.



Уставом Републике Српске дефинисано је да свако има право на заштиту здравља. Загарантовано је право на здравствену заштиту, у складу са законом. Законом о здравственој заштити² дефинисано је да се здравствена заштита грађана проводи на начелима једнакости, доступности, свеобухватности, континуитета и координације. Такође је дефинисано да право на здравствену заштиту грађани остварују преко ТПМ, који ради на примарном нивоу здравствене заштите. За сложене методе и поступке дијагностике, лијечења и рехабилитације пацијенти се упућују на секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите.

У процедури усвајања налази се нацрт новог закона о здравственој заштити, у којем је дефинисано да здравствена дјелатност на примарном нивоу обухвата, између осталог, лијечење у кућним условима, здравствену његу у амбулантним условима, здравствену и бабинску његу у заједници, континуирану здравствену његу у стационарним условима те да у обављању здравствене дјелатности на примарном нивоу здравствене заштите здравствена установа остварује сарадњу са здравственим, социјалним, образовним и другим установама и организацијама. Такође, дефинисане су услуге здравствене његе у заједници које се пружају пацијентима и члановима њихових породица у свим животним добима ван простора здравствене установе, укључујући и посјете СуЗ и здравствену и палијативну његу у кућним условима.

Законом о локалној самоуправи³ дефинисано је да јединица локалне самоуправе има самосталне надлежности које обухватају, између осталог, област здравства и социјалне заштите. У области здравствене заштите становништва, локална самоуправа има надлежности: превенције и отклањања здравствених посљедица проузрокованих епидемијама, елементарним и другим непогодама и ванредним приликама у сарадњи са другим надлежним институцијама, у буџету обезбјеђује додатна средства за остваривање здравствене заштите која су преко утврђених вриједности стандарда и норматива из обавезног здравственог осигурања.

Стратегијом примарне здравствене заштите у Републици Српској из 2006. године дефинисана је примарна здравствена заштита у којој централно мјесто има модел породичне медицине, који се базира на пружању доступних, ефикасних, квалитетних и исплативих услуга, интервенција и програма.

Правилником о утврђивању услова за почетак рада здравствене установе⁴ прописани су минимални услови у погледу кадра, простора и опреме за почетак рада здравствених установа.

Такође, неопходно је поштовати и све остале прописе којима се уређује здравствено осигурање, заштита становништва од заразних болести, заштита менталног здравља, здравствена документација и евиденције у области здравства, област заштите личних података, равноправност полова, итд.

2 „Службени гласник Републике Српске”, бр. 106/09 и 44/15.

3 „Службени гласник Републике Српске”, бр. 97/16 и 36/19.

4 „Службени гласник Републике Српске”, бр. 53/17, 97/18 и 99/19.

II ОРГАНИЗАЦИЈА СУЗ НА НИВОУ ЈЕДИНИЦА ЛОКАЛНЕ САМОУПРАВЕ



Сврха организације СуЗ на нивоу јединица локалне самоуправе јесте да се појединцима, породицама или групама људи омогући да буду збринуте у својим кућама или на другим мјестима гдје живе, бораве, раде, уче или се играју, уважавајући њихове културолошке и околине факторе и карактеристике.

Пружаоци услуга здравствене његе у заједници јесу медицинске сестре / техничари из ТПМ који обезбјеђују здравствену његу у заједници за регистровано становништво на територији коју покрива тај ТПМ. Доктори породичне медицине (у даљем тексту: ДПМ) укључени су у идентификовање потреба за здравственом његом, а сем тога, у случају потребе, заједно са МС/ТПМуЗ, обављају и кућне посјете регистрованом становништву.

2.1. Модел пружања услуга здравствене његе у заједници

С обзиром на територијални распоред амбуланти, њихову организацију и на број регистрованих грађана унутар ТПМ, није могуће организовати пружање услуга здравствене његе у заједници кроз само један модел организације пружања здравствене његе у заједници, а да се при томе обезбиједи све потребе становника за здравственом његом. Из тог разлога, развијени су следећи модели пружања услуга здравствене његе у заједници (**Прилог 1**):

- **Модел 1** у здравственим установама у којима ради један ТПМ представља изазов за рад ТПМ, с обзиром на то да он треба да пружи услуге здравствене његе у заједници а уједно и да обавља своје послове у амбуланти. Приједлог за организацију рада у заједници: Услуге здравствене његе у заједници обухватају најмање 8 часова у седмици једног пружаоца услуга здравствене његе у заједници.
- **Модел 2** у здравственим установама које имају два ТПМ који раде у специјалистичким амбулантама породичне медицине (у даљем тексту: амбуланте) у једном објекту. То су тимови који су и замјенски тимови једни другима, са четири пружаоца услуга здравствене његе, што омогућава препознавање потреба регистрованог становништва за здравственом његом у заједници и олакшава приступ информацијама о групама становника који имају потребу за здравственом његом у заједници. Услуге пружаоца здравствене његе у заједници из пункта обухватају најмање 16 часова седмично, и оне могу бити подијељене међу пружаоцима услуга у складу са организацијом рада здравствене установе.
- **Модел 3** у здравственим установама у којима раде три ТПМ формира се један тим пружаоца здравствене његе који се састоји од два пружаоца услуга здравствене његе у заједници. Услуге тима пружаоца здравствене његе у заједници пружају се пет дана у седмици, пуно радно вријеме.
- **Модел 4** намијењен је здравственим установама у којима ради више од четири ТПМ и представља посебну организациону јединицу / одјељење унутар службе породичне медицине. Услуге здравствене његе у заједници на четири ТПМ обезбјеђује 2,5 пружаоца услуга здравствене његе у заједници. Здравствена њега у заједници се на овај начин пружа за укупну популацију регистровану у тој здравственој установи кроз посебну организациону јединицу унутар службе породичне медицине. Услуге тима пружалаца здравствене његе у заједници се пружају пет дана у седмици, пуно радно вријеме. Предност оваквог модела организовања рада у заједници је у препознавању проблематике сваког корисника услуга преко ТПМ код којих су корисници регистровани. Обезбијеђен је увид у здравствену документацију, те омогућена сарадња унутар тима и са ТПМ чију регистровану популацију збрињавају и обилазе. Оваквим начином рада омогућава се континуитет, свеобухватност

и доступност здравствене његе свим корисницима здравствене његе у заједници којима је она неопходна.

- **Модел 5** намијењен је здравственим установама у којима ради четири и више ТПМ, а који раде у амбулантама у централном објекту, и у амбулантама ван централног објекта (објекти амбуланти породичне медицине по мјесним заједницама, секторске амбуланте и сл.). Ради лакшег препознавања истих, у даљем тексту користи се појам: „пункт породичне медицине“. Организација рада у пункту породичне медицине гдје раде најмање два ТПМ таква је да су то тимови који су и замјенски тимови једни другима, са четири пружаоца услуга здравствене његе, што ТПМ омогућава препознавање потреба регистрованога становништва за здравственом његом у заједници и олакшава приступ информацијама о групама становника који имају потребу за здравственом његом у заједници. Пружаоци здравствене његе у заједници из пункта су у обавези да пружају ове услуге најмање 16 часова седмично. Ове услуге могу бити подијељене међу пружаоцима услуга у складу са организацијом рада здравствене установе.
- **Модел 6** намијењен је здравственим установама у којима раде најмање четири тима породичне медицине и представља комбинацију свих модела пружања услуга здравствене његе у заједници. Организација рада овог модела заснива се на комбинацији свих модела пружања услуга здравствене његе у заједници и здравствена установа треба да одреди гдје може који модел употријебити, с обзиром на територијални распоред амбуланти у којима раде ТПМ. Изазов за имплементацију оваквог модела услуга здравствене његе у заједници је координација рада тимова за пружање здравствене његе у заједници и пружалаца услуга здравствене његе из осталих модела.

2.2. Садржај здравственог електронског картона

Без обзира на то о којем се моделу организације ради, сваки ТПМ треба да буде упознат са здравственим и социјалним стањем своје регистроване популације. Да би се упознали са регистрованим становништвом, ТПМ треба да унесу у електронски здравствени картон сљедеће:

- а) спискове регистрованих домаћинстава са бројем чланова домаћинства, њиховим личним подацима, адресама становања, бројевима телефона чланова домаћинства. Потребно је означити домаћинства у односу на број чланова (нпр. једночлано, двочлано, трочлано, четворочлано итд.);
- б) картограм подручја гдје живе регистроване породице, ради једноставнијег планирања посјета породицама у њиховим домовима;
- в) социјални статус, имајући у виду надлежности органа старатељства;
- г) домаћинства у којима има дјеце и старост дјеце;
- д) домаћинства у којима има лица старијих од 65 година,
- ђ) домаћинства у којима живе обољели од малигних обољења;
- е) домаћинства у којима живе обољели од хроничних незаразних болести;
- ж) домаћинства у којима живе обољели пацијенти на хроничној дијализи;
- з) лица са инвалидитетом и лица са сметњама у развоју којима је потребна здравствена њега;
- и) број трудница, породиља и новорођенчади.

2.3. План здравствене његе

Сваки ТПМ треба да припреми план за посјету својој регистрованој популацији са циљем представљања, упознавања и информисања. Ове посјете би требало да се обаве тимски, односно, у посјети треба да учествују сви чланови ТПМ. На тај начин би се остварио ближи и отворенији контакт који би омогућио несметан рад пружалаца услуга здравствене његе у заједници у будућности.

Планирање здравствене њега започиње утврђивањем потреба и приоритета за здравственом његом. Потребно је дефинисати приоритете за пружање здравствене њега у заједници, дефинисати циљеве здравствене њега (краткорочни и дугорочни), планирати интервенције и вријеме доласка пружаоца услуга здравствене њега у заједници.

Информација о потребама за здравственом његом у заједници добија се анализом здравственог и социјалног стања регистрованог становништва у ТПМ. Такође, информација о потребама за здравственом његом у заједници може се добити и од чланова породице, од пружалаца услуга здравствене њега са примарног, секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите, из установе у коју је смјештено лице или било које службе у заједници (вртићи, старачки домови, установе за дјecu и омладину са сметњама у развоју, из сигурне куће, из центара за социјални рад, итд.).

План здравствене њега дио је пацијентове медицинске документације, те је правно важећи документ. Подаци и информације о пацијентовом стању, његовом проблему те начин и успјешност њиховог рјешавања брзо се забораве уколико нису документовани. Документовани подаци указују на квалитет пружене здравствене њега, а њиховом даљом обрадом добијају се информације које чине добру основу за унапређење квалитета рада и за развој здравствене њега у заједници.

Разлог, начин и вријеме одласка у заједницу договара ТПМ на редовним састанцима. ТПМ треба да заједно разматра приоритете, да идентификује која је група становништва или здравствени проблем приоритет, који здравствени програм захтијева већу пажњу и одговарајуће ресурсе.

Приоритети се дефинишу у односу на: обољења и факторе ризика, високоризичне групе, приступачност и коришћење здравствене заштите и методе превентивног дјеловања.

Начин доласка пружаоца услуга здравствене њега у заједници потребно је планирати у складу са удаљеношћу корисника којем је потребна здравствена њега до амбуланте. Обилазак домаћинства чији чланови требају здравственом његу може се обављати пјешке, коришћењем јавног превоза или возила намијењеног за превоз до корисника здравствене њега.

2.4. Сестринска документација

Сестринска документација витална је компонента сигурне, на етичким принципима засноване и ефикасне сестринске праксе. Документовање услуга је сестринска активност која укључује писање или електронске податке о пацијенту, као и о одлукама и интервенцијама које је СуЗ донијела или пружила. Сестринска документација је интегрални дио свакодневног рада медицинске сестре / техничара и уско је повезана са пружањем сигурних сестринских услуга. Документација пружа доказ о проведеним услугама и као таква представља важан професионални захтјев сестринске праксе. Изузетно је корисно правовремено документовање релевантних записа о промјени стања пацијентата у обрасцу трајног праћења стања пацијента у стварном времену, како би сви чланови мултидисциплинарног тима имали увид у услуге које пружа медицинска сестра / техничар.

Да би се осигурали сигурност, квалитет и континуитет њега, потребна је директна формализована комуникација унутар служби на примарном нивоу здравствене заштите, од секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите те установа социјалне заштите, са установама предшколског и школског васпитања, спортским организацијама, хуманитарним организацијама и невладиним сектором, као и са тимом породичне медицине.

Евидентирање услуга здравствене њега у заједници веома је важно и из тог разлога су новим Правилником о облику и садржају основне медицинске документације предвиђени и обрасци за евидентирање услуга СуЗ:

- Уложак здравствене њега у примарној здравственој заштити (**Прилог 2**) налази се на следећим обрасцима:

- Налог за посјету пружаоца здравствене његе у заједници (**Прилог 3**);
- Сестринска анамнеза / општа процјена пацијента (**Прилог 4**);
- План здравствене његе (**Прилог 5**);
- План посјета пружаоца здравствене његе у заједници (**Прилог 6**);
- Листа здравствене његе новорођенчета (**Прилог 7**);
- Листа здравствене његе породиље (**Прилог 8**);
- Изјава пацијента о одбијању посјете и медицинског третмана (**Прилог 9**);
- Пријава инцидента / нежељеног догађаја (**Прилог 10**);
- Препорука центру за социјални рад (**Прилог 11**).

III РЕСУРСИ И ИНФРАСТРУКТУРА (људски ресурси, радни простор и опрема)



У складу са важећим Законом о здравственој заштити, ТПМ чине један ДПМ и два медицинска техничара која су завршила додатну едукацију из породичне медицине.

Пружаоци услуга здравствене његе у заједници су медицинске сестре / техничари из тима породичне медицине који обезбеђују здравствену његу у заједници за регистровано становништво на територији коју покрива тај ТПМ.

Правилником о утврђивању услова за почетак рада здравствене установе⁵ прописани су минимални услови у погледу кадра, простора и опреме за почетак рада здравствених установа. С обзиром на то да споменути правилник прописује минималне услове за почетак рада здравствене установе, он не садржи опис просторије (простор и опрему) у којој медицинска сестра треба да пружа услуге СуЗ пацијентима/грађанима који могу доћи у дом здравља / амбуланту.

Здравствена установа која ће организовати пружање услуга СуЗ треба да обезбиједи просторију за пружање услуга СуЗ, односно сестринску собу за пружање услуга здравствене његе и реализацију промотивних активности пацијентима/грађанима који могу доћи у дом здравља / амбуланту, те за колегијалне састанке МС/ТПМиУ, у зависности од броја корисника услуга, као и од броја пружалаца услуга.

Сестринска соба треба да испуњава сљедеће минималне услове у погледу медицинске опреме за непосредно пружање услуга, као и канцеларијске опреме:

Табела 1. Медицинска опрема за непосредно пружање услуга

1. Анатомска хваталка	18. Оловка батерија
2. Бубрежњак	19. Отоскоп са наставцима
3. Центиметар	20. Пеан
4. Добош за стерилизацију	21. Боца за кисик за терапију кисеоником, преносива 0,5 l
5. Дозатор за таблете, седмодневни	22. Вакуум аспиратор, преносиви
6. Троканални ЕКГ апарат, преносиви са термалним папиром	23. Пулсни оксиметар
7. Есмарх повеска	24. Сталак за инфузију, склопиви
8. Глукометар са тракицама	25. Стетоскоп
9. Хируршка хваталка	26. Шприца за испирање ушију
10. Хируршки мантил	27. Тлакомјер
11. Контејнер за одлагање игала	28. Топломјер
12. Кутија за инструменте	29. Торба за СуЗ
13. Маказе	30. Вага за мјерење тежине, преносива
14. Манжетне XL за тлакомјер	31. Вага за мјерење тежине беба, преносива
15. Мјерач протока ваздуха	32. Звучна виљушка
16. Наставци једнократни за мјерач протока ваздуха, кутија од 500 ком.	33. Монофиламент
17. Неуролошки чекић	

⁵ „Службени гласник Републике Српске”, бр. 53/17, 97/18 и 99/19.

Табела 2. Минимални услови у погледу канцеларијске опреме

1. Радни сто са 3 (три) ладице	9. Ласер штампач, штампа црно-бијела
2. Радна столица, фотеља са руконаслонима	10. Лаптоп + торба
3. Сто за састанке, овални	11. Дата пројектор
4. Столица обична ИСО (број комада зависи од броја пружалаца услуга)	12. FlipChart + папир
5. Ормар/витрина	13. White Board – табла за писање
6. Десктоп рачунар – укључујући тастатуру и миш	14. Пројекционо платно
7. Монитор	15. Продужни кабл (2 комада)
8. Скенер	

Наведена медицинска опрема потребна је за једног пружаоца услуга СуЗ у количини од по један комад, осим за ставке: 6, 16, 21, 22, 24, 30. и 31, које је потребно набавити у складу са бројем пружалаца услуга СуЗ (3 ком. за 10 пружалаца услуга), те ставку 10, која се планира у већој количини (5 ком. за 1 пружаоца услуга).

IV ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНА И ИНТЕРСЕКТОРСКА САРАДЊА



Циљеви овог корака јесу идентификовање и мобилизација општинских партнера и институција за стварање заједничке визије побољшања СуЗ. Интердисциплинарна и интерсекторска сарадња остварује се координисаним укључивањем актера са свих нивоа у активности очувања здравља, превенције и контроле болести.

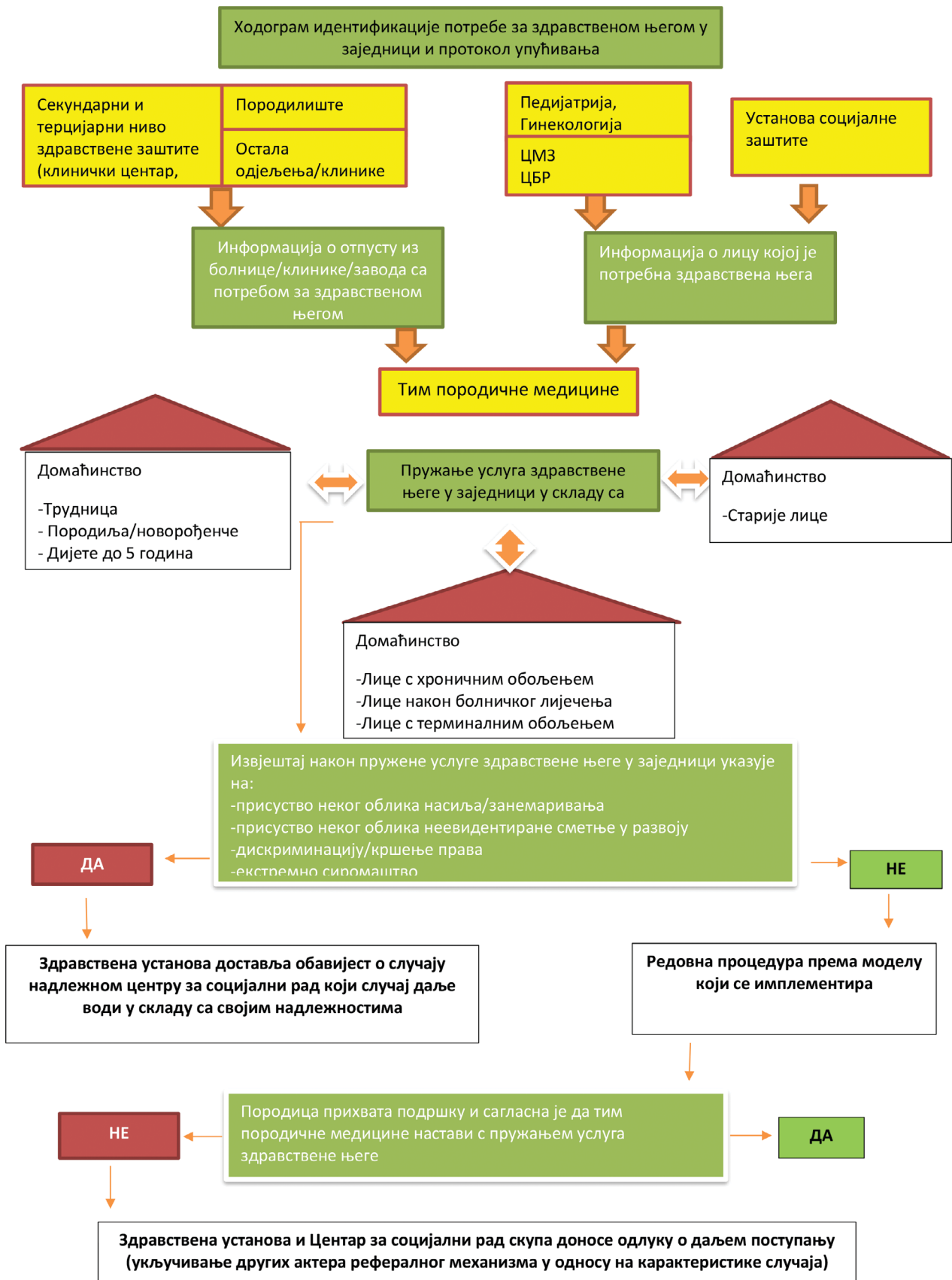
Пацијенти, њихове породице и други неформални старатељи доживљавају неуспјехе у смислу неразумног нивоа напора који им је потребан да би добили информације, објашњења и приступ различитим услугама и другим ресурсима у заједници. Здравствени радници примјећују грешке у координацији, посебно када је пацијент упућен на „погрешно“ мјесто у здравственом систему или има лош здравствени исход као резултат лоших примопредаја или неадекватне размјене информација. Они такође опажају неуспјехе у смислу неразумних нивоа напора који су им потребни да би постигли неопходне нивое координације међу различитим актерима укљученим у његу пацијената. Често користе своје „приватне везе“ да траже подршку за пацијента.

Мапирање општинских ресурса, партнера и институција први је корак у процесу стварања мреже за бригу о пацијентима. Да би се изградило одрживо партнерство и однос повјерења, потребни су састанци лицем у лице са свим актерима / заинтересованим странама, како би се свака страна обавезала на међусобну сарадњу. Ова сарадња мора бити заснована на формалном споразуму или протоколу о сарадњи који омогућава одржив, локално прилагођен одговор на различите потребе пацијената.

То мора бити активност усредсређена на пацијента и породицу, осмишљена да процијени и задовољи потребе пацијената, док им помаже да се ефикасно и ефективно крећу кроз систем његе. Помаже да одлуке о лијечењу буду у складу са жељама, вриједностима и увјерењима пацијената. Координација укључује и одређивање куда даље послати пацијента, које податке о пацијенту је потребно пренијети међу партнерима у мрежи и како се одговорности координирају међу свим укљученим партнерима (докторима, медицинским сестрама, социјалним радницима, волонтерима, духовним вођама итд.). Медицинске сестре међусобно блиско сарађују, али сарађују и са другим партнерима у заједници. Оне су координатори његе за своје пацијенте.

Пружаоци услуга СуЗ, као координатори његе, повезују корисника здравствене његе са осталим нивоима здравствене заштите (интердисциплинарна сарадња), појединцима, односно са корисницима здравствене његе у породици, мјесту становања, рада, привременог боравка у заједници. Такође, они организују, координирају и спроводе мјере и активности здравствене његе у установама социјалне заштите, те сарађују са осталим секторима у систему здравствене заштите, социјалне заштите, као и са установама предшколског и школског васпитања, спортским организацијама, хуманитарним организацијама и невладиним сектором.

Кључна вјештина у сарадњи јесте тимски рад. Сарадња пружалаца услуга здравствене његе у заједници представља заједнички рад са другим стручњацима, групама или институцијама, како би се остварили заједнички циљеви за добро корисника здравствене његе. Током сарадње истражују се проблеми, потенцијали и могућности сваког члана тима како би се остварила сагласност око дефинисања циљева, одговарајућих интервенција за остваривање циљева, те методе за добијање повратних информација.



V ЛОКАЛНИ ПЛАН ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ (ЛИП)



Локални план имплементације представља плански документ сваке јединице локалне самоуправе, односно града или општине, за успостављање СуЗ.

За реализацију локалног плана имплементације СуЗ, потребно је да се ангажују сви локални актери у остварењу едукативних, оперативних, организацијских и материјалних промјена, како би се остварили постављени циљеви у оквиру четири области:

1. Руководство дома здравља и руководство службе породичне медицине у потпуности разумију и активно подржавају улогу СуЗ

Да би се створило окружење погодно за одрживу транзицију ка новим улогама СуЗ, потребно је да сви запослени у дому здравља разумију и подрже њихове улоге, као и дужности које оне подразумевају. Од посебне је важности од самог почетка укључити и ДПМ као носиоце ТПМ, с обзиром на њихов значај у самом процесу промјена и висок потенцијал у својству чинилаца промјена.

Сљедеће активности су усмјерене ка остварењу наведених циљева:

- састанак са представницима локалне заједнице,
- радионица за све ТПМ,
- додатне радионице за све чланове свих ТПМ,
- редовни састанци руководства дома здравља.

2. Све СуЗ имају потребне компетенције да одговоре на проширени обим праксе и нове улоге

Да би СуЗ на систематичан начин и у складу са договореним описом посла⁶ пружале куративне, превентивне и здравствено-промотивне услуге, између осталог, биће им осигурана додатна обука из сљедећих области:

- менаџмент хроничних обољења,
- менаџмент промјене понашања,
- самозбрињавање пацијента,
- геријатријска процјена,
- полифармација код особа са коморбидитетом,
- процјена заједнице,
- палијативна нега,
- организација промоције здравља,
- развој улога,
- информације о начину коришћења услуга здравствених радника, кључних актера, невладиних организација и осталих служби подршке у заједници,
- рад у колегијалним групама,
- поступање са хитним случајевима у кућном окружењу,
- специфичне потребе мушкараца и жена по питању здравствене заштите.

Сљедеће активности су усмјерене ка остварењу наведених циљева:

- теоретска и практична обука из области СуЗ,
- супервизирана процјена заједнице и израда плана здравствено-промотивних активности,
- стално стручно усавршавање.

3. Побољшано радно окружење за СуЗ које, поред континуиране подршке у развоју остваривања квалитетних услуга СуЗ, подразумева и потребну опрему и инфраструктуру која погодује остваривању нових улога

За одрживу транзицију ка новим улогама СуЗ потребно је погодно радно окружење. Важно је да циљани обим праксе прати и одговарајућа номенклатура услуга те одговарајућа средства за њихово плаћање.

Радно окружење које погодује развоју и континуираном унапређењу СуЗ укључује низ предуслова који треба да буду испуњени како би овај вид здравствених услуга у заједници значајно допринио бољим здравственим исходима како на локалном тако и на ширем нивоу.

Едукација доприноси остваривању бољих здравствених исхода, али она сама као таква није довољна. Додатна едукација повећава компетенције СуЗ које, између осталог, укључују веома битне области као што су: планирање здравствених активности, управљање, коришћење информација за планирање, координацију са другим секторима, итд. Сама компетенција у пракси не значи много ако се у исто вријеме нису створили основни предуслови да се наведено примијени у пракси. Ови предуслови укључују стратешко опредјељење дома здравља да СуЗ постави као приоритет и подузме све неопходне радње како би се жељена промјена и остварила. Дакле, СуЗ може бити ефикасно у остваривању својих циљева само ако је интерни систем добро развијен, регулисан и подржан од стране доносиоца одлука на нивоу установе, али и осталих кључних актера као што су општинске власти, надлежно министарство те приватни сектор.

Остваривање овог циља укључује спремност дома здравља и осталих локалних актера да се активно укључе у процес међусекторског дијалога за стварање повољног окружења у којем ће се кроз пружање услуга СуЗ одговорити на многа здравствена питања и омогућити већа добробит цијеле популације, а посебно угрожених категорија становништва.

Сљедеће активности усмјерене су ка остварењу наведених циљева:

- измјене у систему и процесима здравствене његе,
- унапређење сарадње СуЗ са осталим службама подршке у заједници,
- опрема и радни простор.

4. Локални капацитети за подршку при увођењу СуЗ у новим домовима здравља су изграђени и стављени у употребу

Локални координатори за имплементацију и ширење модела СуЗ, идентификовани и обучени током имплементације пројекта „Јачање сестринства у Босни и Херцеговини“, помоћи ће у ширењу модела СуЗ у друге домове здравља. Они могу присуствовати релевантним радионицама и састанцима како би пружили подршку приликом увођења СуЗ на новим локацијама. СуЗ пионири / најбољи међу њима имаће улогу домаћих стручњака током увођења/унапређења СуЗ на новим локацијама. Такође, изграђени су капацитети домаћих стручњака / клиничких ментора организовањем посебних едукација и тренинга. Њихова подршка при увођењу/унапређењу СуЗ у другим домовима здравља допринијеће унапређењу сарадње и осигурати њихов ангажман у одређеним активностима приликом увођења/унапређења СуЗ. На тај начин се шири мрежа локалних стручњака који, између осталог, осигуравају одрживост модела са једне стране, и осигуравају реплицирање модела на остале локације.

VI НАЧИН ОРГАНИЗАЦИЈЕ ТЕОРЕТСКОГ И ПРАКТИЧНОГ ДИЈЕЛА ДОДАТНЕ ЕДУКАЦИЈЕ ИЗ СУЗ



Пружалац услуга здравствене његе у заједници треба да посједује одговарајуће формално образовање (завршен први циклус студија или еквивалент) и знање и вјештине (компетенције). Међутим, у прелазном периоду – док се не образују медицинске сестре са завршеним првим циклусом студија – услуге здравствене његе у заједници пружају медицинске сестре / техничари које имају завршену додатну едукацију.

Додатна едукација медицинске сестре / техничара представља дио цјеложивотног образовања којим она усклађује своја знања и компетенције са новим захтјевима који настају развојем науке и новонасталим потребама становништва.

Додатна едукација обавља се у складу са Курикулумом за едукацију медицинске сестре / техничара породичне медицине за рад у заједници који је израдило Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, Катедра породичне медицине, Медицински факултет у Бањој Луци и Катедра за примарну здравствену заштиту и јавно здравство, Медицински факултет у Фочи.

Теоријски дио едукације СуЗ састоји се од 90 часова и садржи теоријска предавања из области: промоције здравља, превенције болести, едукације пацијената, чланова породице и заједнице, лијечење, рехабилитације у кућним условима, примарне здравствене заштите и здравствене његе у заједници, микро-контекст, социјално-психолошки аспекти примарне здравствене заштите и здравствена њега у заједници, здравствена њега у кући, сестра у заједници, осврт на праксу, пракса здравствене његе у заједници и осигурање квалитета у здравственој њези у заједници. Такође, едукација укључује и важност препознавања мултисекторске и мултидисциплинарне сарадње у сврху постизања оптималног рјешавања потреба корисника у заједници.

Практични дио додатне едукације састоји се од 60 часова практичног рада који обухвата кућне посјете са ментором/супервизором. Практичан дио едукације одвија се у заједници (у здравственој установи, у кући пацијената, у породицама, предшколским и школским установама, домовима за старија лица, центрима / службама за социјални рад и у другим установама), треба да буде под надзором медицинских сестара / техничара које имају радно искуство од најмање пет година у породичној медицини са оваквим начином рада. Практични рад обавља се на радном мјесту учесника уз помоћ ментора који их посјећује на њиховом радном мјесту. Предвиђено је да се проведе два сата при свакој посјети ментора.

Табела 3. Минимални технички предуслови за организацију теоретског и практичног дијела додатне едукације

1.	Обезбјеђење локације за одржавање теоријског и практичног дијела додатне едукације
2.	Опремање локације наставним средствима (мултимедијалне учионице: рачунар, видео-бим, пројектор, табла, модели, медицински инструменти итд.)
3.	Информација за локалну заједницу, упознавање партнера
4.	Списак свих предавача, тренера и ментора, укључујући partnere из локалне заједнице
5.	Број учесника едукације
6.	План финансијске конструкције (извор финансирања, износ средстава)

VII НАЧИН ОБАВЉАЊА ПРОЦЈЕНЕ ЗАЈЕДНИЦЕ И ИЗРАДЕ ПЛАНА ЗДРАВСТВЕНО-ПРОМОТИВНИХ АКТИВНОСТИ



7.1. Процјена заједнице

Процјена заједнице подразумијева процјену здравствених потреба, прикупљање и анализу података те презентацију резултата. Добијени резултати користе се за израду плана здравствено-промотивних активности, за праћење напретка и остварења очекиваних специфичних циљева, за истраживање, потребе статистике, локалне заједнице, медија, здравствених радника, социјалне службе, итд.

Здравствена њега у заједници важан је фактор за успостављање интегрисане здравствене заштите (врста сарадње, партнерства или мрежа пружалаца здравствених и социјалних услуга који раде заједно да би одговорили на мултидимензионалне потребе индивидуалних пацијената или група људи са сличним потребама односно проблемима). Суз су кључни актери у одговарању на сложене изазове у области заштите здравља и пружања здравствених услуга које се односе и на цјелокупну заједницу.

Појам заједнице најчешће се представља као „група људи које друштвене везе везују за одређени хабитат или географско одредиште, а који могу имати разнолика поријекла“⁷.

Три основна обиљежја заједнице су:

- окружење или организација друштвеног живота која одговара на свакодневне потребе и омогућава прилагођавање промјенама;
- свеобухватна интерактивна структура или друштвена цјелина која одражава цјелокупна људска интересовања и потребе;
- споне локалне солидарности које се огледају у удруженом дјеловању људи у циљу рјешавања заједничких проблема.

Заједница почива на друштвеним интеракцијама у којима појединци и групе на одређеном локалитету заједно дјелују повезани не само географским и демографским већ и друштвеним варијаблама које дефинишу одређену заједницу.

Промоција здравља представља процес који ће омогућити људима да побољшају своје здравље, те повећају контролу над њим. Како би постигли стање цјелокупног физичког, менталног и друштвеног благостања, појединац или група морају бити у стању идентификовати и реализовати своје аспирације, задовољити потребе и промијенити или се носити са околином. На здравље се гледа као на ресурс свакодневног живота, а не као на циљ живљења. Здравље је позитиван концепт који наглашава социјалне и личне ресурсе, као и физичке капацитете. Зато промоција здравља није само одговорност здравственог сектора, већ се она протеже преко здравог начина живота до благостања.

Док су услуге клиничке медицине пресудне за акутну његу, оне не могу одговорити на здравствене потребе заједнице у смислу активности на промоцији здравља. Поред тога, услуге клиничке медицине много су скупље у односу на типичне услуге у заједници. Здравствена заштита усмјерена ка заједници по својој природи је мултидисциплинарна с обзиром на сложеност утицаја на здравље и благостање заједнице. Зато различите дисциплине доприносе истраживању и пракси здравствене заштите у заједници: јавно здравство, студије које укључују грађане и заједнице, социјални рад, економија у здравству, менаџмент у здравству, развојне студије, психологија и сл.

7 MacQueen et al., 2001, What Is Community? An Evidence-Based Definition for Participatory Public Health.

Својим институционалним приступом и присуством, пружалац услуга здравствене његе у заједници постаје најистакнутији пружалац услуга.

Због свега наведеног, битно је да свака СуЗ изводи наведену активност уз обезбијеђену стручну подршку на прикупљању података, одређивању локалних здравствених потреба и система за имплементацију одговарајућих здравствено-промотивних активности.

Поступак процјене заједнице обухвата два кључна поступка а то су:

- 1. Прикупљање релевантних информација** које ће помоћи ТПМ у откривању здравственог статуса и здравствених потреба популације у заједници. Информација о потребама за здравственом његом у заједници добија се анализом здравственог и социјалног стања регистрованог становништва у ТПМ. Такође, информација о потребама за здравственом његом у заједници може се добити и од чланова породице, од пружалаца услуге здравствене његе са примарног, секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите, из установе у коју је смјештено лице или било које службе у заједници (вртићи, старачки домови, установе за дјецу и омладину са сметњама у развоју, из сигурне куће, из центара за социјални рад, итд.).
- 2. Анализа информација** које ће помоћи у идентификацији главних здравствених питања

7.2. Планирање здравствено-промотивних активности

Планирање програма везаних за јавно здравље за најважније јавноздравствене проблеме.

Планирање програма везаних за јавно здравље врши се узимајући у обзир популацијски приступ, активности на одредницама здравља, свеобухватне интересекторске иницијативе, учешће јавности те интервенције које подстичу промјене понашања, социјалне, околицне и промјене политике. Проводи се на мјестима гдје људи живе и раде. Приоритети се дефинишу у односу на: обољења и факторе ризика, високоризичне групе, родне специфичности, приступачност и кориштење здравствене заштите и методе превентивног дјеловања. Саставни дио процеса планирања јесте **одређивање приоритетних активности** везаних за здравље популације. Одређивање приоритетних активности врши се према дефинисаним критеријима и то:

- фреквенцији проблема/обољења,
- озбиљности проблема/обољења (морталитет, неспособност, неодлучност)
- изведивости (перцепција/захтјев, контекст, могућа ефективна интервенција, расположиви ресурси).

Разлог, начин и вријеме одласка у заједницу договара тим породичне медицине на редовним састанцима. Тим породичне медицине треба да заједно разматра приоритете, да идентификује која је група становништва или здравствени проблем приоритет, који здравствени програм захтијева већу пажњу и одговарајуће ресурсе.

7.3. Примјена (извођење) планираних активности

Извођење је фаза током које се остварује планирано. Током ове фазе изводе се сестринске интервенције наведене у плану, а које јасно говоре шта ће учинити корисник, шта сестра, а шта неко трећи, уз ажурно евидентирање напретка и вођења и осигуравања квалитета комплетног процеса, те праћење додатних прилика/околности.

За успјешност имплементације активности од кључне важности је учешће јавности и заједнице у којој се спроводе активности, а уз потпуно уважавање специфичних група које имају различите животне потребе, вриједности, интересе, културу, социјалне проблеме и сл.

Сама заједница учествује у идентификацији потреба, приоритета, одлучивању и планирању стратегије за постизање жељеног циља.

7.4. Евалуација примјене (имплементације) планираних активности

Евалуација је систематичан, трајан процес упоређивања и вредновања жељеног стања у складу са дефинисаним циљевима, очекивањима и постигнутим резултатима.

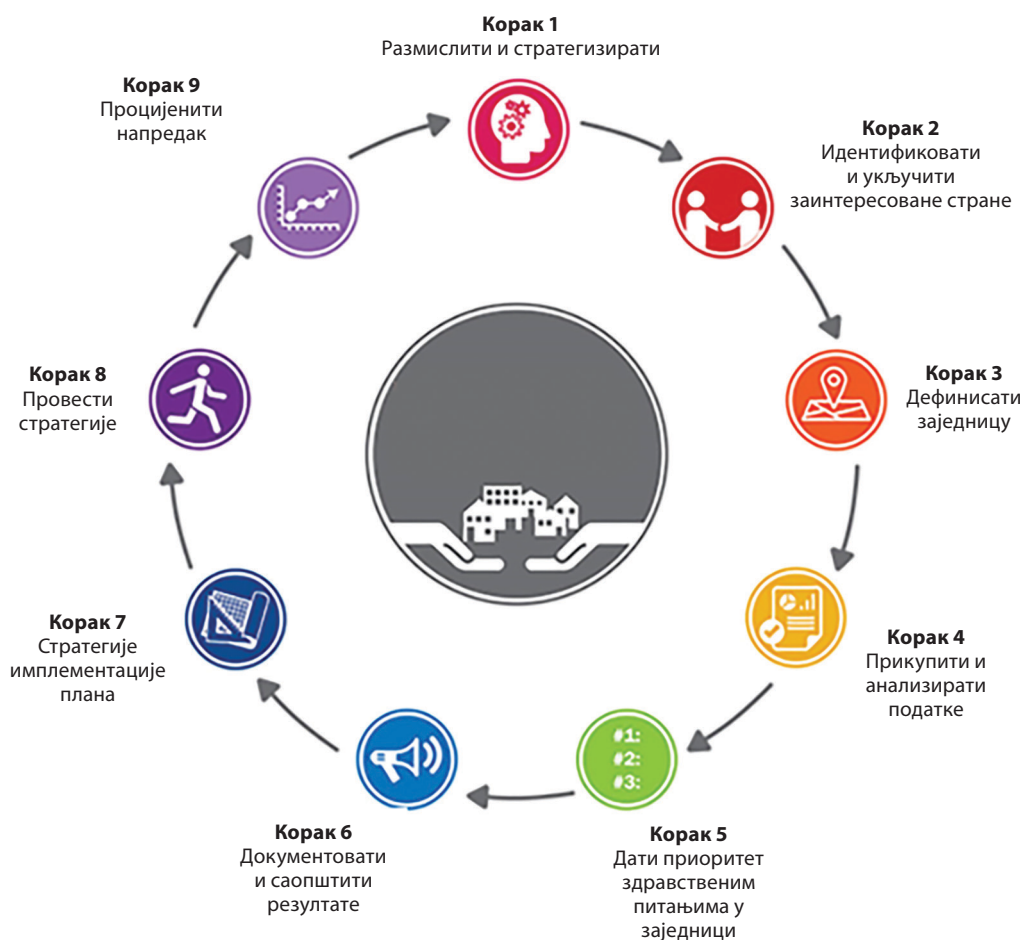
На крају имплементације акционог плана неопходно је осврнути се, анализирати и оцијенити:

- како су се активности одвијале?
- да ли је и колико је постигнуто?
- да ли је било пропуста, грешака, научених лекција?

Евалуација има за циљ мјерење постигнућа циљева, а крајње кориснике би требало укључити и у овај дио циклуса планирања здравствено-промотивних активности.

Током припреме и имплементације активности потребни су сљедећи документи:

- Профилисање заједнице (Прилог 12)
- Листе провере за израду програма промоције здравља (Прилог 13)
- Инструмент за програм промоције здравља (Прилог 14)
- Критерији за кућне посјете (Прилог 15)
- Упутство за вођење евиденције позивања и праћења пацијената са хроничним обољењима (Прилог 16)



VIII МЕТОДОЛОГИЈА ЗА КОНТИНУИРАНО ПРОФЕСИОНАЛНО УСАВРШАВАЊЕ У ОКВИРУ СУЗ



Поред адекватног теоретског знања, практично искуство и клиничке вјештине СуЗ најзначајнији су сегменти њиховог професионалног развоја те их је неопходно континуирано унапређивати.

Активно учење, у којем учесници расправљају, примјењују или вјежбају употребу информација и вјештина, вјероватније ће довести до промјене понашања. Нове информације које су релевантне за свакодневну праксу, ако су подржане мотивацијом за промјеном, могућностима да се вјежба и добије повратна информација о новим вјештинама, те појачањем од колега, вјероватно ће резултирати дугорочним побољшањима праксе.

Због тога је кључно имати, поред формалних курсева обуке, разне активности и обуке на радном мјесту, на другим локацијама, у домовима здравља и амбулантама, како би се задовољиле индивидуалне потребе за наставком образовања и омогућила размјена најбољих пракси. Штавише, ово омогућава комуникацију и проток информација између обученог и још необученог особља, подржавајући пренос вјештина и развој улога унутар тимова. Такође, служи за усавршавање вјештина СуЗ током цијеле њихове каријере и за одржавање високих стандарда квалитета и савремене праксе.

Континуирано професионално усавршавање неопходно је организовати, а врши се на два начина:

1. Присуствовањем за праксу одабраним и релевантним предавањима организованим од стране професионалних удружења, семинара, округлих столова на локалном и међународном нивоу,
2. Похађајући, за праксу одабране, додатне едукације.

СуЗ је неопходна свеобухватна едукација из сестринства у заједници. Ову едукацију у будућности треба да континуирано пружају едуковани домаћи едукатори у области сестринства у заједници.

Кључни методолошки принцип за континуирано професионално усавршавање у оквиру СуЗ јесте примјена андрагошких метода учења.

Андрагошки модел учења почива на претпоставци да су одрасли аутономна и самоусмјерена бића, а основни извор њиховог учења јест стечено искуство. Дакле, образовање одраслих треба да се темељи на њиховим образовним потребама.

У области континуираног професионалног усавршавања СуЗ идентификовано је неколико веома значајних тема за које су припремљени и усвојени курикулуми:

- Курикулум са педагошким оквирима из супервизије/менторства за едукацију супервизора и ментора (ТоС) у области СуЗ из домова здравља у Републици Српској (**Прилог 17**)
- Основе андрагогије за едукацију едукатора (ТоТ) у области СуЗ из домова здравља у Републици Српској
- Курикулум са педагошким оквирима за обуку постојећих супервизора и ментора у области палијативне његе у Републици Српској (**Прилог 18**)

IX НАЧИН ОРГАНИЗАЦИЈЕ МЕНТОРСТВА/СУПЕРВИЗИЈЕ



Како би све СуЗ пружале квалитетну и свеобухватну здравствену његу што већем броју пацијената, неопходно је да поред теоретског дијела обуке буде успостављен јасан и ефикасан механизам менторства/супервизије на њиховом радном мјесту.

Менторство/супервизија на радном мјесту јесте процес без којег би СуЗ остале ускраћене за неопходну подршку у примјени научених вјештина и техника.

У протеклом периоду, довољан број ментора/супервизора унаприједио је знања и неопходне вјештине како би СуЗ осигурали правилну примјену научених принципа рада током контакта са пацијентима и члановима заједница којима пружају здравствену његу. У наредном периоду неопходно је обезбиједити континуирану едукацију СуЗ у дијелу који се односи на менторство.

Супервизија/менторство је професионални разговор који се може одвијати неформално током неке паузе за кафу или током брзог разговора са колегицама/колегама у њиховој канцеларији, или формално на одређеним планираним предавањима/туторијалима или састанцима са појединцем или тимом на њиховом радном мјесту.

Супервизија/менторство може се дефинисати на много различитих начина, али у основи је разговор између професионалаца на свим нивоима различитих искустава, не само за особе које су на едукацији. Супервизија/менторство има за циљ промоцију учења, рефлексивне праксе и побољшање сигурности и квалитета његе пацијента.

Клиничка супервизија/менторство представља стручну подршку на радном мјесту коју СуЗ у будућности треба да континуирано пружају стручни домаћи супервизори и ментори.

Клиничка супервизија/менторство све се више проводи као аспект личног и професионалног развоја у примарној и секундарној здравственој заштити. То је аспект цјеложивотног учења с потенцијалним користима и за супервизора и за супервизираног.

Примјена ефикасног система супервизије/менторства у СуЗ помоћи ће да се осигура:

- промоција и одржавање стандарда здравствене његе;
- компетентна и квалификована радна снага;
- пружање сигурне и ефикасне здравствене његе;
- подржавајуће професионално окружење за медицинске сестре / техничаре.

Главна сврха супервизије/менторства у области СуЗ јесте подржати:

- развој знања и вјештина у оквиру клиничког подручја (фокус је на сигурној и ефикасној пракси и користи за бригу о пацијентима);
- прилике за расправу о питањима која се односе на пружање сигурне и ефикасне његе и/или неких других професионалних питања;
- СуЗ у тешким околностима, као што су рад са врло захтјевним и специфичним пацијентима или онима који имају отежане међуљудске односе са другим члановима тима;
- развој компетенција, знања и вјештина кроз олакшање личног и професионалног напретка.

9.1. Методологија рада ментора

Методологија рада подразумијева да ментор са сваком СуЗ обави укупно четири кућне посјете током једногодишњег периода, и то по једну посјету свака три мјесеца. Менторисана СуЗ дужна је добити сагласност пацијента за обављање менторске кућне посјете као и матичне установе, те евидентирати годишње прегледе (**Прилог 19**).

Менторске кућне посјете треба да се обаве сљедећим пацијентима:

- Пацијенту **обољелом од дијабетеса** ради годишњег прегледа (**Прилог 20**);
- Пацијенту **обољелом од хроничне опструктивне болести плућа** ради годишњег прегледа (**Прилог 21**);
- Пацијенту **обољелом од хипертензије** ради годишњег прегледа (**Прилог 22**).

Ментор у договору са СуЗ коју менторише одређује динамику, планира, организује и обавља менторске посјете, води евиденцију и пише извјештаје за обављене менторске посјете.

За менторе су обезбијеђени потребни водичи и образци:

- Водич за менторске посјете палијативним / терминално обољелим пацијентима (**Прилог 23**);
- Водич за менторске посјете пацијентима обољелим од хроничних болести (**Прилог 24**);
- Водич за менторске посјете уз процјену социјалног статуса (**Прилог 25**);
- Извјештајни образац за менторство (**Прилог 26**).

Након сваке обављене менторске кућне посјете, ментор је дужан испунити извјештајни образац за менторство, који потписује и овјерава главна сестра дома здравља у којем је посјета обављена. Образац за менторство неопходно је испунити и електронски, хронолошки за сваку од четири менторске посјете са сваком медицинском сестром / техничаром. Извјештаји се потом достављају руководству дома здравља те СуЗ са којом је посјета обављена.



С обзиром на то да је пружање услуга у заједници веома комплексно, те врло често захтијева самостално дјеловање и рјешавање различитих проблема, потребно је осигурати благовремену и редовну размјену информација и начина на који се приступа и поступа у одређеним ситуацијама. Колегијалне групе нуде платформу за размјену заједничких проблема и проналажење могућих решења на основу заједничких искустава.

У колегијалној групи сви доприносе дијелећи проблеме, знање, искуство. Ово потенцијално подиже стандард праксе свих чланова колегијалне групе.

Разлози за формирање радних колегијалних група су двојаки.

Први разлог је чињеница да сви припадници колегијалних група посједују знање и искуство у области сестринства, али углавном раде сами и немају никакве или врло слабе могућности да размјењују знање или искуство.

Други разлог је то што се сви који раде на сличним радним мјестима сусрећу са сличним проблемима и дају све од себе и улажу пуно напора и времена у покушају да пронађу рјешење.

Раду колегијалне групе придонесе сви тако што дијеле проблеме, знање и искуства. На тај начин сви могу да имају корист од чланства у колегијалној групи директно у свом раду. У коначници, забавно је када људи уче једни од других.

Због свега наведеног, формирање колегијалних радних група један је од кључних елемената у процесу јачања СуЗ.

10.1. Метод успоставе групе(а)

Све СуЗ укључене у здравствену његу у заједници припадају колегијалној групи на нивоу установе. Постоје три подгрупе засноване на заједничкој географији, али и сличној организацији рада:

- рурална,
- приградска,
- градска.

10.2. Временски оквир

Састанци колегијалних група одржаваће се сваког мјесеца и трајаће два сата. Према опису посла, све СуЗ имају вријеме током којег могу учествовати у мјесечном програму колегијалног менторства и континуираном професионалном развоју.

10.3. Организација

Колегијалне групе ће саме организовати свој рад и биће задужене за:

- избор координатора;
- договарање погодног дана и времена за састанак;
- договарање и резервација одговарајућег мјеста састанка;
- прихватање договорених правила, нпр. повјерљивост, тачност, итд.;
- Усаглашавање програма (шест или 12 мјесеци унапријед);
- одржавање појединачних сесија/презентација колегијалних група ће се ротирати (нпр. садржај и вођење сесије организоваће различити чланови групе).

Колегијалне групе ће понудити платформу за СуЗ које раде на сличним географским локалитетима како би разговарали и тражили рјешења за уобичајене проблеме, на примјер:

- клиничка питања
 - сложене ситуације са пацијентима;
 - заједничка потреба за едукацијом;
 - потреба за одређеном практичном вјештином;
- организациона питања
 - питања везана за организацију времена у пракси (недостатак времена за кућне посјете / већи дио времена посвећен административним задацима);
 - вријеме путовања, превоз за кућне посјете.
- одређени састанци колегијалних група ће дијелом бити посвећени континуираној едукацији у оквиру које ће један од учесника презентовати одређену тему.
- теме о којима ће се разговарати у колегијалним групама су: подаци који се прикупљају и остале информације везане за успостављање регистара, путеве комуникације, прикупљање података, итд.

10.4. Правила

Карактеристике процеса менторства унутар колегијалних група јесу сљедеће:

- заједничко учење,
- заједничка брига,
- реципроцитет,
- преданост личном и професионалном расту себе и својих колега,
- пријатељство.

10.5. Резултати

Од свих колегијалних група се очекује да документују информације о одржаним састанцима, односно воде кратки записник који ће садржавати сљедеће:

- датум / трајање / мјесто одржавања састанка;
- списак присутних, особа која координира састанком, записничар;
- дневни ред;
- имена медицинских сестара које су представиле случај из праксе;
- теме о којима се дискутовало у другом дијелу састанка (име и функција предавача)

За СуЗ је обезбијеђен потребан документ:

- Извјештајни образац за састанке колегијалних група (**Прилог 27**)



СуЗ су у јединственој позицији да омогуће члановима своје заједнице остваривање права на заштиту здравља и права на једнакост у здрављу.

При томе, мора се имати у виду да су пол (биолошке разлике) и род (родне норме, улоге и односи) једне од одредница здравља. Они појединачно или заједно утичу на то да су здравствени исходи, изложеност факторима ризика, приступ и кориштење здравствених услуга, те искуство у здравственим установама различити код мушкараца и жена. Здравствени радници морају бити свјесни неједнаког положаја жена и мушкараца у нашем друштву и његовог утицаја на здравље. Због свега наведеног, мушкарци и жене, поред заједничких, имају и различите здравствене проблеме и потребе.

Тако, на примјер, мушкарци чешће имају повреде у саобраћају, проблеме са алкохолом, касније траже здравствену помоћ и имају краћи животни вијек. Жене су склоније депресији, гојазности и остеопорози, те имају већу потребу за здравственом његом у области репродуктивног здравља. Жене имају ограничен приступ ресурсима за заштиту свог здравља, чешће су жртве породичног насиља, те су више ангажоване као неформалне његоватељице унутар породице.

Позитиван аспект „свеобухватности примарне здравствене заштите“, у смислу заједничких здравствених проблема становништва, не смије довести до искључивог „свеобухватног“ дјеловања, без осјетљивости на различите здравствене проблеме и потребе становништва, нарочито различите по основу пола⁸.

Да би то било могуће, потребно је прије свега изградити капацитете и сензитивизирати СуЗ за полне и родне разлике у здравственим потребама, те исказати потребу за прилагођеним и специфичним приступом у одговору на споменуте потребе (тзв. полно специфичне и родно осјетљиве здравствене услуге). Курикулуми за едукацију СуЗ, супервизора и ментора приложени у овим смјерницама садрже релевантне наставне јединице које се баве родом, здрављем и родно заснованим насиљем. Пратећи инструменти, као што су водичи за супервизоре, такође садрже посебне напомене везане за родно сензитивне услуге.

Надаље, информације о здравственом стању и проблемима становништва прикупљене приликом профилисања заједнице треба да садрже и податке о рањивим групама и да буду разврстане по полу. Поред прикупљања статистичких података, информације о приоритетним здравственим проблемима и потребама заједнице треба прикупити и кроз консултације (анкете, фокус групе...) са представницима заједнице (мушкарцима и женама, припадницима рањивих група, удружењима пацијената, итд.), те и њих узети у обзир током припреме плана активности (**Прилог 28**).

Важно је имати на уму да су СуЗ, којих близу 90% чине жене, у свом свакодневном раду изложене бројним штетним утицајима. Пружајући здравствене услуге, свакодневно се суочавају с различитим опасностима по властито здравље и сигурност (биолошке, укључују и физичке, механичке/ергономске и психолошке природе). Приложени едукативни курикулуми обрађују теме као што су примјена стандардних мјера личне заштите од инфекција и пружање услуга здравствене његе у заједници особама са менталним поремећајима. Такође је потребно да се на нивоу установе, ако већ не постоје, израде и усвоје релевантни протоколи и процедуре (лична заштита од инфекције, безбједност у кућној посјети и на путу до куће пацијента, итд.).

⁸ Гендер анализа „Стратегије примарне здравствене заштите Републике Српске“, Гендер центар Републике Српске, 2007.

Прилози:

Прилог 1 – Здравствена њега у заједници у Републици Српској	31
Прилог 2 – Уложак здравствене његе у примарној здравственој заштити	52
Прилог 3 – Налог за посјету пружаоца здравствене његе у заједници	54
Прилог 4 – Сестринска анамнеза / општа процјена пацијента	56
Прилог 5 – План здравствене његе	60
Прилог 6 – План посјета пружаоца здравствене његе у заједници	62
Прилог 7 – Листа здравствене његе новорођенчета	64
Прилог 8 – Листа здравствене његе породиље	67
Прилог 9 – Изјава пацијента о одбијању посјете и медицинског третмана	69
Прилог 10 – Пријава инцидента / нежељеног догађаја	71
Прилог 11 – Препорука центру за социјални рад	73
Прилог 12 – Профилисање заједнице	76
Прилог 13 – Листе провјере за израду програма промоције здравља	79
Прилог 14 – Инструмент за програм промоције здравља	81
Прилог 15 – Критерији за кућне посјете	83
Прилог 16 – Упутство за вођење евиденције позивања и праћења пацијената са хроничним обољењима	85
Прилог 17 – Курикулум са педагошким оквирима из супервизије/менторства за едукацију супервизора и ментора (ТоС) у области СуЗ из домова здравља у Републици Српској	87
Прилог 18 – Курикулум са педагошким оквирима за обуку постојећих супервизора и ментора у области палијативне његе у Републици Српској	103
Прилог 19 – Листа за евидентирање планираних годишњих прегледа	175
Прилог 20 – Контролна листа за годишњи преглед пацијената обољелих од дијабетеса	177
Прилог 21 – Контролна листа за годишњи преглед пацијената са ХОБП	179
Прилог 22 – Контролна листа за годишњи преглед пацијената са хипертензијом	181
Прилог 23 – Водич за менторске посјете палијативним / терминално обољелим пацијентима	183
Прилог 24 – Водич за менторске посјете пацијентима обољелим од хроничних болести	187
Прилог 25 – Водич за менторске посјете уз процјену социјалног статуса	193
Прилог 26 – Извјештајни образац за менторство	197
Прилог 27 – Извјештајни образац за састанке колегијалних група	200
Прилог 28 – Водич за интервју са припадницима рањивих група становништва / члановима њихових породица	203

ЗДРАВСТВЕНА ЊЕГА У ЗАЈЕДНИЦИ У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

САДРЖАЈ

1. УВОД	33
2. ВИЗИЈА	33
3. НАУЧЕНЕ ЛЕКЦИЈЕ	34
3.1. Позитивна искуства	34
3.2. Изазови за даљи рад за унапређење здравствене његе у заједници	36
4. ОРГАНИЗАЦИЈА РАДА ПРУЖАЛАЦА УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ	37
4.1. Модел 1	37
4.2. Модел 2	38
4.3. Модел 3	38
4.4. Модел 4	38
4.5. Модел 5	39
4.6. Модел 6	39
4.7. Организација рада свих модела пружања услуга здравствене његе у заједници	39
5. МУЛТИСЕКТОРСКИ ПРИСТУП И САРАДЊА СА ОСТАЛИМ СЕРВИСИМА У ЗАЈЕДНИЦИ	41
6. ЦИЉНА ГРУПА КОРИСНИКА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ	42
7. ФОРМАЛНО ОБРАЗОВАЊЕ, ЗНАЊЕ, ВЈЕШТИНЕ И СПОСОБНОСТИ ПРУЖАОЦА УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ	44
7.1. Критеријуми за рад пружаоца услуга здравствене његе у заједници	46
8. НОМЕНКЛАТУРА УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ	46
9. МОНИТОРИНГ И ЕВАЛУАЦИЈА	46
9.1. Минималан сет индикатора за услуге здравствене његе у заједници у заједници	47
10. БИБЛИОГРАФИЈА	49

Пројекат јачања сестринства у Босни Херцеговини (ПроСес)

Компонента 2 – Развој сестринства у заједници/поливалентне патронаже и приступ угроженим категоријама

Активност: 2.2.1. Интегрисање препорука екстерног евалуатора за сестринство у заједници у моделе за развој сестринства у заједници

ДЕФИНИЦИЈЕ

Здравствена њега се може дефинисати као помоћ појединцу, болесном или здравом, у обављању активности које доприносе здрављу или опоравку (или мирној смрти), а које би обављао самостално када би имао потребну снагу, вољу или знање. Помоћ треба пружити на начин који ће допринијети што бржем постизању његове самосталности.

Здравствена њега у заједници чини дио здравствене заштите за људе у заједници. Сврха здравствене њега у заједници јесте да се појединцима, породицама или групама људи омогући да буду збринуте у својим кућама или на другим мјестима гдје живе, бораве, раде, уче или се играју, уважавајући њихове културолошке и околине факторе и карактеристике. Здравствена њега у заједници се заснива на утврђеним потребама и околностима. Током пружања здравствене њега у заједници, на организован начин се користе различите институције и службе из заједнице. Здравствена њега у заједници саставни је дио примарне здравствене заштите и наставак здравствене њега болесника по отпуста из болнице, завода за физикалну медицину и рехабилитацију, бање и других здравствених установа, те је саставни дио здравствене њега која се пружа у установама социјалне заштите.

Здравље заједнице се дефинише задовољавањем потреба заједнице идентифицирањем проблема и управљањем интеракција унутар заједнице.

Пружалац услуга здравствене њега у заједници је здравствени радник из тима породичне медицине који пружа услуге здравствене њега у заједници.

Услуге здравствене њега у заједници укључују све поступке опште и специјалне њега болесника, које пружалац услуга здравствене њега у заједници спроводи самостално и уз консултације са доктором медицине.

Стандардна оперативна процедура у области здравства је писани сет инструкција које је потребно слиједити како би се одређена услуга у склопу здравствене заштите урадила сигурно, квалитетно и без негативних посљедица на здравље пацијента, здравље медицинског и немедицинског особља или окружење.

Медицински техничар је лице са завршеном четворогодишњом медицинском школом односно са средњом стручном спремом.

Дипломирана медицинска сестра/дипломирани медицинар здравствене њега је лице са завршеним факултетом здравствене њега односно са завршеним првим циклусом студија или еквивалентом¹ (180 и 240 ЕЦСТ).

Индикатор је јединствени податак (варијабла) или резултирајући сет података (агрегација податка) који се користи за одређени временски период како би се описало/измјерило извршење, функција или одређени процес. Индикатори су квантитативне мјере, које се користе за праћење и оцјену успјешности клиничке праксе.

1. УВОД

Медицинске сестре и бабице² широм свијета чине скоро пола радне снаге у здравственом систему³ и имају важну улогу у пружању основних здравствених услуга, у промовисању здравих стилова живота, превенцији и раном откривању болести, рехабилитацији, њези тешко обољелих лица, лица са инвалидитетом и одржавању здравља у заједници чиме се постижу побољшани здравствени исходи и смањују укупни трошкови у здравству.

Међутим, важно је нагласити и потребу за здравственом његом у систему социјалне заштите, коју у Републици Српској пружају дипломиране медицинске сестре и медицински техничари запослени у установама социјалне заштите. Дјелатност социјалне заштите обухвата, између осталог, мјере и активности за стварање услова за остваривање заштитне функције породице, услова за самосталан живот и рад лица која се налазе у стању социјалне потребе или за њихово активирање у складу са способностима.

У Републици Српској у здравственом⁴ и социјалном систему заштите је запослено око 4.458 медицинских техничара од којих је 4.348 запослено у здравственим установама, а око 110 у установама социјалне заштите. Медицинске сестре са препознатим вишим образовањем⁵ заузимају 438 радних мјеста док нема података о дипломираним медицинским сестарама, тј. онима са високим образовањем.

Образовање медицинских техничара састоји се од средње стручне школе, док се образовање дипломираних медицинских сестара обавља на три циклуса студија: бечелер, мастер и докторски студиј.

Поред редовног образовања за медицинске техничаре у Републици Српској је омогућено образовање одраслих односно могућност доквалификације, преквалификације и континуираног стручног усавршавања током цијелог радног вијека у циљу запошљавања. Наведеном преквалификацијом добија се звање медицинског техничара, и исти улазе у систем здравствене и социјалне заштите.

Дипломиране медицинске сестре и медицински техничари се у заједници сусрећу са различитим друштвеним групама у заједници, код куће, у предшколским и школским образовним установама, на радном мјесту, итд., те укључују рад са дјецом, младим, породицама и старим људима која имају и различите потребе за његом. Поред наведеног, пред дипломираним медицинским сестрама и медицинским техничарима су различити изазови који су условљени демографским промјенама, продуженим животним вијеком, повећаном инциденцом хроничних болести, праћењем нових сазнања и примјеном савремених технологија, те потребама за сталним усавршавањем, односно континуираном едукацијом у области здравствене његе.

Међутим, услуге медицинског техничара нису у потпуности препознате у систему здравствене заштите, нити су јасно дефинисане компетенције неопходне за самостално пружање услуга здравствене његе у заједници, опис послова и задатака, и ниво образовања оних који услуге здравствене његе пружају ван здравствених установа, на терену, у заједници.

Поред тога, квалификације оних који су завршили средњу школу за медицинске техничаре, нису признате у Еуропској Унији. Стога је потребно раздвојити компетенције особа које су завршиле средњу медицинску школу и оних са високим образовањем.

2. ВИЗИЈА

Визија пружања здравствене његе у заједници је обезбиједити становништву Републике Српске квалитетну услугу здравствене његе у заједници која је доступна свима.

3. НАУЧЕНЕ ЛЕКЦИЈЕ

У претходном периоду (2012–2017), за вријеме имплементације прве компоненте Пројекта „Јачање сестринства у Босни и Херцеговини“ (ПроСес) рађено је на анализи система, дефинисању циљних група корисника, припреми наставног плана и програма медицинских техничара из тима породичне медицине за његу у заједници, те примјену одабраних модела сестринства у заједници. Истраживање у оквиру Компоненте 2. Пројекта јачања сестринства у Босни и Херцеговини (ПроСес) нагласило је јасну потребу за здравственом његом која се пружа у заједници и оријентисана је ка појединцу, породици и заједници.

3.1. Позитивна искуства

Интеграција компоненти пројекта Јачања сестринства у заједници – најзначајнији резултати прве фазе имплементације на подручју законске регулативе и образовања медицинских техничара

Пројект јачања сестринства у Босни и Херцеговини (ПроСес)⁶ проводи се од 2012. године⁷ у сарадњи с Министарством здравља и социјалне заштите, Министарством просвјете и културе и Министарством за научнотехнолошки развој високо образовање и информационо друштво у Републици Српској те релевантним институцијама у Федерацији Босне и Херцеговине и Брчко Дистрикту, те другим релевантним установама. Циљ пројекта је пружање подршке у суочавању са бројним изазовима у здравству, са посебним освртом на осигурање квалитетних здравствених услуга свима, а посебно рањивим и социјално искљученим групама становништва. Постављени циљ се настоји остварити координисаним активностима у три области: професионално окружење медицинских техничара (унапређење законског оквира), приступ здравственој њези у заједници и формалном образовању у области здравствене његе.

На овај начин се осигурава разумијевање пројектних компоненти, прикупљање и интегрисање постигнутих резултата, дијељење стечених знања и научених лекција, односно најбољих пракси у циљу постизања задатих циљева.

Модел здравствене његе у заједници је иницијатива која је покренута у оквиру друге компоненте, који ће интегрисати остале двије компоненте (законска регулатива сестринске професије и образовање медицинских техничара).

У току прве фазе пројекта, кроз прву компоненту је развијено 20 образаца основне сестринске документације који се односе на евидентирање услуга из области здравствене његе у заједници.

Радна група подржана од пројекта (у првој компоненти) је у склопу израде механизма за регулацију сестринске професије израдила Правилник о етичким принципима дипломираних медицинара здравствене његе, дипломираних медицинских сестара, медицинских сестара и медицинских техничара Републике Српске којим се утврђују основни етички принципи у обављању професионалних дужности здравствених радника, односу према пацијентима као и међусобном односу. Структуру Кодекса чине принципи који су темељ Кодекса и обухватају исказана морална начела и вриједности, који су примјениви у обављању професионалне дјелатности, а ради успостављања етичког понашања здравственог радника. Етички принципи којих је неопходно да се придржавају наведени здравствени радници се односе на постављање здравља, сигурности и добробити корисника здравствених услуга у центар професионалне дјелатности; изградњу професионалних односа са свим корисницима здравствених услуга; уважавање потреба корисника здравствених услуга, њиховог достојанства и интегритета; поштовање права повјерљивости и

6 Пројект јачања сестринства у БиХ финансира и подржаца Влада Швајцарске, а мандат за имплементацију пројекта повјерен је Конзорцију којег чине Фондација Фами и Женевске универзитетске болнице (ХУГ).

7 Прва фаза: 01.10.2012. – 30.11.2017. године; Друга фаза: 01.12.2019. – 30.11.2021. године.

приватности у здравству; поштовање права корисника здравствених услуга на добијање одговарајуће здравствене заштите; сарадњу са колегама и другим здравственим радницима у циљу постизања што бољих резултата у обављању своје професионалне дјелатности; континуирано усавршавање у оквиру своје професионалне дјелатности; обавезно чување угледа своје професионалне дјелатности; заштиту пацијената од ризика; осигуравање од професионалне одговорности те поштовање етичких норме. Наведени Правилник је израђен са намјером да се исти и званично усвоји кад се створе предуслови, односно кад се регулише сестринска професија.

Надаље, у другој фази пројекта се наставља пружати подршка развоју основне документације услуга здравствене његе, ради се на изради правилника о основној документацији услуга здравствене његе које обухватају и услуге здравствене његе у заједници. У Републици Српској листа образаца и докумената за област здравствене његе у заједници је интегрисана у Правилник о основној медицинској документацији, а наставља се рад и на изради документације услуга здравствене његе, укључујући и услуге здравствене његе у заједници.

Поред тога, пројекат је пружио подршку изради стандардних оперативних процедура (СОП) за пружање услуга здравствене његе који служе као основа дипломираним медицинским сестрама и медицинским техничарима за пружање стандардизованих и квалитетних услуга. СОП-ови за област сестринства у заједници развијени у оквиру пројекта ради стандардизације сестринске праксе, послужиће као *neizostavan instrument* у пружању ових услуга у свим *domovima zdravlja* у RS.

2014. године израђен је курикулум за додатну едукацију медицинских сестара/техничара породичне медицине за рад у заједници.

У Републици Српској је у првој фази пројекта развијен сет СОП-ова за примарни ниво здравствене заштите, који ће бити интегрисани у приручник са СОП-овима за примарну здравствену заштиту.

У оквиру треће компоненте, са циљем да се подржи усклађивање образовања медицинских сестара/техничара у Босни и Херцеговини са европским стандардима, те пружање квалитетне и сигурне услуге пацијентима, остварени су сљедећи резултати у Републици Српској:

- Подржана је ревизија „бацхелор“ наставних планова и програма здравствене његе на два јавне високошколске установе (Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци и Висока медицинска школа у Приједору);
- Подржана је ревизија „мастер“ наставних планова и програма здравствене његе на два јавна факултета који имају ове програме (Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци и Медицински факултет Универзитета у Источном Сарајеву);
- Донирана је опрема кабинетима практичне наставе на 3 јавне високошколске установе са студијем здравствене његе (Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци, Медицински факултет Универзитета у Источном Сарајеву и Висока медицинска школа у Приједору);
- Подржана је припрема курикулума за едукацију едукатора ментора клиничких вјештина, односно медицинских сестара које раде са студентима здравствене његе у кабинетима практичне наставе на јавним факултетима.

Проведена је обука за менторе клиничких вјештина који су ангажовани у кабинетима практичне наставе на свим јавним факултетима у БиХ, међу којима су били учесници и три јавне високошколске установе из Републике Српске (Медицински факултет Универзитета у Бањој Луци, Медицински факултет Универзитета у Источном Сарајеву и Висока медицинска школа у Приједору). Такође, обезбијеђене су стипендије мастер и докторским студентима здравствене његе. У току је и израда акционог плана за реформу средњошколског образовања медицинских техничара. Што се тиче осталих активности предвиђених пројектним документом за другу фазу, оне укључују израду и публикавање књига стручних компетенција за средњошколски и високи ниво образовања, ревизију наставног плана и програма (НПП) за средњошколско образовање медицинских

техничара, израду курикулума за обуку и обука наставника у средњим медицинским школама за провођење новог НПП-а за средњошколско образовање медицинских техничара, те процјену потреба за специјалистичке програме у области здравствене његе.

Координација активности између пројеката

У току имплементације прве фазе пројекта, рад на пилот локацијама је показао потребу за додатном едукацијом укључених медицинских сестара и техничара. Како су теме биле уско везане за подручје рада водећих агенција Уједињених нација, пројекат је упоставио партнерство са Дјечијим фондом Уједињених нација (УНИЦЕФ) и Популационим Фондом Уједињених нација (УНФПА) које су за ове потребе развиле сет модула на теме Рани раст и развој дјеце (УНИЦЕФ) и Етички и јавно-здравствени аспекти планирања породице (УНФПА). Проведени модули су допринијели јачању капацитета и компетенција едукованих медицинских сестара и техничара како би одговорили на потребе локалног становништва у оквиру наведених тема.

3.2. Изазови за даљи рад за унапређење здравствене његе у заједници

Рад на унапређењу здравствене његе у заједници представља изазов за читаво друштво. Како је за постизање овог циља потребно повезати, директно и/или индиректно разичите секторе, неопходно је урадити сљедеће:

- идентификовати области из курикулума за едукацију медицинског техничара породичне медицине за рад у заједници гдје су потребне измјене или допуне наставних јединице или тема унутар истих, или додавање нових наставних јединица,
- формално дефинисати сарадњу и начин комуникације унутар и између установа и/или институција и сл. (здравствене установе, установе социјалне заштите, локалне јединице самоуправе, факултети итд.),
- идентификовати и јачати капацитете образовних установа које ће у будућности бити носиоци едукације,
- обезбиједити увођење клиничког менторства за стицање вјештина и усвајање техника, те за њихову примјену у здравственој њези,
- израдити медицинску документацију за пружаоце услуга здравствене његе у заједници и ускладити садржај исте са услугама здравствене његе у систему социјалне заштите, ускладити садржај са услугама здравствене његе у васпитно образовном систему, као и у свим другим институцијама и службама које пружају услуге здравствене његе у заједници, те наведену документацију увести у правилнике (укључујући електронску верзију документације) – у процесу је израда кроз компоненту 1 пројекта ПроСес
- заговарати препознавање услуга здравствене његе у заједници при изради прописа (нпр. Закон о здравственој заштити, Закон о дјелатностима у здравству, Закон о евиденцијама и у њиховим подзаконским актима),
- у план људских ресурса у здравству, увести и нове профиле здравствених радника; односно пружалаца услуга здравствене његе у заједници, и дефинисати њихово мјесто у здравственом систему,
- идентификовати услуге здравствене његе у заједници,
- Идентификовати радно вријеме потребно за пружање здравствене његе у заједници,
- обезбиједити финансирање услуга здравствене његе у заједници, у здравственим установама, у установама социјалне заштите, васпитно - образовним установама итд.,
- имплементирати моделе здравствене његе у заједници у пилот локацијама у шест јавних здравствених установа, домова здравља: Добој, Теслић, Зворник, Требиње, Прњавор и Дервента,

- укључити пружаоце услуга здравствене њега из установа социјалне заштите у пилот локацијама.

4. ОРГАНИЗАЦИЈА РАДА ПРУЖАЛАЦА УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГА У ЗАЈЕДНИЦИ

Здравствена заштита становништва у Републици Српској се пружа на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, и као посебан облик заштите здравља становништва организацијом јавног здравства. Здравствена њега се пружа и у оквиру социјалне заштите у установама социјалне заштите, у васпитно – образовним институцијама и у другим секторима гдје је потребна здравствена њега.

Први контакт пацијента у здравственом систему се обавља на нивоу примарне здравствене заштите, која треба бити оспособљена да рјешава најмање 80% свих здравствених проблема. Циљ примарне здравствене заштите је рјешавање уобичајених проблема у заједници путем пружања промотивних, превентивних, куративних, палијативних и рехабилитационих услуга, које унапређују здравље и добробит становништва⁸.

Основна организациона структура примарног нивоа здравствене заштите је тим породичне медицине. Грађани се региструју у тимовима породичне медицине. Тим породичне медицине треба да обавља сљедеће послове и активности: промоцију здравља и превенцију болести, откривање фактора ризика и рано дијагностиковање болести, управљање хроничним незаразним болестима, управљање компликацијама насталим као посљедица болести, лијечење и њега болесника, те савјетовање породица.

Пружаоци услуга здравствене њега у заједници су медицинске сестре/техничари из тима породичне медицине који обезбеђују здравствену његу у заједници за регистровано становништво на територији коју покрива тај тим породичне медицине. Доктори породичне медицине су укључени у идентификовање потреба за здравственом његом, а сем тога, у случају потребе, заједно са медицинским сестрама, односно медицинским техничарима у заједници, обављају и кућне посјете регистрованом становништву.

У складу са важећим Законом о здравственој заштити, тим породичне медицине чине један доктор породичне медицине и два медицинска техничара која су завршила додатну едукацију из породичне медицине.⁹

С обзиром на територијални распоред амбуланти, њихову организацију и на број регистрованих грађана унутар тима породичне медицине, није могуће организовати пружање услуга здравствене њега у заједници кроз само један модел организације пружања здравствене њега у заједници, а да се при томе обезбиједи све потребе становника за здравственом његом. Из тог разлога развијени су сљедећи модели пружања услуга здравствене њега у заједници:

4.1. Модел 1

Модел 1 намијењен је здравственим установама у којима ради један тим породичне медицине.

Организација рада здравствене установе која ће пружати услуге здравствене њега у заједници из модела 1 представља изазов за рад тима породичне медицине, с обзиром да исти треба да пружи услуге здравствене њега у заједници, а уједно и да обавља своје послове у амбуланти.

⁸ Стратегија примарне здравствене заштите у Републици Српској, Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, 2006. год.

⁹ Службени гласник Републике Српске, број: 106/09, 44/15

Приједлог за организацију рада у заједници: Услуге здравствене њега у заједници обухватају најмање 8 часова у седмици једног пружаоца услуга здравствене њега у заједници.

4.2. Модел 2

Модел 2 је намијењен здравственим установама које имају два тима породичне медицине који раде у специјалистичким амбулантама породичне медицине (у даљем тексту: амбуланте) у једном објекту.

Приједлог за организацију рада у заједници: Организација рада у здравственој установи породичне медицине гдје раде два тима породичне медицине је таква да су то тимови који су и замјенски тимови једни другима, са четири пружаоца услуга здравствене њега. Управо тај податак да су замјенски тимови једни другима, тимовима породичне медицине омогућује препознавање потреба регистрованог становништва за здравственом његом у заједници и олакшава приступ информацијама о групама становника који имају потребу за здравственом његом у заједници.

Услуге пружаоца здравствене њега у заједници из пункта обухватају најмање 16 часова седмично, и исте могу бити подијељене међу пружаоцима услуга у складу са организацијом рада здравствене установе.

4.3. Модел 3

Модел 3 је намијењен здравственим установама у којима раде три тима породичне медицине.

Приједлог за организацију рада у заједници: На три тима породичне медицине формира се један тим пружаоца здравствене њега који се састоји од два пружаоца услуга здравствене њега у заједници.

Услуге тима пружаоца здравствене њега у заједници се пружају пет дана у седмици, пуно радно вријеме.

4.4. Модел 4

Модел 4 је намијењен здравственим установама у којима ради више од четири тима породичне медицине и представља посебну организациону јединицу/одјељење унутар службе породичне медицине.

Организација рада овог модела се заснива на тиму за пружање здравствене њега у заједници. Услуге здравствене њега у заједници на четири тима породичне медицине обезбјеђује 2,5 пружаоца услуга здравствене њега у заједници. Здравствена њега у заједници се на овај начин пружа за укупну популацију регистровану у тој здравственој установи кроз посебну организациону јединицу унутар службе породичне медицине.

Услуге тима пружаоца здравствене њега у заједници се пружају пет дана у седмици, пуно радно вријеме.

Предност оваквог модела организовања рада у заједници је у препознавању проблематике сваког корисника услуга преко тимова породичне медицине код којих су корисници регистровани. Обезбијеђен је увид у здравствену документацију те омогућена сарадња унутар тима и са тимовима породичне медицине чију регистровану популацију збрињавају и обилазе. Оваквим начином рада омогућава се континуитет, свеобухватност и доступност здравствене њега свим корисницима здравствене њега у заједници којима је она неопходна.

4.5. Модел 5

Модел 5 је намијењен здравственим установама у којима ради четири више тимова породичне медицине а који раде у амбулантама у централном објекту, и у амбулантама ван централног објекта (објекти амбуланти породичне медицине по мјесним заједницама, секторске амбуланте, и сл.). Ради лакшег препознавања истих, у даљем тексту користи се појам: „пункт породичне медицине“.

Приједлог за организацију рада у заједници: Организација рада у пункту породичне медицине гдје раде најмање два тима породичне медицине, је таква да су то тимови који су и замјенски тимови једни другима, са четири пружаоца услуга здравствене његе. Управо тај податак да су замјенски тимови једни другима, тимовима породичне медицине омогућује препознавање потреба регистрованог становништва за здравственом његом у заједници и олакшава приступ информацијама о групама становника који имају потребу за здравственом његом у заједници.

Пружаоци здравствене његе у заједници из пункта су у обавези да пружају ове услуге најмање 16 часова седмично. Ове услуге могу бити подијељене међу пружаоцима услуга у складу са организацијом рада здравствене установе.

4.6. Модел 6

Модел 6 је намијењен здравственим установама у којима ради најмање четири тима породичне медицине и представља комбинацију свих модела пружања услуга здравствене његе у заједници.

Организација рада овог модела се заснива на комбинацији свих модела пружања услуга здравствене његе у заједници, и здравствена установа треба да одреди гдје може који модел употребити с обзиром на територијални распоред амбуланти у којима раде тимови породичне медицине.

Изазов за имплементацију оваквог модела услуга здравствене његе у заједници је координација рада тимова пружање здравствене његе у заједници и пружалаца услуга здравствене његе из осталих модела.

4.7. Организација рада свих модела пружања услуга здравствене његе у заједници

Без обзира о којем се моделу организације ради, сваки тим породичне медицине треба да буде упознат са здравственим и социјалним стањем своје регистроване популације. Да би се упознали са регистрованим становништвом, тимови породичне медицине треба да:

- а)** припреме спискове регистрованих домаћинстава са бројем чланова домаћинства, њиховим личним подацима, адресама становања, бројевима телефона чланова домаћинства. Потребно је означити домаћинства у односу на број чланова (нпр. једночлано, двочлано, трочлано, четворчлано, итд);
- б)** израде картограм подручја гдје живе регистроване породице, ради једноставнијег планирања посјета породицама у њиховим домовима;
- в)** утврде социјални статус имајући у виду надлежности органа старатељства;
- г)** идентификују домаћинства у којима има дјеце и старост дјеце;
- д)** идентификују домаћинства у којима има лица старијих од 65 година;
- ђ)** идентификују домаћинства у којима живе обољели од малигних обољења;
- е)** идентификују домаћинства у којима живе обољели од хроничних незаразних болести;
- ж)** идентификују домаћинства у којима живе обољели пацијенти на хроничној дијализи;
- з)** Идентификују лица са инвалидитетом и лица са сметњама у развоју којима је потребна здравствена њега

ј) Идентификују број трудница, породиља и новорођенчади.

Све напријед наведено треба бити унесено у електронски здравствени картон.

Сваки тим породичне медицине треба да припреми **план за посјету** својој регистрованој популацији са циљем представљања, упознавања и информисања. Ове посјете би требало да се обаве тимски, односно, у посјети треба да учествују сви чланови тима породичне медицине. На тај начин би се остварио ближи и отворенији контакт који би омогућио несметан рад пружаоца услуга здравствене њега у заједници у будућности.

Планирање здравствене њега започиње **утврђивањем потреба** за здравственом његом. Потребно је дефинисати приоритете за пружање здравствене њега у заједници, дефинисати циљеве здравствене њега (краткорочни и дугорочни), планирати интервенције и вријеме доласка пружаоца услуга здравствене њега у заједници.

Информација о потребама за здравственом његом у заједници се добија анализом здравственог и социјалног стања регистрованог становништва у тимовима породичне медицине. Такође, информација о потребама за здравственом његом у заједници се може добити и од чланова породице, од пружалаца услуге здравствене њега са примарног, секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите, из установе у коју је смјештено лице или било које службе у заједници (вртићи, старачки домови, установе за дјецу и омладину са сметњама у развоју, из сигурне куће, из центара за социјални рад, итд.).

План здравствене њега је дио пацијентове **медицинске документације**, те је правно важећи документ. Подаци и информације о пацијентовом стању, његовом проблему те начин и успјешности њиховог рјешавања се брзо забораве уколико нису документовани. Документовани подаци указују на квалитет пружене здравствене њега, а њиховом даљом обрадом добивају се информације које чине добру основу за унапређење квалитета рада и развој здравствене њега у заједници.

Разлог, начин и вријеме одласка у заједницу договара тим породичне медицине на редовним састанцима. Тим породичне медицине треба да заједно разматра приоритете, да идентификује која је група становништва или здравствени проблем приоритет, који здравствени програм захтјева већу пажњу и одговарајуће ресурсе.

Приоритети се дефинишу у односу на: обољења и факторе ризика, високоризичне групе, приступачност и кориштење здравствене заштите и методе превентивног дјеловања.

Начин доласка пружаоца услуга здравствене њега у заједници је потребно планирати у складу са удаљеношћу корисника којем је потребна здравствена њега до амбуланте. Обилазак домаћинства чији чланови требају здравствену његу се може обављати пјешке, кориштењем јавног превоза или возила намијењеног за превоз до корисника здравствене њега.

Такође, с обзиром на план посјете у заједници, потребно је прилагодити **садржај торбе** пружаоца услуга здравствене њега и у истој оставити садржај потребан за предвиђене услуге здравствене њега. Садржај торбе за одлазак пружаоца услуга здравствене њега у заједници се дефинише у односу на потребе корисника услуге. Приједлог садржаја торбе се налази у **Анексу 1**.

Како би омогућио кавалитетан рад пружаоца услуга здравствене њега потребно је да здравствена установа обезбиједи услове у погледу простора и опреме за рад истог, у складу са својим могућностима и потребама. Правилником о условима за почетак рада здравствене установе¹⁰ су дефинисани минимални услови за почетак рада здравствене установе у којима није дефинисан потребан простор и опрема за пружање здравствене њега у заједници. Међутим, Пројекат ја-

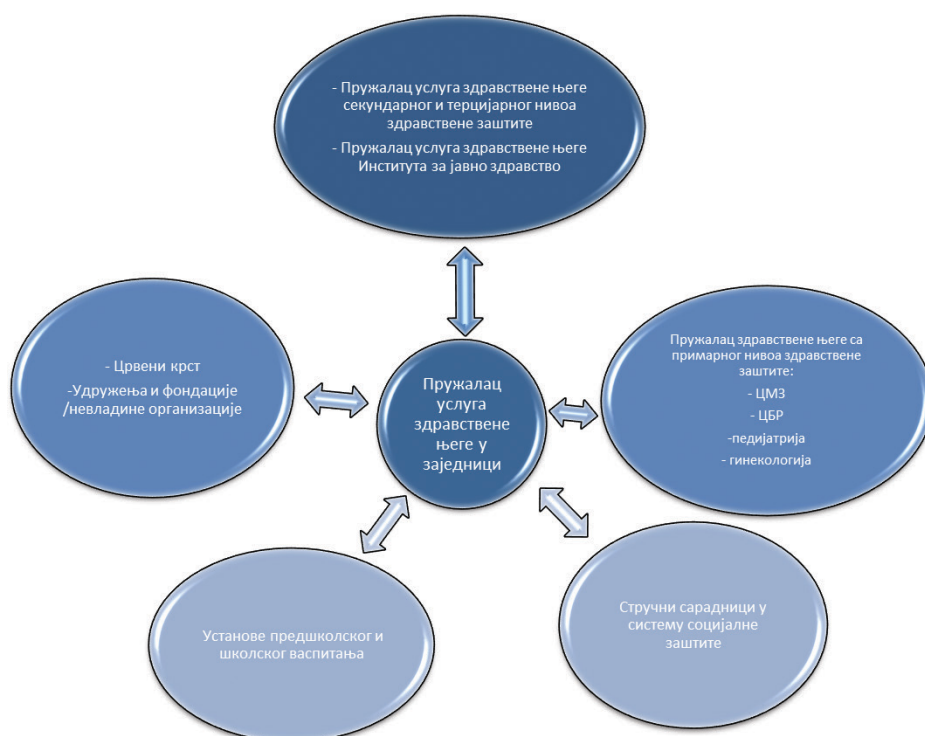
10 Правилник о утврђивању услова за почетак рада здравствене установе „Службени гласник Републике Српске“ бр 53/17, 97/18 и 99/19)

чања сестринства у Босни и Херцеговини је наведено препознао као изазов за пружање услуга здравствене његе у заједници, те је у склопу пилотирања проширене улоге медицинске сестре породичне медицине у заједници израдио Листу опреме потребне за пружање наведених услуга. Препорука Министарству здравља и социјалне заштите је да се током израде новог Правилника о условима за почетак рада здравствене установе уваже искуства стечена током имплементације прве фазе пројекта и планира да се у оквиру домова здравља обезбиједи простор за индивидуални и групни рад са пацијентима, те одржавање редовних сатстанака пружаоца услуга здравствене његе у заједници.

Листа опреме за потребе медицинских сестара у склопу пилотирања проширене улоге медицинске сестре породичне медицине у заједници у Јавној здравственој установи Дом здравља у Бања Луци се налази у **Анеху 2**.

5. МУЛТИСЕКТОРСКИ ПРИСТУП И САРАДЊА СА ОСТАЛИМ СЕРВИСИМА У ЗАЈЕДНИЦИ

Пружаоци услуга здравствене његе у заједници, повезују примарну здравствену заштиту са осталим нивоима здравствене заштите, појединцима, односно са корисницима здравствене његе у породици, мјесту становања, рада, привременог боравка у заједници. Такође, исти организују, координирају и спроводе мјере и активности здравствене заштите у установама социјалне заштите, те сарађују са осталим секторима у систему здравствене заштите, са центром за социјални рад, са установама предшколског и школског васпитања, спортским организацијама, хуманитарним организацијама и невладиним сектором.



Сарадња пружаоца услуга здравствене његе у заједници представља заједнички рад са другим стручњацима, групама или институцијама како би се остварили заједнички циљеви за добро корисника здравствене његе. Кључна вјештина у сарадњи јесте тимски рад. Током сарадње истражују се проблеми, потенцијали и могућности сваког члана тима како би се остварила сагласност око дефинисања циљева, одговарајућих интервенција за остваривање циљева, те методе за добивање повратних информација.

Сестринска документација је витална компонента сигурне, на етичким принципима засноване и ефикасне сестринске праксе, без обзира на контекст унутар којег се пружају услуге или на начин њиховог евидентирања (електронски или у папирној форми). Документовање услуга је сестринска активност која укључује писане или електронске податке о пацијенту, као и одлуке и интервенције које је медицинска сестра-техничар донијела или пружила. Сестринска документација је интегрални дио свакодневног рада медицинске сестре-техничара и уско је повезана са пружањем сигурних сестринских услуга. Документација пружа доказ о проведеним услугама и као таква представља важан професионални и медицински оправдан захтјев сестринске праксе.

Правилна и правовремена сестринска документација је неизоставна подршка доброј комуникацији у мултидисциплинарном тиму. Структурирана и стандардизована документација има нарочит значај из перспективе осигурања и унапређења квалитете његе. Изузетно је корисно правовремено документовање релевантних записа о промјени стања пацијената у обрасцу траиног праћења стања

пацијента у стварном времену током смјенског рада медицинских сестара будући да и остали чланови мултидисциплинарног тима имају увид у услуге које пружа медицинска сестра-техничар.

Структурисани пут протока информација неопходан је за холистичну здравствену његу у заједници. Да би се осигурали сигурност, квалитет и континуитет његе, потребна је директна формализована комуникација унутар служби на примарном нивоу здравствене заштите, од секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите те установа социјалне заштите, са установама предшколског и школског васпитања, спортским организацијама, хуманитарним организацијама и невладиним сектором са тимом породичне медицине.

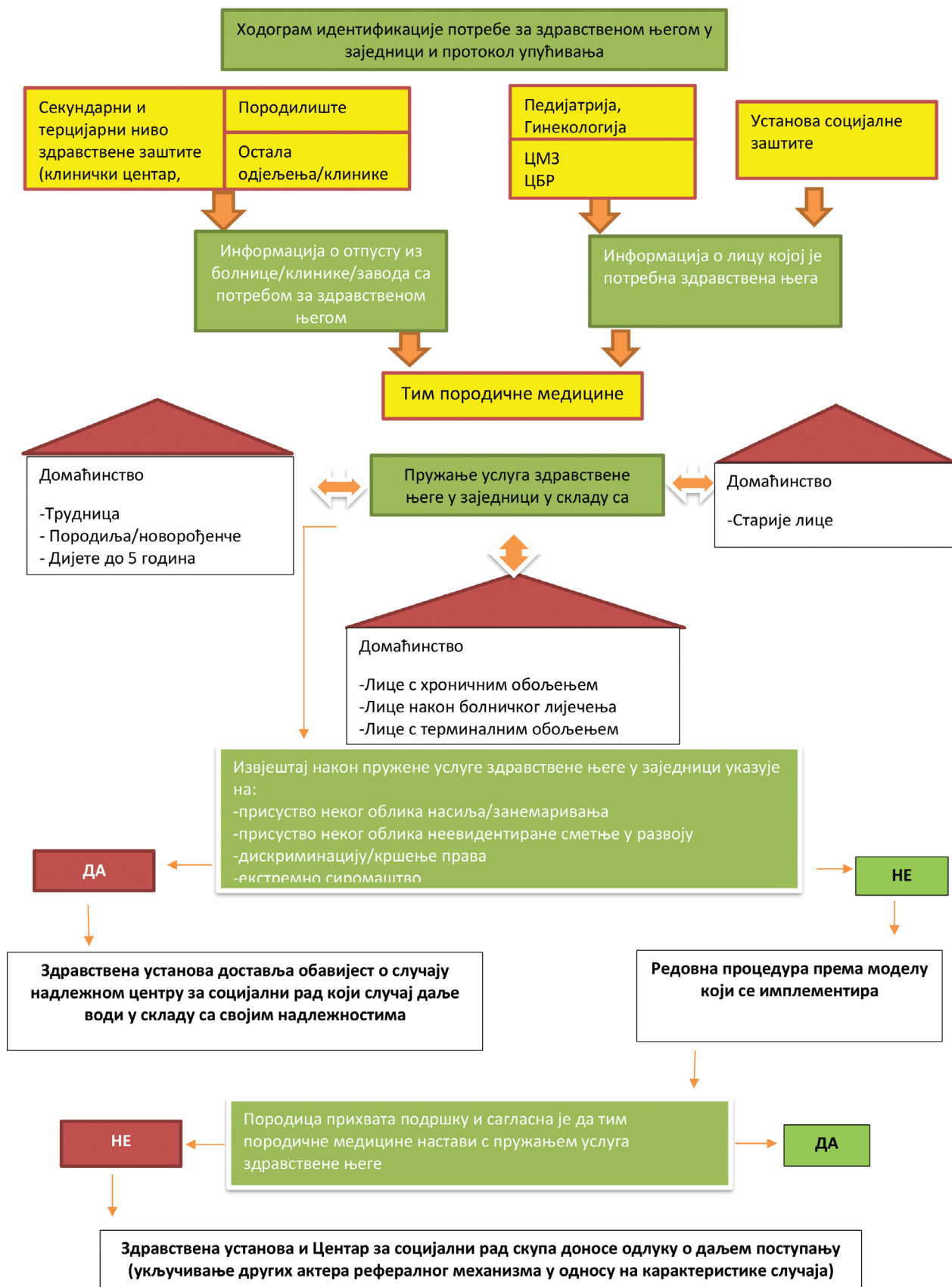
Евидентирање услуга здравствене његе у заједници је веома важно како би исте биле препознате, и из тог разлога у оквиру Пројекта јачања сестринства у Босни и Херцеговини су израђени слиједећи обрасци сестринства у заједници:

1. Уложак здравствене његе у примарној здравственој заштити налази се на сљедећим обрасцима:
 - образац налога за посјету пружаоца здравствене његе у заједници
 - образац сестринске анамнезе/опште процјене пацијента
 - образац плана здравствене његе
 - образац план посјета пружаоца здравствене његе у заједници
 - образац листе здравствене његе новорођенчета
 - образац листе здравствене његе породиље
 - образац изјаве пацијента о одбијању посјете и медицинског третмана
 - образац пријаве инцидента/нежељеног догађаја
 - образац препоруке центру за социјални рад

2. Обрасци садржаја улошка здравствене његе

6. ЦИЉНА ГРУПА КОРИСНИКА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ

Циљна популација за рад пружаоца здравствене његе у заједници је регистрована популација. Унутар регистроване популације, пружалац здравствене његе идентификује приоритетну популацију на основу њеног здравственог стања. У раду са заједницом потребно је идентификовати групе и подгрупе унутар регистрованог становништва са заједничким проблемима и потребама (нпр. адолесценти, стара лица, младе породице, обољели од хроничних болести, зависници о



дрогама, гојазне особе, конзументи дувана, итд.) како би са њима радили/е на рјешавању њихових проблема чиме се доприноси унапређењу здравља заједнице.

У идентификацији циљне групе корисника здравствене његе, битно је идентификовати и труднице, породиле, новорођенчад и дјецу. Пружање здравствене његе за жену и дијете је усмјерено на пренаталну и постнаталну здравствену његу, помоћ при дојењу и њези новорођенчета како би се обезбиједио нормалан ток трудноће, компликације у трудноћи свеле на минимум и омогућили позитивни исходи за мајку и дјете.

Дефинисање рањиве, циљне групе корисника здравствене његе у заједници није једноставно из разлога што постоји више термина који их дефинишу, а сви се свode на то да су то категорије становништва које због свог стања, болести, окружења или животне доби требају помоћ других у смислу пружања здравствених услуга.

Ниво рањивости појединих група популације или појединаца унутар заједнице се може одредити у односу на врсту и број фактора ризика којима су ове групе или појединци изложени. Фактори ризика укључују различите социо-економске и здравствене утицаје који се одређују у односу на локални контекст и на ниво интерсекторалне координације. Изложеност група или појединаца већем броју фактора ризика повећава ниво рањивости што примарно значи да је неопходно осигурати интер-секторску интервенцију како би се смањио њихов штетни утицај.

Без обзира на све наведене препреке приликом набрајања рањивих група становништва, ипак се из ранијег искуства као и истраживања вулнерабилних група становништва¹¹ може рећи да се као највулнерабилније групе становништва идентификују старе особе код којих су присутни и други фактори који повећавају вулнерабилност као што су болест, сиромаштво, живот у руралној средини, усамљеност, неписменост. На скали вулнерабилности се затим налазе особе са инвалидитетом свих доби, посебно особе са комбинованим сметњама, дјеца и жене у свим раздобљима живота и у различитим ситуацијама социјалне потребе, затим особе са проблемима менталног здравља и психијатријски боленсици, припадници националних мањина, посебно Роми, расељена лица и повратници, корисници дрога и особе обољеле од болести који представљају стигму (ХИВ+, пацијенти са хепатитисом и др.). Особе са хроничним незаразним обољењима су обухваћене под категорију старих и болесних особа којима је дат приоритет према степену вулнерабилности.

Подаци о вулнерабилним особама се и даље највећим дијелом налазе у званичним институцијама – центрима за социјални рад, бироима за запошљавање, органима локалне управе, мјесним заједницама, установама здравствене и социјалне заштите. Незаобилазни извори информација су општинске организације Црвеног крста, бројне невладине организације, религијске организације и хуманитарне организације које функционишу при религијским институцијама.

7. ФОРМАЛНО ОБРАЗОВАЊЕ, ЗНАЊЕ, ВЈЕШТИНЕ И СПОСОБНОСТИ ПРУЖАОЦА УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ

Пружалац услуга здравствене његе у заједници треба да посједује одговарајуће формално образовање (завршен први циклус студија или еквивалент) и знање и вјештине (компетенције).

Како би се становништву пружила што квалитетнија услуга од стране пружаоца услуга здравствене његе у заједници, у претходном периоду усвојен је Курикулум за едукацију медицинске

11 Н. Томић, 2013, Идентификација здравствених потреба вулнерабилних група становништва у Републици Српској и Брчко дистрикту, Истраживање путем фокус група, Финални извјештај Про Сес

сестре/техничара породичне медицине којим је обезбијеђена додатна едукација медицинских техничара из тима породичне медицине.

Такође, 2014. године Министарство здравља и социјалне заштите је у сарадњи са Медицинским факултетом у Фочи и Медицинским факултетом у Бањој Луци израдило Курикулум за едукацију медицинске сестре/техничара породичне медицине за рад у заједници.

Едукација медицинске сестре/техничара у заједници се састоји из 90 теоретских часова и 60 часова практичног рада са укупно 48 тема које обухватају области промоције здравља; превенције болести; едукацију пацијената, чланова породице и заједнице; лијечење и рехабилитацију у кућним условима и др. Такође укључује и мултисекторску и мултидисциплинарну сарадњу у постизању оптималног рјешавања потреба корисника у заједници.

Постојећи курикулум¹² је потребно унаприједити путем наставних јединица обрађених у педагошком оквиру, а у складу са искуствима стеченим приликом едукација и резултата анализе екстерне евалуације као и Акционим планом одобреним од стране министра здравља и социјалне заштите.

Обука и протоколи за сигурност особља у кућној посјети; процјена когнитивног статуса пацијента; хитна стања у кућној посјети, стања непосредне животне опасности; палијативна нега са аспекта сагоријевања здравствених радника у раду са палијативним пацијентима и методама савладавања акумулираног стреса те подршке породици/његователјима пацијената који се налазе у потреби за палијативном његом као и нега пацијента након хемотерапије/радиотерапије представљају лекције које требају бити обрађене кроз већ описане наставне јединице. У важећем Курикулуму-педагошком оквиру, идентификоване су наставне јединице у којима је неопходно додати наведене лекције.

Обука и протоколи за сигурност особља у кућној посјети:

- *Наставна јединица 15: Људи и болест, породица/пријатељи као његователји*
- *Наставна јединица 16: Здравље и заштита сестре у заједници при раду*
- **Процјена когнитивног статуса пацијента:**
 - *Наставна јединица 14: Породица*
 - *Наставна јединица 21: Менаџмент промјене понашања*
 - *Наставна јединица 28: Свеобухватна геријатријска процјена*
 - *Наставна јединица 29: Рад са геријатријским пацијентом/ рад са породицом*
 - *Наставна јединица 31: Заштита дјетета / мајке*
 - *Наставна јединица 32: Заштита адолесцената*
 - *Наставна јединица 37: Нега пацијената са менталним здравственим проблемима*
 - *Наставна јединица 38: Нега људи са поремећајем учења*
- **Хитна стања у кућној посјети – стање непосредне животне опасности**
 - *Наставна јединица 35: Третирање хитних случајева;*
 - *Наставна јединица 36: Здравствена нега у случају катастрофа;*
- **Палијативна нега – Наставак (аспекти сагоријевања пружалаца услуга здравствене неге у заједници у раду са палијативним пацијентима и методе савладавања акумулираног стреса; подршка породици/његователјима пацијената који се налазе у потреби за палијативном његом; нега пацијента након хемотерапије/радиотерапије):**
 - *Наставна јединица 17: Палијативна нега;*

¹² Kurikulum-pedagoški okvir, Dodatna edukacija za medicinske sestre/tehničare porodične medicine za rad u zajednici, 2014, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite; Katedra porodične medicine-Medicinski fakultet u Banjaluci, Katedra za primarnu zdravstvenu zaštitu i javno zdravlje, Medicinski fakultet u Foči

- Наставна јединица 18: Суочавање са тугом и смрћу;
- Наставна јединица 33: Њега пацијента.

7.1. Критеријуми за рад пружаоца услуга здравствене његе у заједници

Да би адекватно одговорио на изазове који се од њега очекују, пружалац услуга здравствене његе у заједници треба да буде лице са завршеним првим циклусом студија или еквивалентом и најмање 3 године радног искуства након стицања стручне спреме из области здравствене његе.

У прелазном периоду пружалац услуге здравствене његе у заједници треба да има минимално 5 година радног искуства у породичној медицини и завршену додатну едукацију из сестринства у заједници.

8. НОМЕНКЛАТУРА УСЛУГА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ

Номенклатура услуга здравствене његе у заједници је основа препознавања услуга пружаоца здравствене његе у заједници.

Пружаоци услуге здравствене његе у заједници из тима породичне медицине се користе мноштвом образаца у свом свакодневном раду, али званична документација услуга здравствене његе још увијек не постоји, односно услуга тима породичне медицине не садржи дефинисану услугу здравствене његе у заједници.

Услуге здравствене његе у заједници треба да обухватају сет промотивних, превентивних, куративних и рехабилитационих услуга.

9. МОНИТОРИНГ И ЕВАЛУАЦИЈА

За праћење напретка и остварења очекиваних специфичних циљева, као и адекватно коришћење ресурса потребно је успоставити механизам за мониторинг и евалуацију.

Мониторинг представља неопходан пут сагледавања напретка у остваривању задатих циљева. Континуирано праћење реализације увођења услуга здравствене његе у заједници омогућава правовремену реакцију на евентуалне изазове и приоритизацију активности.

Евалуација пројекта има за циљ пружање процјене пројекта, на систематичан и објективан начин, кроз мјерење релевантности постигнутих циљева, укључујући ефикасност и одрживост пројекта.

Предложени приступ мониторингу и евалуацији ослања се на научене лекције у претходном периоду. Дугорочна корист од овог приступа ће бити увођење система за рутински мониторинг, извјештавање о услугама здравствене његе у заједници и њиховом потенцијалном доприносу здравственим исходима.

Неопходно је успостављање и одржавање система праћења са јасно дефинисаним изворима података, методама прикупљања истих и временским оквиром. Подаци потребни за мјерење оствареног утицаја, сврхе и резултата, те за извјештавање, прикупљаће се рутински, путем истраживања или прегледом регистара на годишњој, полугодишњој или тромјесечној основи. Праћење индикатора везаних за услуге здравствене његе у заједници на нивоу општег циља пројекта обављаће се кроз истраживања која ће се провести у сарадњи са релевантним установама.

Процес прикупљања и праћења индикатора има сљедеће карактеристике:

- прикупљају се подаци који су релевантни за клиничку праксу и које је лако добити током редовног рада,

- резултати су вишеструко упоредиви (могуће је и унутрашње и вањско поређење),
- процес је континуиран,
- резултати су јасно видљиви и доступни свим заинтересованим странама и омогућавају планирање потребних промјена у клиничкој пракси.

‘Добар’ индикатор мора бити валидан, поуздан, везан за кључне организационе структуре или структуре везане за пацијенте (кориснике), процесе или исходе, мора бити мјерљив, објективан, прилагодљив за мјерење ризика, те пружати могућност агрегације података из доступних извора.

Уколико се жели обезбиједити рутински мониторинг, потребно је испунити предуслове за израчунавање индикатора из области сестринства у заједници, како слиједи:

- Примјена електронског здравственог информационог система – електронског здравственог картона у тиму породичне медицине;
- Евидентирање пружених услуга здравствене њега у заједници у електронски здравствени информациони систем – електронски здравствени картон (модул „здравствена њега у заједници“) хронолошки, евидентирањем сваке појединачне услуге на стандардизован начин;
- Примјена СОП-ова за пружање услуга здравствене њега у заједници;
- Евиденција о едукацији/додатној едукацији пружаоца услуга здравствене њега у заједници инкорпорирана у електронски здравствени информациони систем -електронски здравствени картон;
- Регистар корисника здравствене њега у заједници инкорпориран у електронски здравствени информациони систем-електронски здравствени картон;
- Дефинисане потребе заједнице за здравственом његом (са приоритетима) листа инкорпорирана у електронски здравствени информациони систем-електронски здравствени картон;
- Дефинисане услуге здравствене њега у заједници које ће се пружати, у складу са потребама заједнице, инкорпориране у електронски здравствени информациони систем-електронски здравствени картон;
- Документација услуга здравствене њега која се односи на планирање и евидентирање услуга инкорпорирана у електронски здравствени информациони систем-електронски здравствени картон;
- Листа активности везаних за пружање услуга здравствене њега у заједници инкорпорирана у електронски здравствени информациони систем-електронски здравствени картон;
- Номенклатура услуга здравствене њега у заједници инкорпорирана у електронски здравствени информациони систем-електронски здравствени картон;
- Листа идентификованих здравствених и не-здравствених сервиса у заједници који су од интереса за сарадњу у интересу обезбјеђења здравствених потреба заједнице;
- Постојање формалног оквира међусекторске сарадње (меморандуми, протоколи, путеви...) са здравственим и не-здравственим сервисима у заједници.

9.1. Минималан сет индикатора за услуге здравствене њега у заједници у заједници

Процесни индикатори:

- Процент тимова породичне медицине који примјењују СОП-ове за пружање услуга здравствене њега у заједници;
- Процент тимова породичне медицине који пружају услуге из области сестринства у заједници;

- Процент едукованих/доедукованих пружаоца здравствене његе из тимова породичне медицине који пружају услуге из области здравствене његе у заједници
- Процент лица којима је урађена процјена потреба за здравственом његом у заједници;
- Процент домаћинстава којима је урађена процјена потреба за здравственом његом у заједници;
- Процент корисника за које је израђен план здравствене његе у заједници;
- Процент корисника којима је пружена услуга здравствене његе у заједници према плану;
- Процент корисника који су добили услуге здравствене његе у заједници (укупно и по појединим услугама, нпр. услуге здравственог васпитања, промоције здравља и превенције болести у заједници, услуге дијагностике, терапије и рехабилитације у заједници);
- Процент услуга здравствене његе у заједници спроведених без налога доктора медицине-специјалисте породичне медицине (укупно и по појединим услугама);
- Број записника са састанака са сервисима у заједници;
- Број сати проведених у пружању услуга здравствене његе у заједници у току мјесеца.

Исходни индикатори:

- Задовољство запослених (у тимовима породичне медицине и у сервисима у заједници)
- Задовољство пацијената (корисника) услугама здравствене његе у заједници.

10. БИБЛИОГРАФИЈА

1. Закон о здравственој заштити („Службени гласник Републике Српске“, број: 106/09 и 44/15),
2. Закон о социјалној заштити („Службени гласник Републике Српске“, број: 37/12 и 90/16),
3. Стратегија примарне здравствене заштите у Републици Српској, Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, 2006. год.
4. Стратегија унапређења друштвеног положаја лица са инвалидитетом у Републици Српској (2017-2026),
5. Сестринство у заједници, Мојсовиц, З. 2004,
6. Закон о образовању одраслих („Службени гласник Републике Српске“, број: 59/09 и 1/12)
7. Здравствено стање становништва Републике Српске, ЈЗУ Институт за јавно здравство Републике Српске, 2017. година,
8. Идентификација здравствених потреба вулнерабилних група становништва у Републици Српској и Брчко Дистрикту БиХ, Фондација Фами, 2013. год.
9. Курикулум за едукацију медицинске сестре/техничара породичне медицине за рад у заједници, Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, 2014. год.
10. Услуге кућне здравствене његе у заједници у Републици Српској, Мораг Ц. Хенру анд Рацхел Јенкинс
11. Барбара W.C., Јудитх А.А., (1996) Цоммуниту Хеалтх Нурсинг – Цонцептс анд Практице, фоуртх едитион, Техтбоок Вритерс Ассоциатионс, Липпинцотт, Пхиладелпхиа, Нев Џорк;
12. Мојсовић З. и сурадници, (2004), Сестринство у заједници – Приручник за студиј сестринства - први дио, Здравствено велеучилиште Загреб;
13. Мојсовић З. и сурадници, (2007), Сестринство у заједници – Приручник за студиј сестринства - други дио, Здравствено велеучилиште Загреб, ИСБН 953-6239-01-9;
14. Ракић С., Антонић Д., (2015), Основе здравственог менаџмента, Паневропски универзитет „АПЕИРОН“, Бања Лука, ISBN 978-99955-91-48-9;
15. https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/
16. Вањска евалуација пилот активности сестринства у заједници, Judith A. Oulton, 2017

Анех 1.

САДРЖАЈ ТОРБЕ:

0. Торба за кућне посјете са ампуларијем
1. Глукометар + тракице
2. Отоскоп са наставцима
3. Шприца за испирање ушију – стаклена
4. Тлакомјер са стетоскопом
5. Кутија за инструменте- метална касета
6. Пеан
7. Маказе
8. Хируршка хваталка-пинцета
9. Анатомска хваталка-пинцета
10. Бубрежњак
11. Пулсни оксиметар
12. Звучна виљушка 128 Hz
13. Неуролошки чекић
14. Дозер за таблете – седмодневни
15. Пеак флоу метер – механички са наставцима
16. Монофиламент
17. Центиметар – обични и једнократни (за ране)
18. Маказе обичне
19. Топломјер
20. Есмархове повеске
21. Мала боца за кисеоник – до 1 кг са маском
22. Сталак за инфузију – склопиви за кућне посјете
23. Дезинфицијенси и антисептици
24. Медицинска средства, по потреби – шприце, игле, системи за инфузију, брауниле, беби системи, стерилне компресе различитих величина, стерилни тупфери, завоји, фластери, вазелинске газе.
25. Анти-шок терапија
26. Ампулирани лијекови и инфузионе отопине, по потреби
27. Рукавице- нестерилне и стерилне
28. Једнократни хируршки мантили
29. Амбалажа за медицински отпад - контејнер за оштрице и кеса за инфективни отпад
30. Обрасци, по потреби

Анех 2.

Листа опреме за потребе медицинских сестара/техничара у склопу пилотирања проширене улоге медицинске сестре породичне медицине у заједници у ЈЗУ Дом здравља Бања Лука.

Листа рачунарске опреме:

1. Десктоп рачунар – укључујући тастатуру+ миш+звучници 1 ком
2. Монитор 21.5" 1 ком
3. Скенер 1 ком
4. Ласер штампач, штампа црно/бијела 1 ком
5. Лаптоп + торба 2 ком
6. Data пројектор 1 ком
7. FlipChart + папир 1 ком
8. White Board - табла за писање 1 ком
9. Пројекционо платно 1 ком
10. Продужни кабл 2 ком

Листа канцеларијског намјештаја:

11. Радни сто 140x80x72 цм 1 ком
12. Радна столица, фотеља 1 ком
13. Сто за састанке 200x90x75 цм 1 ком
14. Столица обична ISO 10 ком
15. Ормар 190x90x45 цм 1 ком

Листа медицинске опреме:

- | | |
|--|--|
| 1) Анатомска хватаљка 20 ком | 18) Неуролошки чекић 20 ком |
| 2) Бубрежњак 20 ком | 19) Оловка батерија 20 ком |
| 3) Центиметар 20 ком | 20) Отоскоп са наставцима 20 ком |
| 4) Дијагностички алат за детекцију дијабетичке полинеуропатије 20 ком | 21) Пеан 20 ком |
| 5) Добош за стерилизацију 20 ком | 22) Портбилни апарат за кисик са двије маске 6 ком |
| 6) Дозатор за таблете за 7 дана 20 ком | 23) Портбилни вакум аспиратор 6 ком |
| 7) ЕКГ апарат – портбилни 6 ком | 24) Пулсни оксиметар 20 ком |
| 8) Есмарх повеска 20 ком | 25) Сталак за инфузију – склопиви 20 ком |
| 9) Глукометар + тракице 20 ком | 26) Стетоскоп 20 ком |
| 10) Хируршка хватаљка 20 ком | 27) Шприца за испирање ушију 20 ком |
| 11) Хируршки мантил (заштита од крви и других текућина) 100 ком | 28) Тлакомјер 20 ком |
| 12) Контејнер за одлагање игала 20 ком | 29) Топломјер 20 ком |
| 13) Кутија за инструменте 20 ком | 30) Торба за патронажну сестру 20 ком |
| 14) Маказе 20 ком | 31) Вага за мјерење тежине 6 ком |
| 15) Манжетне XL за тлакомјер 20 ком | 32) Вага за мјерење тежине беба, преносива 6 ком |
| 16) Мјерач протока ваздуха 20 ком | 33) Звучна виљушка 20 ком |
| 17) Једнократни наставци за Мјерач протока ваздуха – кутија од 500 ком 6 ком | |

УЛОЖАК ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ
У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ
ЗАШТИТИ

УЛОЖАК ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

ПОДАЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ		
Број здравственог картона	Број здравствене књижице	Рх фактор
	Крвна група	
ЛИЧНИ ПОДАЦИ		
Пол: М-Ж (Презиме, име родитеља, и име)		
Мјесто и датум рођења; јединствени матични број		
Пребивалиште (мјесто, улица и број) _____		
Број телефона _____		
брачно стање: _____		
адреса електронске поште _____		
– нежењен – неудата, – ожењен – удата, – удовац-удовица и – разведен-разведена		
ПОДАЦИ О ЗАПОСЛЕЊУ И ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ		
Назив организације носиоца здравственог осигурања		
Регистарски број шифра дјелатности		
Сједиште радне организације		
Категорија здравственог осигурања		
НАПОМЕНА:		
Потпис медицинске сестре-техничара		

НАЛОГ ЗА ПОСЈЕТУ ПРУЖАОЦА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ

НАЛОГ ЗА ПОСЈЕТУ ПРУЖАОЦА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ

Датум и вријеме издавања налога _____

Налог издао _____

Вријеме поласка _____ Вријеме повратка _____

Презиме и име пацијента	Адреса	Број телефона	УСЛУГЕ			Потпис пацијента
			Тх	Лаб	Остало	

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА /
ОПШТА ПРОЦЈЕНА ПАЦИЈЕНТА

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА / ОПШТА ПРОЦЈЕНА ПАЦИЈЕНТА

Име и презиме: _____

Број картона/ЈМБ: _____

Тим породичне медицине: _____ Особа и телефон за контакт: _____

Датум процјене: _____ Потпис пружаоца здр. његе: _____

Разлог за кућну посјету:

Главне медицинске дијагнозе релевантне за здравствену његу:	1) _____ _____ _____	2) _____ _____ _____
	3) _____ _____ _____	4) _____ _____ _____

Алергије: ДА – НЕ _____

Процјена самосталности	1. самосталан/ потребно помагало <input type="checkbox"/> 2. зависност вишег степена <input type="checkbox"/> 3. зависност у високом степену <input type="checkbox"/> 4. потпуно зависан <input type="checkbox"/>
Самозбрињавање	Хигијена – 1, 2, 3, 4 елиминација – 1, 2, 3, 4 остало Храњење – 1, 2, 3, 4 облачење – 1, 2, 3, 4
Физичке активности	Ходање – 1, 2, 3, 4 сједење – 1, 2, 3, 4 окретање – 1, 2, 3, 4 Премјештање – 1, 2, 3, 4 стајање – 1, 2, 3, 4 остало
Опрема и помагала	Штаке <input type="checkbox"/> штап <input type="checkbox"/> ходалица <input type="checkbox"/> колица <input type="checkbox"/> протеза <input type="checkbox"/> остала помагала _____
Исхрана	Орална <input type="checkbox"/> парентерална <input type="checkbox"/> сонда <input type="checkbox"/> стома <input type="checkbox"/> остало _____
Апетит	Нормалан <input type="checkbox"/> повећан <input type="checkbox"/> смањен <input type="checkbox"/> мучнина <input type="checkbox"/> повраћање <input type="checkbox"/> остало .
Гутање	Без тешкоћа <input type="checkbox"/> отежано <input type="checkbox"/> тешко <input type="checkbox"/> остало
Слузница	Нормална <input type="checkbox"/> сува <input type="checkbox"/> наслаге <input type="checkbox"/> оштећена <input type="checkbox"/>
Елиминација столице	Задња дефекација _____ Инконтиненција <input type="checkbox"/> пролив <input type="checkbox"/> опстипација <input type="checkbox"/> илеостома <input type="checkbox"/> колостома <input type="checkbox"/>
Елиминација урина	Нормална <input type="checkbox"/> инконтиненција <input type="checkbox"/> врста _____ уростома <input type="checkbox"/> Уринарни катетер <input type="checkbox"/> задња промјена .
Знојење	Нормално <input type="checkbox"/> Смањено <input type="checkbox"/> појачано <input type="checkbox"/>
Искашљавање	ДА <input type="checkbox"/> без тешкоће <input type="checkbox"/> отежано <input type="checkbox"/> слуз <input type="checkbox"/> крв <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> Кашаљ ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>

Перцептивне способности	<p>Вид добар <input type="checkbox"/> оштећен <input type="checkbox"/> слијеп <input type="checkbox"/> Наочаре <input type="checkbox"/> сочива <input type="checkbox"/> очна протеза <input type="checkbox"/></p> <p>Слух добар <input type="checkbox"/> оштећен <input type="checkbox"/> глув <input type="checkbox"/> Слушни апарат <input type="checkbox"/></p> <p>Бол ДА <input type="checkbox"/> опис бола (локализација, јачина, врста)</p> <p>_____</p> <p>Шта пацијент ради да умањи бол?</p> <p>_____</p> <p>НЕ <input type="checkbox"/></p> <p>Говор без тешкоћа <input type="checkbox"/> афазија <input type="checkbox"/> остало</p> <p>_____</p>
Спавање	<p>Несаница ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> специфичности спавања</p> <p>Ходање у сну ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/></p>
Свијест	<p>Очувана <input type="checkbox"/> сомноленција <input type="checkbox"/> сопор <input type="checkbox"/> ступор <input type="checkbox"/> кома <input type="checkbox"/> остало</p> <p>Процјена на Glasgow кома скали</p> <p>_____</p>
Психијатријска дијагноза (ако није већ горе наведена):	
Активности које утичу на здравље	<p>Пушење ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ком/ дан _____ / година _____</p> <p>Алкохол ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> количина/ дан _____ / година _____</p> <p>Дроге _____ Остало _____</p>
Физикални преглед	Висина _____ тежина _____ Промјене ТТ.
Пулс/ мин _____	Температура _____ Крвни притисак _____ Дисање _____
Кожа – изглед и промјене	Глава и врат _____ Браден скала – бодови _____ Грудни кош _____
Ризик за	пад <input type="checkbox"/> повреде <input type="checkbox"/> инфекцију <input type="checkbox"/> остало _____

Ситуација у којој се пацијент налази:
Окружење у којем живи пацијент:
Постојање опасности по здравље? _____

Стање његоватеља
Како се његоватељи носе са ситуацијом? (по њиховом властитим ријечима):

Да ли постоји потреба да се подржи и едукује његоватељ?

Каква очекивања пацијент и његоватељи имају од пружаоца здравствене његе у заједници?

Остали коментари:

Упутство за кориштење овог обрасца:

Овај образац се користи за сестринску анамнезу и општу сестринску процјену. Користи се за прикупљање података везаних за здравствену његу.

Сестринска анамнеза и општа процјена пацијента се обављају код пацијената којима је потребно пружити здравствену његу или терапију по налогу доктора. Сестринска анамнеза се узима код пацијената којима је потребно отићи у више од једне кућне посјете ради пружања здравствене његе.

Образац испуњавајте током разговора са пацијентом. Немојте га користити као контролну листу већ постављајте питања отвореног типа, као што су сљедећа питања: „Како сте се осјећали након изласка из болнице?“, „Шта вас у овом тренутку највише забрињава?“

Молимо додајте обрац за провјеру кориштења прописане терапије. Сестринску анамнезу и општу процјену пацијента приложите у картон пацијента.

ПЛАН ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ

ПЛАН ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ

Име и презиме: _____

Број картона/ЈМБ: _____

Здравствена њега коју је прописао доктор: _____

Датум прописивања: _____ 20____ године

Печат и потпис доктора медицине: _____

Здравствена њега коју планира и спроводи пружалац здравствене његе (план)

Датум, потпис	Проблем	Циљ	Интервенција	Евалуација
Датум, потпис	Проблем	Циљ	Интервенција	Евалуација

ПЛАН ПОСЈЕТА ПРУЖАОЦА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ

ЛИСТА ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ НОВОРОЂЕНЧЕТА

Листа здравствене неге новорођенчета

Прва посјета дана _____ 20 _____ године _____ Пол: М – Ж

Име и презиме _____

Датум рођења: _____ на вријеме, _____ прије термина, _____ послје термина _____ у породилишту (које) _____ у кући са стручном помоћи (име и презиме бабице): _____ без стручне помоћи зашто _____

Порођајна тежина _____ грама, дужина _____ цм, обим главе _____ цм

порођајне повреде (које): _____

Болести новорођенчета: _____

Предпорођајна здравствена заштита мајке _____

Болести мајке у току трудноће _____

Компликације у току порода и након њега _____

Да ли је мајка запослена: ДА – НЕ, гдје _____

Вакцине у породилишту: против туберкулозе (BCG) датум _____ против заразне жутице (НВ) датум _____

Њега новорођенчета – бабица: ДА – НЕ, _____

Име и презиме бабице _____

Дневно: ДА – НЕ; _____

колико дана по порођају _____

Датум посјете																				
Дан прегледа по породу																				
Кожа																				
Глава																				
Грудни кош																				
Екстремитети																				
Пупак																				
Гениталије																				
Физиолошка жутица																				
Остали савјети:																				
а) облачење																				
б) дојење																				
в) вјештачка исхрана																				
г) превијање																				
д) спавање																				
е) остало																				
Напомена:																				
Пружалац здравствене његе у заједници:																				

ЛИСТА ЗДРАВСТВЕНЕ
ЊЕГЕ ПОРОДИЉЕ

ЛИСТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЊЕГЕ ПОРОДИЉЕ

Прва посјета дана _____ 20 ____ године

Име и презиме _____ Датум рођења: _____

Датум порођаја: _____ у породицишту: ДА – НЕ

Пород је био: правовремен, ранији, нормалан, компликације

Компликације по порођају: НЕ
ДА _____

Колико је дана породиља била у болници: _____ дана

Операција: ДА – НЕ

Да ли породиља доји: ДА – НЕ, зато што _____

Савјет о контрацепцији: ДА – НЕ

Датум посјете			
Дан прегледа по порођају			
преглед дојки			
преглед висине фундуса			
преглед епизиотомије			
превенција инфекције епизиотомије			
превијање ране од царског реза			
прва менструација			
психичко стање породиље			
Савјети о			
а) личној хигијени			
б) исхрани			
в) додатни савјети			
Напомена			

ИЗЈАВА ПАЦИЈЕНТА О ОДБИЈАЊУ
ПОСЈЕТЕ И МЕДИЦИНСКОГ
ТРЕТМАНА

ИЗЈАВА ПАЦИЈЕНТА О ОДБИЈАЊУ ПОСЈЕТЕ И МЕДИЦИНСКОГ ТРЕТМАНА

Потписани/а _____

Борави у _____

Датум рођења _____.

1. Изјављујем, да се не слажем, да СуЗ изведе интервенцију здравствене његе, коју јој је породични доктор навео на радном налогу и/или у отпусном писму:

Наручилац радног налога: _____

Наручена интервенција: _____

2. Желим, да ме СуЗ не обилази, због извођења интервенције, која је наведена на радном налогу, до наредног издавања радног налога од стране породичног доктора.

Потврђујем, да ми је СуЗ објаснила све о нарученој интервенцији и о начину извођења, те очекиваној користи од здравствене његе.

Разумијем, да одбијање прописане интервенције здравствене његе има посљедице на моје здравље.

Разумијем дата ми усмена упутства.

Разумијем значај и посљедице одбијања.

Изјаву о одбијању дајем слободно.

Мјесто и датум: _____

Потпис пацијента: _____

Потпис друге особе: _____ (старатељ/сродник/ правни заступник, за особе које нису способне одлучивати за себе).

Потпис СуЗ: _____.

ПРИЈАВА ИНЦИДЕНТА/НЕЖЕЉЕНОГ
ДОГАЂАЈА

ПРИЈАВА ИНЦИДЕНТА/НЕЖЕЉЕНОГ ДОГАЂАЈА

Датум и вријеме настанка инцидента/ нежељеног догађаја:
--

Опис инцидента/ нежељеног догађаја	Врста инцидента/ нежељеног догађаја: <input type="checkbox"/> пад <input type="checkbox"/> терапија <input type="checkbox"/> опекотина <input type="checkbox"/> друго: _____ _____
	Мјесто гдје се десио инцидент/ нежељени догађај:
	Особе које су учествовале:
	Опрема која је коришћена:
	Непосредни узроци:
	Како је запажен инцидент:
Посљедице инцидента/ нежељеног догађаја	Посљедице за пацијента:
	Посљедице за здравствену установу
Изјава медицинске сестре о инциденту/ нежељеном догађају	
Какве су мјере и активности предузете	
Остале напомене	

У _____, дана _____.	Извјештај саставио _____ (пуно, читљиво име и презиме и потпис)
----------------------	---

ПРЕПОРУКА ЦЕНТРУ
ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД

Социјални статус породице

обданиште	основну школу	средњу школу	вишу школу	факултет	ништа од наведеног

Број дјете	Број осталих чланова породице			
	запослених	незапослених	запослених	незапослених

Стамбене прилике

- | | | |
|---------------|---|-------------------------|
| 1 – стан/кућа | _ | 3 – смјештај у установи |
| 2 – подстанар | _ | 4 – бескућник |

Разлог упућивања (кратак опис проблема)

Напомена: уколико се упућује дијете навести име родитеља или старатеља

Датум посјете:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

МП.

Потпис пружаоца здравствене његе:

ПРОФИЛИСАЊЕ ЗАЈЕДНИЦЕ

ПРОФИЛИСАЊЕ ЗАЈЕДНИЦЕ

1. Карактеристике популације

- a. Географски положај (град, село, избјегличка насеља, географска разуђеност)
- b. Удаљеност од амбуланте (просјечна, максимална-број пацијената)
- c. Број становника (укупно у заједници)
- d. Број породица; просјечан број чланова породице
- e. Старосне групе
 - 0–1 дојенче
 - 1–5 предшколска дјеца
 - 6–18 школска омладина
 - 19 – 64 одрасли
 - ≥65 Старе особе
- f. Број мушкараца
- g. Број жена
 - Трендови у популацији
 - Наталитет (специфични подаци за протеклих 12 мјесеци)
 - Морталитет (новорођеначка смрт)
 - образовање
 - Општи подаци – статистички подаци из општине
 - Школска спрема регистроване популације
 - Основно образовање
 - Средња стручна спрема
 - Виша стручна спрема
 - Висока стручна спрема
 - Религија и обичаји
 - Етничка припадност
 - Маргинализоване групе
 - Културолошки обичаји
 - Религијске групе

2. Здравствени статус популације

- a. Морбидитет – водеће болести, по полу (на подручју општине)
- b. Морталитет - водећи узроци смрти, по полу (на подручју општине)
- c. Стил живота у локалној заједници
- d. Хронична обољења
- e. Неједнакост у пружању здравствене његе

3. Локални фактори који утичу на здравље

a. Рад и запосленост

- професионалне болести, по полу - подаци из Медицине рада
- Примања, по полу (просјечна на нивоу општине)
- Број неосигураних лица, по полу

b. Сиромаштво

- Степен незапослености
- Лица пријављена Центру за социјални рад, по полу

c. Околина

- Загађења (све врсте загађења)
- Санитација (цријевне болести на нивоу локалне заједнице)
- Изворишта воде
- Канализације

d. Услови смјештаја

- Пренатрпаност, недостатак простора, колективни смјештај
- Загријавање, недостатак гријања
- Влага

e. Транспорт

- Удаљеност услуга здравствене и социјалне заштите, посла, ...
- Увезаност саобраћаја и саобраћајни услови

f. Друштвени аспекти

- Хоби
- Слободне активности, друштвене активности

g. Фактори дестабилизације

- Ментални статус- фактори утицаја на ментално здравље
- Лоше навике и ризично понашање
- Дејство еколошких фактора на здравље
- Слаба сарадња са групама и сервисима за подршку

h. Ресурси у заједници

- Сервиси – државни
- Центар за ментално здравље као дио здравственог сервиса,
- Политичке и вјерске организације
- Невладин сектор

4. Тренутни сестрински рад

a. Најчешћи здравствени проблеми због којих људи (мушкарци, жене) долазе у моју амбуланту

b. Којим здравственим проблемима посвећујем највише времена

c. Који су по мени највећи здравствени проблеми (мушкараца, жена)

d. Број кућних посјета у протеклих 12 мјесеци (по полу)

5. Мишљење локалне заједнице о њиховим здравственим проблемима

ЛИСТЕ ПРОВЈЕРЕ ЗА ИЗРАДУ
ПРОГРАМА ПРОМОЦИЈЕ ЗДРАВЉА

ЛИСТЕ ПРОВЈЕРЕ ЗА ИЗРАДУ ПРОГРАМА ПРОМОЦИЈЕ ЗДРАВЉА

ПЛАНИРАЊЕ 1

Идентификовање одређеног проблема, циљне групе и фокуса програма

	Обављене консултације са кључним особама
	Битни подаци и информације провјерени
	Познавање карактеристика циљне групе
	Анализиран организациони контекст унутар којег ће програм функционисати
	Анализиране потребе судионика
	Идентификовани фактори који доприносе датој здравственој теми
	Одабран фокус програма

ПЛАНИРАЊЕ 2

Израда програма

	Циљеви и исходи написани
	Стратегије одабране
	Утврђене улоге кључних учесника програма
	Постојећи програми провјерени и адаптирани (уколико је потребно)
	Ресурси потребни за подршку програма на располагању
	Потврда да је планирани програм реалистичан и остварљив унутар организационог оквира у којем ће функционисати

ПЛАНИРАЊЕ 3

Израда акционог плана

	Акциони план израђен
	Задаци организовани по логичном редоследу
	Одговорност за праћење и извршење задатака одређена
	Постављен временски оквир
	Израђен план комуникације

ИНСТРУМЕНТ ЗА ПРОГРАМ
ПРОМОЦИЈЕ ЗДРАВЉА

ИНСТРУМЕНТ ЗА ПРОГРАМ ПРОМОЦИЈЕ ЗДРАВЉА

Датум		Мјесто	
Проблем			
Потребна активност (образложење зашто је потребна та активност)			
Чланови тима који ће помоћи у реализацији програма (Уврстити пружаоце других услуга-партнере)			
Циљ			
Кључне поруке			
Циљна група			
Назив иницијативе за промоцију здравља			
Циљ (еви)			
Стратегије Како постићи циљ(еве)	Радње Задаци за обавити	Потребни ресурси Ко ће то обавити? Трошкови? Финансијски ресурси? Опрема?	Времени оквир Рокови?
			Евалуација Како напредује? Шта ће се мјерити? Повратне информације

КРИТЕРИЈИ ЗА КУЋНЕ ПОСЈЕТЕ

КРИТЕРИЈИ ЗА КУЋНЕ ПОСЈЕТЕ

У основи кућне посјете се раде пацијентима којима је немогуће да сами дођу до амбуланте, из сљедећих разлога:

- Непокретност
- Потешкоће у транспорту, да ли због финансијских разлога или зато што немају никога да им помогне
- Регистровани пацијенти који нису посјетили амбуланту у протеклој години и они који нису дошли на већ уговорени редовни преглед
- Чланови угрожених група становништва те корисници социјалне помоћи који нису посјетили амбуланту

Непокретни пацијенти и пацијенти који не могу сами доћи у амбуланту, добит ће кућну посјету у сљедећим ситуацијама:

- Тек отпуштени пацијенти са компликованим режимом терапија
- Тешко болесни пацијенти, нпр. пацијенти који болују од рака, пацијенти палијативне његе у терминалној фази живота
- Пацијенти са хроничним болестима који требају редовну његу и/или надзор
- Пацијенти преко 65 година старости због редовног годишњег прегледа/посјете
- Пацијенти са хроничним болестима због редовног годишњег прегледа/посјете

УПУТСТВО ЗА ВОЂЕЊЕ ЕВИДЕНЦИЈЕ
ПОЗИВАЊА И ПРАЂЕЊЕ ПАЦИЈЕНАТА
СА ХРОНИЧНИМ ОБОЉЕЊИМА

УПУТСТВО ЗА ВОЂЕЊЕ ЕВИДЕНЦИЈЕ ПОЗИВАЊА И ПРАЂЕЊЕ ПАЦИЈЕНАТА СА ХРОНИЧНИМ ОБОЉЕЊИМА

Годишњи прегледи пацијената са хроничним обољењима – евиденције позивања и прађења:

- У евиденцији ће се биљежити датум када пацијент приспијева на годишњи преглед и када би СуЗ требала да прегледа картон пацијента да утврди која врста прегледа приспијева (нпр. дијабетес/ХОПБ), те да ли је прикладно да се комбинује са годишњим прегледом везаним за хипертензију. Циљ је да се прегледи комбинују, односно избјегне њихово дуплирање.
- Забиљешка о конкретном садржају годишњег прегледа (нпр. измјерени индекс тјелесне тежине или крвни притисак, дати савјет) евидентира се у контролном листу које се прилаже у картон пацијента а НЕ у евиденцију позивања.

Поступак за кориштење предложеног папирног система евидентирања

Примјер: пацијент долази на годишњи преглед због дијабетеса 28.01.2022. године

1. У контролном листу у картону пацијента СуЗ документује:
 - датум 28.01.2022. године и клиничке детаље годишњег прегледа
 - датум када доспијева наредни годишњи преглед (28.01.2023. године)
2. у евиденцији позивања у одјељку за јануар 2023. године, било на страни за 28.01.2023. или за седмицу у којој се налази 28.01.2023., СуЗ уписује сљедеће:
 - име пацијента
 - датум рођења
 - број картона

Датум када је вријеме за годишњи преглед (нема потребе наводити који годишњи преглед приспијева)

На почетку сваког мјесеца (нпр. јануара 2022. г.) СуЗ провјерава у евиденцији позивања за које пацијенте приспијева годишњи преглед у наредном мјесецу (нпр. фебруар 2022. г.)

3. СуЗ провјерава картон пацијента да види који су годишњи прегледи приспјели или приспијевају ускоро па би се могли заједно обавити
4. У складу са договореним критеријима, СуЗ доноси одлуку да ли пацијент може доћи у ДЗ на годишњи преглед или је потребно отићи у кућну посјету (видјети критерије за кућне посјете).
5. СуЗ у евиденцију позивања уноси датум када треба послати позив на годишњи преглед или договорити кућну посјету
6. СуЗ биљежи датум када је обављен годишњи преглед (нпр. 30.01.2022. г.), а истовремено опет започиње процес везан за годишњи преглед 30.01.2023. године.

Уколико пацијент не дође на заказани преглед у одређено вријеме, потребно је урадити сљедеће:

- заказати поново термин за годишњи преглед три мјесеца касније
- унијети нови датум за преглед у регистар
- направити забиљешку у картону пацијента о неодржавању

Ако се пацијент и другог пута не одазове на преглед, разговарати о будућим корацима с доктором (могуће рјешење: кућна посјета).

КУРИКУЛУМ СА ПЕДАГОШКИМ
ОКВИРИМА ИЗ СУПЕРВИЗИЈЕ/
МЕНТОРСТВА ЗА ЕДУКАЦИЈУ
СУПЕРВИЗОРА И МЕНТОРА (ТОС)
У ОБЛАСТИ ПОЛИВАЛЕНТНЕ
ПАТРОНАЖЕ/СЕСТРИНСТВА У
ЗАЈЕДНИЦИ ИЗ ДОМОВА ЗДРАВЉА
У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

Домаћи експерт: **Медиха Авдић**

Сарајево, октобар 2020. године

1. УВОД У ЕДУКАЦИЈУ

Супервизија/менторство је професионални разговор који се може одвијати неформално током неке паузе за кафу или током брзог разговора са колегицама/колегама у њиховој канцеларији, или формално на одређеним планираним предавањима/тutoriјалима или састанцима са појединцем или тимом на њиховом радном мјесту.

Супервизија/менторство се може дефинирати на много различитих начина, али у основи је разговор између професионалаца на свим нивоима различитих искустава, не само за особе које су на едукацији. Супервизија/менторство има за циљ промоцију учења, рефлексивне праксе и побољшање сигурности и квалитета њега пацијента.

Клиничка супервизија/менторство у склопу овог курикулума представља стручну подршку на радном мјесту коју патронажним сестрама–техничарима/медицинским сестрама–техничарима породичне медицине у заједници, у будућности требају континуирано пружати стручни домаћи супервизори и ментори у области поливалентне патронаже/сестринства у заједници. Након идентификације постојећих домаћих супервизора и ментора, пројекат ће им обезбиједити стручну едукацију из супервизије/менторства у области поливалентне патронаже/сестринства у заједници и периодичну међународну подршку.

Клиничка супервизија/менторство се све више проводи као аспект личног и професионалног развоја у примарној и секундарној здравственој заштити. То је аспект цјеложивотног учења с потенцијалним користима и за супервизора и за супервизираног.

Примјена ефикасног система супервизије/менторства у области поливалентне патронаже / сестринства у заједници помоћи ће да се осигура:

- Промоција и одржавање стандарда здравствене њега;
- Компетентна и квалификована радна снага;
- Пружање сигурне и ефикасне здравствене њега;
- Подржавајуће професионално окружење за медицинске сестре/техничаре.

Главна сврха супервизије/менторства у области поливалентне патронаже/сестринства у заједници је подржати:

- Развој знања и вјештина у оквиру клиничког подручја, фокус је на сигурној и ефикасној пракси и користи за бригу о пацијентима;
- Прилике за расправу о питањима која се односе на пружање сигурне и ефикасне њега и / или неких других професионалних питања;
- Медицинске сестре/техничари у тешким околностима као што су рад са врло захтјевним и специфичним пацијентима или које имају отежане међуљудске односе са другим члановима тима;
- Развој компетенција, знања и вјештина кроз олакшање личног и професионалног напретка.

Овај курикулум покрива дио теоријских основа потребних за провођење супервизије/менторства, у овом случају у заједници и садржи доста практичних идеја о томе како приступити, провести и евалуирати супервизију/менторство, те активности за развијање технике засноване на развијању самопоуздања.

1.1. Циљ едукације

Унаприједити вјештине и компетенције супервизора/ментора које су пресудне за ефикасан надзор и помоћ у раду поливалентних патронажних сестара–техничара/медицинских сестара–техничара породичне медицине у заједници. Вјештине потребне за супервизију/менторство

надograђиват ће се на постојеће способности комуникације и фацитације супервизора/ментора, научене кроз почетну обуку, професионални развој и искуствено учење.

Такође, циљ едукације је развити способности код локалних супервизора/ментора за примјену различитих метода и инструмената у свакодневном раду, као и родно одговорних принципа, а који ће обављати супервизију/менторство поливалентних патронажних сестара–техничара/медицинских сестара–техничара породичне медицине у заједници.

1.2. Број сати едукације

Едукација ће трајати 14 наставних сати, током 2 узастопна дана у седмици, распоређени у складу са објективном ситуацијом и могућностима полазника који ће присуствовати овој едукацији.

(1 сат = 45 мин.)

1.3. Полазници

Полазнике едукације ће предложити матични домови здравља, а одабир ће се вршити у сарадњи са пројектом. Предуслов је да полазници едукације за супервизоре/менторе из области поливалентне патронаже/сестринства у заједници већ буду супервизори/ментори у својим домовима здравља, те да већ имају одређено искуство у овој области (нпр. супервизори/ментори ученицима и студентима на пракси, младим новопримљеним колегама, те супервизори/ментори у оквиру ПАТ едукације, итд.).

1.4. Методологија рада

Методологија рада која ће се примјењивати током едукације супервизора/ментора у области поливалентне патронаже /сестринства у заједници ће бити разнолика, са различитим едукативним методама које ће помоћи да полазници обогате властито знање, те усвоје нова знања и вјештине које ће им помоћи да професионално обављају супервизијске/менторске посјете и пружају стручну помоћ поливалентним патронажним сестрама–техничарима/ медицинским сестрама–техничарима породичне медицине у заједници, у њиховом радном окружењу.

Наставне методе ће бити комбиноване, те ће се користити кратке power поинт презентације у комбинацији са доста интеракције са полазницима, затим рад у групама, рад у паровима, мета-план, игра улога са припремљеним сценаријем, браинсторминг, дискусије.

1.5. Назив наставних јединица са бројем сати

1. ДЕФИНИЦИЈА, СВРХА, ПРИНЦИПИ И ВРСТЕ СУПЕРВИЗИЈСКИХ/МЕНТОРСКИХ ПОСЈЕТА НА РАДНОМ МЈЕСТУ **(2,5 сата)**
2. ОСОБИНЕ И КВАЛИФИКАЦИЈЕ СУПЕРВИЗОРА/МЕНТОРА **(1,5 сат)**
3. СУПЕРВИЗИЈСКИ СТИЛ И КОМУНИКАЦИЈСКИ ПРОЦЕСИ У СУПЕРВИЗИЈИ/МЕНТОРСТВУ **(2 сата)**
4. СМЈЕРНИЦЕ И СТРАТЕГИЈА ПРОВОЂЕЊА СУПЕРВИЗИЈСКИХ/МЕНТОРСКИХ ПОСЈЕТА НА РАДНОМ МЈЕСТУ **(2 сата)**
5. ФАЗЕ ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ СУПЕРВИЗИЈСКЕ/МЕНТОРСКЕ ПОМОЋИ НА РАДНОМ МЈЕСТУ **(3 сата)**
6. ДОКУМЕНТАЦИЈА И НАЧИН ВОЂЕЊА ДОКУМЕНТАЦИЈЕ ЗА СУПЕРВИЗИЈСКЕ /МЕНТОРСКЕ ПОСЈЕТЕ **(2 сата)**
7. ГЕНДЕР **(1 сат)**

1.6. Материјал за полазнике

Полазницима ће бити обезбјеђени материјали са power поинт презентацијама које буду изложене током едукације, затим копија Приручника за стручну помоћ на радном мјесту, као и сви остали материјали који се буду користили током ове едукације.

1.7. Присуство едукацији и сертификација

Програм едукације обухвата укупно 7 наставних јединица, које ће бити реализоване током два узастопна наставна дана у седмици.

Сертификати о завршеној едукацији додјелит ће се на крају едукације, на основу присутности (присутност едукацији већа од 90%), и на основу процјењеног финалног знања путем анкетног упитника са 10 кључних питања затвореног типа.

2. ПЕДАГОШКИ ОКВИРИ

Како би се што боље структурисао курикулум за едукацију супервизора/ментора у области поливалентне патронаже/сестринства у заједници који је подијељен на 7 наставних јединица, сви педагошки оквири имају идентичну структуру која дефинише сљедећа поглавља:

- наставна јединица
- трајање
- циљеве учења
- кључне поруке
- активности и предложене методе
- техничка подршка и
- референце

Педагошки оквири нису трајно дефинисани, и могу се промијенити уколико је то неопходно, допунити те освјежити са новинама у овој области, флексибилни су и прилагођени потребама полазника ове едукације.

Наставна јединица 1	Дефиниција и сврха супервизијских/менторских посјета на радном мјесту
Трајање:	30 минута
Циљеви учења:	На крају ове наставне јединице учесници ће бити способни да: <ol style="list-style-type: none"> 1. дефинишу на више начина супервизијске/менторске посјете на радном мјесту 2. познају разлике између појмова контрола, процјена и супервизија 3. разумију сврху супервизијских/менторских посјета на радном мјесту 4. наброје бенефите супервизије/менторства за поливалентну патронажну сестру–техничара/медицинску сестру–техничара породичне медицине у заједници 5. разумију значај супервизијских/менторских посјета за нове професионалне изазове
Кључне поруке:	<ul style="list-style-type: none"> – супервизија/менторство се може дефинирати на много различитих начина – у основи је разговор између професионалаца на свим нивоима различитих искустава, не само за особе које су на едукацији – супервизија/менторство није контрола и има за циљ промоцију учења, рефлексивне праксе и побољшање сигурности и квалитета њега пацијента – главна сврха супервизије/менторства је развој знања и вјештина у оквиру клиничког подручја, фокус је на сигурној и ефикасној пракси – разне студије указале су на бројне бенефите супервизије/менторства

Наставна јединица 1		Дефиниција и сврха супервизијских/менторских посјета на радном мјесту
<i>Активности и предложене методе:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – повер поинт презентација уз интеракцију са учесницима – 20 мин – дискусија на тему – 10 минута 	
<i>Техничка подршка:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. лаптоп 2. пројектор 	
<i>Референце:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Авдић М, Јатић З, Трнинић С, Бурековић Ш, Приручник за стручну помоћ на радном мјесту, Сарајево, 2010. – Bernard, J. M. & Goodyear, R. K, Fundamentals of clinical supervision, Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 1992. <p>Сврха супервизије, Хрватско друштво за супервизију и организацијски развој, доступно на http://www.hdsor.hr/?technico_service=svrha-supervizije (13.10.2020.)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hesketh E, Laidlaw J, Developing the teaching instinct: Supervision Medical Teacher 2002. – Supervision, Home&Family Counselling, dostupno na (13.10.2020.) https://homeandfamily.org.nz/wp-content/uploads/2014/07/SUPERVISION_DLE-brochure-2015-final.pdf 	

Наставна јединица 1а		Принципи и врсте супервизијских/менторских посјета на радном мјесту
<i>Трајање:</i>	45 минута	
<i>Циљеви учења:</i>	<p>На крају ове наставне јединице учесници ће бити способни да:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. наброје кључне принципе супервизије/менторства на радном мјесту 2. разумију на који начин да остваре и како да се придржавају кључних принципа у свом раду 3. наброје три врсте супервизијских/менторских посјета на радном мјесту 4. јасно наведу разлике и циљеве провођења све три врсте супервизијских/менторских посјета 	
<i>Кључне поруке:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – у свом раду супервизор/ментор се мора придржавати кључних принципа – принципи који подупиру пружање ефикасног клиничког надзора могу се проширити и примјенити тако да укључују по потреби и образовни надзор, менторство, тренирање и оцјењивање – пружање супервизије/менторства може бити у клиничке и едукацијске (образовне) сврхе; тако разликујемо клиничку, едукацијску и стручну помоћ – јасне су разлике између наведених врста супервизијске/менторске помоћи и користе се у различите сврхе, од надзора над приправницима, едукације, те унапријеђења професионалног развоја 	
<i>Активности и предложене методе:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – повер поинт презентација уз интеракцију са учесницима – 30 мин – дискусија на тему – 15 минута 	
<i>Техничка подршка:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. лаптоп 2. пројектор 	
<i>Референце:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Авдић М, Јатић З, Трнинић С, Бурековић Ш, Приручник за стручну помоћ на радном мјесту, Сарајево, 2010. – Bernard, J. M. & Goodyear, R. K, Fundamentals of clinical supervision, Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 1992. – 12 Principles for Effective Supervision, доступно на http://supervisioncreativeartsphd.net/?page_id=213, (16.10.2020.) – Supervision, Scottish Social Services Council, доступно на https://www.stepintoleadership.info/assets/pdf/what_is_supervision.pdf (16.10.2020.) 	

Наставна јединица 16	Дефиниција, сврха, принципи и врсте супервизијских/менторских посјета на радном мјесту – рад у групама
<i>Трајање:</i>	40 минута
<i>Циљеви учења:</i>	На крају ове наставне јединице учесници ће бити способни да: <ol style="list-style-type: none"> 1. својим ријечима дефинишу супервизијске/менторске посјете на радном мјесту 2. разумију сврху супервизијских/менторских посјета на радном мјесту 3. наброје најмање три најважнија принципа за провођење супервизијских/менторских посјета 4. разумију све три врсте супервизијских/менторских посјета и ситуације када се која користи
<i>Кључне поруке:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – супервизија/менторство се може дефинирати на много различитих начина – супервизија/менторство није контрола и има за циљ промоцију учења, рефлективне праксе и побољшање сигурности и квалитета њега пацијента – главна сврха супервизије/менторства је развој знања и вјештина у оквиру клиничког подручја, фокус је на сигурној и ефикасној пракси – у свом раду супервизор/ментор се мора придржавати кључних принципа – пружање супервизије/менторства може бити у клиничке и едукацијске (образовне) сврхе; тако разликујемо клиничку, едукацијску и стручну помоћ
<i>Активности и предложене методе:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – рад у малим групама – 25 мин – презентација представника група – 15 минута
<i>Техничка подршка:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. flip chart 2. фломастери
<i>Референце:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Авдић М, Јатић З, Трнинић С, Бурековић Ш, Приручник за стручну помоћ на радном мјесту, Сарајево, 2010. – Bernard, J. M. & Goodyear, R. K, Fundamentals of clinical supervision, Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 1992. – Сврха супервизије, Хрватско друштво за супервизију и организацијски развој, доступно на http://www.hdsor.hr/?technico_service=svrha-supervizije (13.10.2020.) – Hesketh E, Laidlaw J, Developing the teaching instinct: Supervision Medical Teacher 2002. – 12 Principles for Effective Supervision, доступно на http://supervisioncreativeartsphd.net/?page_id=213, (16.10.2020.)

Наставна јединица 2	Особине и квалификације супервизора/ментора – метаплан
<i>Трајање:</i>	30 минута
<i>Циљеви учења:</i>	На крају ове наставне јединице учесници ће бити способни да: <ol style="list-style-type: none"> 1. напишу најмање једну према њиховом мишљењу најзначајнију особину коју треба да посједује супервизор/ментор 2. напишу бар једну вјештину која је према њиховом мишљењу најважнија и коју треба да има супервизор/ментор
<i>Кључне поруке:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – супервизор/ментор треба да има одређене квалификације, искуство и знање да би квалитетно и адекватно обављао овај посао – посебне вјештине и атрибути као што су тимски рад, мотивацијске способности и многе друге су веома важне да би неко био супервизор/ментор – личне карактеристике супервизора/ментора имају велики утицај на супервизирану/менторисану особу и њен будући професионални развој – проблеми са којима се суочавају супервизори/ментори у свом раду могу негативно утицати на исходе супервизиране/менторисане особе, те је важно знати како отклонити проблеме и како се са њима носити, а који се могу јавити у свакодневном раду
<i>Активности и предложене методе:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – размишљање, писање одговора и постављање стикера на flip chart (сваки учесник даје одговор на 2 стикера, у двије боје) – 15 мин – дискусија – 15 минута

Наставна јединица 2	
Особине и квалификације супервизора/ментора – метаплан	
<i>Техничка подршка:</i>	1. flip chart, фломастери 2. љепљиви стикери у 2 боје
<i>Референце:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Авдић М, Јатић З, Трнинић С, Бурековић Ш, Приручник за стручну помоћ на радном мјесту, Сарајево, 2010. – Bernard, J. M. & Goodyear, R. K. Fundamentals of clinical supervision, Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 1992. – The role of the supervisor and attributes of a successful one, доступно на https://www.skillsforcare.org.uk/Leadership-management/managing-people/supervision/Supervision.aspx (17.10.2020.) – Community Health Nurse Supervisor, Zippia Careers, доступно на https://www.zippia.com/community-health-nurse-supervisor-jobs/ (17.10.2020.)

Наставна јединица 2а	
Особине и квалификације супервизора/ментора	
<i>Трајање:</i>	40 минута
<i>Циљеви учења:</i>	<p>На крају ове наставне јединице учесници ће бити способни да:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. наброје потребне квалификације и знања које треба да посједује супервизор/ментор 2. знају особине, атрибуте као и карактеристике које најбоље описују доброг супервизора/ментора 3. наброје неколико проблема са којима се могу суочити супервизори/ментори у свом свакодневном раду и како да се носе са истим
<i>Кључне поруке:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – супервизор/ментор треба да има одређене квалификације, искуство и знање да би квалитетно и адекватно обављао овај посао – посебне вјештине и атрибуте као што су тимски рад, мотивацијске способности и многе друге су веома важне да би неко био успјешан супервизор/ментор – личне карактеристике супервизора/ментора имају велики утицај на супервизирану/менторисану особу и њен будући професионални развој – проблеми са којима се суочавају супервизори/ментори у свом раду могу негативно утицати на исходе код супервизиране/менторисане особе, те је важно знати како отклонити проблеме и како се носити са њима
<i>Активности и предложене методе:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – power point презентација – 25 мин – закључак уз евалуацију метаплана – 15 минута
<i>Техничка подршка:</i>	1. лаптоп 2. пројектор
<i>Референце:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Авдић М, Јатић З, Трнинић С, Бурековић Ш, Приручник за стручну помоћ на радном мјесту, Сарајево, 2010. – Bernard, J. M. & Goodyear, R. K. Fundamentals of clinical supervision, Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 1992. – The role of the supervisor and attributes of a successful one, доступно на https://www.skillsforcare.org.uk/Leadership-management/managing-people/supervision/Supervision.aspx (17.10.2020.) – Community Health Nurse Supervisor, Zippia Careers, доступно на https://www.zippia.com/community-health-nurse-supervisor-jobs/ (17.10.2020.)

Наставна јединица 3	Супервизијски/менторски стил и комуникацијски процеси у супервизији/менторству
Трајање:	30 минута
Циљеви учења:	На крају ове наставне јединице учесници ће бити способни да: 1. објасне значај и користе комуникацијске вјештине у супервизији/менторству 2. изграде властити супервизијски/менторски стил интеграцијом свих потребних елемената 3. правилно користе технике рефлексије и структуриране рефлексије у супервизији/менторству 4. користе комуникацијске вјештине потребне за успјешну супервизију/менторство
Кључне поруке:	<ul style="list-style-type: none"> – у супервизијском/менторском процесу важни су интерперсонални односи и комуникација – приликом представљања властитог супервизијског/менторског стила, али и током стварања односа са супервизираном/менторисаном особом, важно је водити рачуна о елементима интерперсоналне комуникације – рефлексију током супервизијског/менторског учења супервизор/ментор потиче постављањем питања отвореног типа, потицањем самопроцјењивања, самосталне анализе, те критичког размишљања
Активности и предложене методе:	<ul style="list-style-type: none"> – power point презентација уз интеракцију са учесницима – 30 мин
Техничка подршка:	1. лаптоп 2. пројектор
Референце:	<ul style="list-style-type: none"> – Авдић М, Јатић З, Трнинић С, Бурековић Ш, Приручник за стручну помоћ на радном мјесту, Сарајево, 2010. – Комуникације у сестринству, Зборник радова, Опатија, 2004. – Žorga S, Ajduković M, Specifičnosti procesa učenja u superviziji; Refleksije o superviziji, Zagreb, 2009. – Лаклија М, Колега М, Божић Т, и Месић М, Супервизијски стил и комуникацијски процеси у супервизији из перспективе супервизора; Љетопис социјалног рада, Загреб, 2011. – Hartley P, Interpersonal Communicatin, London, 1999.

Наставна јединица 3а	Супервизијски/менторски стил и комуникацијски процеси у супервизији/менторству – игра улога
Трајање:	60 минута
Циљеви учења:	На крају ове наставне јединице учесници ће бити способни да: 1. примјене комуникацијске вјештине у процесу супервизије/менторства 2. изграде властити супервизијски/менторски стил интеграцијом свих потребних елемената 3. правилно користе технику рефлексије и структуриране рефлексије у супервизији/менторству
Кључне поруке:	<ul style="list-style-type: none"> – у супервизијском/менторском процесу важни су интерперсонални односи и комуникација – приликом представљања властитог супервизијског/менторског стила, али и током стварања односа са супервизираном/менторисаном особом, важно је водити рачуна о елементима интерперсоналне комуникације – рефлексију током супервизијског/менторског учења супервизор/ментор потиче постављањем питања отвореног типа, потицањем самопроцјењивања, самосталне анализе, те критичког размишљања

Наставна јединица 3а	Супервизијски/менторски стил и комуникацијски процеси у супервизији/менторству – игра улога
<i>Активности и предложене методе:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – учесници ће бити подјељени у двије групе; једна група ће вјежбати сценарио I за игру улога у којој ће користити правилне технике комуникацијских вјештина, а друга група сценарио II за технику рефлексije и структуриране рефлексije – 20 минута – сценарио I ; два учесника – 10 мин – сценарио II ; два учесника – 10 мин – дискусија и коментари за оба сценарија – 20 минута
<i>Техничка подршка:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. већа просторија за рад 2 групе 2. двије столице
<i>Референце:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Авдић М, Јатић З, Трнинић С, Бурековић Ш, Приручник за стручну помоћ на радном мјесту, Сарајево, 2010. – Комуникације у сестринству, Зборник радова, Опатија, 2004. – Жорга С, Ајдуковић М, Специфичности процеса учења у супервизији; Рефлексije о супервизији, Загреб, 2009. – Лаклија М, Колега М, Божић Т, и Месић М, Супервизијски стил и комуникацијски процеси у супервизији из перспективе супервизора; Љетопис социјалног рада, Загреб, 2011. – Hartley P, Interpersonal Communicatin, London, 1999.

Наставна јединица 4	Смјернице и стратегија провођења супервизијских/менторских посјета на радном мјесту
<i>Трајање:</i>	45 минута
<i>Циљеви учења:</i>	<p>На крају ове наставне јединице учесници ће бити способни да:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. разумију добробити супервизије/менторства за себе и за радну организацију 2. наведу стратешке принципе и смјернице који се морају поштовати приликом провођења супервизије/менторства 3. познају основне стратегије провођења супервизијских/менторских посјета на радном мјесту
<i>Кључне поруке:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – провођење супервизије/менторства има бројне добробити како за појединца тако и за радну организацију – безуслован позитиван став према особи којој се пружа стручна помоћ је један од принципа који се требају поштовати приликом провођења супервизије/менторства – кратке смјернице пружају помоћ супервизорима/менторима у процесу побољшања клиничког надзора супервизиране/менторисане особе – бројна истраживања показују да су критично–рефлексивне стратегије, анализа, повратне информације и опажања кључни елементи супервизијске/менторске праксе
<i>Активности и предложене методе:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – power point презентација уз интеракцију са учесницима – 30 минута – дискусија на тему – 15 минута
<i>Техничка подршка:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. лаптоп 2. пројектор
<i>Референце:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Авдић М, Јатић З, Трнинић С, Бурековић Ш, Приручник за стручну помоћ на радном мјесту, Сарајево, 2010. – Kohner N, Clinical supervision in practice, London, King’s Fund Centre, 1994. – Wiles J & Bondi J, Supervision a guide to practice; 5th edition. Columbus, Ohio, 2000. – Guidelines for enhancing clinical supervision, ResearchGate, доступно на https://www.researchgate.net/publication/47787513_Guidelines_for_enhancing_clinical_supervision (21.10.2020.) – Most Relevant Clinical Supervision Strategies In Nursing Practice, ResearchGate, доступно на https://www.researchgate.net/publication/305747465_Most_Relevant_Clinical_Supervision_Strategies_In_Nursing_Practice/link/57c5619a08ae496e4212641b/download (21.10.2020.)

Наставна јединица 4а	Смјернице и стратегија провођења супервизијских/менторских посјета на радном мјесту – рад у малим групама
<i>Трајање:</i>	45 минута
<i>Циљеви учења:</i>	На крају ове наставне јединице учесници ће бити способни да: <ol style="list-style-type: none"> 1. наброје неке од стратешких принципа и смјерница који се морају поштовати приликом провођења супервизије/менторства 2. издвоје према њиховом мишљењу најважније стратегије провођења супервизијских/менторских посјета на радном мјесту
<i>Кључне поруке:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – провођење супервизије/менторства има бројне добробити како за појединца тако и за радну организацију – безуслован позитиван став према особи којој се пружа стручна помоћ је један од принципа који се требају поштовати приликом провођења супервизије/менторства – кратке смјернице пружају помоћ супервизорима/менторима у процесу побољшања клиничког надзора супервизираних/менторисане особе – бројна истраживања показују да су критично–рефлексивне стратегије, анализа, повратне информације и опажања кључни елементи супервизијске/менторске праксе
<i>Активности и предложене методе:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – рад у малим групама – 20 минута – презентација представника група – 15 минута – закључци – 10 минута
<i>Техничка подршка:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. flip chart – папир 2. фломастери
<i>Референце:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Авдић М, Јатић З, Трнинић С, Бурековић Ш, Приручник за стручну помоћ на радном мјесту, Сарајево, 2010. – Wiles J & Bondi J, Supervision a guide to practice; 5th edition. Columbus, Ohio, 2000. – Guidelines for enhancing clinical supervision, ResearchGate, доступно на https://www.researchgate.net/publication/47787513_Guidelines_for_enhancing_clinical_supervision (21.10.2020.) – Most Relevant Clinical Supervision Strategies In Nursing Practice, ResearchGate, доступно на https://www.researchgate.net/publication/305747465_Most_Relevant_Clinical_Supervision_Strategies_In_Nursing_Practice/link/57c5619a08ae496e4212641b/download (21.10.2020.)

Наставна јединица 5	Фазе имплементације супервизијске/менторске помоћи на радном мјесту
<i>Трајање:</i>	45 минута
<i>Циљеви учења:</i>	На крају ове наставне јединице учесници ће бити способни да: <ol style="list-style-type: none"> 1. знају правилан начин припреме за провођење супервизије/менторства на радном мјесту 2. наброје и опишу три фазе кроз које супервизор/ментор и супервизирана / менторисана особа пролазе 3. опишу фазу прије посјете и њене специфичности 4. опишу фазу током посјете и њене специфичности 5. опишу фазу након посјете и њене специфичности

Наставна јединица 5	Фазе имплементације супервизијске/менторске помоћи на радном мјесту
<i>Кључне поруке:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – особа која проводи супервизију/менторство на радном мјесту треба се на одговарајући начин припремити – супервизија/менторство се одвија у три фазе и свака фаза подразумијева различиту припрему и супервизора/ментора и супервизираних/менторисаних особа – фаза прије посјете подразумијева разговор са супервизираним /менторисаним особом и подјелу улога, улога супервизора/ментора и потребе супервизираних/менторисаних особа – фаза током посјете захтјева вођење кратких забиљешки и процјену читаве ситуације – фаза након посјете подразумијева самооцјену, саопштење повратне информације супервизираној/менторисаној особи, сугестије за евентуално побољшање и доношење закључака
<i>Активности и предложене методе:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – power point презентација – 30 минута – дискусија на тему – 15 минута
<i>Техничка подршка:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. лаптоп 2. пројектор
<i>Референце:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Авдић М, Јатић З, Тринић С, Бурековић Ш, Приручник за стручну помоћ на радном мјесту, Сарајево, 2010. – Wiles J & Bondi J, Supervision a guide to practice; 5th edition. Columbus, Ohio, 2000. – Community Nursing Supervision Policy, NHS, Primary Care Trust, доступно на https://www.yumpu.com/en/document/read/42457556/community-nursing-supervision-policy (24.10.2020.) – Clinical Supervision for Nurses, NHS trust, West London, 2006. – Прапер П, Технике, фазе и процеси супервизије, Љубљана, 2017.

Наставна јединица 5а	Фазе имплементације супервизијске/менторске помоћи на радном мјесту (рад у групама и игра улога)
<i>Трајање:</i>	90 минута
<i>Циљеви учења:</i>	<p>На крају ове наставне јединице учесници ће бити способни да:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. проведу фазу прије посјете уз њене специфичности 2. проведу фазу током посјете уз њене специфичности 3. проведу фазу након посјете уз њене специфичности 4. успјешно саопште повратну информацију супервизираној/менторисаној особи
<i>Кључне поруке:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – супервизија/менторство се одвија у три фазе и свака фаза подразумијева различиту припрему и супервизора/ментора и супервизираних/менторисаних особа – фаза прије посјете подразумијева разговор са супервизираним/менторисаним особом и подјелу улога, улога супервизора/ментора и потребе супервизираних/менторисаних особа – фаза током посјете захтјева вођење кратких забиљешки и процјену читаве ситуације – фаза након посјете подразумијева самооцјену, саопштење повратне информације супервизираној/менторисаној особи, сугестије за евентуално побољшање и доношење закључака
<i>Активности и предложене методе:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – рад у групама; припрема 3 сценарија, за три фазе – 30 минута – игра улога сценарио I, дискусија и коментари – 20 минута – игра улога сценарио II, дискусија и коментари – 20 минута – игра улога сценарио III, дискусија и коментари – 20 минута

Наставна јединица 5а	Фазе имплементације супервизијске/менторске помоћи на радном мјесту (рад у групама и игра улога)
<i>Техничка подршка:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. flip chart, фломастери 2. двије столице
<i>Референце:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Авдић М, Јатић З, Трнинић С, Бурековић Ш, Приручник за стручну помоћ на радном мјесту, Сарајево, 2010. – Wiles J & Bondi J, Supervision a guide to practice; 5th edition. Columbus, Ohio, 2000. – Community Nursing Supervision Policy, NHS, Primary Care Trust, доступно на https://www.yumpu.com/en/document/read/42457556/community-nursing-supervision-policy (24.10.2020.) – Clinical Supervision for Nurses, NHS trust, West London, 2006. – Прапер П, Технике, фазе и процеси супервизије, Љубљана, 2017.

Наставна јединица 6	Документација и начин вођења документације за супервизијске/менторске посјете
<i>Трајање:</i>	45 минута
<i>Циљеви учења:</i>	<p>На крају ове наставне јединице учесници ће бити способни да:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. разумију значај и сврху вођења документације током супервизије/менторства на радном мјесту 2. правилно користе и попуњавају документацију у супервизији/менторству
<i>Кључне поруке:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – документација има велики значај и њена сврха јесте да обезбједи континуитет информација везаних за супервизијски/менторски надзор – документација се мора водити редовно, правилно и читко попуњавати – приступ документацији имају само здравствени професионалци који проводе супервизију/менторство на радном мјесту – у складу са потребама, документација треба бити флексибилна, како би се могла допуњавати, редизајнирати или мијењати
<i>Активности и предложене методе:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – power point презентација – 25 минута – дискусија на тему документације – 20 минута
<i>Техничка подршка:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. лаптоп 2. пројектор 3. обрасци
<i>Референце:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Авдић М, Јатић З, Трнинић С, Бурековић Ш, Приручник за стручну помоћ на радном мјесту, Сарајево, 2010. – Documenting Clinical Supervision, Australian College of Mental Health Nurses, 2012. – Community Nursing Supervision Policy, NHS, Primary Care Trust, доступно на https://www.yumpu.com/en/document/read/42457556/community-nursing-supervision-policy (24.10.2020.) – Jenkins R, Providing and Documenting Effective Supervision, доступно на http://www.cccommunicare.org/effective_supervision.pdf (26.10.2020.)

Наставна јединица 6а	Документација и начин вођења документације за супервизијске/менторске посјете – вјежба
<i>Трајање:</i>	45 минута

Наставна јединица 6а	Документација и начин вођења документације за супервизијске/менторске посјете – вјежба
<i>Циљеви учења:</i>	На крају ове наставне јединице учесници ће бити способни да: <ol style="list-style-type: none"> 1. разумију значај и сврху вођења документације током супервизије/менторства на радном мјесту 2. правилно користе и попуњавају документацију у супервизији/менторству
<i>Кључне поруке:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – документација има велики значај и њена сврха јесте да обезбједи континуитет информација везаних за супервизијски/менторски надзор – документација се мора водити редовно, правилно и читко попуњавати – приступ документацији имају само здравствени професионалци који проводе супервизију/менторство на радном мјесту – у складу са потребама, документација треба бити флексибилна, како би се могла допуњавати, редизајнирати или мијењати
<i>Активности и предложене методе:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – рад у паровима – 25 минута – дискусија – 20 минута
<i>Техничка подршка:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. документација (обрасци) 2. већа просторија за рад
<i>Референце:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Авдић М, Јатић З, Трнинић С, Бурековић Ш, Приручник за стручну помоћ на радном мјесту, Сарајево, 2010. – Documenting Clinical Supervision, Australian College of Mental Health Nurses, 2012. – Community Nursing Supervision Policy, NHS, Primary Care Trust, доступно на https://www.yumpu.com/en/document/read/42457556/community-nursing-supervision-policy (24.10.2020.) – Jenkins R, Providing and Documenting Effective Supervision, доступно на http://www.cccommunicare.org/effective_supervision.pdf (27.10.2020.)

Наставна јединица 7	Гендер (гендер питања у супервизији/менторству)
<i>Трајање:</i>	45 минута
<i>Циљеви учења:</i>	На крају ове наставне јединице учесници ће бити способни да: <ol style="list-style-type: none"> 1. разумију значај рода и родно специфичних потреба 2. препознају родне стереотипе и схвате значај утицаја предрасуда на основу пола 3. разумију импликације рода на клиничке супервизоре/менторе
<i>Кључне поруке:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – разумијевање основних појмова као што су род, спол, родна равноправност и способност њихове адекватне примјене у свакодневници ће допринијети јачању приступа усмјереног на пацијента/ицу. – промоцијом добрих пракси, предлагањем начина провођења стратегија и политика које се тичу родне равноправности, смањују се предрасуде на основу пола – клинички супервизори/ментори морају узети у обзир спол како у терапијским односима, тако и у односима супервизора/ментора. Бројна истраживања су испитивала импликације рода на клиничке супервизоре/менторе са посебном пажњом на феминистичку теорију
<i>Активности и предложене методе:</i>	<ul style="list-style-type: none"> – power point презентација – 30 минута – дискусија – 15 минута
<i>Техничка подршка:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. лаптоп 2. пројектор

Наставна јединица 7	Гендер (гендер питања у супервизији/менторству)
<i>Референце:</i>	<ul style="list-style-type: none">– Агенција за равноправност сполова, ГАП 2013 – 2017, 2013. http://arsbih.gov.ba– CoE., Combating Gender Stereotypes In and Through Education, Helsinki, CoE, 2014.– ЦоЕ, Стратегија родне једнакости Вијећа Европе, 2014–2017. Вијеће Европе и Меморандум са објашњењима, Загреб, Влада РХ, Библиотека ОНА, 2014.– P.O. Paisley, Gender Issues in Supervision, ERIC Digest, доступно на https://www.counseling.org/Resources/Library/ERIC%20Digests/94-13.pdf (28.10.2020.)– Gender Differences in the Supervisory Relationship, доступно на https://www.questia.com/read/1P3-1525289641/gender-differences-in-the-supervisory-relationship (28.10.2020.)

ПРИЛОГ I

Приједлог програма едукације

Први дан

Вријеме	Активност	Предложена наставна метода	Трајање (мин)
9.00–9.10	Увод – циљеви радионице		10
9.10– 9.30	Представљање и кратко искуство из супервизије		20
9.30– 10.00	Дефиниција и сврха супервизијских/менторских посјета	презентација интеракција дискусија	30
10.00–10.45	Принципи и врсте супервизијских/менторских посјета	презентација интеракција дискусија	45
10.45–11.25	Дефиниција, сврха, принципи и врсте суперв/менторских посјета – рад у малим групама	рад у групама презентација	25 15
11.25–11.45	Пауза		20
11.45–12.15	Особине и квалификације супервизора/ментора – метаплан	метаплан	30
12.15–12.55	Особине и квалификације супервизора/ментора	презентација закључци	25 15
12.55–13.55	Пауза за ручак		60
13.55–14.25	Супервизијски стил и комуникацијски процеси	презентација	30
14.25–15.25	Супервизијски стил и комуникацијски процеси – игра улога	игра улога	60
15.25–16.10	Смјернице и стратегија провођења супервизијских/менторских посјета	презентација дискусија	30 15
16.10–16.55	Смјернице и стратегија провођења супервизијских/менторских посјета – рад у групама	рад у малим групама	45

Други дан

Вријеме	Активност	Предложена наставна метода	Трајање (мин)
8.30–9.15	Фазе имплементације супервизијске/менторске помоћи на радном мјесту	презентација дискусија	30 15
9.15– 10.45	Фазе имплементације супервизијске/менторске помоћи на радном мјесту – рад у групама, игра улога	рад у групама игра улога и дискусија	30 60
10.45– 11.30	Документација и начин вођења документације	презентација дискусија	25 20
11.30–11.45	Пауза		15
11.45–12.30	Документација и начин вођења документације – вјежба	рад у паровима дискусија	25 20

Вријеме	Активност	Предложена наставна метода	Трајање (мин)
12.30–13.15	Гендер (гендер питања у супервизији/менторству)	презентација дискусија	30 15
13.15–13.30	Евалуација радионице	анкета	15
13.30–13.45	Додјела сертификата и завршна ријеч		15
13.45–14.45	Ручак		60

КУРИКУЛУМ СА ПЕДАГОШКИМ ОКВИРИМА ЗА ОБУКУ ПОСТОЈЕЋИХ СУПЕРВИЗОРА И МЕНТОРА У ОБЛАСТИ ПАЛИЈАТИВНЕ ЊЕГЕ У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

САДРЖАЈ

Модул 1. Увод.....	107
Модул 2. Род и здравље	111
Модул 3. Комуникација са жртвама родно заснованог насиља (РЗН).....	126
Модул 4. Процјена стања и потреба пацијената и његоватеља	131
Модул 5. Менаџмент симптома.....	140
Модул 6. Губитак, туга и жаловање	154
Модул 7. Превенција бурноут синдрома код медицинске сестре/техничара и његоватеља	161
Модул 8. Мултидисциплинарни и мултисекторски приступ у пружању палијативне његе.....	168
Модул 9. Евалуација едукације	171

Намјена едукације

Поред адекватног теоретског знања, практично искуство и клиничке вјештине медицинских сестара–техничара породичне медицине у заједници/патронажних сестара–техничара су најзначајнији сегменти њиховог професионалног развоја те их је неопходно континуирано унапређивати. Клиничка супервизија/менторство представља стручну подршку на радном мјесту коју медицинским сестарама–техничарима породичне медицине у заједници/патронажним сестарама–техничарима у будућности требају континуирано пружати стручни домаћи супервизори и ментори у области поливалентне патронаже/сестринства у заједници.

На основу екстерне евалуације Judit Oulton проведене у локацијама из прве фазе пројекта и изражених потреба на терену, повећан је фокус на палијативну његу у курикулуму за медицинске сестре/техничаре породичне медицине у заједници и патронажне сестре/техничаре. На тај начин ће додатна едукација из сестринства у заједници/поливалентне патронаже осигурати свеобухватнију теоретску обуку медицинских сестара–техничара породичне медицине у заједници и патронажних сестара/техничара.

Обука постојећих ментора и супервизора специфично у области палијативне његе ће употпунити постојећу мрежу локалних супервизора и ментора у области сестринства у заједници/поливалентне патронаже. С друге стране, едуковани ментори и супервизори у области палијативне његе ће својим специфичним клиничким знањем и вјештинама осигурати свеобухватнију практичну обуку медицинских сестара/техничара породичне медицине у заједници и патронажних сестара/техничара у области палијативне његе.

Након идентификације постојећих домаћих ментора и супервизора, Пројекат јачања сестринства у заједници ће им обезбиједити стручну едукацију у области палијативне његе и периодичну међународну подршку.

Пакет за обуку постојећих супервизора и ментора у области палијативне његе у Републици Српској и Федерацији Босне и Херцеговине пружа и едукаторима и едукантима готово средство, приступачно за кориснике, за спровођење обуке здравствених радника, обједињујући основне информације из области палијативне његе у осам практичних модула обуке.

Сваки модул пружа:

- оквир модула
- ПоверПоинт презентације и/или писане материјале и/или вјежбе.

Едукатори могу прилагодити план едукације и приједлог дневног реда у складу с расположивим временом и конкретним потребама за стицање знања специфичне циљне групе.

Циљеви едукације

Циљеви едукације су:

Усавршавање знања и компетенција едуканата из области палијативне његе у доменима:

- процјене стања и потреба пацијената и његоватеља;
- менаџмента симптома (бол, исцрпљеност, проблеми са исхраном, тешкоће са дисањем, мучнина и повраћање, опстипација, прољев, депресија, анксиозност);
- општог стања и добробити пацијента;
- губитка, туге и жаловања;
- превенције бурноут синдрома код медицинских сестара/техничара и његоватеља и
- мултидисциплинарног и мултисекторског приступа у пружању палијативне његе.

Циљна група

Циљна група за едукацију из палијативне његе је десет патронажних сестара–техничара/медицинских сестара–техничара породичне медицине у заједници који су заинтересовани за едукацију овакве врсте.

Предложена структура модула

Пакет за едукацију предлаже план и програм едукације који се састоји од девет модула за едукацију, траје три дана у којима ће се радити 1080 минута. За први и други дан едукације, дан се рачуна 360 минута обуке, уз 60 минута паузе за ручак и двије паузе за кафу од по 30 минута. За трећи дан едукације дан се рачуна 180 минута обуке, уз паузу за кафу од 30 минута. Едукатор може прилагодити овај програм, али не скраћивањем пауза и смањивањем броја пауза, имајући на уму да није примјерено спроводити едукације које трају дуже од 90 минута без паузе. Овај сажетак даје основну структуру за едукацију, коју едукатор треба прилагодити зависно од потреба и динамике групе, на примјер додавањем вјежби за подизање енергије/активатора (енглески: *energizer*) и вјежби за пробијање леда (енглески: *ice-breaker*), те уз коришћење више различитих интерактивних метода и средстава за едукацију. За презентације (предавања) не треба издвајати више од 50 процената од планираног времена за сваки модул!

Приједлог дневног реда едукације

Први дан	
9:00 – 10:30	Модул 1. Увод Добродошлица и увод едукатора Представљање едуканата и очекивања Представљање едукације: намјена и циљеви, дневни ред, теме, распоред
10:30 – 11:00	<i>Пауза за кафу</i>
11:00 – 11:45	Модул 2. Род и здравље
11:45 – 12:30	Модул 3. Комуникација са жртвама родно заснованог насиља
13:30 – 15:00	Модул 4. Процијена стања и потреба пацијената и његоватеља
15:00 – 15:30	<i>Пауза за кафу</i>
15:30 – 17:00	Модул 5. Менаџмент симптома – 5.0. Увод, 5.1. Бол

Други дан	
9:00 – 10:30	Модул 5. Менаџмент симптома – 5.2. Исцрпљеност, 5.3. Проблеми са исхраном, 5.4. Тешкоће са дисањем, 5.5. Мућнина и повраћање, 5.6. Опстипација
10:30 – 11:00	<i>Пауза за кафу</i>
11:00 – 12:30	Модул 5. Менаџмент симптома –, 5.7. Прољев, 5.8. Депресија, 5.9. Анксиозност, 5.10. Опште стање и добробит пацијента
12:30 – 13:30	<i>Пауза за ручак</i>
13:30 – 15:00	Модул 6. Губитак, туга и жаловање
15:00 – 15:30	<i>Пауза за кафу</i>
15:30 – 17:00	Модул 7. Превенција бурноут синдрома код медицинских сестара/ техничара и његоватеља

Трећи дан	
9:00 – 10:30	Модул 8. Мултидисциплинарни и мултисекторски приступ у пружању палијативне његе
10:30 – 11:00	<i>Пауза за кафу</i>
11:00 – 12:30	Модул 9. Евалуација

Модул 1. Увод

1.1. Оквир модула

Трајање модула	90 минута
Циљеви	<p>У току овог модула едуканти ће:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● се упознати са едукаторима, колегицима и колегама, ● изразити лична и професионална очекивања у односу на ову едукацију, ● препознати циљеве ове едукације и ● дефинисати правила понашања која ће бити узајамно усвојена, у циљу обезбјеђивања ефикасности и продуктивности у току ове едукације. <p>Овај модул ће омогућити групи да упознају једни друге и да изграде озрачје повјерења и „пробити лед“ дајући сваком едуканту прилику да говори пред групом у неформалном окружењу</p>
Активности	<ul style="list-style-type: none"> ● Уводно предавање 15 минута ● Упознавање 30 минута ● Очекивања едуканата 30 минута ● Правила понашања 10 минута ● Кључне поруке пет минута
Кључне поруке	<ul style="list-style-type: none"> ● Стварање топле и позитивне атмосфере током едукације омогућава максималну ефикасност и продуктивност. ● Неопходно је уважити лична и професионална очекивања едуканата, у раду са одраслим особама. ● Едуканти морају бити информисани о циљевима едукације. ● Успостављање и поштовање правила понашања на едукацији спречава конфликте и помаже њиховом рјешавању, ако дође до њих.
Материјали и опрема за едуканте, едукаторе	<p>Одштампати по 15 комада презентације у Power Point-у Модул 1 и радних материјала 1.1., 1.2., 1.3., 1.4. и 1.5.; припремити 15 блокова и оловака, један flipchart и фломастере за њега, више блокова већих „стикер“ папирића. Обезбједити по два исправна рачунара и апарата за рачунарске пројекције, продужне каблове за повезивање апарата, засебне столице и столове за едуканте, едукатора и госте који се могу помјерати у пространој, свијетлој просторији са прозорима који се могу отворати и који се могу заштитити од свјетлости кад је потребно (тамне завјесе), те посебну просторију за паузе</p>

Радни материјал 1.2. Вјежба – игра: Упознавање

Смјернице за едукаторе

На почетку едукације, важно је да се представите и омогућите едукантима да сазнају неке информације о вама. Овај увод треба да дâ едукантима «осјећај» о томе ко сте ви и какво је ваше искуство у овом пољу. Користите било коју технику коју волите, али, ипак, настојте да обезбиједите да она буде забавна и креативна и да подстакне интерес едуканата, да развије пријатељску атмосферу и моделира интерактивно учење. Едуканти требају такође имати прилику да се једни другима представе. Постоји читав низ начина на који могу ово урадити – самопредстављање, интервјуи у паровима, представљање партнера, итд.

Приједлог: донесите већу кутију бомбона (слаткиша) или појединачно умотане мале бомбоне (слаткише) у учионицу. Прослиједите кутију по учионици и замолите едуканте да узму онолико колико желе. Оне едуканте, који су узели само по једну бомбону, охрабрите да узму више (тј. прегршт). Замолите их да поставе бомбоне које су узели на сто испред себе и дајте им упутство да их не отварају, нити једу (још не). Након што свако узме своје бомбоне, реците едукантима да свако од њих мора рећи онолико ствари о себи колико има бомбона пред собом. Сигурно је да ће то довести до уздаха и смијеха. Да би ово било још интересантније, можете замолити едуканте да кажу бар једну ствар која није истинита и да траже од других да погоде шта је то.

Активност		Потребно вријеме
1.	Представљање едукатора	5 минута
2.	Објашњење начина представљања	5 минута
3.	Представљање едуканата	20 минута
Укупно трајање		30 минута

Напомена за едукаторе

Не инсистирајте на овом начину ако га неки од едуканата не прихвата.

Радни материјал 1.3. Намјена едукације, циљеви едукације, циљна група, предложена структура модула, дневни ред едукације

Смјернице за едукаторе:

Дајте едукантима да прочитају текст и да поставе питања, ако их имају.

Намјена едукације

Поред адекватног теоретског знања, практично искуство и клиничке вјештине медицинских сестара–техничара породичне медицине у заједници/патронажних сестара–техничара су најзначајнији сегменти њиховог професионалног развоја те их је неопходно континуирано унапређивати. Клиничка супервизија/менторство представља стручну подршку на радном мјесту коју медицинским сестарама–техничарима породичне медицине у заједници/патронажним сестарама–техничарима у будућности требају континуирано пружати стручни домаћи супервизори и ментори у области поливалентне патронаже/сестринства у заједници.

На основу екстерне евалуације Judit Oulton проведене у локацијама из прве фазе пројекта и изражених потреба на терену, повећан је фокус на палијативну његу у курикулуму за медицинске сестре/техничаре породичне медицине у заједници и патронажне сестре/техничаре. На тај начин ће додатна едукација из сестринства у заједници/поливалентне патронаже осигурати свеобухватнију теоретску обуку медицинских сестара–техничара породичне медицине у заједници и патронажних сестара/техничара.

Обука постојећих ментора и супервизора специфично у области палијативне његе ће употпунити постојећу мрежу локалних супервизора и ментора у области сестринства у заједници/

поливалентне патронаже. С друге стране, едуковани ментори и супервизори у области палијативне његе ће својим специфичним клиничким знањем и вјештинама осигурати свеобухватнију практичну обуку медицинских сестара/техничара породичне медицине у заједници и патронажних сестара/техничара у области палијативне његе.

Након идентификације постојећих домаћих ментора и супервизора, Пројекат јачања сестринства у заједници ће им обезбиједити стручну едукацију у области палијативне његе и периодичну међународну подршку.

Пакет за обуку постојећих супервизора и ментора у области палијативне његе у Републици Српској и Федерацији Босне и Херцеговине пружа и едукаторима и едукантима готово средство, приступачно за кориснике, за спровођење обуке здравствених радника, обједињујући основне информације из области палијативне његе у осам практичних модула обуке.

Сваки модул пружа:

- оквир модула
- Power Point презентације и/или писане материјале и/или вјежбе.

Едукатори могу прилагодити план едукације и приједлог дневног реда у складу с расположивим временом и конкретним потребама за стицање знања специфичне циљне групе.

Циљеви едукације

Циљеви едукације су:

Усавршавање знања и компетенција едуканата из области палијативне његе у доменима:

- процјене стања и потреба пацијената и његоватеља;
- менаџмента симптома (бол, исцрпљеност, проблеми са исхраном, тешкоће са дисањем, мучнина и повраћање, опстипација, прољев, депресија, анксиозност);
- општог стања и добробити пацијента;
- губитка, туге и жаловања;
- превенције бурноут синдрома код медицинских сестара/техничара и његоватеља и
- мултидисциплинарног и мултисекторског приступа у пружању палијативне његе.

Циљна група

Циљна група за едукацију из палијативне његе је десет патронажних сестара–техничара/медицинских сестара–техничара породичне медицине у заједници који су заинтересовани за едукацију овакве врсте.

Предложена структура модула

Пакет за едукацију предлаже план и програм едукације који се састоји од девет модула за едукацију, траје три дана у којима ће се радити 1080 минута. За први и други дан едукације, дан се рачуна 360 минута обуке, уз 60 минута паузе за ручак и двије паузе за кафу од по 30 минута. За трећи дан едукације дан се рачуна 180 минута обуке, уз паузу за кафу од 30 минута. Едукатор може прилагодити овај програм, али не скраћивањем пауза и смањивањем броја пауза, имајући на уму да није примјерено спроводити едукације које трају дуже од 90 минута без паузе. Овај сажетак даје основну структуру за едукацију, коју едукатор треба прилагодити зависно од потреба и динамике групе, на примјер додавањем вјежби за подизање енергије/активатора (енглески: *energizer*) и вјежби за пробијање леда (енглески: *ice-breaker*), те уз коришћење више различитих интерактивних метода и средстава за едукацију. За презентације (предавања) не треба издвајати више од 50 процената од планираног времена за сваки модул!

Радни материјал 1.4. Вјежба–игра: Очекивања едуканата

Смјернице за едукаторе

Дајте едукантима по неколико комада стик папира и замолите их да на њих напишу своја очекивања од ове едукације. Замолите их да изађу и налијепе стик папире на таблу (флипцхарт). Приђите и класификујте очекивања у групу афективних и когнитивних. Ово ће дати могућност едукантима да осјећају већу контролу у односу на своје властито учење, а Вама да се упознате са њиховим очекивањима, која су некада потпуно различита од онога што Ви мислите да очекују. Сачувајте папире за крај модула, гдје ће се провјерити која очекивања су испуњена потпуно, која дјелимично, а која нису уопште. На крају модула на табли класификујте очекивања у ове три групе, тако што ћете их гласно читати, а едуканти коментарисати испуњење.

Активност		Потребно вријеме
4.	Објашњење едукантима и подјела стик папира	5 минута
5.	Едуканти пишу своја очекивања на стик папире	20 минута
6.	Едукатор класификује очекивања у двије групе на табли	5 минута
Укупно трајање		30 минута

Додатно упутство за едукаторе

Не инсистирајте да сви напишу очекивања ако неко не жели и сачувајте приватност едуканата кроз анонимност изјава на папирима. На крају модула прођите кроз очекивања написана на папире и видите са едукантима која су очекивања задовољена, а која нису.

Радни материјал 1.5. Правила понашања

Смјернице за едукаторе

Предложите едукантима правила понашања, питајте их да ли их могу прихватити и да ли имају приједлог за нека додатна правила. Када се сви сложе, усвојите их и, по потреби, подсетите на та правила едуканте у току едукације.

Правила понашања

Не каснити!

Угасити или утишати мобилне телефоне!

Добар групни рад захтијева:

- да чланови групе једни другима помажу и да се међусобно охрабрују,
- да се уважавају/прихваћају другачија мишљења,
- да се слуша и обрати пажња на друге,
- да се избегавају лични напади и увреде,
- да се обраћа пажња на свакога члана групе,
- да свако судјелује и учини најбоље што може,
- да се посвети пажња теми/задатку,
- да се ради и расправља слиједећи постављене циљеве,
- да се проблеми отворено изнесу и
- да се свако придржава постављених правила.

Модул 2. Род и здравље

2.1.Оквир модула

Трајање модула	45 минута
Циљ модула	Након активног учешћа у овој наставној јединици едуканти ће бити способни да: <ul style="list-style-type: none">● дефинишу пол и род;● опишу разлике у здрављу полова;● опишу значај једнакости у здрављуу
Активности	<ol style="list-style-type: none">1. Презентација – пет минута2. Индивидуално читање текста „Род, здравље и агенда за одрживи развој 2030“ 20 минута3. Усмјерена дискусија 15 минута4. Закључци пет минута
Кључне поруке	<ul style="list-style-type: none">● Род и пол нису исто● Род има значајан утицај на здравље● Једнакост у здрављу је тема којој Свјетска здравствена организација посвећује велику пажњу
Материјали и опрема за едуканте, едукаторе	Одштампати по 15 комада презентације у Power Point–у Модул 2 и радних материјала 2.1., 2.2.; припремити 15 блокова и оловака, један flipchart и фломастере за њега, више блокова већих „стикер“ папирџа. Обезбједити по два исправна рачунара и апарата за рачунарске пројекције, продужне каблове за повезивање апарата, засебне столице и столове за едуканте, едукатора и госте који се могу помјерати у пространој, свијетлој просторији са прозорима који се могу отворати и који се могу заштитити од свјетлости кад је потребно (тамне завјесе), те посебну просторију за паузе

Радни материјал 2.2.

Род, здравље и агенда за одрживи развој 2030

Mary Manandhar^a, Sarah Hawkes^b, Kent Buse^c, Elias Nosrati^d & Veronica Magar^a

a. Тим за род, равноправност и људска права, Свјетска здравствена организација, авенија Апиа 20, 1211 Женева 27, Швајцарска.

b. Центар за родно и глобално здравље, Институт за глобално здравље, Факултет наука о здрављу становништва, Универзитет у Лондону, Лондон, Енглеска.

c. Стратешке смјернице политике, Заједнички програм Уједињених нација за ХИВ/АИДС, Женева, Швајцарска.

d. Одсјек за социологију, Универзитет у Кембриџу, Кембриџ, Енглеска.

Кореспонденција према *Mary Manandhar* (email: manandharm@who.int).

(Достављено: 06.03.2018 – Ревидирана верзија примљена: 08.05.2018 – Прихваћено: 18.05.2018 – Објављено онлајн: 12.06.2018.)

Булетин за Свјетску здравствену организацију 2018;96:644–653.

doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.211607>

Глобално гледано, просјечни јаз између очекиваног животног вијека између мушкараца и жена је 4,6 година, гдје жене надживе мушкарце у свим земљама, а у неким случајевима тај јаз може да буде и преко 10 година.¹ Поред тога, глобално оптерећење болестима несразмјерно погађа мушкарце у погледу живота са инвалидитетом,² иако постоји већа вјероватноћа да жене са инвалидитетом живе дуже.³

Дјелимично, ове разлике могу бити посљедица утицаја пола: биолошке разлике мушкараца и жена у расту, метаболизму, репродуктивним циклусима, полним хормонима и процесима старења.⁴ Чак и када су мушкарци и жене подједнако изложени ризику или болести, посљедице по здравље могу бити различите за сваки пол. На примјер, код мушкараца и жена који пуше, код жена може да се развије тешка хронична опструктивна болест плућа у млађим узрастима него код мушкараца и са нижим кумулативним излагањем диму цигарета.⁵ Међутим, биолошка објашњења разлика између мушкараца и жена су ограничена у погледу објашњавања глобалне разлике у здравственим исходима током људске историје, као и у времену брзе демографске и епидемиолошке транзиције.⁶ Ове разлике су у великој мјери посљедица друштвеног феномена рода.⁷ Род се односи на улоге, понашање, активности, карактеристике и могућности које друштво сматра прикладним за дјечаке и дјевојчице, мушкарце и жене. Род се, такође, односи и на односе међу људима и може одражавати расподјелу моћи унутар тих односа. Разумијевање рода захтијева и разумијевање сложених друштвених процеса кроз које су људи дефинисани и повезани и како се исти развијају током времена. Ови процеси дјелују на међуљудском нивоу, на институционалном нивоу и широм друштва, у владама, државним институцијама и цијелој привреди. На свим овим нивоима, род је важна, али промјенива одредница здравља током живота.⁸ Узимајући у обзир овакву перспективу, избегава се поларизација између мушкараца (као починитеља) и жена (као жртве), те се препознају потребе трансродних људи.⁹ Род је повезан и са осталим покретачима неједнакости, дискриминације, маргинализације и социјалне искључености, који имају сложене ефекте на здравље и добробит људи. Ови интерсекцијски покретачи укључују етничку припадност, класу, социоекономски статус, инвалидност, старост, географски положај, сексуалну оријентацију и сексуални идентитет. Интерсекционалност се односи на значење и однос између ових фактора у процесима и системима моћи на индивидуалном, институционалном и глобалном нивоу.¹⁰ Концепт интерсекционалности надограђује и проширује родну анализу здравља, идентификујући како су односи моћи повезани с тим покретачима и родом на различитим нивоима.¹¹

Овај рад анализира однос између рода и здравља у контексту циљева одрживог развоја (енг. *Sustainable development goals (SDGs)*). Циљеви су засновани на концепту међузависности – што значи да се ниједан циљ не може постићи без активности у другим циљевима. Овдје разматрамо Циљ одрживог развоја 5 (тј. постизање родне равноправности и оснаживање свих жена и дјевојака), јер се везује за Циљ одрживог развоја 3 (тј. осигурати здрав живот и промовисати добробит за све старосне групе), те како се међусобно преплићу род и здравље у више циљева, на начине који могу ометати или побољшати једнакост у здрављу.

Род и здравље

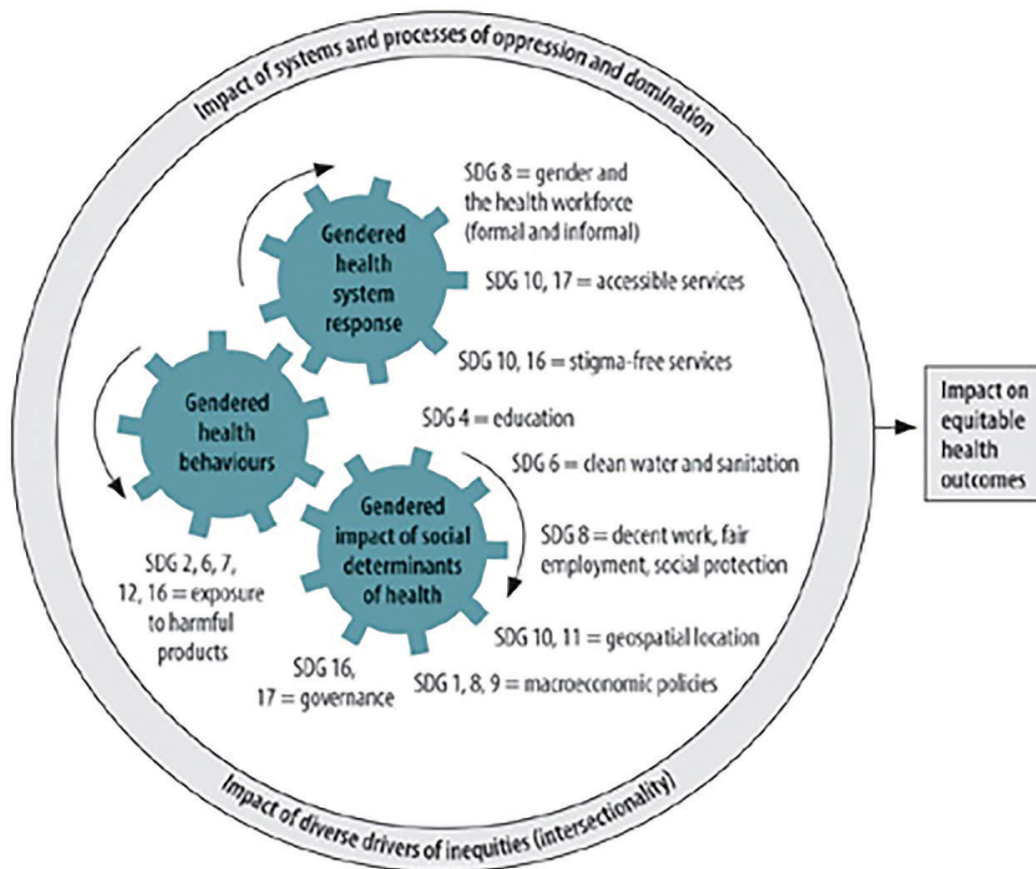
Поред Циљева одрживог развоја 3 и 5, родна равноправност представља вишеструку карактеристику документа *Трансформишући наш свијет: агенда за одрживи развој 2030*¹², те је кључна за остваривање права жена и дјевојака и покретања напретка у свим циљевима одрживог развоја. У оквиру Циља одрживог развоја 3, који се тиче здравља, постоји шест родно специфичних показатеља: (I) омјер смртности мајки; (II) порођаји којима присуствује обучено здравствено особље; (III) нове инфекције вирусом хумане имунодефицијенције (HIV) по полу; (IV) задовољавајуће планирање породице савременим методама; (V) наталитет; и (VI) покривеност основним здравственим услугама, укључујући репродуктивно здравље и здравље мајки. Поред активности Циља одрживог развоја 3, Циљ одрживог развоја 5, који укључује елиминацију насиља над женама и дјевојкама, има важне посљедице по здравље.

Тијело Уједињених нација за родну равноправности и оснаживање жена (енг. *UN Women*) идентификовало је друге циљеве као родно осјетљиве или родно оскудне,¹¹ што указује важност сагледавања цјелокупног оквира Циљева одрживог развоја кроз призму питања рода. Примјењујемо овдје ширу родну перспективу како бисмо побољшали разумијевање и информисали о активностима о здрављу, фокусирајући се на утицај на здравствене исходе.

Концептуално, род утиче на здравље и благостање у три домена: (I) кроз интеракцију са социјалним, економским и комерцијалним одредницама здравља; (II) путем здравственог понашања која су заштитна или штетна по здравствене исходе; и (III) у погледу начина на који здравствени систем реагује на род, укључујући како то утиче на финансирање и приступ квалитетној здравственој заштити.^{13,14}

Проширили смо овај оквир да бисмо одредили како неколико различитих циљева одрживог развоја утиче на сваки од ова три домена (Слика 1). Домени се међусобно преплићу; на примјер, управљање (домен социјалних одредница) одређује одговоре здравственог система на ситуацију (домен здравственог система). Сви домени, такође, дјелују у ширем социополитичком, културном и историјском контексту, обликујући низ интерсекцијских покретача неједнакости, искључености и дискриминације који дјелују упоредо са концептом рода. Користећи овај оквир, пружамо доказе о повезаности рода и потциљева низа Циљева одрживог развоја укључујући, али не и ограничавајући на Циљеве који се односе на здравље и род (Табела 1).

Слика 1. Концептуални оквир који приказује повезаност циљева одрживог развоја 3 (здравље) и 5 (род) са другим глобалним циљевима у три домена рода и здравља



SDG: sustainable development goal.

Табела 1. Одабрани примјери повезаности циљева одрживог развоја 3 (здравље) и 5 (род) са осталим глобалним циљевима широм три домена рода и здравља

Здравствени домени (Циљ 3)	Повезаност са родом (Циљ 5)	Одабрани примјери	Везе са другим Циљевима	Извори ^а
Домен друштвених одредница				
Преурањена смртност, смртност која се може спријечити	Разлике у приходима полова често су повезане са лошијим здравственим исходима	Глобално гледано, 122 жене од 25. до 34. године живота живе у екстремном сиромаштву на сваких 100 мушкараца исте старосне групе. До 30% неједнакости у примањима настаје због неједнакости у домаћинствима, укључујући мушкарце и жене, при чему је вјероватније да жене живе на мање од 50% средњег националног дохотка. Жене остварују мање година формално плаћеног запослења од мушкараца, због порођаја и њихове родне улоге као главних његоватеља. Смањење плата и разлике у платама полова су распрострањене, а жене су мање плаћене од мушкараца. У Индији, животни вијек жена из Далита које су ниже касте у сиромашнијој друштвено–економској групи становништва, је за 14,6 година краћи од жена из више класе. И у стабилним и у кризним ситуацијама, старији узраст, женски пол, економска оскудица и рурално пребивалиште често су повезани са лошим здравственим исходима,		
	Родне разлике у занимањима могу довести до различитих изложености ризицима преране смрти и морбидитета који се може спријечити	Здравствени ризици су већи код мушкараца који раде у рударској и грађевинској индустрији и пословима у друмском превозу или су дио оружаних сукоба. Ризици загађења ваздуха у затвореним просторима су већи код жена које раде у кући због употребе нечистих запаљивих горива, а проузроковале су око 4,3 милиона смрти у 2012. години, гдје су 6 од 10 оваквих смртних исхода биле жене и дјевојке. Жене које раде на узгоју цвијећа и њихова дјеца и новорођенчад имају већу изложеност пестицидима и хемијским остацима него мушкарци	1 (без сиромаштва); 7 (приступачна & чиста енергија); 8 (пристојан рад и економски раст); 10 (смањена неједнакост); 13 (климатска активност)	Институт за здравствену метрику и евалуацију, 2018 ² ; UN Women, 2018; Прекоморски институт за развој, 2014 ¹⁵
	Климатске промјене могу да имају диспропорционални утицај на жене	Дјевојке и жене у климатским катастрофама попут поплаве изложене су већем ризику од дјечака и мушкараца, јер је мање вјероватно да могу пливати		
Ментално и физичко здравље	Образовање дјевојака и њихов нижи социоекономски положај могу утицати на здравствене резултате	Широм свијета, 15 милиона дјевојчица из основне школе никада неће добити прилику да науче да читају или пишу у основној школи у поређењу са 10 милиона дјечака. Удио времена проведеног на неплаћеном раду у домаћинству и пружању његе је 2,6 пута већи него код мушкараца	1 (без сиромаштва); 4 (квалитетно образовање); 6 (чиста вода и канализација); 8 (пристојан рад и економски раст); 16 (мир; правда и јаке институције)	UN Women, 2018 ¹¹

Здравствени домени (Циљ 3)	Повезаност са родом (Циљ 5)	Одабрани примјери	Везе са другим Циљевима	Извори ^a
Исхрана	Родне норме и праксе у вези са дистрибуцијом хране често су неповољне за дјевојке и жене	Код жена постоји и до 11 процентна већа вјероватноћа од мушкараца да пријављују неисправност хране (тј. сигуран приступ довољним количинама сигурне и хране обogaћене нутритијентима за нормалан раст и развој и активан и здрав живот). Унутар домаћинства, мушкарцима и дјечацима се често дају веће количине хране и хране обogaћене нутритијентима него женама и дјевојкама	2 (нула глади); 6 (чиста вода и хигијенски услови)	UN Women, 2018 ¹¹
Заразне болести	Родни обрасци изложености могу учинити жене подложнијима заразним болестима	Наставници у школама, који су највероватније жене, изложени су већем ризику од грипа због већег контакта са дјецом; мушкарци су подложнији грипу Х5Н1 радом у индустрији клања и преради перади и прерађивачкој индустрији. Жене се могу суочити са повећаном изложеношћу инфекцији маларијом повезаној са родно дефинисаним занимањима (нпр. тражећи воду и гориво или пољопривредне задатке, у вријеме најгорих угриза комараца) Мушкарци, међутим, могу имати већи ризик од маларије због рада у пољима, рудницима, барама и на другим локацијама са високом изложеношћу. У епидемији вируса еболе у 2013–2016. години, жене су биле изложене већем ризику од инфекције због улога у домаћинству, док су мушкарци били више изложени ризику због своје умјешаности у ритуале сахрањивања.	8 (пристојан рад и економски раст)	СЗО, 2010 ¹⁶ ; СЗО, 2007 ¹⁷ ; Davies and Bennett, 2016 ¹⁸
Домен здравственог понашања				
Незаразне болести	Родни обрасци изложености ризику за нездраве производе (нарочито алкохол и дуван) имају тенденцију да повећају морбидитет и смртност код мушкараца	Родни обрасци изложености ризику незаразних болести и здравствено понашање доприносе прекомјерној смртности код мушкараца Корпоративне стратегије за ширење тржишта употребе дувана и употребе алкохола често су осмишљене тако да укључују жене, посебно млађе жене, из земаља са ниским и средњим дохотком.	2 (нула глади); 12 (одговорна потрошња и производња)	UN Women, 2018 ¹¹
Заразне болести	Родне норме могу утицати на кориштење превентивних услуга код жена	Мање је вјероватно да ће жене прихватити услуге мушких дистрибутера лијекова за „занемарене“ тропске болести када мушки чланови домаћинства нису присутни	8 (пристојан рад и економски раст)	Theobald et al. 2017 ¹⁹
Домен здравственог система				
Универзална здравствена покривеност	Родни обрасци запошљавања могу утицати на приступ жена здравственим услугама	Жене имају дужи животни вијек, али често имају мање година плаћеног запослења и обрачунате пензије од мушкараца. Стога, жене могу имати мањи приступ здравственим услугама у старости због мањих пензија		
	Родно–заснована динамика моћи унутар домаћинства може одредити потрошњу на здравствену заштиту	Нижи проценат жена од мушкараца има контролу над тим како се троше сопствене зараде. Жене имају нижу куповну моћ од мушкараца, када мушкарци дјелују као глава домаћинства или када у домаћинству нема мушког зарадителја. То утиче на ризик жена да доживе катастрофалне трошкове за рјешавање здравствених питања.		

Здравствени домени (Циљ 3)	Повезаност са родом (Циљ 5)	Одабрани примјери	Везе са другим Циљевима	Извори ^a
	Родно–заснована стереотипност од стране пружалаца здравствених услуга и родне разлике у приказу болести могу утицати на дијагностику и лијечење	Срчана болест се често тумачи као болест која обично погађа мушкарце. Мушкарци се чешће упућују специјалистима него жене за одређена стања (срчане аритмије, цереброваскуларне болести, васкуларна хирургија, замјена кука и трансплантација срца). Срчана болест се такође разликује по полу. Резултат је погрешна и недовољна дијагноза код жена, што може резултирати са више неповољних исхода код жена са кардиоваскуларним симптомима.	1 (без симораштва); 4 (квалитетно образовање; 8 (пристојан рад и економски раст); 10 (смањене неједнакости); 16 (мир, правда и јаке институције); 17 (партнерство за циљеве)	UN Women, 2018 ¹¹ ; Theobald et al., 2017 ¹⁹ ; Davies & Bennett, 2016 ¹⁸ ; Raine, 2000 ²⁰ ; Dey et al., 2009 ²¹ ; Regitz–Zagrosek, 2011 ²²
	Родне норме могу утицати на прихватање услуга од стране жена	Одређивање мушкараца као дистрибутера лијекова за „занемарене“ тропске болести може негативно утицати на покривеност услугама за жене		
	Родни обрасци рада могу утицати на приступ јавним здравственим интервенцијама	У програмима вакцинације за одрасле, мушкарци који раде ван округа у не–ендемичном подручју могу пропустити програмске интервенције		
	Здравствени системи можда не узимају у обзир како неједнаке родне норме, улоге и односи утичу на здравље	Анализа епидемије вируса еболе у периоду од 2013–2016. године, открила је недостатак показатеља података рашчлањених по полу. Рано реаговање на епидемију занемарило је различите улоге мушкараца и жена (нпр. мушкарци су сахранили мртве, док су жене бринуле о болесним људима код куће), а самим тим и различите потенцијалне путеве преноса вируса.		
Радна снага	Пол утиче на саму радну снагу	Жене које морају докасно радити или су удаљене од куће дуже временско раздобље, могу трпјети психичко и физичко злостављање од мужева или свекрва због одузимања времена од улога у бризи о домаћинству.		
	Дискриминација у здравственим установама може довести до недостатака покривености истим	Родна дискриминација повезана је са више врста дискриминације заснованим на осталим покретачима неједнакости. Старији људи се могу суочити са дискриминацијом у приступу здравственим услугама. Етничке мањине, попут Рома и миграната (посебно илегалних миграната) и пацијенти са дуготрајном болешћу суочене су са дискриминацијским баријерама у приступу здравственим услугама у Грчкој		
	Родно–институционални одговори могу утицати на физичко и ментално здравље људи	Родна пристрасност и шира стигма и дискриминација у друштву спријечавају трансродну популацију и мушкарце са вирусом људске имунодефицијенције од тражења његе.	8 (пристојан рад и економски раст)	UN, 2017 ²³ WHO, 2015 ²⁴ ; WHO–Europe, 2015 ²⁵ ; WHO, 2017 ²⁶

Здравствени домени (Циљ 3)	Повезаност са родом (Циљ 5)	Одабрани примјери	Везе са другим Циљевима	Извори ^а
Управљање	Недостатак родног паритета на руководећим позицијама могу утицати на приступ жена здрављу	Постоји недостатак жена на руководећим позицијама у клиникама на нивоу округа или заједнице, те слабо учешће жена у поднационалним здравственим одборима. Децентрализоване здравствене услуге, посебно у областима у којима мушкарци претежно доносе здравствене и друге одлуке, могу ометати избор, приступ информацијама и услугама за жене и дјевојке, посебно сексуалне и репродуктивне услуге. Одговори здравственог система на вирус зика у 2016. година нису узели у обзир неједнаке родне норме, улоге и односе. Женама које су већ биле маргинализоване савјетује се да избјегавају трудноћу, очигледно без признања својих потешкоћа у приступу контрацептивима, сексуалном образовању и сигурној пракси абортуса	8 (пристојан рад и економски раст); 16 (мир, правда и јаке институције)	Scott et al., 2017 ²⁷ ; Global Health 50/50, 2018 ²⁸ ; Davies & Bennett, 2016 ¹⁸ ; Langer, 2015 ²⁶

а Неки од коришћених примјера не односе се на специфичне истраживачке студије већ на комбинацију истраживања и анализа од стране организација као што су UN Women. Цитирање сваког извора доказа је изван досега овог чланка. За више информација читаоци би требало да потраже референтну листу цитираних извештаја.

Социјалне одреднице

Извештајна Комисија за социјалне одреднице здравља²⁹ извијестила је да глобално оптерећење болестима и главни узроци неједнакости у здрављу потичу из различитих услова у којима се људи рађају, расту, живе, раде и старе. На ове услове утичу неједнакости у моћи, новцу и ресурсима, а на све њих утиче пол. Основни контексти социоекономије и политике (управљање, макроекономске политике, културолошке норме и друштвене вриједности), социјални положај (образовање, занимање, етничка припадност и пол) и шире друштвено окружење (кохезија у заједници, социјална група и понашање појединца) представљени су као потциљеви активности Циљева одрживог развоја.

На примјер, приступ дјевојчицама образовању (повезан са Циљем одрживог развоја 4, квалитетно образовање) има мјерљив утицај на њихове сопствене резултате, као и на здравствене резултате њихове дјеце.³⁰ Политичке и економске снаге на макро нивоу могу утицати на користан ефекат образовања, што може да доведе до смањења социјалне заштите (укључујући смањења у здравственом систему), смањења плата и неисправности хране. Ови фактори су укључени у Циљ одрживог развоја 1 (без сиромаштва); 2 (нула глади), 8 (пристојан рад и економски раст) и 10 (смањене неједнакости), а све је показало да има штетне ефекте на здравље дјеце и мајке.³¹ Слично томе, програми брзе приватизације у посткомунистичким земљама (повезани са Циљем одрживог развоја 9, индустрија, обнова и инфраструктура) обликовале су родне разлике у морталитету широм одредница здравља на микро нивоу.³² Циљ одрживог развоја 8 (за подстицање економског раста, пуно и продуктивно запошљавање и пристојан рад за све) снажно је повезан са здрављем и родом.^{33,34} Примјери повезаности Циљева одрживог развоја 3 и 5 и осталих Циљева одрживог развоја наведени су у Табели 1.

Здравствено понашање

Друштвено–културне норме и повезани обрасци понашања разликују се према полу. Они могу утицати на здравствено понашање на различите начине за различита стања. Расте препознавање улоге у преузимању ризика по социокултурним нормама и сродним квалитетима и обрасцима понашања који се традиционално повезују са мушкарцем (означени као мушкост (маскулинитет)).³⁵ Понашања укључују избјегавање употребе кондома,³⁶ већу употребу штетних супстанци³⁷

и ниже стопе тражења испитивања и лијечења за ХИВ. Ови обрасци мушкости могу такође утицати на здравље дјевојака и жена, на примјер насиљем, сексуално преносивим инфекцијама и нежељеним трудноћама.³⁶ У смислу различитог излагања производима штетним по здравље (Циљ одрживог развоја 12, одговорна потрошња и производња), лонгитудиналне студије указују на употребу дувана и конзумацију алкохола као кључног доприноса прекомјерној смртности код мушкараца.³⁸ Међутим, тренутни обрасци конзумирања дувана и алкохола по полу се мијењају, са комерцијалним стратегијама за ширење продаје производа који све више циљају жене, посебно у земљама са ниским и slabим дохотком.^{39,40} Постоје докази да се уддио жена које конзумирају алкохол повећава, посебно међу младим одраслим особама, с повећањем повезане штете.⁴¹

Поред разлика у здравственом понашању повезаних са излагањем низу болести, пол је такође повезан са реакцијама на симптоме и знакове болести. Студије су показале да ће жене вјероватније потражити здравствену заштиту него мушкарци, чак и након прилагођавања консултацијама о репродуктивном здрављу.⁴² Остали фактори, попут недостатка аутономије жена за плаћање здравствене заштите средствима која се могу рефундирати,⁴³ могу да отежају приступ жена здравственој заштити.

Здравствени системи

Здравствени системи сами по себи нису родно неутрални.⁴⁴ Улога рода у здравственим системима односи се на концепт универзалне здравствене покривености (Циљ одрживог развоја 3), начине њега укључујући утицај родних стереотипа и родно повезане стигме која подстичу неједнакости (Циљ одрживог развоја 10, смањена неједнакост), принципе одговорности и инклузивности (Циљ одрживог развоја 16, мир, правда и јаке институције) и родно искуство саме здравствене радне снаге (Циљ одрживог развоја 8, пристојан рад и економски раст; Циљ одрживог развоја, мир, правда и јаке институције). Међутим, постоји бојазан да доносиоци одлука у глобалном здравственом систему нису добро спремни да разумију,⁴⁵ и ефикасно реагују на, структурне, друштвене, комерцијалне и често родно одређене одреднице главних новонасталих оптерећења болестима. Ово се посебно односи на оне одреднице повезане са деградацијом животне средине, лошим урбанистичким планирањем и неодрживим обрасцима потрошње. Недавна анализа открила је опсег и природу слабе родне свијести у хитним одговорима на епидемије вируса еболе и зика и у дугорочном планирању отпорности здравственог система (Табела 1).¹⁸

Процијењено је да најмање половина од 7,3 милијарде људи на свијету не прима основне здравствене услуге које су им потребне, са знатном незадовољеном потребом за низом специфичних интервенција.⁴⁶ Потциљ 3.8 о постизању универзалне здравствене покривености (УЗП) настоји да обезбиједи да сви људи имају приступ квалитетним здравственим услугама, истовремено штитећи од изложености финансијским тешкоћама.⁴⁷ Финансиран из домаћих јавних извора, УЗП је кључни стратешки приоритет за јачање здравствених система и за праведно и ефикасно пружање потребне, доступне, приступачне и родно–осјетљиве здравствене и социјалне заштите.

УЗП је базирана на концепту једнакости, као што је наведено у Циљевима одрживог развоја 1 (без сиромаштва), 4 (квалитетно образовање), 5 (родна једнакост), 8 (пристојан рад и економски раст) и 16 (мир, правда и јаке институције). Ипак, посљедње анализе показују да и здравствени систем који добро функционише и који тежи ка напретку постизања УЗП нису аутоматски правичан и родно уравнотежен.⁴⁸ Осим ако се не посвети посебна пажња питању рода и осталим међусекторским покретачима неједнакости, УЗП можда неће успјети да побољша једнакост. УЗП може чак и погоршати родну неједнакост, јер неке групе становништва имају веће здравствене потребе, али ниже могућности финансирања од других. Праћење УЗП-а фокусирано је на двије дискретне компоненте перформанси здравственог система: нивои ефикасне покривености; и заштита финансијског ризика.⁴⁹ Табела 1 описује неколико примјера како је концепт рода повезан са ове двије компоненте.

У погледу ефикасне покривености, здравствени системи могу пратити неједнакости у здравству обухваћене Потциљем 5.1 (зауставити све облике дискриминације жена и дјевојака свуда). Они, такође, могу да прате и друге димензије неједнакости релевантне у националним оквирима, као што је дефинисано у Циљу одрживог развоја 10 (смањене неједнакости) и Потциљу 17.18 (до 2020. године, побољшати подршку изградњи капацитета земљама у развоју ... да значајно повећају доступност висококвалитетних, правовремених и поузданих података рашчлањених према приходу, полу, старости, раси, етничкој припадности, миграцијском статусу, инвалидности, географском положају и другим карактеристикама релевантним у националним оквирима).⁵⁰ Да би се постигла универзална здравствена покривеност, одговор здравственог система мора садржавати свеобухватне анализе како би се документовало ко је изостао из приступа услугама и зашто.

Структуре и процеси угњетавања и дискриминације који постоје у друштву такође ће се одиграти у здравственим системима.⁵¹ Утврђена родна дискриминација утиче на глобалну здравствену радну снагу, од којих су већина жене.³⁴ Дискриминација у различитим областима здравствених услуга евидентна је услед разлике у платама полова, недостатка формалног запослења, физичког и сексуалног насиља и недостатка заступљености у руководећим позицијама и одлучивању.⁵⁰ Приликом јачања здравственог система потребно се осврнути на то како род, моћ и социјални статус могу утицати одабир здравственог радника.¹⁹ Здравствени систем би у најмању руку требало да усвоји добру праксу о људском праву ненаношења штете.³³ Трeбало би осигурати да се не пресликава или интензивира локална, често родна, динамика односа моћи која искључује или дискриминише одређене групе становништва, укључујући жене, етничке мањине и друге.

Синергије и повезаност

Иако постоји имплицитна логика да циљеви одрживог развоја међусобно функционишу и зависе један од другог, мало је размишљања о томе како ово подржава кохерентније и ефикасније доношења одлука ради бољег праћења, процјене и активности заснованих на доказима. Недавна детаљна анализа повезаности циљева одрживог развоја, узела је у обзир Циљ 3 заједно са Циљевима 2 (нула глади), 7 (приступачна и чиста енергија) и 14 (сачувати и одрживо користити океане, мора и морске ресурсе за одрживи развој).⁵² Међутим, анализа није садржала детаљну анализу повезаности са Циљем 5, или начина омогућавања истог.

У другој анализи разматрало се шест сектора, планирање породице; здравље мајке, новорођенчета и дјетета; исхрана; пољопривреда; вода, чисти санитарни услови, хигијена; и финансијске услуге за сиромашне, кроз 76 студија у земљама са ниским и средњим дохотком.⁵³ Студија је показала да су родна равноправност и показатељи оснаживања жена и дјевојака повезани са побољшањима различитих здравствених и развојних резултата. Штавише, та су удружења била међусекторска, што сугерише да, остварујући предности промовисања родне равноправности и оснаживања жена, развојна заједница мора сарађивати на координисан и интегрисан начин у више сектора.

Закључак

Остваривање права на здравље и добробит свих људи, путем дјеловања на постојећу родну неједнакост и њихове сложене одреднице, представља један изазов. Неколико фактора омета напредак. Постоји тенденција да владини органи и развојни партнери преузму власништво над одређеним циљевима, укључујући Циљ одрживог развоја 3. Потребно је дјеловати мултидисциплинарно (на примјер, изван медицине, како би се укључила социјалне науке, статистика или политичка економија), мултисекторски (укључујући различите секторе владе, а не само здравствени сектор или министарство здравља) и више заинтересованих страна (укључујући, на примјер, цивилно друштво, приватни сектор и академске заједнице). Може се тврдити да је концепт рода у Циљу одрживог развоја 5 узак, односи се углавном на жене и фокусира се на ограничене улоге: као мајке, као неговатељице и као жртве насиља. Према томе, мало је подстицаја

да земље примијене свеобухватнији, родно једнак и прогресиван универзални приступ. 54 За-старјела схватања рода не признају изричито и не баве се односима моћи и хијерархије између мушкараца и жена који обликују њихово здравље кроз сложени однос здравствених одредница, понашања и одговора здравственог система. Потребна је већа пажња и на то како мушкост као колективни образац понашања утиче на здравље и мушкараца и жена.

Иако студије и званична статистика теже пријављивању статистичких разлика у здрављу раздвојених по полу (као што се захтијева у Потциљу 17.18), то није еквивалентно приказивању утицаја рода у покретању тих разлика. Потребне су нам додатне, нијансираније, квалитативне анализе родних утицаја у њиховим специфичним контекстима, укључујући едуканте као појединце. На примјер, студије усредсређене на разумијевање начина на који су разлике раздвојене по полу обликоване социјалним неједнакостима и разликама моћи укоријењене у родним нормама. Таква анализа, такође, може помоћи у обликовању трансформације рода јер промовише или спријечава једнакост као средство за здравље.

Овај рад настојао је анализирати сложен однос између родне и здравствене једнакости кроз три домена: социјалне одреднице, здравствено понашање и одговори здравственог система. Ови домени заузврат ће утицати на напредак у свим Циљевима одрживог развоја, не само у Циљевима 3 и 5. Закључујемо да они који желе да постигну Циљ одрживог развоја 3 морају да преусмјере своје размишљање и дјеловање у неколико области, као што је наведено испод у Одјељку 1. Предлажемо акциони план за побољшање исхода једнакости у здравству, уз истовремено унапређење родне равноправности и оснаживање жена. Усвајање ове агенде убрзаће напредак за све људе, у свим њиховим различитостима, како би у највећој могућој мјери остварили своје право на здравље и добробит током свог живота.

Одјељак 1. Активности на промоцији родно–трансформативних приступа у циљевима одрживог развоја за побољшање здравља

1. Превазићи изједначавања пола са женама. Глобална, национална и локална здравствена политика мора водити рачуна о томе како се улоге, понашање, активности, карактеристике и могућности мушкараца и жена заснивају на различитим нивоима моћи. Ово схватање рода као друштвеног и релацијског конструкта моћи појачава неједнакости у здрављу за све и прожима се и са другим покретачима неједнакости.⁵⁵

2. Усвојити свеобухватан приступ анализи и дјеловању на род. Овај приступ ће се поклопити са три домена здравља: социјалне одреднице; здравствено понашање; и пружање услуга и одговори здравственог система, а самим тим и кроз агенду за одрживи развој 2030.¹² Примјена концепта рода само у једном од ових домена неће успјети ефикасно ријешити неједнакости у здрављу.¹³

3. Улагати у родне анализе података разврстаних по полу, поред осталих стратификатора социјалне и здравствене неједнакости. Глобални здравствени часописи требали би охрабрити ауторе да укључе родну анализу података разврстаних по полу, укључујући како друштвена конструкција мушкости и женствености обликује здравље мушкараца и жена.³⁷

4. Препознати и дјеловати на родну природу здравствене радне снаге. Дефинисати родно осјетљиве политике и здравствене прописе кроз све нивое управљања здравством како би се обезбиједио родни паритет, те повећале руководеће позиције за жене и достојни услови рада за све.²⁸

5. Рашчланити изоловане структуре политика између различитих владиних сектора и програмских области и остварити широку сарадњу заинтересованих страна за род у глобалном здравству. Таква сарадња имаће за циљ да превазиђе уске приступе који су усредсређени на болести, те већи ангажман цивилног друштва и доносиоца политика, поред министарстава здравља.^{54,56}

6. Подржати механизме транспарентности и одговорности на нивоу државе. То се може постићи јачањем родног здравственог фокуса у добровољним националним прегледима, оквирима развојне помоћи Уједињених нација и националним плановима и програмима здравственог сектора, надограђујући се на приступ које је развила организација Глобално здравство 50/50 (енг. *Global Health 50/50*).²⁸

Competing interests: None declared.

References

1. Life expectancy. Global Health Observatory (GHO) data [internet]. Available from: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends_text/en/ [cited 2018 Feb 20].
2. GBD Compare. Data visualization hub [internet]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, 2016. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> [cited 2018 Jan 20].
3. Gender and blindness. Gender and health information sheet [internet]. Geneva: World Health Organization; 2002. Available from: <http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/a85574/en> [cited 2018 Mar 5].
4. Colchero F, Rau R, Jones OR, Barthold JA, Conde DA, Lenart A, et al. The emergence of longevous populations. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2016 11 29;113(48):E7681–90. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1612191113> pmid:27872299
5. The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2014. Accessible from: <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf> [cited 2018 Jan 20].
6. Cullen MR, Baiocchi M, Eggleston K, Loftus P, Fuchs V. The weaker sex? Vulnerable men and women's resilience to socio-economic disadvantage. *SSM Popul Health*. 2016 08 3;2:512–24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.06.006> pmid: 29349167
7. Magar V. Gender, health and the sustainable development goals. *Bull World Health Organ*. 2015 Nov 1;93(11):743. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.165027> pmid: 26549898
8. Sen G, Ostlin P. Unequal, unfair, ineffective, inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. September 2007. Bangalore: IIM Bangalore and Karolinska Institute; 2007. Available from: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf [cited 2018 Mar 5].
9. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*. 2016 Jul 23;388(10042):412–36. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X) pmid: 27323919
10. Hankivsky O. Women's health, men's health, and gender and health: implications of intersectionality. *Soc Sci Med*. 2012 Jun;74(11):1712–20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.029> pmid: 22361090
11. Turning promises into action: gender equality in the 2030 agenda for sustainable development. New York: UN Women; 2018. Available from: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/sdg-report> [cited 2018 Feb 20].
12. Resolution A/RES/70/1. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. In: Seventieth United Nations General Assembly, New York, 25 September 2015. New York: United Nations; 2015. Available from: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E [cited 2018 Mar 5].
13. Payne S. The health of men and women. Cambridge: Polity Press; 2006.
14. Hawkes S, Buse K. Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. *Lancet*. 2013 May 18;381(9879):1783–7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60253-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60253-6) pmid: 23683645
15. Paz Arauco V, Gazdar H, Hevia-Pacheco P, Kabeer N, Lenhardt A, Masood SQ, et al. Strengthening social justice to address intersecting inequalities—post 2015. London: Overseas Development Institute; 2014. Available from: https://www.researchgate.net/publication/273316413_Strengthening_social_justice_to_address_intersecting_inequalities_post-2015 [cited 2018 May 31].

16. Sex, gender and influenza. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: <http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/9789241500111/en/> [cited 2018 Mar 5].
17. Gender, health and malaria. Geneva: World Health Organization; 2007. Available from: http://www.who.int/gender/documents/gender_health_malaria.pdf [cited 2018 Mar 5].
18. Davies S, Bennett B. A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: locating gender in global health emergencies. *Int Aff.* 2016;92(5):1041–60. <http://dx.doi.org/10.1111/1468-2346.12704>
19. Theobald S, MacPherson EE, Dean L, Jacobson J, Ducker C, Gyapong M, et al. 20 years of gender mainstreaming in health: lessons and reflections for the neglected tropical diseases community. *BMJ Glob Health.* 2017 11 12;2(4):e000512. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000512> pmid: 29177100
20. Raine R. Does gender bias exist in the use of specialist health care? *J Health Serv Res Policy.* 2000 Oct;5(4):237–49. <http://dx.doi.org/10.1177/135581960000500409> pmid: 11184961
21. Dey S, Flather MD, Devlin G, Brieger D, Gurfinkel EP, Steg PG, et al.; Global Registry of Acute Coronary Events investigators. Sex-related differences in the presentation, treatment and outcomes among patients with acute coronary syndromes: the Global Registry of Acute Coronary Events. *Heart.* 2009 Jan;95(1):20–6. <http://dx.doi.org/10.1136/hrt.2007.138537> pmid: 18463200
22. Regitz-Zagrosek V. Sex and gender differences in cardiovascular disease. In: Prigione S, Regitz-Zagrosek V, editors. *Sex and gender aspects in clinical management.* London: Springer Verlag; 2011. pp. 17–45.
23. Joint United Nations Statement on ending discrimination in health care settings. New York: United Nations; 2017. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/detail/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings> [cited 2018 Apr 28].
24. World health report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015. Available from: www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en [cited 2018 May 31].
25. Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2015. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/287997/Barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-Greece-rev1.pdf?ua=1 [cited 2018 May 31].
26. Women on the move: migration, care work and health. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from: <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/women-on-the-move/en> [cited 2018 May 30].
27. Langer A, Meleis A, Knaul FM, Atun R, Aran M, Arreola-Ornelas H, et al. Women and Health: the key for sustainable development. *Lancet.* 2015 Sep 19;386(9999):1165–210. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60497-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60497-4) pmid: 26051370
28. The global health 50/50 report: How gender-responsive are the world's most influential global health organisations? London: Global Health 50/50; 2018. Available from: https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2018/03/GH5050-Report-2018_Final.pdf [cited 2018 Mar 10].
29. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html [cited 2018 Mar 5].
30. Desai S, Alva S. Maternal education and child health: is there a strong causal relationship? *Demography.* 1998 Feb;35(1):71–81. <http://dx.doi.org/10.2307/3004028> pmid: 9512911
31. Thomson M, Kentikelenis A, Stubbs T. Structural adjustment programmes adversely affect vulnerable populations: a systematic-narrative review of their effect on child and maternal health. *Public Health Rev.* 2017 Jul 10;38:13. <http://dx.doi.org/10.1186/s40985-017-0059-2> pmid: 29450085
32. Scheiring G, Stefler D, Irdam D, Fazekas M, Azarova A, Kolesnikova I, et al. The gendered effects of foreign investment and prolonged state ownership on mortality in Hungary: an indirect demographic,

- retrospective cohort study. *Lancet Glob Health*. 2018 01;6(1):e95–102. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30391-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30391-1) pmid: 29191434
33. Basic principles of human rights monitoring. *Manual of human rights monitoring*. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2011. Available from: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Chapter02_MHRM.pdf [cited 2018 May 31].
34. Improving employment and working conditions in health: report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services. Geneva: International Labour Organization; 2017. Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_548288.pdf [cited 2018 May 31].
35. Connell R. Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Soc Sci Med*. 2012 Jun;74(11):1675–83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.006> pmid: 21764489
36. Santana MC, Raj A, Decker MR, La Marche A, Silverman JG. Masculine gender roles associated with increased sexual risk and intimate partner violence perpetration among young adult men. *J Urban Health*. 2006 Jul;83(4):575–85. <http://dx.doi.org/10.1007/s11524-006-9061-6> pmid: 16845496
37. Wilsnack R, Wilsanck S, Obot I. Why study gender, alcohol and culture? Perspectives from low and middle income countries, Chapter 1. In: Obot IS, Room R, editors. *Alcohol, gender and drinking problems. Perspectives from low and middle income countries*. Geneva: World Health Organization; 2005. pp. 1–24.
38. Beltrán-Sánchez H, Finch CE, Crimmins EM. Twentieth century surge of excess adult male mortality. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2015 Jul 21;112(29):8993–8. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1421942112> pmid: 26150507
39. Brown-Johnson CG, England LJ, Glantz SA, Ling PM. Tobacco industry marketing to low socioeconomic status women in the U.S.A. *Tob Control*. 2014 Nov;23 e2:e139–46. <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051224> pmid: 24449249
40. Slade T, Chapman C, Swift W, Keyes K, Tonks Z, Teesson M. Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ Open*. 2016 10 24;6(10):e011827. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011827> pmid: 27797998
41. Colell E, Sánchez-Niubò A, Domingo-Salvany A. Sex differences in the cumulative incidence of substance use by birth cohort. *Int J Drug Policy*. 2013 Jul;24(4):319–25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.09.006> pmid : 23200762
42. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract*. 2000 Feb;49(2):147–52. pmid: 10718692
43. Saikia N, Moradkhvaj, Bora JK. Gender difference in health-care expenditure: evidence from India human development survey. *PLoS One*. 2016 07 8;11(7):e0158332. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0158332> pmid: 27391322
44. Percival V, Richards E, MacLean T, Theobald S. Health systems and gender in post-conflict contexts: building back better? *Confl Health*. 2014;8(1):19. <http://dx.doi.org/10.1186/1752-1505-8-19>
45. Morgan R, George A, Ssali S, Hawkins K, Molyneux S, Theobald S. How to do (or not to do)... gender analysis in health systems research. *Health Policy Plan*. 2016 Oct;31(8):1069–78. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czw037> pmid: 27117482
46. Tackling universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from: http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/ [cited 2018 Mar 5].
47. Kutzin J, Witter S, Jowett M, Bayarsaikhan D. Developing a national health financing strategy: a reference guide. Geneva: World Health Organization; 2017. Available at: http://www.who.int/health_financing/tools/developing-health-financing-strategy/en/ [cited 2018 Mar 5].

48. Witter S, Govender V, Ravindran TKS, Yates R. Minding the gaps: health financing, universal health coverage and gender. *Health Policy Plan*. 2017 Dec 1;32 suppl_5:v4–12. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czx063> PMID: 28973503
49. Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. *Lancet Glob Health*. 2018 02;6(2):e152–68. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30472-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30472-2) PMID: 29248365
50. Dhatt R, Theobald S, Buzuzi S, Ros B, Vong S, Muraya K, et al. The role of women’s leadership and gender equity in leadership and health system strengthening. *Glob Health Epidemiol Genom*. 2017 05 17;2:e8. <http://dx.doi.org/10.1017/gheg.2016.22> PMID: 29868219
51. Scott K, George AS, Harvey SA, Mondal S, Patel G, Sheikh K. Negotiating power relations, gender equality, and collective agency: are village health committees transformative social spaces in northern India? *Int J Equity Health*. 2017 09 15;16(1):84. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-017-0580-4> PMID: 28911327
52. A guide to SDG interactions: from science to implementation. Paris: International Council of Sciences; 2017. Available from: <https://www.icsu.org/publications/a-guide-to-sdg-interactions-from-science-to-implementation> [cited 2018 Mar 5].
53. Taukobong HF, Kincaid MM, Levy JK, Bloom SS, Platt JL, Henry SK, et al. Does addressing gender inequalities and empowering women and girls improve health and development programme outcomes? *Health Policy Plan*. 2016 Dec;31(10):1492–514. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czw074> PMID: 27371549
54. Kuruville S, Sadana R, Montesinos EV, Beard J, Vasdeki JF, Araujo de Carvalho I, et al. A life-course approach to health: synergy with sustainable development goals. *Bull World Health Organ*. 2018 Jan 1;96(1):42–50. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.198358> PMID: 29403099
55. Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality—an important theoretical framework for public health. *Am J Public Health*. 2012 Jul;102(7):1267–73. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750> PMID: 22594719
56. Colbourn T, Gideon J, Groce N, Heinrich M, Kelman I, Kett M, et al. Human health. In: Waage J, Yap C, editors. *Thinking beyond sectors for sustainable development*. London: Ubiquity Press; 2015. pp. 29–36. <http://dx.doi.org/10.5334/bao.d>

Смјернице за едукаторе

Замолите едуканте да прочитају одабране примјере из табеле 1 и да размисле о томе да ли ти примјери одговарају ситуацији код нас. Након тога усмјеравајте дискусију у том правцу и резимирајте.

Модул 3. Комуникација са жртвама родно заснованог насиља (РЗН)

3.1. Оквир модула

Трајање модула	45 минута
Циљ модула	Након активног учешћа у овом модулу едуканти ће бити способни да: <ul style="list-style-type: none">• опишу препреке са којим се сусрећу здравствени радници и сарадници при пружању ефикасне заштите и подршке жртвама родно заснованог насиља (РЗН);• опишу услове који су потребни за разговор са жртвама РЗН;• формулишу питања о РЗН;• опишу како се комуницира са жртвама РЗН без осуђивања и пружајући им подршку;
Активности	<ol style="list-style-type: none">1. презентација 10 минута2. игра улога 30 минута3. кључне поруке пет минута
Кључне поруке	<ul style="list-style-type: none">• Прије разговора о насиљу, здравствени радници морају бити сигурни да је безбједно питати.• Здравствени радници требају пратити сљедеће препоруке за комуникацију са жртвама:<ul style="list-style-type: none">• не осуђивати и подржати жртву;• бити стрпљив, пажљиво слушати и потврђивати оно што жртва говори;• приликом разговора о насиљу, почети са уопштеним уводним питањима, па прећи на специфичнија, директна питања;• не вршити притисак на жртву да открије насиље, и ако га не открије, понудити да се врати због додатне подршке, и нагласити да постоји доступна помоћ.
Материјали и опрема за едуканте, едукаторе	Одштампати по 15 комада презентације у Power Point-у Модул 3 и радних материјала 3.1., 3.2., 3.3., 3.4. и 3.5.; припремити 15 блокова и оловака, један flipchart и фломастере за њега, више блокова већих „стикер“ папирића. Обезбједити по два исправна рачунара и апарата за рачунарске пројекције, продужне каблове за повезивање апарата, засебне столице и столове за едуканте, едукатора и госте који се могу помјерати у пространој, свијетлој просторији са прозорима који се могу отворати и који се могу заштитити од свјетлости кад је потребно (тамне завјесе), те посебну просторију за паузе

Радни материјал 3.2. Препреке са којима се суочавају здравствени радници у пружању ефикасне заштите и подршке жртвама родно заснованог насиља

На самом почетку, треба узети у обзир препреке с којима се суочавају здравствени стручњаци при пружању ефикасне заштите и подршке, те исте елиминисати приједлозима за акцију.

Препреке	Акције
Недовољно знање о узроцима, посљедицама и динамици родно–заснованог насиља. Ако здравствени радници не питају о симптомима родно–заснованог насиља или их не препознају, може доћи до погрешне дијагнозе или неодговарајућег третмана.	Континуирана обука у здравственим установама – редовна годишња обука. Неопходно је осигурати средства из међународних и домаћих извора.
Власти ставови и предрасуде о родно заснованом насиљу могу резултирати посматрањем насиља у интимној вези као приватног проблема, или окривљавањем жене за насиље које је преживјела.	Разбијање предрасуда код здравствених радника је важна активност; увођење процедура и начина документовања, те стручна ревизија, су неки од механизма.
Власти искуство са родно–заснованим насиљем у прошлости.	Разбијање предрасуда код здравствених радника је важна активност; увођење процедура и начина документовања, те стручна ревизија, су неки од механизма.
Недостатак клиничких вјештина за реаговање на родно–засновано насиље. Мањак знања и вјештина такођер могу угрозити сигурност, живот и добробит пацијента, нпр. када здравствени радници изражавају негативне ставове пред пацијентицом која је силована, или када разговарају о повредама на начин који може чути потенцијално насилни супруг док чека испред ординације.	Спровођење циљане обуке за све чланове тима унутар здравствене установе и осигуравање стручне ревизије и обуке темељене на примјерима из праксе.
Мањак информација о постојећим услугама подршке и одговарајућим професионалним контактима који могу послужити као основа за даље упућивање пацијената.	Здравствени радници требају бити упознати са свим својим правима и обавезама, те требају свима пружати информације о доступним услугама за жртве родно заснованог насиља. Ово се у једној здравственој установи може осигурати кроз позицију координатора за праћење поступања у случајевима насиља.
Недостатак времена за пружање здравствене заштите, као и неадекватно финансирање савјетодавног рада.	Веома осјетљиво питање; руководство здравствених установа треба јачати свијест код здравствених радника о томе да третирање насиља представља стручни медицински рад.
Може бити тешко процијенити колико ће временски трајати разговор са жртвом насиља, те здравствени радници могу бити забринуте да ће тиме закинути друге пацијенте.	Развијена процедура треба предвиђати да се прегледи спроводе у одвојеним просторијама, те да у том тренутку здравствени радник није укључен у редован рад.

Препреке	Акције
Непостојање унутар–институционалне подршке у виду стандардизованих протокола, образаца или програма обуке за особље за поступање са особама које су преживјеле родно–засновано насиље.	Креирање стандардизованих процедура је обавезно.
Несигурност везано за правне обавезе, нпр. правила о повјерљивости или обавезе извјештавања.	Креирање стандардизованих процедура је обавезно.
Одсуство стандардних процедура, политика и протокола које би осигурале да третман свих преживјелих буде у складу са стандардима добре клиничке праксе.	Креирање стандардизованих процедура је обавезно.

Радни материјал 3.3. Постављање питања о родно заснованом насиљу

При испитивању о родно заснованом насиљу, препоручује се да почнете с уводним питањем, објашњавајући пацијентици да насиље погађа многе жене и наглашавајући какав утицај оно може имати на здравље жене, прије него пређете на директнија и специфичнија питања.

Примјери уводних питања:

„Из искуства знам да злостављање и насиље код куће представља проблем за многе жене. Да ли је то на неки начин проблем и за вас?“

„Знамо да многе жене доживљавају злостављање и насиље код куће које нарушава њихово здравље. Питам се да ли сте ви икад доживјели насиље у кући?“

„Знамо да је насиље над женама веома чест проблем. Око 30% жена у нашој земљи трпи злостављање од својих партнера. Је ли се то икад догодило вама?“

„Неке жене мисле да заслужују злостављање јер не испуњавају очекивања својих партнера. Али без обзира шта је неко урадио или није урадио, нико не заслужује да га туку. Је ли вас икад неко ударио или вам пријетио због нечег што јесте или нисте урадили?“

„Многе жене које ми долазе као пацијентке живе у злостављачким везама. Неке се превише плаше или им је неугодно да то саме помену. Јесте ли ви икад доживјели насиље од свог партнера?“

Примјери директних питања:

„Бојим се да су ваши симптоми можда изазвани тако што вас је неко тукао. Да ли вас је неко повриједио?“

„Према нашем искуству, жене добијају овакве повреде кад их неко нападне. Је ли вас неко напао?“

„Да ли вас неко ударио? Ко је то био? Ваш партнер или супруг?“

„Да ли је ваш партнер или бивши партнер икад ударио или физички повриједио вас или неког ко вам је близак?“

„Да ли вас је партнер икад присилио на секс када то нисте жељели? Да ли је икад одбио да користи заштиту?“

„Да ли вас партнер често омаловажава, вријеђа и окривљује?“

„Да ли вам је партнер икад покушао ограничити слободу или спријечити вас да радите ствари које су вам важне (нпр. да идете у школу, на посао, у посјету пријатељима или породици)?“

Радни материјал 3.4. Савјети за ефикасну комуникацију са жртвама родно заснованог насиља

Дозвољено	Није дозвољено
<p>Преузмите иницијативу постављања питања о насиљу – немојте чекати да то жена сама изнесе. То показује да преузimate професионалну одговорност за њену ситуацију те тако помажете у изградњи повјерења.</p> <p>Објасните да ће информације остати у тајности и обавијестите је о свим ограничењима везаним за повјерљивост.</p> <p>Користите контакт очима и усредоточите сву пажњу на њу. Избегавајте паралелну обраду папирологије.</p> <p>Будите свјесни говора властитог тијела. Начин на који стојите и држите руке и главу, начин вашег изражавања и тон гласа – све то жени преноси јасну поруку о томе како ви доживљавате ту ситуацију.</p> <p>Покажите неосуђујући и позитиван став и потврђујте оно што жена говори.</p> <p>Користите саосјећајан глас како бисте задобили повјерење жртве насиља.</p> <p>Пажљиво саслушајте причу о њеним искуствима и увјерите је да су њена осјећања оправдана.</p> <p>Покажите јој да вјерујете у њену причу.</p> <p>Будите стрпљиви са женама и дјевојкама жртвама родно заснованог насиља имајући у виду да су оне у стању кризе и да могу имати противрјечне осјећаје.</p> <p>Нагласите како насиље није њена грешка и да је починилац одговоран за властито понашање.</p> <p>Користите изјаве подршке попут „Жао ми је што вам се то десило“ или „Стварно сте толико тога преживјели“, што може охрабрити жену да открије више информација.</p> <p>Нагласите да постоје расположиве могућности и ресурси. Покушајте пронаћи адекватне услуге заједно с њом. Оставите отворена „врата“ како би вам се она поновно обратила.</p>	<p>Немојте питати о насиљу ако је присутан партнер, члан породице или пријатељ. Запамтите да је сигурност пацијентке на првом мјесту.</p> <p>Немојте је тек пасивно слушати без коментара. Због тога би она могла помислити да јој не вјерујете и да је у криву, а да је починилац у праву.</p> <p>Немојте кривити жену. Избегавајте питања попут „Зашто си још увијек с њим?“, „Јесте ли се посвађали прије насиља?“, „Шта си радила сама вани?“, „Шта си обукла?“ Умјесто тога нагласите да се родно засновано насиље не смије толерисати.</p> <p>Избегавајте да говор вашег тијела одашиље поруке иритације, невјерице, одбојности или љутње према жртви.</p> <p>Не судите о понашању жртве на основу културе или вјере.</p> <p>Немојте је присиљавати да открије шта се десило. Уколико она сама не каже, реците јој шта вас је навело да помислите на насиље.</p> <p>Документујте своје сумње и доказе на којима се оне темеље.</p> <p>Објасните јој да се може вратити ради даљње помоћи. Изнесите проблем на наредном заказаном прегледу.</p>

Извор: преузето из Perttu/Kaselitz и cap 2006, Warsaw/Ganley 1996, C3O 2003, C3O 2013

Радни материјал 3.5. Играње улога – испитивање о родно заснованом насиљу – Анин случај

Молимо прочитајте упутства и доњи сценаријо. Затим одглумите сценаријо према додијељеним улогама.

Упутства за игру улога:

- Циљ игре улога је вјежбати препознавање и испитивање о родно заснованом насиљу.
- Игра улога има четири лика: Ана – жена која је преживјела насиље, Иван – њен четворогодишњи син, доктор/медицинска сестра, и посматрач.
- Ситуација: Ана је дошла у дом здравља да тражи савјет, скупа са својим малим сином Иваном. Доктор/медицинска сестра сумња да је можда доживјела насиље и покушава с њом о томе говорити.
- Трајање разговора између доктора/медицинске сестре и жене: 20 минута
- Након игре улога подијелити повратне информације (пацијенткиња, доктор/медицинска сестра, Иван, посматрач) , са свим едукантима, уз коментаре из цијеле групе.

Опис сценарија:

Ана, 35 година, долази у дом здравља са својим четворогодишњим сином Иваном. Дјечак је немиран и пуно плаче ноћу. Током разговора с Аном, доктор/медицинска сестра примјећује црне трагове на њеним зглобовима шаке. доктор/медицинска сестра мало оклијева али затим пита о овим модрицама. Ана најприје одговара да их је задобила носајући сина по кући током ноћи. Ани је очигледно врло неугодно и не жели даље разговарати. доктор/медицинска сестра каже да, према његовом/њеном искуству, овакве модрице могу бити и знак физичког насиља. Ана ништа не одговара и доктор/медицинска сестра се боји да ће побјећи из просторије.

Извор: прилагођено из Ganley 1998.

Напомена: радни материјали преузети из: „Обједињени ресурсни пакет за одговор пружалаца здравствених и психосоцијалних услуга у Републици Српској на родно засновано насиље“ и прилагођени.

Модул 4. Процјена стања и потреба пацијената и његоватеља

4.1. Оквир модула

Трајање модула	90 минута
Циљ модула	<p>Након активног учешћа у овом модулу едуканти ће бити способни да:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● опишу на шта је усмјерена палијативна њега; ● наброје шта укључују дефиниције потреба пацијената и њихових његоватеља; ● опишу факторе који су потребни приликом процјене потреба пацијената и његоватеља ● опишу шта се узима у обзир приликом процјене приоритетних проблема пацијената; ● наброје које се врсте потреба процјењују.
Активности	<ul style="list-style-type: none"> – Презентација пет минута – Абакус 80 минута – Кључне поруке пет минута
Кључне поруке	<ol style="list-style-type: none"> 1. Палијативна њега је усмјерена на пацијента и његоватеље, планирана тако да испуни константно измјењиве и комплексне потребе пацијената и његоватеља било гдје да се налази пацијент, да ли је код куће, у стационару, дому или у болници. 2. Дефиниције потреба пацијената и њихових његоватеља обично укључују: <ol style="list-style-type: none"> 1) осјећање потребе – субјективно мишљење корисника услуге; 2) објективну потребу–услугу која се захтијева; 3) нормативну потребу – процијењену потребу која је урађена од стране професионалца; 4) компаративну потребу – компарацију између двије групе у сличним околностима. 3. Сљедећи фактори су потребни у свакој процјени потреба пацијената и његоватеља: <ul style="list-style-type: none"> – успостављање односа повјерења са пацијентом и његоватељима; – идентификовање и класификација потреба пацијента и његоватеља; – одређивање приоритетних потреба пацијента и његоватеља; – планирање мултидисциплинарног приступа процјени потреба; – доношење сестринске дијагнозе. 4. Приликом процјене приоритетних проблема пацијената узимају се у обзир: <ul style="list-style-type: none"> – оксигенација – физичко стање – удобност – хидрација – исхрана – елиминација фекалија – елиминација урина – хигијена и цјеловитост коже/ткива – активност/мобилност – одмор и спавање – психосоцијалне потребе – емоционална сигурност – потреба за комуникацијом – потреба за љубављу и припадањем – самопоштовање.

Кључне поруке	<ol style="list-style-type: none">5. Свеобухватни приступ захтјева потицање наде, слободе избора и аутономије у одлучивању, што помаже људима да се лакше привикну на болест.6. Неопходно је да потребе пацијента посматрамо у смислу квалитета живљења, при чему нам је неопходна процјена физичких, психолошких, социјалних и духовних проблема који прате процес умирања, као и укључивање потреба његоватеља у процес оцјењивања!
Материјали и опрема за едуканте, едукаторе	Одштампати по 15 комада презентације у Power Point-у Модул 4 и радних материјала 4.1., 4.2. и 4.3.; припремити 15 блокова и оловака, један flipchart и фломастере за нега, више блокова већих „стикер“ папирића. Обезбједити по два исправна рачунара и апарата за рачунарске пројекције, продужне каблове за повезивање апарата, засебне столице и столове за едуканте, едукатора и госте који се могу помјерати у пространој, свијетлој просторији са прозорима који се могу отворати и који се могу заштитити од свјетлости кад је потребно (тамне завјесе), те посебну просторију за паузе

Радни материјал 4.2. задаци за групни рад

Вјежба (абакус):

Процјена стања и потреба пацијената и његоватеља

Задатак за едуканте:

Потребно је да сви едуканти сједну у круг и да свако извуче папир са тврдњом. Сваки едукант ће прочитати тврдњу која је написана на папиру који је извукао, изјаснити се да ли је сматра тачном или нетачном и зашто то сматра. Остали могу коментарисати ако се не слажу, или ако имају нешто да додају.

Смјернице за едукаторе:

Активност		Потребно вријеме
1.	Увод и објашњење едукантима	5 минута
2.	Распоред сједења едуканата и извлачење папира са тврдњама	5 минута
3.	Читање тврдњи, коментари и дискусија	75 минута
1.	Кључне поруке	5 минута
Укупно трајање		90 минута

Додатне информације за едукаторе:

На папире напишите тачне и нетачне тврдње везане за процјену стања и потреба пацијената и његоватеља. Едуканте замолите да сједну у круг и да свако извуче цедуљу/цедуље са тврдњом. Сваки едукант ће прочитати тврдњу која је написана на папиру који је извукао, изјаснити се да ли је сматра тачном или нетачном и зашто то сматра. Остали могу коментарисати ако имају нешто да додају или се не слажу. Треба водити рачуна да сви имају времена да прочитају и коментаришу тврдње које су извукли. Тврдње се читају редослиједом који је назначен на цедуљама. Ви ћете усмјеравати дискусију и резимирати на крају вјежбе.

Тврдње које се могу написати на папире (оне које су болдиране нису тачне):

1. Палијативна њега је усмјерена на пацијента и његоватеље, планирана тако да испуни константно измјењиве и комплексне потребе пацијената и његоватеља било гдје да се налази пацијент, да ли је код куће, у стационару, дому или у болници.
2. Због измјењивих потреба пацијента и његоватеља, неопходан је одређени ниво вјештина, стручности и одговарајућих могућности, почевши од прве процјене.
3. Процјена је дефинисана као први корак у сестринству. Састоји се од примања и прикупљања података о потребама пацијента за сестринском његом. Процјена укључује кориштење вјештина опсервације, комуникације, анализе и интерпретације.

4. Сви подаци не морају бити документовани у плану сестринске њега.

5. Дефиниције потреба пацијената и њихових његоватеља обично укључују: 1) осјећање потребе – субјективно мишљење корисника услуге; 2) објективну потребу – услугу која се захтијева; 3) нормативну потребу – процијењену потребу која је урађена од стране професионалца; 4) компаративну потребу – компарацију између двије групе у сличним околностима.
6. Процјена потреба пацијента и његоватеља укључује систематичан приступ да би се идентификовао проблем и извор тегоба и формирање клиничког мишљења о самом проблему, на основу којег сестринска њега може бити планирана и урађена.
7. Процјена потреба пацијента чија је болест прогредирала од акутне до палијативне фазе може бити тешка и занемарена, посебно код пацијената који наставе да примају терапију у болничком

одјелу за акутне болести, уколико не постоји одговарајућа комуникација између примарног и секундарног нивоа здравствене његе.

8. У циљу пружања адекватне палијативне његе, мора нам постати јасније како комплексне социјалне, психолошке и физичке потребе пацијената и његоватеља могу бити различито описане и схваћене и самим тиме морамо омогућити да њихове неизражене потребе буду потпуно и на одговарајући начин артикулисане. То можемо постићи кориштењем одређених структурисаних образаца за процјену потреба пацијаната и његоватеља.

9. Сљедећи фактори нису потребни у свакој процјени потреба пацијената и његоватеља:

- **успостављање односа повјерења са пацијентом и његоватељима;**
- **идентификовање и класификација потреба пацијента и његоватеља;**
- **одређивање приоритетних потреба пацијента и његоватеља;**
- **планирање мултидисциплинарног приступа процјени потреба;**
- **доношење сестринске дијагнозе.**

10. Ефективна сестринска процјена базира се на двосмјерној комуникацији гдје пацијенти могу добити нове информације, објашњење о практичним аспектима њихове његе као и изразити своје страхове и наде. Најважнија информација, која је темељ планирања сестринске његе, јесте шта пацијент и његоватељи очекују од пружаоца услуге.

11. Основна сврха процјене потреба пацијента и његоватеља јесте идентификација проблема и извора наведених тегоба као и њихово могуће рјешење. Пацијенти и његоватељи ће неизбежно изнијети бројне тегобе и симптоме при чему је важно препознати колико пацијент разумије разлику између патње и одређеног симптома. Примјера ради, пацијенти често поистовјећују бол и патњу, међутим, иако је бол често праћена патњом, морамо знати да су то два одвојена концепта.

12. Приликом процјене приоритетних проблема пацијената процјењује се:

- оксигенација
- физичко стање
- удобност
- хидрација
- исхрана
- елиминација фекалија
- елиминација урина
- хигијена и цјеловитост коже/тквива
- активност/мобилност
- одмор и спавање
- психосоцијалне потребе
- емоционална сигурност
- потреба за комуникацијом
- потреба за љубављу и припадањем
- самопоштовање

13. У палијативној њези, процјена потреба пацијента и његоватеља је често комплексна, обзиром да они могу имати широк дијапазон проблема. Зато је неопходан холистички/свеобухватан приступ који подразумева мултипрофесионално ангажовање у процјени и планирању његе.

14. Сви чланови мултидисциплинарног тима не морају водити документацију о процјени потреба као и пруженим услугама.

15. Документација мора бити чињенично тачна, концизна али и довољно детаљна да би дала комплетну слику о стању и потребама пацијената и његоватеља. Обзиром да пацијентово стање и потребе, као и потребе његоватеља могу бити стално промјењиви, тиме је и сестринска процјена континуиран процес у току којег медицинске сестре/техничари требају процијенити потребу и учесталост поновне процјене.

16. Свеобухватни приступ захтјева потицање наде, слободе избора и аутономије у одлучивању, што помаже људима да се лакше привикну на болест. Неопходно је да потребе пацијента посматрамо у смислу квалитета живљења, при чему нам је неопходна процјена физичких, психолошких, социјалних и духовних проблема који прате процес умирања, као и укључивање потреба његоватеља у процес процјењивања.

17. Не умањујући важност других потреба, процјена физичких потреба је прво што је потребно урадити, обзиром да се ни са једном другом потребом не можемо бавити уколико физички односно функционални проблеми нису ријешени. У овој процјени често наилазимо на више удружених симптома као што су бол, мучнина, повраћање, диспнеја. Физички симптоми попут слабости и вртоглавице често остају занемарени, могу бити изазвани лијековима, поремећајем метаболизма или инфекцијом. За процјену наведених симптома користе се аналогне или нумеричке скале на основу којих можемо направити јасну процјену тренутног стања и потреба пацијента.

18. За медицинске сестре/техничаре процјена психолошких потреба је доказано најкомплекснија и захтијева највише времена. Приликом ове процјене неопходно је испитати пацијентову свјесност о дијагнози и прогнози при чему се често суочавају са тешким питањима пацијената и његоватеља. Овај аспект пружања палијативне његе изазива одређен ниво стреса и указује на тешкоће које медицинске сестре/техничари имају у савладавању вјештина комуникације неопходних при ношењу са емоцијама (љутња, порицање) пацијената и његоватеља.

19. Суочавање са дијагнозом неизлијечиве болести и несигурна будућност могу изазвати велику љутњу и непредвидљиво понашање пацијената и његоватеља. Важно је разликовати умјерену анксиозност као природну реакцију на тешку болест од анксиозности која траје дуже од двије седмице и која је присутна најмање 50% времена, чије ће олакшање захтијевати употребу лијекова.

20. Духовне потребе се од стране пацијента и његоватеља ријетко истичу као проблем који захтјева помоћ, самим тим их је тешко процијенити. Постоје разне дефиниције духовности које су заправо сажетак многих покушаја идентификовања овог концепта. Углавном обухвата потребу да се пронађе значење, сврха и испуњење у животу, патњи и смрти. Обзиром да пацијенти и његоватељи ријетко говоре о духовним потребама, било да их сматрају занемарљиво битним у односу на друге потребе или просто не желе говорити о томе, њихова процјена увелико овиси о сензитивности медицинске сестре/техничара. Често оне медицинске сестре/техничари које су и саме у сопственом животу искусиле одређене животне кризе препознају важност духовне његе као дио своје улоге. Важно је да медицинска сестра/техничар препозна сопствене лимите у овој области и да, уколико није у стању пружити такву врсту подршке пацијенту и његоватељима а процјени потребу, затражи помоћ.

21. Процјена социјалних потреба пацијента и његоватеља није неопходна јер социјални проблеми не могу битно утицати на квалитет живота. Свака процјена не мора укључивати питања о условима у којима пацијент живи и о односу са другим члановима породице.

22. Уколико пацијент живи сам и није у могућности бринути о себи, медицинска сестра/техничар ће контактирати центар за социјални рад у циљу збрињавања таквог пацијента. У складу са правима, дефинисаним законом, пацијентима и његоватељима је неопходно омогућити остваривање права на све оно што је медицинска сестра/техничар евидентирала као социјалну потребу. Уколико пацијент не може сам задовољити основне животне потребе усљед чега му је потребна

помоћ и њега друге особе у организовању исхране, припреми и узимању оброка, набавци намирница, одржавању личне хигијене, као и других основних потреба, може остварити право на доплатак за помоћ и његу.

23. Потребне његоватеља је немогуће довољно јасно утврдити, темеље се на личним спознајама зависно од тога колико је његоватељ свјестан своје улоге у њези пацијента. Обично осјећају тугу, љутњу, страх, беспомоћни су и често без основног знања о улози у којој су се нашли а која их чини беспомоћним и усамљеним. Додатно потресне су ситуације у којима пацијент не зна своју дијагнозу што његоватеље чини још тјескобнијим у њиховом покушају да истину сакрију од пацијента.

24. Поред чињенице да његоватељи могу бити јако захтјевни и величати своје проблеме, потребно им је пружити подршку и оспособити их да се носе са застрашујућим искуством са којим се суочавају. У циљу пружања адекватне њега, његоватељима је потребно пружити све информације о стању пацијента, лијековима, исхрани и свему на што требају обратити пажњу.

25. Током процјене потреба пацијената и његоватеља, медицинска сестра/техничар треба одлучити колико је добијених информација релевантно за тренутно стање пацијента. На основу добијених информација, потребно је одредити приоритете, оним редослиједом који предлаже медицинска сестра/техничар, а са којим се слаже пацијент. **Медицинска сестра/техничар не одлучује које информације и на који начин треба пренијети другим члановима мултидисциплинарног тима.**

26. Уколико се процјена потреба пацијента и његоватеља уради у сарадњи са пацијентом и његоватељима, она није само важна основа за ефикасну и индивидуализовану сестринску његу него постаје непроцењива подршка пацијенту у сагледавању сопствене ситуације и адекватности начина на који се носи са својом болешћу као и у иницирању професионалне подршке која је у том тренутку доступна.

Радни материјал 4.3. Процјена стања и потреба пацијената и његоватеља (преузето из документа: „Листа најзначајнијих наставних јединица за израду курикулума са педагошким оквирима за обуку постојећих супервизора и ментора у области палијативне њега са њиховим садржајем“ који је припремила Емина Милишић–Дркић)

4. Процјена стања и потреба пацијента и његоватеља

Палијативна њега је усмјерена на пацијента и његоватеље, планирана тако да испуни константно измјењиве и комплексне потребе пацијената и његоватеља било гдје да се налази пацијент, да ли је код куће, у стационару, дому или у болници. Због измјењивих потреба пацијента и његоватеља, неопходан је одређени ниво вјештина, стручности и одговарајућих могућности, почевши од прве процјене.

Процјена је дефинисана као први корак у сестринству. Састоји се од примања и прикупљања података о потребама пацијента за сестринском његом. Процјена укључује коришћење вјештина опсервације, комуникације, анализе и интерпретације. Сви подаци морају бити документовани у плану сестринске њега.

Постоје различите дефиниције потреба пацијената и њихових његоватеља, а обично укључују:

- Осјећање потребе – субјективно мишљење корисника услуге
- Објективна потреба – услуга која се захтијева
- Нормативна потреба – процијењена потреба која је урађена од стране професионалца
- Компаративна потреба–компарација између двије групе у сличним околностима.

Процјена потреба пацијента и његоватеља не укључује само систематичан приступ да би се идентификовао проблем и извор тегоба, него такође формирање клиничког мишљења о самом проблему на основу којег сестринска њега може бити планирана и урађена.

Процјена потреба пацијента чија је болест прогресирала од акутне до палијативне фазе може бити тешка и занемарена, посебно код пацијената који наставе да примају терапију у болничком одјелу за акутне болести, уколико не постоји одговарајућа комуникација између примарног и секундарног нивоа здравствене његе.

У циљу пружања адекватне палијативне његе, мора нам постати јасније како комплексне социјалне, психолошке и физичке потребе пацијената и његоватеља могу бити различито описане и схваћене и самим тиме морамо омогућити да њихове неизражене потребе буду потпуно и на одговарајући начин артикулисане. То можемо постићи коришћењем одређених структурисаних образаца за процјену потреба пацијената и његоватеља.

Фактори процјене

Сљедећи фактори су неизоставни у било којој процјени потреба пацијената и његоватеља:

- Успостављање односа повјерења са пацијентом и његоватељима
- Идентификовање и класификација потреба пацијента и његоватеља
- Одређивање приоритетних потреба пацијента и његоватеља
- Планирање мултидисциплинарног приступа процјени потреба
- Доношење сестринске дијагнозе

Ефективна сестринска процјена базира се на двосмјерној комуникацији гдје пацијенти могу добити нове информације, објашњење о практичним аспектима њихове његе као и изразити своје страхове и наде. Најважнија информација, која је темељ планирања сестринске његе, јесте шта пацијент и његоватељи очекују од пружаоца услуге.

Основна сврха процјене потреба пацијента и његоватеља је идентификација проблема и извора наведених тегоба као и њихово могуће рјешење. Пацијенти и његоватељи ће неизбежно изнијети бројне тегобе и симптоме при чему је важно препознати колико пацијент разумије разлику између патње и одређеног симптома. Примјера ради, пацијенти често поистовјећују бол и патњу, међутим, иако је бол често праћена патњом, морамо знати да су то два одвојена концепта.

Процјена приоритетних проблема пацијената

- Оксигенација
- Физичко стање
- Удобност
- Хидрација
- Исхрана
- Елиминација фекалија
- Елиминација урина
- Хигијена и цјеловитост коже/тквива
- Активност/мобилност
- Одмор и спавање
- Психосоцијалне потребе
- Емоционална сигурност
- Потреба за комуникацијом

- Потреба за љубављу и припадањем
- Самопоштовање

У палијативној њези, процјена потреба пацијента и његоватеља је често комплексна, обзиром да они могу имати широк дијапазон проблема. Зато је неопходан холистички/свеобухватан приступ који подразумева мултипрофесионално ангажовање у процјени и планирању његе. Сви чланови мултидисциплинарног тима морају водити документацију о процјени потреба као и пруженим услугама. Документација мора бити чињенично тачна, концизна али и довољно детаљна да би дала комплетну слику о стању и потребама пацијента и његоватеља. Обзиром да пацијентово стање и потребе, као и потребе његоватеља могу бити стално промјениви, тиме је и сестринска процјена континуиран процес у току којег медицинске сестре/техничари требају процијенити потребу и учесталост поновне процјене.

Холистички/свеобухватни приступ процјени потреба пацијента и његоватеља

Свеобухватни приступ захтјева потицање наде, слободе избора и аутономије у одлучивању, што помаже људима да се лакше привикну на болест. Неопходно је да потребе пацијента посматрамо у смислу квалитета живљења, при чему нам је неопходна процјена физичких, психолошких, социјалних и духовних проблема који прате процес умирања, као и укључивање потреба његоватеља у процес процјењивања.

Процјена физичких потреба

Не умањујући важност других потреба, процјена физичких потреба је прво што је потребно урадити, обзиром да се ни са једном другом потребом не можемо бавити уколико физички односно функционални проблеми нису ријешени. У овој процјени често наилазимо на више удружених симптома као што су бол, мучнина, повраћање, диспнеја. Физички симптоми попут слабости и вртоглавице често остају занемарени, могу бити изазвани лијековима, поремећајем метаболизма или инфекцијом. За процјену наведених симптома користе се аналогне или нумеричке скале на основу којих можемо направити јасну процјену тренутног стања и потреба пацијента.

Процјена психолошких потреба

За медицинске сестре/техничаре процјена психолошких потреба је доказано најкомплекснија и захтијева највише времена. Приликом ове процјене неопходно је испитати пацијентову свјесност о дијагнози и прогнози при чему се често суочавају са тешким питањима пацијента и његоватеља. Посебно овај аспект пружања палијативне његе изазива одређен ниво стреса и указује на тешкоће које медицинске сестре/техничари имају у савладавању вјештина комуникације неопходних при ношењу са емоцијама (љутња, порицање) пацијента и његоватеља. Суочавање са дијагнозом неизлијечиве болести и несигурна будућност могу изазвати велику љутњу и непредвидиво понашање пацијента и његоватеља. Важно је разликовати умјерену анксиозност као природну реакцију на тешку болест од анксиозности која траје дуже од двије седмице и која је присутна најмање 50% времена, чије ће олакшање захтијевати употребу лијекова.

Процјена духовних потреба

Духовне потребе се од стране пацијента и његоватеља ријетко истичу као проблем који захтјева помоћ, самим тим их је тешко процијенити. Постоје разне дефиниције духовности које су заправо сажетак многих покушаја идентификовања овог концепта. Углавном обухвата потребу да се пронађе значење, сврха и испуњење у животу, патњи и смрти. Обзиром да пацијенти и његоватељи ријетко говоре о духовним потребама, било да их сматрају занемарљиво битним у односу на друге потребе или просто не желе говорити о томе, њихова процјена увелико зависи од сензитивности медицинске сестре/техничара. Често оне медицинске сестре/техничари које су и саме у сопственом животу искусиле одређене животне кризе препознају важност духовне његе као дио

своје улоге. Важно је да медицинска сестра/техничар препозна сопствене лимите у овој области и да, уколико није у стању пружити такву врсту подршке пацијенту и његоватељима а процјени потребу, затражи помоћ.

Процјена социјалних потреба

Процјена социјалних потреба пацијента и његоватеља је неопходна јер социјални проблеми могу битно утицати на квалитет живота. Свака процјена мора укључивати питања о условима у којима пацијент живи и о односу са другим члановима породице. Уколико пацијент живи сам и није у могућности бринути о себи, медицинска сестра/техничар ће контактирати центар за социјални рад у циљу збрињавања таквог пацијента. У складу са правима, дефинисаним Законом о социјалној заштити, пацијентима и његоватељима је неопходно омогућити остваривање права на све оно што је медицинска сестра/техничар евидентирала као социјалну потребу. Уколико пацијент не може сам задовољити основне животне потребе услед чега му је потребна помоћ и њега друге особе у организовању исхране, припреми и узимању оброка, набавци намирница, одржавању личне хигијене, као и других основних потреба, може остварити право на доплатак за помоћ и његу.

Процјена потреба његоватеља

Потребе његоватеља је немогуће довољно јасно утврдити, темеље се на личним спознајама зависно од тога колико је његоватељ свјестан своје улоге у њези пацијента. Обично осјећају тугу, љутњу, страх, беспомоћни су и често без основног знања о улози у којој су се нашли а која их чини беспомоћним и усамљеним. Додатно потресне су ситуације у којима пацијент не зна своју дијагнозу што његоватеље чини још тјескобнијим у њиховом покушају да истину сакрију од пацијента. Поред чињенице да његоватељи могу бити јако захтјевни и величати своје проблеме, потребно им је пружити подршку и оспособити их да се носе са застрашујућим искуством са којим се суочавају. У циљу пружања адекватне неге, његоватељима је потребно пружити све информације о стању пацијента, лијековима, исхрани и свему на што требају обратити пажњу.

Током процјене потреба пацијента и његоватеља, медицинска сестра/техничар треба одлучити колико је добијених информација релевантно за тренутно стање пацијента. На основу добијених информација, потребно је одредити приоритете, оним редослиједом који предлаже медицинска сестра/техничар а са којим се слаже пацијент. Медицинска сестра/техничар одлучује које информације и на који начин треба пренијети другим члановима мултидисциплинарног тима.

Уколико се процјена потреба пацијента и његоватеља уради у сарадњи са пацијентом и његоватељима, она није само важна основа за ефикасну и индивидуализовану сестринску његу него постаје непроцјенива подршка пацијенту у сагледавању сопствене ситуације и адекватности начина на који се носи са својом болешћу као и у иницирању професионалне подршке која је у том тренутку доступна.

Литература:

1. Jean Lugton.,Margaret Kindlen. Палијативна нега улога сестринства., пријевод са енглеског језика Милишић Емина, Сања Ђопа (право на превођење гарантује Hartcourt Brace and Company Limited)
2. Derek Doyle., David Jeffrey. Palliative care at home: Oxford University press
3. James F Hanraty.,Irene Higginson. Palliative care in Terminal Illnes Second Edition
4. Robert Twaycross., Symptom management in advanced cancer: Redcliffe Medical Press Ltd
5. Milisic Emina., Symptom management control portfolio., University of Wales College of medicine, South East Institute of nursing and midwifery, Holme Tower Marie Curie Centre, Diploma in Palliative nursing.

Модул 5. Менаџмент симптома

5.1. Оквир модула

Трајање модула	270 минута
Циљеви	<p>Након активног учешћа у наставној јединици и самосталног рада касније, едуканти ће бити способни да:</p> <ul style="list-style-type: none"> – опишу научне принципе у третману бола и других симптома, – опишу знања, вјештине и ставове који су потребни медицинској сестри/техничару да помогне пацијенту у вези са: болом, исцрпљеношћу, проблемима са исхраном, тешкоћама са дисањем, мучнином и повраћањем, опстипацијом, прољевом, депресијом, анксиозношћу; – опишу начине на које медицинска сестра/техничар може унапредити опште стање и добробит пацијента.
Активности	<p>Првих 90 минута: Уводно предавање 45 минута Рад у групама (Припрема плана његе – I дио) 45 минута</p> <p>Других 90 минута: Предавање 45 минута Рад у групама (Припрема плана његе – II дио) 45 минута</p> <p>Трећих 90 минута: Предавање 45 минута Рад у групама (Припрема плана његе – III дио) 35 минута Кључне поруке 10 минута</p> <p>Напомена: План његе се припрема кроз четири сесије, три у овом модулу (45+45+35 минута) и једну у модулу 8 (35 минута). Презентоваће се у модулу 8 (30 минута – по 15 минута за сваку групу).</p>
Кључне поруке	<ol style="list-style-type: none"> 1. Контрола симптома је темељ палијативне његе, и поред своје важности представља само први корак у пружању адекватне палијативне његе. Циљ контроле симптома је ослободити пацијента физичких симптома који нарушавају његов квалитет живота, да би се могли фокусирати на важније проблеме као што су: <ul style="list-style-type: none"> – Рехабилитација – Процес замјене пацијентове улоге у животу – Емоционално прилагођавање – Фокусирање на однос пацијента са околином – Незавршене послове које пацијент има – Смисао живота 2. Научни принцип у третману бола и других симптома се може сажети у пет важних елемената: <ul style="list-style-type: none"> – Евалуација – Објашњење – Индивидуализација третмана – Надзор – Обраћање пажње на детаље 3. Медицинска сестра/техничар која се бави палијативном његом мора имати знања, вјештине и ставове који су потребни да помогне пацијенту у вези са: болом, исцрпљеношћу, проблемима са исхраном, тешкоћама са дисањем, мучнином и повраћањем, опстипацијом, прољевом, депресијом, анксиозношћу.

<p>Кључне поруке</p>	<p>4. Опште стање и добробит пацијента су много свеобухватнији од третмана симптома колико год су они сами по себи важни.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Први корак је да се сазна шта пацијент и породица очекују од пружаоца палијативне његе. На основу одговора, темељити све наредне кораке. – Након процјене стања пацијента и потреба породице, пружити све информације о третману и њези који су том процјеном идентификовани. – Медицинска њега и подршка, од олакшања тегоба на једној страни до комплетне његе на другој страни, треба имати континуитет. – Партнерство између пацијента, породице и медицинске сестре/техничара која пружа палијативну његу је кључно у процесу постизања квалитетне палијативне његе. <p>5. Медицинска сестра/техничар треба:</p> <ul style="list-style-type: none"> – отклањати симптоме који умањују квалитет живота, и давати информације о: лијековима, начину узимања лијекова, превенцији компликација и правилној њези коју могу пружати чланови породице; – подстицати и одржавати пацијентову независност, у зависности од стално промјењивог и погоршавајућег физичког и евентуално психичког стања; – успоставити и одржавати отворен и искрен дијалог; – осигурати потребну здравствену и социјалну подршку; – се повезати са другим професионалцима, службама и установама када је потребно.
<p>Материјали и опрема за едуканте, едукаторе</p>	<p>Одштампати по 15 комада презентације у Power Point-у Модул 5 и радних материјала 5.1. и 5.2.; припремити 15 блокова и оловака, један flipchart и фломастере за њега, више блокова већих „стикер“ папирића. Обезбједити по два исправна рачунара и апарата за рачунарске пројекције, продужне каблове за повезивање апарата, засебне столице и столове за едуканте, едукатора и госте који се могу помјерати у пространој, свијетлој просторији са прозорима који се могу отворати и који се могу заштитити од свјетлости кад је потребно (тамне завјесе), те посебну просторију за паузе</p>

Радни материјал 5.2. Менаџмент симптома (преузето из документа: „Листа најзначајнијих наставних јединица за израду курикулума са педагошким оквирима за обуку постојећих супервизора и ментора у области палијативне његе са њиховим садржајем“ који је припремила Емина Милишић–Дркић)

5. Менаџмент симптома

Циљ палијативне његе је да се постигне најбољи квалитет живота за пацијенте са неизлијечивим болестима које угрожавају живот. Палијативна њега пружа олакшање бола и других узнемирујућих симптома и нуди систем подршке како би се помогло прородици пацијента током његове болести и у току жаловања.

Контрола симптома је темељ палијативне његе, и поред своје важности представља само први корак у пружању адекватне палијативне његе. Циљ контроле симптома је ослободити пацијента физичких симптома који нарушавају његов квалитет живота, да би се могли фокусирати на важније проблеме као што су:

- Рехабилитација
- Процес замјене пацијентове улоге у животу
- Емоционално прилагођавање
- Фокусирати се на однос пацијента са околином
- Незавршене послове које пацијент има
- Смисао живота

Научни принцип у третману бола и других симптома се може сажети у пет важних елемената:

- Евалуација
- Објашњење
- Индивидуализација третмана
- Надзор
- Обраћање пажње на детаље

Евалуација симптома код пацијената који требају палијативну његу

Сама основна болест није увијек узрок свих тегоба, неки поремећаји могу имати више узрока. Узрочни фактори тегоба болесника који требају палијативну његу укључују:

- Основну болест
- Исцрпљеност
- Истовремени други поремећаји

Чак и кад је карцином основни узрочник, симптоми могу настати из различитих разлога, на примјер повраћање изазвано хиперкалцемијом и повраћање изазвано повишеним интракранијалним притиском захтијевају различити третман.

Објашњење

Неопходно је једноставним ријечима објаснити механизам настанка тегоба. На тај начин се смањује психолошки ефекат тегоба на болесника.

Кад год је могуће заједно са пацијентом одлучивати о поступцима у третману. Уколико имате сагласност пацијента, породица такође треба бити информисана и укључена у одлучивање. Са

друге стране, неопходно је водити рачуна да су жеље пацијента приоритет без обзира колико породица инсистира на нечему са чим се пацијент не слаже.

Индивидуализација третмана

Многи пацијенти са узнапредовалом болешћу имају вишеструке тегобе, бол, затвор, анорексију, несаницу, страх, мучнину, повраћање. Суочени са таквом листом симптома, тешко је одлучити шта најприје рјешавати. У већини случајева, бол је увијек примарни проблем. Третман или превенција опстипације и повраћања је увијек саставни дио третмана боли.

Третман симптома не треба увијек ограничавати само на узимање лијекова, нпр. пруритус се код већине пацијената умјесто антихистаминицима може ријешити употребом хидратантне креме неколико пута на дан. Уколико се тегобе пацијента третирају медикаментима, савјетовати редовно узимање ради профилактоичког дјеловања. Узимање терапије по потреби узрокује компликације пацијентовог стања које је често тешко објаснити.

У циљу постизања максималне сарадње пацијента и породице потребно је оставити писана упутства која садрже распоред и вријеме узимања лијекова, разлог узимања (за бол, мучнину) као и дозу лијека. Усмено објашњење начина узимања терапије често изазива страх код пацијента и сигуран је пут за лошу контролу симптома.

Надзор

Често је тешко предвидјети оптималну дозу лијека за отклањање симптома, посебно опијата, лаксатива и психотропних лијекова. Да би се постигла адекватна контрола симптома, потребан је стални надзор и прилагођавање медикаментозне терапије.

Обраћање пажње на детаље

Обраћање пажње на детаље у третману симптома је неопходно у сваком стадију третмана, као и у психолошком, социјалном и духовном аспекту његе. На тај начин значајно се доприноси адекватном третману симптома без чега је успех палијативне његе унапријед изгубљен а пацијентова патња ће непотребно бити већа.

5.1. Бол

Бол је неугодан сензорни и емоционални доживљај који се појављује код акутног или потенцијалног оштећења ткива или се описује терминима таквог осјећаја. Бол је уствари психосоматски феномен и увијек га треба схватити онако како га пацијент објашњава. Многи пацијенти вјерују да је бол неизбежна посљедица њихове дијагнозе. Бол се јавља код 80% пацијената са узнапредовалим карциномом.

Принципи контроле бола

- **Процијенити узрок сваког бола.** Пацијенти могу имати неколико различитих врста болова, могу бити изазвани карциномом, метастазама, третманом или неком другом дијагнозом нпр. остеоартритис.
- **Рјешавати цијелокупну бол.** Бол има социјалне, психолошке и духовне елементе као додаток физичкој боли.
- **Поставити реалне циљеве.** Укључити пацијента и породицу у доношење одлука.
- **Користити љествицу за процјену јачине бола.** У ординирању терапије користити аналгетску љествицу (скала бола EVA, Едмонтова скала за процјену симптома ESAS) и адјувантне лијекове.
- **Титрирати одговарајућу аналгезију како би отклонили бол**

- У аналгетској терапији дати предност оралној примјени лијекова
- Објаснити пацијенту и породици све што желе да знају
- Често провјеравати ефективност терапије
- Емпатија, разумијевање и отклањање страха је неопходно, заинтересована медицинска сестра/техничар је моћан аналгетик.

Типови бола

Карциномски болови могу бити широко подијељени у три главне групе:

- **Ноцицептивна бол**, као резултат оштећења ткива
- **Неуропатска бол**, као резултат оштећења живаца
- **Психогена бол**

Ноцицептивна бол

Укључује сљедеће важне групе:

- **Висцерална бол** која може бити изазвана карциномом јетре, панкреаса или бубрега. Описује се као дубоки јаки бол у предјелу обољелог органа који се погоршава приликом палпације. Бол може настати и услед дјеловања тумора на париејтални перитонеум или од перфорације цријева, парцијалне или комплетне опструкције цријева, уретре или мјехура.
- **Коштана бол** може настати као посљедица метастаза, остеопорозе или фрактура.
- **Мускуларна бол**
- **Главобоља** може настати услед повећаног интракранијалног притиска, примарног или секундарног тумора на мозгу.

Неуропатска бол

Настаје као посљедица оштећења живца тумором или инфилтрацијом или туморском компресијом. Може бити посљедица третмана радиотерапије, хемотерапије, оперативог захвата или неким другим стањем у организму. Пацијенти овакву бол описују као јаку појачавајућу бол.

Психогена бол

Укључује све боли које се не могу сврстати у ноцицептивну и неуропатску бол. То је бол коју пацијенти пријављују а здравствени радници не могу наћи видљиву повреду која би је узроковала. Може се сврстати у психолошки феномен који појачава осјећај боли.

Принципи употребе аналгетика

- **Перорално узимање терапије.** Увијек дати предност пероралном узимању аналгетика, укључујући и јаке опијате.
- **Узимање терапије према сату.** За сталну бол неопходно је превентивно узимање терапије. Аналгетике давати редовно и превентивно, давати терапију по потреби је нехумано и нерационално.
- **Употреба терапије према љествици.** Користити тростепену аналгетску љествицу. Уколико лијек није ефикасан не користити други са исте љествице него прећи на лијек са сљедеће љествице.
- **Индивидуализација третмана.** Права доза лијека је она доза која купира бол.
- **Надзор.** Пратити одговор на терапију како би ефикасност била максимална а нуспојаве смањене на најмању мјеру.
- **Адјувантни лијекови.** Правило је да се уз опијате истовремено дају лаксативи, док око 50% пацијената треба и антиеметике.

Свјетска здравствена организација је направила љествицу аналгезије у три корака, то је златни стандард употребе аналгетика код бола узрокованог карциномом:

1. Неопијати
2. Слаби опијати
3. Јаки опијати

Неопијати

- Аспирин
- Нестероидни антиинфламаторни лијекови (NSAID)
- Парацетамол/acetaminophen

Неопијати су препарати прве аналгетске љествице, због своје антиинфламаторне природе NSAID су посебно корисни код коштаних метастаза и болова у меким ткивима. Њих треба користити и у ситуацијама када су неопходни опијати. У земљама са топлим климом NSAID лијекове треба давати са опрезом због ризика од поремећаја рада бубрега као и код хиповолемичних стања.

Слаби опијати

- Трамадол, трамадол у комбинацији са парацетамолом (Zaracet)
- Кодеин

У комбинацији са неопијатима представљају другу степену аналгетске терапије. Један слаби опијат је ефикасан колико и мала доза морфина, што га чини фармаколошки непотребним. Међутим, тамо гдје је немогуће обезбиједити набавку и снабдијевање јаким опијатима, слаби опијати су неопходни.

- Трамадол је замјена опијатима, уколико се даје парентерално његово дјеловање износи 1/10 ефекта морфина, ресорпција перорално датог трамадола је око 70%. Има двојни механизам аналгетског дјеловања, дијелом опијатно а дијелом као блокер re-uptake моноаминна попут трицикличних антидепресива, нема антихолинергични нити антидепресивни ефекат. Има мање изражене ефекте опијата него кодеин или морфин. Не препоручује се пацијентима који болују од епилепсије, обзиром да снижава праг конвулзија. Препоручује се у дозама од 3x50мг до максимално 4x100мг.
- Кодеин је промедикамент морфина, његово дјеловање износи 1/10 ефекта морфина. Око 10% људи не може претворити кодеин у његов активан облик. Препоручује се у дозама од 3x10мг до максимално 60мг свака 4 сата.

Јаки опијати

- Морфин
- Fentanyl
- Oxycodone

Јаки опијати су лијекови треће љествице у аналгетској терапији, могу се комбиновати са првом али не и са другом љествицом. То су лијекови који постоје да би били коришћени а не ускраћивани, њихову употребу одређује потреба а не вријеме очекиваног преживљавања.

- Морфин је лијек избора код карциномске боли, уколико је пацијент користио слаби опијат треба почети са дозом од 10мг свака 4 сата или 30мг споро ослобађајућег морфина сваких 12 сати. Уколико почетна доза не умањи бол 90% након 24 сата, дозу треба кориговати повећавајући је за додатно 5мг по дози до постизања одговарајуће дозе. Пацијенте треба упозорити на почетну опијеност која обично ишчезава након 48 сата од почетка узимања. Дати предност пероралном облику, а уколико је парентерално давање једини начин дати

предност syringe driver пумпи којом се морфин даје континуирано на 12 или 24 сата. Непостоји максимална доза морфина.

- Fentanyl је аналгетик који је у широкој примјени као пре–оперативни аналгетик. Трансдермални фластери (Durogesic) у дозама од 25, 50, 75 или 100мцг континуирано дјелују у периоду од 72 сата. Код пацијената који нису претходно узимали морфин или неки други јаки опијат препоручује се доза од 25мцг/72х. Стабилна плазматска концентрација постиже се након 36–48 сати, вријеме постизања минималне концентрације фентанила у плазми је 3–24 сата што захтјева додатну медикацију у прва 24 сата. Код пацијената код којих ефективно сузбијање бола не траје 72 сата препоручује се замјена фластера на 48 сати. У случајевима пробијајућег бола, додатно користити морфин у таблетама или солуцији. Такође не постоји максимална доза.
- Oxycodone има слично дејство као морфин, ако се узима перорално 1,5–2 пута је јачи од пероралног морфина. Обично се даје на свака 4 сата али, као и код свих аналгетика, доза се прилагођава јачини бола.

Третман неуропатске боли

Код бола изазваног компресијом живца, кортизон је потребан колико и аналгетик, често је ефикасна комбинација морфина и кортикостероида (4–8мг). Код боли узроковане повредом живца често не дјелују ни морфин ни кортикостероиди па је потребно користити лијекове који нису доказано аналгетици али имају доказану ефикасност код повреде живца (Diklofenak, Azopropazon). По потреби се могу користити трициклични антидепресиви и антиконвулзиви.

Пет принципа које требамо поштовати

СЗО је поред препоручених степеника у ординирању аналгетске терапије препоручила и пет принципа који се требају поштовати а који су већ истакнути у претходном садржају:

1. Орална употреба аналгетика
2. У редовним интервалима
3. Пратећи јачину бола
4. Прилагодити индивидуалним потребама
5. Пратити детаље и могуће нуспојаве терапије

Други третмани

Други третмани, осим лијекова, који се могу према процјени примијенити:

- Масажа
- Релаксациона терапија
- Рефлексологија
- Хипнотерапија
- Интервентна аналгезија хируршким путем

5.2. Исцрпљеност

Без обзира на патологију, исцрпљеност је неминовна код свих тежих обољења и за очекивати је да је као таква очекивана од стране пацијента и његове породице. Међутим, чак и кад знају све о свом стању, многе пацијенте узнемирује исцрпљеност више него други знаци болести. Породица је такође узнемирена због исцрпљености пацијента и често траже да се пацијенту пружи нешто што ће му повратити снагу. Уколико ово питање није ријешено, породице траже да се пацијенту омогући парентерална исхрана, трансфузија или да се пацијент смјести у болницу.

Иако је неминовна, исцрпљеност има своје узроке:

- Анемија
- Јака седација, уколико се користе веће дозе опијата од препоручених за аналгезију
- Метаболички, уремија, хиперкалцемија, хипо–хипернатремија
- Адренални застој, због метастазе на надбубрежној жлијезди или немогућности пацијента да узима hydrocortison препоручен након одређених интервенција
- Депресија, психомоторна ретардација може бити протумачена као општа исцрпљеност
- Инфекција, код пацијената ослабљеног имунитета
- Летаргија, код пацијената који су свјесни да им палијативна њега не може продужити живот, јавља се недостатак енергије и воље

Након правилне процјене узрока исцрпљености и могућности терапијског дјеловања, потребно је пацијенту и породици пружити све потребне информације о узроку и понудити доступну терапију. Охрабрити их да се не повлаче у себе и да не одбијају помоћ која им је доступна. О свакој промјени обавијестити доктора медицине и тимски рјешавати препознате проблеме.

5.3. Проблеми са исхраном

Добар апетит је знак здравља и доброг општег стања, губитак апетита код пацијената често изазива немир и представља оштар подсјетник на смрт. Губитак апетита овиси о различитим факторима, од пробавних проблема до озбиљних обољења. Код здравих људи чак и најбезазленији физички и психички проблеми могу утицати на апетит.

Узроци

- Суха уста, узрокована карциномом или третманом
- Орална кандидијаза
- Хронична опстипација
- Мучнина и повраћање
- Незаинтересованост
- Неподношење мириса хране
- Стање немира
- Стање депресије
- Метаболички, хиперкалцемија, слаба функција јетре, уремија
- Узнапредовала болест

Третман

1. Покушати идентификовати (користити скалу процјене MNA) и отклонити узрок, скоро увијек је могуће подесити дозу лијекова, третирати опстипацију, мучнину и повраћање, савјетовати да се због мириса не кућа близу пацијента и контролисати кандидијазу.
2. Објаснити да је анорексија дјеломично изазвана самим карциномом и није посљедица неспособности његоватеља. Ради се о недостатку апетита код пацијента који болује од узнапредовалог карцинома и за разлику од других људи, они не осјећају глад.
3. Објаснити породици да стање пацијента није узроковано слабом исхраном и да коначан исход не може бити избјегнут већим уносом хране.
4. Терминално обољели пацијенти воле једноставну храну (пура, сладолед, јогурт)
5. Понудити замјенску храну у виду ентералне исхране

Постоје само два лијека за које је доказано да повећавају апетит, кортикостероиди и мегестрол ацетат.

- Dexamethason 2мг ујутро и средином дана током једне седмице, затим 2мг ујутро током друге седмице. Након друге седмице неефикасно је наставити са третманом уколико се није постигао ефекат током прве двије седмице.
- Мегестрол ацетат 160мг три пута дневно минимално 4 седмице стимулише апетит и повећава тјелесну масу. Препоручује се уколико је пацијентова прогноза мјерљива у мјесецима, а у случајевима краће прогнозе препоручују се кортикостероиди.

Хидрација

Врло често се сусрећемо са захтјевима пацијента или породице да се пацијенту због проблема са исхраном укључи вјештачка хидрација. Њихови захтјеви су изазвани страхом од изгладњавања и обично им инфузија симболизује храну и пиће. Важно је, имајући у виду културолошка и духовна питања, објаснити да пацијент умире од хроничне неизлијечиве болести а не од дехидрације. Указати на штетност вјештачке хидрације, којом се може повећати едем и асцитес, што ће евидентно додатно закомпликовати стање пацијента као и умањити мобилност.

5.4. Тешкоће са дисањем/диспнеа

40–60% пацијената у терминалној фази болести имају тешкоће са дисањем. Диспнеја је врло субјективан осјећај отежаног дисања. Настаје као посљедица несклада између вентилације и потребе за ваздухом, често истицан од стране пацијента чак и кад не изгледају диспноично. Представља један од симптома са којим се није лако носити.

Узроци

- Срчана стања као што је застој срца, перикардијални изљев, кардиомиопатија
- Респираторна стања као што су инфекције, плеурални изљеви, бронхијалне опструкције, хроничне опструктивне плућне болести, кашаљ, опструкција вене каве супериор
- Хематолошка стања као што је анемија, ретикулоза
- Неуромускуларна стања као што је моторно обољење неурона
- Стање тјескобе
- Елевација дијафрагме као посљедица хепатомегалије, асцитеса, дистензије колона

Третман

- Идентификовати узроке и третирати их на одговарајући начин, што је често тешко обзиром да стање срца може бити такво да медикаментозна терапија више не дјелује. Болест често не реагује на хемотерапију и стање може бити такво да је олакшање симптома једино што можете понудити. Пункција плеуралног изљева или асцитеса може олакшати тренутно стање као и отклањање упорног кашља.
- Осим специфичних третмана, постоје опште мјере које могу помоћи. Медицинска сестра/техничар уз помоћ физиотерапеута може савјетовати о релаксацији, одговарајућем положају, вјежбама дисања и са пацијентом и породицом продискутовати о евентуалном смањењу активности које би умањиле лимитације изазване диспнејом.
- Код умањења симптома тахипнеје могу се користити и мање дозе опијата, уколико се користе редовно ефикасни су и не смањују респирацију. Почиње се са оралним морфином у дози од 5мг максимално свако 4 сата, код старијих особа почети са дозом од 2,5мг. Уколико је пацијент већ на аналгетској терапији морфином, повећати дозу за 50%.

- Анксиолитици такође могу бити од помоћи, лоразепам може имати тренутан ефекат. Уколико је потребан трајни ефекат, користити диазепам 2–5мг сваку ноћ.
- У случајевима диспноичног бола, мидазолам субкутано
- Кисеоник је индикуван само код аноксије и не користи се код недостатка ваздуха. Породице то често не знају и инсистирају да се пацијенту укључи кисик. Објаснити породици, да је кисик као и други лијекови користан у одређеним случајевима али контраиндициран у неким другим, може бити тешко али је неопходно.

5.5. Мучнина и повраћање

Мучнина је узнемирујући симптом чак и више од повраћања. Пружаоци палијативне његе налазе да је мучнину теже третирати од осталих симптома обзиром да код пацијената ствара тежи осјећај беспомоћности него други симптоми. Мучнину и повраћање често код пацијената изазивају и разни мириси. Код отприлике 50% случајева тешко је наћи јасан узрок мучнине и третман мора бити емпиријски односно у складу са искуством које пружалац палијативне његе има.

Узроци

- Метаболички, хиперкалцемија, уремија
- Лијекови, било који лијек који се користи може изазвати мучнину и повраћање. Опијати обично изазивају мучнину али често само у првих неколико дана када доза опијата мора бити већа због постизања аналгетског учинка. Ово је јако важно знати обзиром да се у таквим случајевима често сусрећемо са инсистирањем породице и пацијента да се због мучнине и повраћања престану давати опијати.
- Ослабљена ренална функција такође може бити разлог мучнине и повраћању
- Цријевна опструкција
- Повећан интракранијални притисак, при чему повраћање није праћено мучнином
- Хронична опстипација
- Забринутост и страх
- Срчани застој

Третман

- Покушати идентификовати узрок прије прописивања антиеметика, препоручити провјетравање просторија и избјегавање мириса који сметају пацијенту.
- Најбољи неспецифични антиеметик је халоперидол 0,5–1,5 милиграма ноћу, потребно је имати у виду његово кратко дјеловање. Ријетко је потребно повећавати дозу више од 5мг у 24 сата.
- Код опструкције, Cyclizine 50 мг 3х дневно субкутано или путем аутоматске шприце
- За опструкцију излаза желуца може се покушати са metoclopramidom. Често она преписана доза од 3х10мг није довољна и треба је замјенити са 20 или 30 милиграма 3х дневно. Код пацијената који повраћају и терапију не могу узимати перорално, користити аутоматску шприцу.
- Уколико покушате све што сте могли а нисте постигли купирање симптома, потребно је поново покушати и идентификовати узрок
- Рационализовати употребу лијекова тако да буду сведени на минимум
- Покушати са другим антиеметиком из друге групе и пратити неколико дана
- Престати давати све антиеметике и покушати са dexamethasonom 4мг свако јутро током пет дана након чега дозу смањити на дозу одржавања на 2мг дневно.

5.6. Опстипација

Опстипација је симптом који има око 90% терминално обољелих, често се не придаје велика пажња овом симптому те остаје непримјећен или лоше третиран. Опстипација може узроковати неколико секундарних симптома као што су диареја, ретенција урина, опструкција цријева.

Узроци

- Неадекватна исхрана
- Неадекватан унос течности
- Утицај лијекова, опијати, трициклични антидепресиви
- Непокретност

Третман

- Код већине пацијената многи узроци могу бити кориговани, међутим како болест напредује, пацијентима је теже узимати одговарајућу храну и већу количину течности. Покушати повећати мобилност иако то често није довољно да би се побољшао рад цријева.
- Када је ректум испуњен тврдом столицом, нема логике давати орални лаксатив, пробати са bisakodil чепићима или клистиром. Препоручити редовно орално узимање лактулозе.
- Који лаксатив дати, зависи од пацијентове способности да прогута таблете или течност, од патологије (субакутна опструкција), од уноса течности, и других лијекова који се користе.
- Уколико ординирана терапија не даје резултате а пацијент се жали на појачану бол праћену повраћањем, при чему опстипација траје дуже од пет дана, пацијента упутити на преглед гастроентеролога или ртг абдомена.

5.7. Прољев (дијареја)

Хронична диареја се јавља код 4% пацијената обољелих од карцинома док је акутна диареја веома честа и готово увијек је изазвана фекалном импакцијом. Представља учесталу дефекацију праћену воденастим столицама и у тежим случајевима може бити праћена инконтиненцијом. Пацијенти често стеатореју поистовјећују са диарејом.

Узроци

- Предозирање лаксативима, често након опстипације третиране лаксативима долази до дијареје
- Фекална импакција
- Парцијална опструкција цријева
- Ирадијациони ентеритис
- Инфекција
- Унутрашење фистуле (илеоректална, ректовезикална), које су честе код пацијената са карциномом цријева или мјехура

Третман

- Прво правило је идентификовати и третирати узрок
- Препоручити промјену начина исхране
- Дати средства против диареје, лоперамид 4 мг има дуго дјеловање и обично га је потребно давати 2хдневно
- Codein phosphate 30–60 милиграма 3х дневно је доказано ефикасно средство које изазива стврдњавање столице

- Уколико је у питању стеатореја настала због карцинома панкреаса, третирати одговарајућом терапијом (панкреатин). Управо ово показује колико је пажљива анамнеза есенцијална код процјене пацијентовог стања и колико је важно да медицинска сестра/техничар зна поставити одговарајуће питање да би добила јасну слику о узроку симптома.
- Анализирати и кориговати начин исхране, рехидрација
- Размотрити антибиотски третман уколико је узрочник инфекција
- Заштитити кожу перинеума и гениталија, сугерисати избјегавање тоалет папира, регију прати само водом и посушити тапкањем меком тканином. Уколико претходне мјере не одржавају подручје сувим, заштитити кожу средствима која чине баријеру (somfeel заштитна крема). Пратити евентуалну појаву пликова који указују на гљивичну инфекцију, третирати кремом clotrimazol 2–3 пута дневно. Уколико је подручје јако инфламирано, користити hydrocortison спреј или крему. Уколико се брижљивом аналном хигијеном не успије сузбити пруритус користити неки антихистаминик. Једнако третирати и околно подручје колостоме.

5.8. Депресија

Обољели од малигнух болести обично поред физичких имају и психичке тегобе које су везане за постојећи и будући губитак. Сличан психолошки одговор се среће код губитка било које врсте, губитак посла, развод, смрт члана породице као и предстојећег губитка властитог живота. Онколошки болесници имају честе осцилације у расположењу које су најизраженије приликом саопштавања дијагнозе и непосредно након тога, у вријеме рецидива болести као и код сваког значајног знака прогресије болести. Тешко депресивно стање се јавља код 5–10% болесника са узнатредовалим карциномом, 10–20% има неке од симптома депресије. Уколико се не лијечи, депресија појачава друге тегобе, води социјалној изолацији и спречава болесника да обави незавршене послове. Код више од 80% пацијената конвенционални начин лијечења даје добре резултате.

Разлози због којих многи случајеви остају недијагностиковани су сљедећи:

- Доктори медицине и медицинске сестре/техничари занемарују лоше расположење пацијента, сматрајући га разумљивим и реактивним
- Дневне варијације расположења – у вријеме посјете обично се пацијенти осјећају боље него касније тог дана
- Депресија са смјешком, неки пацијенти својим лијепим понашањем маскирају своје депресивно стање
- Соматизација, неки пацијенти ће депресију изразити кроз један или више физичких симптома попут боли
- Депресија маскирана истовременим присуством страха
- Депресија се манифестује као погоршање карактера личности

Узроци

- Биолошка предиспозиција
- Депресија коју је пацијент имао раније
- Неспособност изражавања емоција
- Скривање болести
- Недостатак подршке и повјерења
- Недавна ожалошћеност
- Нарушен изглед и функција тијела
- Страх од смрти

Третман

- **Објашњавање.** Како објаснити пацијенту, зависи од његовог психичког и физичког стања. Од велике је помоћи објаснити да се код пацијента развила депресија, образлажући то тешком болешћу која психички исцрпљује човјека. Објаснити да стални стрес ствара одређене супстанце у мозгу које доводе до депресије која се може третирати антидепресивима.
- **Социјална интеграција.** Код пацијената који су због болести, слабости и исцрпљености изоловани у својој кући, боравак у дневним центрима за палијативну његу је од велике користи. Такви центри омогућавају социјалну интеграцију, психолошку подршку и медицински надзор.
- **Лијекови.** Избор лијекова умногоме зависи од трошкова, доступности, навика али и настојања да се избјегну њихова попратна дејства. Избор антидепресива одређен је типом депресије, да ли је ретардирајућа или агитирајућа.

5.9. Анксиозност

Анксиозност је саставни дио живота и у њему има адаптивну функцију, постаје поремећај када је непрестано присутна у животу појединца, што је случај код онколошких пацијената. Анксиозност значајно ограничава свакодневно функционисање пацијента и као таква мора бити препозната и третирана на одговарајући начин.

Узроци

- Генетско наслеђе
- Траума

Дијагноза анксиозног поремећаја се поставља на темељу клиничке слике, односно симптома које пацијент наводи или показује у понашању. У постављању дијагнозе од велике користи су љествице и упитници које користе психолози.

Терапија

Обзиром да постоје различите врсте анксиозног поремећаја, свакој од њих се приступа другачије због различитих симптома који се лијече на различите начине.

- Лијекови – антидепресиви, антиепилептици и други лијекови за ублажавање симптома анксиозности
- Психотерапија – процес у којем едуковани стручњаци за ментално здравље кроз разговор и друге психотерапијске технике и методе помажу пацијентима да се носе са поремећајем.
- Промјена начина живота – позитивно мишљење, вјежбе и здрава исхрана

Код терминално обољелих пацијената је важно процијенити да ли постављање дијагнозе и третман анксиозности има важност у односу на стање пацијента и прогнозу.

5.10. Опште стање и добробит пацијента и породице

По дефиницији, до времена када пацијент буде укључен у палијативну његу, дијагноза је већ постављена и сви куративни третмани су већ спроведени. То је фаза болести у којој се и пацијент и породица суочавају са великим промјенама у многим аспектима њиховог живота.

Опште стање и добробит пацијента су много свеобухватнији од третмана симптома колико год су они сами по себи важни. Да би се пружила максимална подршка, важно је показати да се бринете о пацијенту као личности и да нисте ту искључиво ради рјешавања његових физичких тегоба.

Квалитет живота пацијента и његове породице се сматра мјером која процјењује квалитет пружене његе. Перцепција квалитета живота је индивидуална и зависи од самог пацијента и његове

породице, од посједовања воље за животом, од прихватања, захтјевања или одбијања третмана. Сходно томе, први корак је сазнати шта пацијент и породица очекују од пружаоца палијативне његе. На основу одговора, темељити све наредне кораке. Знање, вјештине и ставови који прожимају палијативну његу су нешто што треба посједовати свака медицинска сестра/техничар у циљу пружања адекватне палијативне његе која ће резултирати бољим општим стањем пацијента и његове породице.

Менаџмент

- Након процјене стања пацијента и потреба породице, треба пружити све информације о третману и њези који су том процјеном идентификовани. Медицинска њега и подршка, од олакшања тегоба на једној страни до комплетне његе на другој страни, треба имати континуитет. Партнерство између пацијента, породице и медицинске сестре/техничара која пружа палијативну његу је кључно у процесу постизања квалитетне палијативне његе.
- Отклањање симптома који умањују квалитет живота, информације о лијековима, начину узимања, о превенцији компликација и правилној њези коју могу пружати чланови породице.
- Подстицање и одржавање пацијентове независности, у зависности од стално промјењивог и погоршавајућег физичког и евентуално психолошког стања.
- Унапређење и пружање отвореног и искреног дијалога
- Осигурање потребне здравствене и социјалне подршке
- Повезивање са другим професионалцима, службама и установама када је потребно

Литература:

1. Jean Lugton.,Margaret Kindlen. Палијативна њега улога сестринства., пријевод са енглеског језика Милишић Емина, Сања Ђопа (право на превођење гарантује Hartcourt Brace and Company Limited)
2. Derek Doyle., David Jeffrey. Palliative care at home: Oxford University press
3. Shaw, M. C., Haliday, P.H. The family, Crisis and Chronic Illnes: An Evolutionary Model. Jurnal of Advanced Nursing 17
4. House, N. Helping to reach and Understanding. Profesional Nurse
5. Holmes, S. Nutritional problems in cancer Patient. Nursing 20. Bailliere Tindal
6. Fallon, M., O'Neill, B. ABC of Palliative Care
7. Kaye, P. A to Z Ocketbook of Symptom Control. E.P.L. Publications Northampton
8. Kingsnorth, D. & Wilkinson, S. Patient compliance with medication regimen after discharge from palliative care. International Jurnal of Palliative Nursing Vol. 2,
9. Wodruff, R. Cancer pain
10. Lugton, J. Holistic assesment of patient's and relative's needs.
11. Cambell, T and Hateyely, J. The management of nausea amd vomiting in advanced cancer
12. Maestri – Banks, A., Burns, D. Assessing Constipation. Nursing Times. Vol. 92
13. Brown, DJF. The problem of Weakness in patients with advanced cancer. International Journal of Palliative nursing. Vol 5
14. Robert Twaycross., Symptom management in advanced cancer: Redclife Medical Press Ltd
15. Milisic Emina., Symptom management control portfolio., University of Wales College of medicine, South East Institute of nursing and midwifery, Holme Tower Marie Curie Centre, Diploma in Palliative nursing.
16. Њега болесника који болују од неозлијечивих болести. Брошура за здравствене раднике, ФОНДАЦИЈА Фами.

Модул 6. Губитак, туга и жаловање

6.1. Оквир модула

Трајање модула	90 минута
Циљеви	Након активног учешћа у наставној јединици, едуканти ће бити у стању да: <ul style="list-style-type: none">– опишу процес жаловања,– наброје неколико категорија физичких осјећања, здравствених тегоба, мисли, понашања и осјећања у процесу жаловања,– опишу пет стадијума жаловања,– наброје факторе на који нам могу помоћи у процјени да ли је одређена особа под ризиком од развоја патолошког жаловања и– опишу шта можемо урадити да помогнемо ожаловљенима у процесу жаловања.
Активности	<ol style="list-style-type: none">1. Уводно предавање пет минута2. Абакус „Губитак, туга и жаљење“ 80 минута3. Кључне поруке пет минута
Кључне поруке	<ol style="list-style-type: none">1. Губитак, туга и жаловање су процеси које су многи аутори описали на различите начине али генерално мишљење је да ти процеси не напредују на исти начин, јединствени су као и сама особа која их доживљава.2. Прије него буду у стању наставити даље, неким људима је потребна помоћ и додатно вријеме да прођу све етапе жаловања јер могу „запети“ у једној од фаза.3. Жалост може измијенити породице и појединце. Неки људи се окрену пороцима а други постају одговорнији и зрелији.4. Под претпоставком да смо у току бриге о пацијенту упознали породицу и њихове потребе, можемо процијенити да ли је одређена особа под ризиком од развоја патолошког жаловања.
Материјали и опрема за едуканте, едукаторе	Одштампати по 15 комада презентације у Power Point–у Модул 6 и радних материјала 6.1., 6.2. и 6.3.; припремити 15 блокова и оловака, један flipchart и фломастере за њега, више блокова већих „стикер“ папирића. Обезбједити по два исправна рачунара и апарата за рачунарске пројекције, продужне каблове за повезивање апарата, засебне столице и столове за едуканте, едукатора и госте који се могу помјерати у пространој, свијетлој просторији са прозорима који се могу отварати и који се могу заштитити од свјетлости кад је потребно (тамне завјесе), те посебну просторију за паузе

Радни материјал 6.2. задаци за групни рад

Вјежба (абакус):

Губитак, туга и жаловање

Задатак за едуканте:

Потребно је да сви едуканти сједну у круг и да свако извуче папир са тврдњом. Сваки едукант ће прочитати тврдњу која је написана на папиру који је извукао, изјаснити се да ли је сматра тачном или нетачном и зашто то сматра. Остали могу коментарисати ако се не слажу, или ако имају нешто да додају.

Смјернице за едукаторе:

Активност		Потребно вријеме
1.	Увод и објашњење едукантима	5 минута
2.	Распоред сједења едуканата и извлачење папира са тврдњама	6 минута
3.	Читање тврдњи, коментари и дискусија	76 минута
2.	Кључне поруке	5 минута
Укупно трајање		90 минута

Додатне информације за едукаторе:

На папире напишите тачне и нетачне тврдње везане за процјену стања и потреба пацијената и његователја. Едуканте замолите да сједну у круг и да свако извуче цедуљу/цедуље са тврдњом. Сваки едукант ће прочитати тврдњу која је написана на папиру који је извукао, изјаснити се да ли је сматра тачном или нетачном и зашто то сматра. Остали могу коментарисати ако имају нешто да додају или се не слажу. Треба водити рачуна да сви имају времена да прочитају и коментаришу тврдње које су извукли. Тврдње се читају редослиједом који је назначен на цедуљама. Ви ћете усмјеравати дискусију и резимирати на крају вјежбе.

Тврдње које се могу написати на папире (оне које су болдиране нису тачне):

1. Наука може одгодити смрт али је не може спријечити нити нам може рећи ишта о томе шта постоји после смрти или шта можемо урадити да се за њу припремимо. Како свако од нас приступа виђењу наше властите смрти и смрти оних које волимо, остаје колосално питање са којим се свака индивидуа мора ухватити у коштац.

2. Жаљење не погоди свакога у одређеном периоду живота, то је искуство које се може избјећи.

3. Оно што је важно медицинским сестрама/техничарима које пружају подршку пацијенту и породици у процесу губитка и жаловања, јесте да процјене способност људи да се носе са овим често стресним догађајем.

4. Сматра се да је жаловање нормалан процес и да се само најкомпликованије жаловање треба сматрати патолошким.

5. На процес жаловања утичу многи фактори. Различите културе и друштва имају различите приступе смрти и жаловању. Најтежи губици се дешавају у оквиру породице и свака породица има свој начин ношења са овим проблемом. Потреба за жаловањем потиче из фундаменталних аспеката сваког човјека.

6. У процесу жаловања можемо идентификовати неколико категорија физичких осјећања, здравствених тегаба, мисли, понашања и осјећања, укључујући:

- Празнину, тјескобу у грудима, стомаку, раменима и грлу

- Осјетљивост на буку
- Осјећај безнађа
- Губитак даха и дубоке уздисаје
- Мишићну слабост
- Умор и недостатак енергије
- Суха уста

7. Психолошке манифестације укључују:

- Осјећај шока или запрепаштења
- Осјећај беспомоћности
- Осјећај чежње
- Осјећај тјескобе
- Осјећај кривње

8. Губитак, туга и жаловање су процеси које су многи аутори описали на различите начине али генерално мишљење је да ти процеси не напредују на исти начин, јединствени су као и сама особа која их доживљава. Прије него буду у стању наставити даље, неким људима је потребна помоћ и додатно вријеме да прођу све етапе жаловања јер могу „запети“ у једној од фаза.

9. Модел „Кублер–Рос“ није познат као пет стадија жаловања:

10. *Негирање*. За највећи број људи ово је краткотрајни механизам одбране. Негирање може бити свјетан или несвјестан начин прихватања неке информације. У неким случајевима не траје кратко јер људи запну у овом стадију

11. *Љутња*. Схватајући да се са негирањем не може даље наставити прелази се у другу фазу. Сама љутња може се изражавати на више различитих начина. Људи могу бити љути на себе, на друге, посебно на себи најближе људе.

12. *Погодба/преговарање*. Фаза која започиње са надом појединца да се смрт може некако одгодити, углавном се погодба за продужење живота одвија са неком вишом силом у замјену за потпуну промјену живота.

13. *Депресија*. Фаза у којој човјек почиње схватати неминовност смрти. У тој фази се људи повлаче у себе, престају комуницирати са околином, углавном жалују и плачу.

14. *Прихватање*. У овој задњој фази човјек се помири са ситуацијом, са својом смртношћу или смрћу блиске особе.

15. Период преласка ожалошћеног из једног емоционалног стања у друго може трајати седмицама или мјесецима.

16. Жалост може измијенити породице и појединце. Неки људи се окрену пороцима а други постају одговорнији и зрелији. Под претпоставком да смо у току бриге о пацијенту упознали породицу и њихове потребе, можемо процијенити да ли је одређена особа под ризиком од развоја патолошког жаловања.

17. Фактори на које треба обратити пажњу и који захтјевају пажљивије посматрање, могу помоћи у процјени да ли је одређена особа под ризиком од развоја патолошког жаловања.

18. *Вријеме* да се породица припреми за смрт покојника, изненадна и неочекивана смрт је обично шокантан губитак и за то никад нисмо спремни. Са друге стране, смрт која наступи као посљедица дуже и тешке болести, даје довољно времена породици да се припреми за очекивану смрт.

Међутим, и то морамо посматрати индивидуално, јер у неким случајевима продужено вријеме умирања може изазвати тешке проблеме у жаловању.

19. *Године.* Губитак младе особе увијек носи већи ризик за развој патолошког жаловања него кад се ради о људима у познијим годинама.

20. *Природа односа.* Људи са наглашеним амбивалентним односом ће сигурно имати више проблема. Ти проблеми се односе на осјећај кривице, јер им је смрт узела важну особу у животу прије него су завршили свој емоционални однос. Неким људима смрт може представљати ослобађање од живота који нису хтјели и нову слободу, другима је смрт ускратила могућност да поправе своје односе.

21. Узрок смрти. Суицид и смрт узрокована AIDS–ом, или било који узрок који околина може осудити, не повећава стрес код ожалашћених.

22. *Могућност њега болесника.* Често њега коју пружају чланови породице изазива обострано поштовање и код пацијента и код породице. Пацијенти се осјећају подржаним јер су њихове потребе препознате, а његоватељи учешћем у физичкој бризи око пацијента налазе сатисфакцију у чињеници да су урадили све што су могли.

23. *Начин на који породица доживљава пружену подршку.* Често они који се не осјећају подржаним и схваћеним доживљавају реакцију велике жалости. Зато је од самог почетка неопходно направити добру процјену, како стања пацијента тако и потреба породице и пружити максималну подршку.

24. *Недовршено претходно жаловање.* Неко ко није завршио процес жаловања је у наредних година или двије у ризику је да ново жаловање изазове компликације. Дешава се да ново жаловање буде окидач за претходно жаловање.

25. Лоше социјално економске околности. У жаловању као и у болести, људи који живе у лошијим социјално–економским условима не пролазе лошије.

26. Тимови палијативне њега би требали бити више укључени у процес жаловања и својом подршком унаприједити бригу о ожалашћеним. У нашој земљи не постоје писане процедуре о таквој врсти подршке, што је онима који пружају палијативну његу додатан терет јер морају сами осмислити такав вид подршке.

27. У условима у којима радимо постоји неколико корака које можемо урадити а који ће помоћи ожалашћенима у процесу жаловања:

- Сталним контактима са породицом у току живота пацијента можемо знати кад је наступила смрт пацијента, тиме избегавамо осјећај занемаривања који породица може имати уколико нисмо присутни у сваком аспекту њихових потреба.
- Бити спреман провести одређено вријеме са особама које жалују. Посјета у жалости након смрти пацијента је важан показатељ поштовања. На онима који су пружали његу је да процијене да ли је довољан и телефонски позив путем којег ће изразити своје саучешће у губитку породице. Тај разговор може резултирати процјеном о даљим корацима.
- Идентификовати факторе који могу значити почетак патолошког жаловања.
- Препознати снагу и ограничења својих способности, уколико сте разговором или посјетом у жаловању процијенили да постоје елементи патолошког жаловања са којима се не можете носити, понудите подршку психолога или социјалног радника.

Радни материјал 6.3. Губитак, туга и жаловање (преузето из документа: „Листа најзначајнијих наставних јединица за израду курикулума са педагошким оквирима за обуку постојећих супервизора и ментора у области палијативне њега са њиховим садржајем“ који је припремила Емина Милишић–Дркић)

6. Губитак, туга и жаловање

Наука може одгодити смрт али је не може спријечити нити нам може рећи ишта о томе шта постоји послје смрти или шта можемо урадити да се за њу припремимо. Како свако од нас приступа виђењу наше властите смрти и смрти оних које волимо, остаје колосално питање са којим се свака индивидуа мора хватити у коштац.

Жаљење погоди свакога у одређеном периоду живота, то је искуство које се не може избјећи. Оно што је важно медицинским сестрама/техничарима који пружају подршку пацијенту и породици у процесу губитка и жаловања, јесте да процијене способност људи да се носе са овим често стресним догађајем. Сматра се да је жаловање нормалан процес и да се само најкомпликованије жаловање треба сматрати патолошким.

На процес жаловања утичу многи фактори. Различите културе и друштва имају различите приступе смрти и жаловању. Најтежи губици се дешавају у оквиру породице и свака породица има свој начин ношења са овим проблемом. Потребна за жаловањем потиче из фундаменталних аспеката сваког човјека.

У процесу жаловања можемо идентификовати неколико категорија физичких осјећања, здравствених тегоба, мисли, понашања и осјећања, укључујући:

- Празнину, тјескобу у грудима, стомаку, раменима и грлу
- Осјетљивост на буку
- Осјећај незнања
- Губитак даха и дубоке уздисаје
- Мишићну слабост
- Умор и недостатак енергије
- Суха уста

Психолошке манифестације укључују:

- Осјећај шока или запрепаштења
- Осјећај беспомоћности
- Осјећај чежње
- Осјећај тјескобе
- Осјећај кривње

Губитак, туга и жаловање су процеси који су многи аутори описали на различите начине али генерално мишљење је да ти процеси не напредују на исти начин, јединствени су као и сама особа која их доживљава. Прије него буду у стању наставити даље, неким људима је потребна помоћ и додатно вријеме да прођу све етапе жаловања јер могу „запети“ у једној од фаза.

Модел „Кублер–Рос“ је познат као Пет стадија жаловања:

- **Негирање.** За највећи број људи ово је краткотрајни механизам одбране. Негирање може бити свјетан или несвјестан начин прихватања неке информације. У неким случајевима не траје кратко јер људи запну у овом стадију
- **Љутња.** Схватајући да се са негирањем не може даље наставити прелази се у другу фазу. Сама щутња може се изражавати на више различитих начина. Људи могу бити љути на себе, на друге, посебно на себи најближе људе.
- **Погодба/преговарање.** Фаза која започиње надом појединца да се смрт може некако одгодити, углавном се погодба за продужење живота одвија са неком вишом силом у замјену за потпуну промјену живота.

- **Депресија.** Фаза у којој човјек почиње схватати неминовност смрти. У тој фази се људи повлаче у себе, престају комуницирати са околином, углавном жалују и плачу.
- **Прихватање.** У овој задњој фази човјек се помири са ситуацијом, са својом смртношћу или смрћу блиске особе.

Генерално, период преласка ожалошћеног из једног емоционалног стања у друго може трајати седмицама или мјесецима.

Фактори који утичу на исход жаловања

Жалост може измијенити породице и појединце. Неки људи се окрену породицима а други постају одговорнији и зрелији. Под претпоставком да смо у току бриге о пацијенту упознали породицу и њихове потребе, можемо процијенити да ли је одређена особа под ризиком од развоја патолошког жаловања.

Фактори на које треба обратити пажњу и који захтјевају пажљивије посматрање могу помоћи у тој процјени:

- **Вријеме** да се породица припреми за смрт покојника – изненадна и неочекивана смрт је обично шокантан губитак и за то никад нисмо спремни. Са друге стране, смрт која наступи као посљедица дуже и тешке болести, даје довољно времена породици да се припреми за очекивану смрт. Међутим, и то морамо посматрати индивидуално, јер у неким случајевима продужено вријеме умирања може изазвати тешке проблеме у жаловању.
- **Године.** Губитак младе особе увијек носи већи ризик за развој патолошког жаловања него кад се ради о људима у познијим годинама.
- **Природа односа.** Људи са амбивалентнијим односом ће сигурно имати више проблема. Ти проблеми се односе на осјећај кривице, јер им је смрт узела важну особу у животу прије него су завршили свој емоционални однос. Неким људима смрт може представљати ослобађање од живота који нису хтјели и нову слободу, другима је смрт ускратила могућност да поправе своје односе.
- **Узрок смрти.** Суицид и смрт узрокована AIDS-ом, или било који узрок који околина може осудити, повећава стрес код ожалошћених.
- **Могућност њега болесника.** Често њега коју пружају чланови породице изазива обојстрано поштовање и код пацијента и код породице. Пацијенти се осјећају подржаним јер су њихове потребе препознате, а његоватељи учешћем у физичкој бризи око пацијента налазе сатисфакцију у чињеници да су урадили све што су могли.
- **Начин на који породица доживљава пружену подршку.** Често они који се не осјећају подржаним и схваћеним доживљавају реакцију велике жалости. Зато је од самог почетка неопходно направити добру процјену, како стања пацијента тако и потреба породице и пружити максималну подршку.
- **Недовршено претходно жаловање.** Неко ко није завршио процес жаловања је у наредних година или двије у ризику је да ново жаловање изазове компликације. Дешава се да ново жаловање буде окидач за претходно жаловање.
- **Лоше социјално економске околности.** У жаловању као и у болести, људи који живе у лошијим социјално-економским условима пролазе пуно лошије.

Тимови палијативне његе би требали бити више укључени у процес жаловања и својом подршком унаприједити бригу о ожалошћеним. У нашој земљи не постоје писане процедуре о таквој врсти подршке, што је онима који пружају палијативну његу додатан терет јер морају сами осмислити такав вид подршке.

У условима у којима радимо постоји неколико корака које можемо урадити а који ће засигурно помоћи ожалостљенима у процесу жаловања:

- **Сталним контактима са породицом у току живота пацијента** можемо знати кад је наступила смрт пацијента, тиме избегавамо осјећај занемаривања који породица може имати уколико нисмо присутни у сваком аспекту њихових потреба.
- **Бити спреман провести одређено вријеме са особама које жалују.** Посјета у жалости након смрти пацијента је важан показатељ поштовања. На онима који су пружали његу је да процијене да ли је довољан и телефонски позив путем којег ће изразити своје саучешће у губитку породице. Тај разговор може резултирати процјеном о даљим корацима.
- **Идентификовати факторе који могу значити почетак патолошког жаловања.**
- **Препознати снагу и ограничења својих способности,** уколико сте разговором или посјетом у жаловању процијенили да постоје елементи патолошког жаловања са којима се не можете носити, понудите подршку психолога или социјалног радника.

Literatura:

1. Green, J. Death with Dignity (Series) Nursing Times
2. Kubler – Ross, E. On Death and Dying
3. Colin Murray Parkes., Pittu Languani., Bill Young., Смрт и жаловање кроз културе., (пријевод са енглеског језика Милишић Емина, Сања Ђопа., Право на превођење гарантује Hartcourt Brace and Company Limited)
4. Jean Lugton.,Margaret Kindlen. Палијативна њега улога сестринства., пријевод са енглеског језика Милишић Емина, Сања Ђопа (право на превођење гарантује Hartcourt Brace and Company Limited)
5. Derek Doyle., David Jeffrey. Palliative care at home: Oxford University press
6. Worden, J. W. Greif counseling and grief therapy. A handbook for mental health practitioner.

Модул 7. Превенција бурноут синдрома код медицинске сестре/техничара и његоватеља

7.1. Оквир модула

Трајање модула	90 минута
Циљ модула	Након активног учешћа у овој наставној јединици учесници ће бити способни да: <ul style="list-style-type: none">– опишу бурноут синдром,– наброје симптоме и знаке бурноут синдрома,– опишу фазе бурноут синдрома,– опишу начине за избјегавање бурноут синдрома и– наброје вјештине потребне за суочавање са стресом
Активности	<ol style="list-style-type: none">1. Уводно предавање 45 минута2. Тест за бурноут синдром 20 минута3. дискусија 20 минута4. Кључне поруке пет минута
Кључне поруке	<ol style="list-style-type: none">1. Неопходно је схватити да је бурноут синдром знак да у нашем животу нешто погрешно функционише. Важно је да размислимо о томе, да преиспитамо своје циљеве и схватимо шта је то што нам заправо недостаје.2. Бурноут синдром може бити шанса да откријемо нови начин функционисања који ће наш живот учинити квалитетнијим. Стога, уколико примјетите да изгарате, умјесто да се осјећате обесхрабрани штетом која је већ настала, без устручавања потражите помоћ стручњака који ће вам на најбезболнији начин помоћи да изађете из зачараног круга у који вас је живот одвео.
Материјали и опрема за едуканте, едукаторе	Одштампати по 15 комада презентације у Power Point-у Модул 7 и радних материјала 7.1., 7.2. и 7.3.; припремити 15 блокова и оловака, један flipchart и фломастере за њега, више блокова већих „стикер“ папирџа. Обезбједити по два исправна рачунара и апарата за рачунарске пројекције, продужне каблове за повезивање апарата, засебне столице и столове за едуканте, едукатора и госте који се могу помјерати у пространој, свијетлој просторији са прозорима који се могу отворати и који се могу заштитити од свјетлости кад је потребно (тамне завјесе), те посебну просторију за паузе

Радни материјал 7.2. Превенција бурноут синдрома код медицинске сестре/ техничара и његоватеља (преузето из документа: „Листа најзначајнијих наставних јединица за израду курикулума са педагошким оквирима за обуку постојећих супервизора и ментора у области палијативне његе са њиховим садржајем“ који је припремила Емина Милишић–Дркић)

7. Превенција бурноут синдрома код медицинске сестре/ техничара и његоватеља

Бурноут синдром је психолошки термин који је амерички психијатар Freudenberg први пут употребио седамдесетих година 20–тог вијека. Означава дугорочну исцрпљеност и постепено мањкање интереса за посао и смањење професионалне ефикасности. Иако постоје различите дефиниције овог синдрома, тешко га је дефинисати и рећи колико је распрострањен. Сматра се да је 10% запослених особа данас у одређеној мјери изложено синдрому сагоријевања.

Узроци настанка бурноут синдрома су: стресне ситуације, преоптерећеност обавезама, незадовољство послом, слаба могућност напредовања у каријери, недостатак признања, нарушени међуљудски односи на радном мјесту и велика очекивања од здравствених радника.

Палијативна њега је изазован посао и здравствени радници морају бити свјесни емоционалне цијене у раду са пацијентима који умиру. Тешко је предвидјети прогнозу и таква неизвјесност, уколико није схваћена и прихваћена и од стране медицинских сестара/техничара и његоватеља, може довести до љутње и разочарења.

У палијативној њези често не постоји логичан излаз из одређене ситуације због чега медицинске сестре/техничари морају бити добро информисани и обучени да би очекивања пацијента и породице свеле на реалан ниво. Укључивање пацијента и породице у планирање и спровођење третмана често може бити извор стреса због неслагања са ставовима пацијента и породице, али тиме се показује снажно поштовање пацијента и породице, и колико год то било тешко, мора бити испоштовано.

Симптоми и знаци бурноут синдрома

Физички симптоми и знаци:

- Умор и општа слабост
- Грозница
- Жеђ
- Грчеви
- Падање
- Мучнина и повраћање
- Вртоглавица
- Бол у грудима
- Главобоља
- Повишен притисак
- Тахикардија
- Тремор
- Стискање вилица
- Знојење

- Тешкоће у дисању
- Поремећај вида
- Гастроинтестинални поремећаји
- Поремећај сна

Когнитивни симптоми и знаци:

- Конфузија
- Ноћне море
- Несигурност
- Хипервигилност
- Сумњичавост
- Окривљивање других
- Слабо ријешавање проблема
- Ослабљено апстрактно мишљење
- Ослабљена меморија
- Тешкоће у препознавању објеката и особа
- Повећана или смањена свјесност о околини

Емоционални симптоми и знаци:

- Емоционална нестабилност и неодговарајући емоционални одговори
- Губитак емоционалне контроле
- Страх и зепња
- Кривња
- Порицање
- Агитација
- Жалост
- Осјетљивост
- Љутња
- Осјећај преоптерећености
- Безнађе
- Депресија

Бихејвиорални симптоми и знаци:

- Повлачење у себе: цинизам, сарказам, негативизам
- Антисоцијално понашање
- Неспособност да се одмори
- Чудне одлуке и покрети
- Смањен или појачан апетит
- Повечана злоупотреба дувана, алкохола (и других супстанци)
- Промјена у говору
- Измјењене радне навике: кашњење, бјежање са посла...
- Сукоб у породици

Као медицинске сестре/техничари требамо истражити своје мотиве рада у палијативној нези. Тешка стања пацијената и тешке ситуације са којима се срећемо доносе пријетњу аспектама

нашег професионалног идентитета. Радити у палијативној њези без припреме и одговарајуће едукације ће нас неминовно угрозити као компетентног професионалца.

Једнако као што пружамо подршку пацијентима и њиховим породицама та подршка је потребна и нама самима од стране наших колега и нашег менаџмента. Током школовања учимо како на високопрофесионалан начин помоћи пацијенту и које су нам вјештине за то потребне, при томе готово никако не учимо како да заштитимо себе што на крају за свој резултат има:

- **Емоционалну исцрпљеност.** Особа се осјећа исцрпљено и исцрпљено, преоптерећено, присутан је осјећај хроничног умора уз осјећај мањка енергије. Могу се јавити болови у стомаку и пробавне тешкоће.
- **Отуђење од активности повезаних са послом.** Особа доживљава свој посао крајње фрустрирајућим и негативним. Могу развити цинични став према радном окружењу и колегама при чему се емоционално искључују и удаљавају од посла који раде.
- **Смањење ефикасности.** Бурноут најчешће погађа свакодневне активности на послу, код куће и у бризи за чланове породице. Особе постају негативне према својим активностима, тешко се концентришу, равнодушни су и смањено креативни.

Како дијагностиковати бурноут синдром?

У дијагностици се користе различити упитници, најчешће се користи Maslach упитник за самопроцијену о бурноуту MBI (Maslach Burnout Inventory) који је доступан за различите групе занимања. У диференцијалној дијагнози треба узети у обзир да се симптоми, који настају као посљедица бурноут синдрома, могу јавити и у другим психосоматским поремећајима као што су депресија, анксиозна стања или синдром хроничног умора.

Фазе бурноут синдрома

- **Фаза меденог мјесеца** – пуни ентузијазма, посао весели, осјећате се испуњено.
- **Реалност** – примјећујете да ипак није све тако савршено, суочавате се са све више задатака. Како више радите, више се трудите, разочарење и фрустрација постају свакодневница. Схватате да нисте плаћени за свој прековремени рад и да вас посао не задовољава ни социјално ни финансијски.
- **Фаза разочарења** – упали сте у затворени круг, постајете уморни и нервозни, нагло мршавите или се дебљате, имате проблеме са спавањем. Осјећате љутњу кривећи друге за оно што вам се дешава. Анксиозност и депресија постају ваша свакодневница и често сте болесни.
- **Алармна фаза** – исцрпљени сте, потрошили сте све ваше менталне и физичке резерве. Имате осјећај сталног неуспјеха, губите самопоуздање и вјеру у себе. Ова фаза је озбиљан аларм и уколико не желите да то остави трајне посљедице на ваше здравље, вријеме је да затражите помоћ.

Како се суочити са бурноут синдромом?

Постоје **четири фазе** које прате суочавање са овим проблемом:

- Идентификовати бурноут – препознати изворе стреса у радном окружењу, испитати повезаност са симптомима анксиозности и депресије
- Пронаћи начин да се носите са бурноут синдромом
- Ако је могуће, избјећи изложеност изворима стреса
- Опоравак од бурноут синдрома

Шта можемо урадити да избјегнемо бурноут синдром

- Бити усредсређени, концентрисани на рад, аргументујте своје мишљење и докажете да сте у праву. Научите рећи “ НЕ” и радите на јачању самосвјести
- Ако не можете промијенити посао, барем промијените став. Научите поставити границе и држите их се
- Избјегавајте послове у којима увијек морате давати себе другима
- Не допустите да вам посао завлада животом. Прековремени рад ће негативно утицати на вашу способност да тај посао радите дужи временски период.
- Пронађите једно или двоје колега са којима можете разговарати и подијелити своје тешкоће.
- Планирајте и организујте сваки радни дан
- Задржите активан друштвени живот

Вјештине неопходне за суочавање са стресом

- Усвојите здраве стилове живота
- Примијените редовну и одговарајућу исхрану
- Избаците или умањите унос кофеина, шећера и никотина
- Бавите се тјелесним вјежбама ради очувања тјелесне кондиције
- Промијените распоред обавеза на послу или код куће
- Прекините активности које нису обавезне а које су вам постале оптерећење
- Задржите осјећај за хумор у ситуацијама које могу изазвати стрес
- Одржите равнотежу између рада и забаве
- Успорите и пронађите вријеме за опуштање
- Подијелите проблеме са пријатељима или породицом који су извори социјалне подршке
- Добро упознајте себе и своје границе толеранције на стрес
- Не устручавајте се да по потреби затражите савјет од стручне особе

Неопходно је схватити да је бурноут синдром знак да у нашем животу нешто погрешно функционише. Важно је да размислимо о томе, да преиспитамо своје циљеве и схватимо шта је то што нам заправо недостаје.

Бурноут синдром може бити шанса да откријемо нови начин функционисања који ће наш живот учинити квалитетнијим. Стога, уколико примјетите да изгарате, умјесто да се осјећате обесхрабени штетом која је већ настала, без устручавања потражите помоћ стручњака који ће вам на најбезболнији начин помоћи да изађете из зачараног круга у који вас је живот одвео.

Литература:

1. Maslach C., Leiter M. P. The truth about burn out. San Francisco: Jossey – Bass,
2. Jean Lugton.,Margaret Kindlen. Палијативна њега улога сестринства., пријевод са енглеског језика Милишић Емина, Сања Ђопа (право на преводње гарантује Hartcourt Brace and Company Limited)
3. Derek Doyle., David Jeffrey. Palliative care at home: Oxford University press
4. www.zdravobudi.hr.članak Burnout sindrom
5. Проф.др. Заим Јатић, Бурноут синдром (предавање)

Радни материјал 7.3. Вјежба: попуњавање упитника и дискусија о њима

Едукантима се дају двије врсте упитника да их индивидуално попуне и израчунају своје резултате за 20 минута.

Након тога се води усмјерена дискусија о тестовима и резултатима. Едукатор не смије присиљавати едуканте да говоре о својим резултатима, може се дискутовати само о резултатима оних едуканата који пристану на то (и то врло пажљиво). Може се дискутовати и уопштено о тестовима.

Упитници (ови упитници служе само за оријентациону процјену)

СТАНДАРДНИ УПИТНИК САМОПРОЦЈЕНЕ ЗА БУРНОУТ

Пред Вама се налази кратки упитник који садржи 15 тврдњи. Молим Вас да искрено процијените постављење тврдње заокруживањем једног броја уз сваку тврдњу (1 – никада, 2 – ријетко, 3 – понекад, 4 – често, 5 – увијек).

1. Да ли се лако замарате и осјећате ли се исцрпљен? 1 2 3 4 5
2. Да ли се узрујавате кад вам нетко каже да у задње вријеме не изгледате добро? 1 2 3 4 5
3. Радите ли све више и више, а имате осјећај да нисте ништа учинили? 1 2 3 4 5
4. Јесте ли заједљиви и све више разочарани свијетом око вас? 1 2 3 4 5
5. Осјећате ли се жалосним, а не знате зашто? 1 2 3 4 5
6. Јесте ли заборавни, не одете у договорену посјету или често нешто изгубите? 1 2 3 4 5
7. Јесте ли мрзовољан/а, брзо распаљив/а, очекујете ли све више од људи око вас? 1 2 3 4 5
8. Проводите ли све мање времена са пријатељима и породицом? 1 2 3 4 5
9. Јесте ли превише заузети за уобичајне потребе (комуникација мобителом, друштвене мреже)? 1 2 3 4 5
10. Осјећате ли се увијек лоше или сте стално болесни? 1 2 3 4 5
11. Да ли се осјећате сметено на крају радног дана? 1 2 3 4 5
12. Имате ли тешкоћа у постизању осјећаја среће и задовољства? 1 2 3 4 5
13. Јесте ли неспособни наругати се или нашалити на свој рачун? 1 2 3 4 5
14. Да ли вас секс оптерећује и ствара више проблема него иначе? 1 2 3 4 5
15. Да ли осјећате да имате врло мало тога рећи људима? 1 2 3 4 5

Стандардизовани упитник самопроцјене за бурноут синдром састоји се од 15 питања по Freudenbergер-овој скали изгарања, гдје се сваки одговор бодује према јачини осјећаја у скали од 1 до 5. Учесник одговара на скали од пет степени (од 1 – никада до 5 – увијек).

Ако укупан број бодова није већи од 25, особа се осјећа добро.

Од 26 – 35 бодова – потребан је опрез, јер је особа у подручју ризика.

Од 36 – 50 бодова – кандидат је за синдром изгарање.

Од 51 – 65 бодова – особа је захваћена синдромом изгарања.

Изнад 65 – особа је сагорјела.

УПИТНИК О ДОЖИВЉЕНОМ СТРЕСУ

Питања која се налазе у овој скали односе се на Вашу осјећања и мисли у току посљедњих мјесец дана. У сваком појединачном случају, означите заокруживањем колико често сте се осјећали или мислили на одређени начин (0 = никад, 1 = скоро никад, 2 = понекад, 3 = прилично често, 4 = веома често)

1. У посљедњих мјесец дана, колико често сте били узнемирени због нечега што се неочекивано догодило? 0 1 2 3 4
2. У посљедњих мјесец дана, колико често сте осјетили да нисте способни да контролишете важне ствари у животу? 0 1 2 3 4
3. У посљедњих мјесец дана, колико често сте се осјећали нервозно и "под стресом"? 0 1 2 3 4
4. У посљедњих мјесец дана, колико често сте се осјетили сигурно (увјерено) да сте способни управљати личним проблемима? 0 1 2 3 4
5. У посљедњих мјесец дана, колико често Вам се чинило да Вам све иде од руке? 0 1 2 3 4
6. У посљедњих мјесец дана, колико често Вам се чинило да се не можете носити са свим својим обавезама? 0 1 2 3 4
7. У посљедњих мјесец дана, колико сте често имали контролу над стварима које Вам сметају или Вас живцирају? 0 1 2 3 4
8. У посљедњих мјесец дана, колико често Вам се чинило да имате контролу над свиме? 0 1 2 3 4
9. У посљедњих мјесец дана, колико често сте били љути због ствари које нисте могли контролисати? 0 1 2 3 4
10. У посљедњих мјесец дана, колико често Вам се чинило да се проблеми гомилају толико да их нећете моћи ријешити? 0 1 2 3 4

Стандардизовани упитник субјективне перцепције стреса (енглески: Perceived Stress Scale) састоји се од 10 питања. Учесник одговара на љествици од пет степени (од 0 – никада до 4 – врло често). Ставке 4, 5, 7 и 8 су позитивно наведене тачке. Позитивно вредноване ставке се обрнуто рачунају, а виши резултати указују на већу разину стреса. ПСС – 10 резултати добивени су обрнутим рачунањем 4 позитивне ставке. На примјер 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, итд. и онда збрајањем свих 10 ставки. Укупан резултат добива се збрајањем одговора гдје већи резултат упућује на већи ниво перципираног стреса. Бодови око 13 сматрају се просјеком. Бодови 20 или више сматрају се високим стресом.

Модул 8. Мултидисциплинарни и мултисекторски приступ у пружању палијативне његе

8.1. Оквир модула

Трајање модула	90 минута
Циљ модула	Након активног учешћа у овој наставној јединици учесници ће бити способни да: <ul style="list-style-type: none">– опишу холистички приступ палијативној њези,– опишу елементе функционисања мултидисциплинарног тима за палијативну његу,– наброје предности мултидисциплинарног тимског рада у пружању палијативне његе.
Активности	<ol style="list-style-type: none">1. Уводно предавање са кључним порукама 15 минута2. Групни рад3. припрема Плана његе (IV дио) 35 минута,4. презентација припремљених планова његе 30 минута и5. дискусија о презентованим плановима његе 10 минута
Кључне поруке	<ol style="list-style-type: none">1. Мултидисциплинарни приступ третману пацијената обољелих од карцинома омогућава равноправно судјеловање свих чланова који својим знањем и способношћу могу на адекватан начин ријешити све препознате тегобе код пацијената. Међутим, важно је нагласити да је заправо кључна особа у мултидисциплинарном тиму пацијент, као и његова породица.2. Здравствена њега у модерном друштву је често базирана на ставу „професионалац зна најбоље“ умјесто на партнерству и пацијентовој аутономији.3. Палијативна њега управо тежи измјени оваквог става.4. Примарна функција мултидисциплинарног тима је понудити најбољи могући квалитет живота умирућем пацијенту.5. Ефикасан тимски рад зависи од добре комуникације, ефективног вођства и добре координације.6. Сваки члан тима треба да познаје сопствене лимите и да дијели доношење одлука.7. Фактори који доприносе успјешности тимског менаџмента су добар одабир сваког члана, ефектна комуникација, заједнички циљеви, као и свијест о очекивањима, двосмислености, конфликтима и преоптерећености сваког члана.
Материјали и опрема за едуканте, едукаторе	Одштампати по 15 комада презентације у Power Point-у Модул 8 и радних материјала 8.1. и 8.2.; припремити 15 блокова и оловака, један flipchart и фломастере за њега, више блокова већих „стикер“ папирића. Обезбједити по два исправна рачунара и апарата за рачунарске пројекције, продужне каблове за повезивање апарата, засебне столице и столове за едуканте, едукатора и госте који се могу помјерати у пространој, свијетлој просторији са прозорима који се могу отварати и који се могу заштитити од свјетлости кад је потребно (тамне завјесе), те посебну просторију за паузе

Радни материјал 8.2. Мултидисциплинарни и мултисекторски приступ у пружању палијативне његе (преузето из документа: „Листа најзначајнијих наставних јединица за израду курикулума са педагошким оквирима за обуку постојећих супервизора и ментора у области палијативне његе са њиховим садржајем“ који је припремила Емина Милишић–Дркић)

8. Мултидисциплинарни и мултисекторски приступ у пружању палијативне његе

Мултидисциплинарни тим окупља више стручњака у циљу постизања заједничког циља. Палијативна њега подразумијева холистички (свеобухватни) приступ пацијенту, који у средиште свог дјеловања ставља пацијента са свим његовим тегобама, физичким, психичким, емоционалним, социјалним и духовним.

Пружити холистичку његу пацијенту је немогуће без мултидисциплинарног тима, стога је функционисање палијативне његе базирано управо на заједничком тимском раду низа стручњака различитих професија. Мултидисциплинарни палијативни тим сачињавају: доктор медицине, медицинска сестра/техничар, психолог, социјални радник, физиотерапеут, фармацеут, вјерско лице, волонтер и по потреби било који други професионалац који може задовољити потребе палијативног пацијента.

У холистичком приступу, који је најважније начело рада у палијативној њези, улога сваког члана мултидисциплинарног тима укључује више компоненти од којих је најважнији рад са самим пацијентом, затим рад са породицом обољелог те подршка и помоћ осталим члановима тима. Добро организован и ефикасан тим подиже квалитет пружене његе, што доводи до већег задовољства пацијента и његове породице а истовремено снижава ниво стреса код здравствених радника.

Да би се избјегло фрагментисано и неповезано дјеловање чланова тима, тим треба имати вођу тима који координира њихов рад. Вођа тима је најодговорнија особа за квалитетно вођење тима и њихов квалитетан и професионалан рад, стога треба посједовати знање и компетентност за вођење тима као и организацијске способности. Тим не мора радити у континуитету него дјелује када постоји потреба за рјешавањем захтјевније проблематике код пацијента.

За квалитетан мултидисциплинарни приступ у палијативној њези неопходно је да сви чланови тима имају висок ниво професионалног знања о специфичној проблематици која је везана уз основни циљ.

Основни услови за адекватно функционисање мултидисциплинарног тима

- Сваки члан има право изнијети своје мишљење и ставове, са којим се други чланови тима могу и не морају слагати али их морају уважавати и укључити у дискусију везану за доношење стратегије о дјеловању.
- Сви чланови раде на заједничком циљу узајамно се допуњавајући и поштујући своју и одговорност других чланова.

Предност мултидисциплинарног тимског рада

Поред свих тешкоћа у организацији рада једног мултидисциплинарног тима, важно је нагласити његове предности:

- Бољи резултати рада и већи квалитет
- Брже рјешење проблема

- Једноставнија комуникација
- Већи степен одговорности сваког члана приликом доношења одлука
- Мање грешака у раду
- Мањи ниво стреса за чланове тима
- Веће задовољство пацијента и породице
- Финансијска исплативост

Мултидисциплинарни приступ третману пацијената обољелих од карцинома омогућава равноправно учествовање свих чланова који својим знањем и способношћу могу на адекватан начин ријешити све препознате тегобе код пацијената. Међутим, важно је нагласити да је заправо кључна особа у мултидисциплинарном тиму пацијент, као и његова породица.

Здравствена њега у модерном друштву је често базирана на ставу „професионалац зна најбоље“ умјесто на партнерству и пацијентовој аутономији. Палијативна њега управо тежи измјени оваквог става. Примарна функција мултидисциплинарног тима је понудити најбољи могући квалитет живота умирућем пацијенту.

Ефикасан тимски рад зависи од добре комуникације, ефективног вођства и добре координације. Сваки члан тима треба да познаје сопствене лимите и да дијели доношење одлука. Фактори који доприносе успјешности тимског менаџмента су добар одабир сваког члана, ефектна комуникација, заједнички циљеви, као и свијест о очекивањима, двосмислености, конфликтима и преоптерећености сваког члана.

Литература:

1. Jean Lugton.,Margaret Kindlen. Палијативна њега улога сестринства., пријевод са енглеског језика Мишлић Емина, Сања Ђопа (право на превод гарантује Hartcourt Brace and Company Limited)
2. Derek Doyle., David Jeffrey. Palliative care at home: Oxford University press
3. Kaye, P. A –Z of Hospice and Palliative medicine

Модул 9. Евалуација едукације

9.1. Оквир модула

Трајање модула	90 минута
Циљеви	Евалуирати едукацију
Активности	<ul style="list-style-type: none">– Увод 20 минута– Евалуација уз помоћ слика 65 минута– Затварање едукације пет минута
Материјали и опрема за едуканте, едукаторе	<p>Дати свим учесницима документ: „Пакет за обуку постојећих супервизора и ментора у области палијативне његе у Републици Српској и Федерацији Босне и Херцеговине“, заједно са прилозима (одштампан у боји).</p> <p>Одштампати по 15 комада презентације у Power Point-у Модул 9 и радних материјала 9.1. (слике штампати у већем формату, у боји); припремити 15 блокова и оловака, један flipchart и фломастере за њега, више блокова већих „стикер“ папирића. Обезбједити по два исправна рачунара и апарата за рачунарске пројекције, продужне каблове за повезивање апарата, засебне столице и столове за едуканте, едукатора и госте који се могу помјерати у пространој, свијетлој просторији са прозорима који се могу отворити и који се могу заштитити од свјетлости кад је потребно (тамне завјесе), те посебну просторију за паузе</p>



Slika 1.



Slika 2.



Slika 3.



Slika 4.



Slika 5.



Slika 6.



Slika 7.



Slika 8.



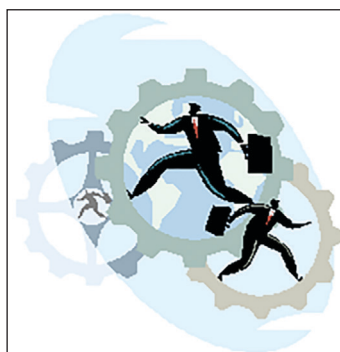
Slika 9.



Slika 10.



Slika 11.



Slika 12.



Slika 13.



Slika 14.

Радни материјал 9.2. Слике за евалуацију обуке

Смјернице за едукаторе

Замолиите едуканте да сједну у круг и да одговоре на питања:

1. Како вам се чине активности у току протекла три дана?
2. Како сте се осјећали у току претходна три дана?
3. Шта сте научили?
4. Како ћете то примјенити?

Онда замолиите да свако изабере једну слику и напише на полеђини своја размишљања о завршеној едукацији. Заједно продискутујте одговоре и захвалите се едукантима.

Литература

1. Presentation Basics, Robert J. Rosania, ASTD Press, 2003
2. Coaching training, Chris W. Chen, ASTD Press, 2003
3. More Team Games for Trainers, Carolyn Nilson, McGraw–Hill, 1998
4. The adult learner, Malcolm S. Knowles¹, Gulf Publishing Edition, 1998
5. The Winning Trainer, Julius E. Eittington, Butterworth and Heinemann, 2002
6. Educational Handbook for Health Personnel, J.–J. Guilbert, WHO Offset Publication, reprinted in 2001
7. The Coaching Manuel, The definitive guide to the process, principles and skills of personal coaching Julie Starr, Pearson Education Limited, 2002
8. Developing and Training Human Resources in Organization, Gary Latham and Kenneth Wexley, Pearson Education Limited, 2001
9. Како успешно учити у тиму, Н. Klippert, EDUCA Загреб, 2001
10. Едукација едукатора, З. Груден, Медицинска наклада Загреб, 1997
11. Психотерапијска педагогија, З. Груден, Медицинска наклада Загреб, 1994
12. Здравствени одгој, В. Илић, Завод за заштиту здравља СРХ – Загреб, 1987
13. Learning from our lives, P. Dominice
14. Active Learning Series, Cryer D., Harms T., Bourland B., Addison–Wesley Publishing Company New York, 1988
15. Емоционална интелигенција, Goleman D., Геопоетика Београд, 2005
16. Социјална интелигенција, Goleman D., Геопоетика Београд, 2007
17. Обједињени ресурсни пакет за одговор пружалаца здравствених и психосоцијалних услуга у Републици Српској на родно засновано насиље, Лолић.А (уредник), УНФПА, 2018
18. Материјали професорке Viviane Jacot и професорке Мирјане Маврак (радни материјали, нису публиковани)
20. Листа најзначајнијих наставних јединица за израду курикулума са педагошким оквирима за обуку постојећих супервизора и ментора у области палијативне његе са њиховим садржајем, Милишић–Дркић, Е., (припремљено, није публиковано)

ЛИСТА ЗА ЕВИДЕНТИРАЊЕ
ПЛАНИРАНИХ ГОДИШЊИХ ПРЕГЛЕДА

ЛИСТА ЗА ЕВИДЕНТИРАЊЕ ПЛАНИРАНИХ ГОДИШЊИХ ПРЕГЛЕДА

Име пацијента	Датум рођења	Број картона	Датум када је вријеме за годишњи преглед	Послани позив (датум) Кућа (К) Амбуланта (А)	Датум када је извршен годишњи преглед	Датум позивања за пацијенте који се не одазову (3 мјесеца након заказаног прегледа)*

*Заказати поново преглед за 3 мјесеца послје. Направити забилешке у картону пацијента о неодржавању

КОНТРОЛНА ЛИСТА ЗА ГОДИШЊИ
ПРЕГЛЕД ПАЦИЈЕНАТА ОБОЉЕЛИХ
ОД ДИЈАБЕТЕСА

КОНТРОЛНА ЛИСТА ЗА ГОДИШЊИ ПРЕГЛЕД ПАЦИЈЕНАТА ОБОЉЕЛИХ ОД ДИЈАБЕТЕСА

Име пацијента:

Датум годишњег прегледа:

Преглед обавио/ла:

	Активност:	Означити квачицом	Унијети коментар
Самозбрињавање	Самостално праћење нивоа шећера у крви		
	Свијест о хипогликемији		
	Превенција хипогликемије		
Животне навике	Физичка активност		
	Исхрана		
	Пушење		
	Конзумирање алкохола		
Њега дијабетичког стопала	Едукација		
	Физички преглед		
	Тест сензитивности		
	Палпација пулса на стопалима		
Провјера кориштења прописане терапије	Разумијевање терапије		
	Придржавање терапије		
	Терапија за дијабетес мелитус		
	Техника убризгавања инсулина		
	Терапија за регулисање масноћа у крви		
	Терапија за регулисање крвног притиска		
Животно задовољство/			
Ментално здравље			
Сексуално здравље			
Увид у имунизацију			
Мјерење КП			
Мјерење ИТМ (БМИ)			
Ниво шећера у крви			
НбА1с	Датум последњег мјерења:		
	Вриједност НбА1с:		
Масноће у крви	Датум последњег мјерења:		
	Вриједности:		
Последњи преглед ока	Датум:		
Последњи преглед микроалбуминурије	Датум:		
	Вриједност:		
Додатна едукација	Теме:		
Унијети име пацијента у годишњу евиденцију за позиве		Оквирни датум планиране посјете:	

КОНТРОЛНА ЛИСТА ЗА ГОДИШЊИ
ПРЕГЛЕД ПАЦИЈЕНАТА СА ХОБП

КОНТРОЛНА ЛИСТА ЗА ГОДИШЊИ ПРЕГЛЕД ПАЦИЈЕНАТА СА ХОБП

Име пацијента:

Датум годишњег прегледа:

Преглед обавио/ла:

	Активност:	Означити квачицом	Унијети коментар
Преглед симптома	Акутно погоршање		
	Свакодневне активности		
Самозбрињавање	Праћење вршног експиријумског протока		
	План самозбрињавања		
	Мјере у случају здравственог погоршања		
Животне навике	Физичка активност		
	Исхрана		
	Престанак пушења		
	Техника ублажавања симптома		
Животно задовољство			
ментално здравље			
Провјера кориштења прописане терапије	Разумијевање терапије		
	Придржавање терапији		
	Техника кориштења инхалатора		
Увид у имунизацију			
Мјерење КП			
Мјерење ИТМ (БМИ)			
Додатна едукација	Теме:		
Унијети име пацијента у годишњу евиденцију за позиве		Оквирни датум планиране посјете:	

КОНТРОЛНА ЛИСТА ЗА ГОДИШЊИ
ПРЕГЛЕД ПАЦИЈЕНАТА СА
ХИПЕРТЕНЗИЈОМ

КОНТРОЛНА ЛИСТА ЗА ГОДИШЊИ ПРЕГЛЕД ПАЦИЈЕНАТА СА ХИПЕРТЕНЗИЈОМ

Име пацијента:

Датум годишњег прегледа:

Преглед обавио/ла:

	Активност:	Означити квачицом	Унијети коментар
Животне навике	Физичке активности		
	Исхрана		
	Пушење		
	Алкохол		
Животно задовољство			
Ментално здравље			
Провјера кориштења прописане терапије	Разумијевање терапије		
	Придржавање терапији		
Увид у имунизацију			
Мјерење КП			
Мјерење ИТМ			
Посљедње мјерење липида у крви (датум и вриједност)			
Посљедња контрола урее и електролита (датум и вриједност)			
Додатна едукација	Теме		
Унијети име пацијента у годишњу евиденцију за позиве			Оквирни датум планиране посјете:

ВОДИЧ ЗА МЕНТОРСКЕ КУЋНЕ
ПОСЈЕТЕ ПАЦИЈЕНТИМА
СА ПОТРЕБАМА
ЗА ПАЛИЈАТИВНОМ ЊЕГОМ

ВОДИЧ ЗА МЕНТОРСКЕ КУЋНЕ ПОСЈЕТЕ ПАЦИЈЕНТИМА СА ПОТРЕБАМА ЗА ПАЛИЈАТИВНОМ ЊЕГОМ

Циљеви менторисања:

- Напредна фаза болести у којој се може утицати само на симптоме (испуњава договорене критерије за кућну посјету, везан за кућу, али не постоји потреба за болничким смјештајем)

Процијењено вријеме за кућну посјету са ментором (укупно 90 мин + 30 мин проведених у путу = 120 мин/2 сата)

- Припремни разговор и преглед пацијентовог здравственог картона – 15 мин
- Одлазак у кућну посјету да би се процијенили симптоми и осигурало све што је потребно за контролу симптома, и за пацијента и за породицу – 60 мин
- Повратне информације и разговор – 15 мин

Седмицу прије доласка ментора, медицинска СуЗ има задатак да:

1. Пронађе одговарајућег пацијента/породицу

- Са познатом дијагнозом болести у напредном стадијуму/неизљечиве болести
- Са тешким симптомима који захтијевају процјену и контролу
- Испуњава критерије за кућну посјету

Контактира пацијента/породицу, добије сагласност и договори одговарајући термин за менторску кућну посјету у трајању од једног сата

2. Приступи здравственом картону пацијента и забиљежи слjedeће:

- Попис дијагноза са датумима
- Тренутну прописану терапију
- Утврђен и договорен крајњи циљ: палијативна њега

3. Дан прије доласка ментора, СуЗ има задатак да:

- Контактира пацијента/породицу и потврди договорено вријеме за кућну посјету
- Припреми потребне информације из пацијентовог здравственог картона, нпр. дијагноза, списак лијекова, налаз анализе крви
- Припреми опрему, нпр. апарат за мјерење притиска, глукометар, монофиламент
- Припреми копије едукативног материјала за пацијента
- Организује превоз, уколико је потребан

Име ментора		
Стање пацијента	Проблеми/ питања о којима се разговарало	Коментари ментора
Опште тачке	Припрема	Да ли се СуЗ адекватно припремила? Да ли је знала за постојање коморбидитета? Да ли је имала списак лијекова које пацијент тренутно узима и резултате анализе крви? Да ли је имала одговарајућу опрему која је функционисала? Едукативни материјал за пацијента?
	Комуникационе вјештине	Отворена питања? Контакт очима? Одговарајуће изражавање (прилагођено степену образовања, родној припадности, религијским увјерењима и старости пацијента)? Неосуђујући став? Укључила неговатеља уколико је било прикладно? Користити методу Teach Back (Покажи ми) како би се провјерило да ли је пацијент схватио поступак Финални резиме да се утврди да је пацијенту јасно који су наредни кораци Упознавање пацијента/породице са правима и обавезама из домена здравствене заштите Показивање поштовања и емпатије/приватност Пацијент замољен да поставља питања Препознавање колико је пацијент схватио и ситуације у којима је потребна додатна посјета, посебно у случајевима који захтијевају едукацију пацијента/породице
	Провјера коришћене терапије	Питања отвореног типа у вези са придржавањем терапији. Које лијекове узимате? НЕ „да ли узимате све прописане лијекове“? Да ли је СуЗ користила формулар за провјеру прописане терапије? Да ли је имала приступ прописаној терапији у електронској форми? Да ли се о свим лијековима разговарало у вези са: <ul style="list-style-type: none"> – Разумијевањем сврхе – Режимом – Придржавањем/разлозима за непридржавање (укључујући финансијски аспект и расподјелу ресурса и задатака у породици) – Нуспојавама Формулар за провјеру прописане терапије коректно испуњен
	Документација	Исправно вођена документација у здравственом картону пацијента Исправно испуњена евиденција у одговарајућем картону за преглед палијативног пацијента Упућивање на даљу негу или другом специјалисти по потреби

Контрола симптома	Процјена симптома	Детаљна процјена патње пацијента и породице уз документовање Посебно постојање бола, кратког даха, страха, несанице
	Третирање симптома	Провјера доступности терапије (рецепт за лијекове, залихе лијекова) Провјера исправности начина аплицирања (преферира се пер ос или трансдермално) и дозирања лијека
	Самостално третирање симптома	Провјера колико пацијент/породица знају о третирању симптома (медицински и немедицински) Провјера придржавања терапији (страхови и предрасуде нпр. морфиј)
Комуникација унутар породице	Схватање прогнозе и главног циља третирања пацијента и породице	Провјера очекивања пацијента и очекивања породице (уколико је могуће у присуству и пацијента и породице) Провјера постојања страхова и брига и код пацијента и код породице (нпр. због жеђи и глади) Провјера гдје пацијент жели да умре, а шта жели породица Идентификација његоватеља унутар породице, процјена подјеле задатака, те евентуална потреба за прерасподјелом задатака и додатном помоћи
	Заблуде	Провјера постојања лажне наде и непотребних жеља у лијечењу Провјера информисаности са непотребним давањем инфузије и витаминских додатака и њиховом негативном утицају на пацијента
Наредни кораци	Планирање	План здравствене његе и документовање обављене кућне посјете План у случају хитне ситуацију на лицу мјеста Договорена наредна посјета и телефонски контакт Листа ствари које је потребно урадити, и о њима дискутовати са ДПМ (у писаној форми) Комуникација са социјалним и другим службама подршке у заједници
	Општи утисак о менторисаној патронажној сестри / техничару	Да ли се понашала професионално у односу са пацијентом и са ментором? Прихватање сугестија?

ВОДИЧ ЗА МЕНТОРСКЕ ПОСЈЕТЕ
ПАЦИЈЕНТИМА ОБОЉЕЛИМ ОД
ХРОНИЧНИХ БОЛЕСТИ

ВОДИЧ ЗА МЕНТОРСКЕ ПОСЈЕТЕ ПАЦИЈЕНТИМА ОБОЉЕЛИМ ОД ХРОНИЧНИХ БОЛЕСТИ

Циљеви менторисања:

- Кућна посјета ради годишњег прегледа пацијента са хроничним обољењем који испуњава договорене критерије за кућну посјету (везан за кућу, није долазио у амбуланту у посљедњих 12 мјесеци)
- Преглед лијекова (пацијентово разумијевање и придржавање)

Процијењено вријеме за кућну посјету са ментором (укупно 90 мин + 30 мин проведених у путу = 120 мин/2 сата)

- Припремни разговор и преглед пацијентовог здравственог картона – 15 мин
- Одлазак у кућну посјету пацијенту са хроничним обољењем – 60 мин
- Повратне информације и разговор – 15 мин

Седмицу прије кућне посјете са ментором, СуЗима задатак да:

1. Пронађе одговарајућег пацијента:
 - Са утврђеном дијагнозом дијабетеса, хроничне опструктивне болести плућа или хипертензије
 - Којем је вријеме за преглед или који никад није имао годишњи преглед
 - Испуњава критерије за кућну посјету
2. Контактира пацијента, добије сагласност и договори одговарајући термин за менторску кућну посјету у трајању од једног сата. Уколико је потребно, позвати и његоватеља да присуствује
3. Приступи здравственом картону пацијента и забиљежи сљедеће:
 - Попис дијагноза са датумима
 - У случају постојања коморбидитета, планирати да се у склопу једне кућне посјете уради преглед за сва хронична обољења
 - Резултате релевантне недавне анализе крви
 - Списак тренутно прописаних лијекова

Дан прије кућне посјете са ментором, СуЗ има задатак да:

- Контактира пацијента и потврди договорено вријеме за кућну посјету
- Припреми потребне информације из пацијентовог здравственог картона нпр. списак лијекова, налаз анализе крви
- Припреми опрему нпр. апарат за мјерење притиска, глукометар, монофиламент
- Припреми одговарајућу контролну листу за контролу пацијента са хроничним обољењем и формуларе за евиденцију
- Припреми едукативни материјал за пацијента
- Организује превоз, уколико је потребан

Име ментора		
Стања пацијента	Питања/проблеми о којима се разговарало	Коментари ментора
Сви пацијенти Кућна посјета за пацијенте са хроничним обољењем: кратак опис дијагнозе и стања пацијента (DM, HTA, HОBP)	Припрема	Да ли се СуЗ адекватно припремила? Да ли је знала за постојање коморбидитета? Да ли је имала списак лијекова које пацијент тренутно узима и резултате анализе крви? Да ли је имала одговарајућу опрему која је функционисала? Едукативни материјал за пацијента?
	Комуникационе вјештине	Отворена питања? Контакт очима? Одговарајуће изражавање? (прилагођено степену образовања, родној припадности, религијским увјерењима и старости пацијента)? Неосуђујући став? Укључила неговатеља уколико је било прикладно (припрема хране, хигијена, адаптација животног простора и све друге аспекте у које је укључен)? Користити методу Teach Back (Покажи ми) како би се провјерило да ли је пацијент схватио поступак. Финални резиме да се утврди да је пацијенту јасно који су наредни кораци. Упознавање пацијента/ породице са правима и обавезама из домена здравствене заштите. Показивање поштивања и емпатије/приватност Пацијент замољен да поставља питања. Препознавање колико је пацијент схватио и ситуације у којима је потребна додатна посјета како би се испунили сви дијелови формулара за контролу стања, посебно у случајевима који захтијевају едукацију пацијента
	Провјера кориштења прописане терапије	Питања отвореног типа у вези са придржавањем терапији. Које лијекове узимате? НЕ „да ли узимате све прописане лијекове“? Да ли је СуЗ користила формулар за провјеру прописане терапије? Да ли је имала приступ прописаној терапији у електронској форми? Да ли се о свим лијековима разговарало у вези са: – Разумијевањем сврхе – Режимом – Придржавањем/разлозима за непридржавање (укључујући финансијски аспект и расподјелу ресурса и задатака у породици) – Нуспојавама Формулар за провјеру прописане терапије коректно испуњен
	Документација	Исправно вођена документација у здравственом картону пацијента Исправно попуњена евиденција у картону за годишњи преглед Упућивање на даљу здравствену његу или другом специјалисти по потреби Комуникација са социјалним и другим службама подршке у заједници

	Планирање	План здравствене његе и документовање обављене кућне посјете Договорена наредна посјета и телефонски контакт Листа ствари које је потребно урадити, и о њима дискутовати са ДПМ (у писаној форми) Комуникација са другим службама подршке у заједници, према потреби
	Општи утисак о менторисаној СуЗ	Да ли се понашала професионално у односу са пацијентом и са ментором? Прихватање сугестија?
Кућна посјета пацијенту са <i>Diabetes mellitusom</i>	Опште тачке	Резултати недавно урађене анализе крви прегледани и објашњени пацијенту Исправна употреба одговарајућег картона за евиденцију Преглед обављен према логичном редослиједу Све тачке у одговарајућем картону су обрађене или планиране за додатну посјету
	Преглед стопала	Прегледана оба стопала У којој мјери је СуЗ овладала техником прегледа стопала (користи монофиламенте и звучне виљушке)? Да ли је ментор морао демонстрирати преглед стопала? Гљивичне инфекције/савјет за терапију? Савјет пацијенту како сам да води бригу о стопалима? Да ли су запажања исправно евидентирана у одговарајућем картону?
	Хипогликемија (појава у претходним мјесецима, спознаја, акција и превенција)	Да ли је СуЗ питала о препознавању симптома, као и да ли се често јављају? Шта пацијент ради када се појаве симптоми? Савјети за узимање угљикохидрата који полако ослобађају шећер? Превенција? Питати да пацијенти покажу шећер или слаткише које носе са собом
	Техника давања инсулинске ињекције/ ротирање мјеста убризгавања	Посматрање демонстрације технике убризгавања? Да ли је СуЗ питала и савјетовала о промјени мјеста убризгавања? Преглед мјеста убризгавања?
	Исхрана	Отворена питања нпр. шта је пацијент јео јучер? Да ли је дата исправна информација о исхрани? Да ли је савјет усклађен према пацијенту (укључујући финансијски аспект и расподјелу ресурса и задатака у породици)? Да ли је његоватељ био укључен? Да ли се провјерило да ли је пацијент разумио?
	Престанак пушења	Статус? Фаза промјене? Број паковања и година пушења? Одговарајући савјет у складу са годинама, полом, обољењем и фазом промјене (кратко подстаћи на размишљање; заказати посебно савјетовање за престанак пушења уколико је у фази размишљања/ припреме?
	Алкохол	Да ли је пацијент упитан за учесталост, количину и врсту алкохола? Да ли је објашњен ризик од хипо и хипергликемије?
	Вјежбање	Врста и учесталост вјежби које су евидентирани Уколико је било потребно, да ли је пацијент упитан на који начин се могу појачати вјежбе? Постављање циљева који се могу постићи?
	Кардиоваскуларни ризик – крви притисак, мјерење индекса тјелесне масе	Техника мјерења крвног притиска? Измјерен индекс тјелесне масе? Измјерен обим струка?

	Самоконтрола нивоа шећера у крви	Да ли је пацијент демонстрирао употребу глукометра? Да ли је опрао руке прије узимања крвног узорка? Да ли је СуЗ питала пацијента колико често и када (прије и након јела) врши мјерење? Да ли води евиденцију? Шта пацијент подузме у случају високог нивоа шећера у крви? Да ли се разговарало о калибрацији глукометра?
	Сексуално и ментално здравље	Да ли се разговарало о томе? Да ли је било прикладно (културолошки, у складу са полом, годинама)?
Кућна посјета пацијенту са НОВР	Опште тачке	Исправна употреба одговарајућег картона за евиденцију Преглед обављен према логичном редослиједу Све тачке у одговарајућем картону су обрађене или планиране за додатну посјету
	Техника инхалирања	Да ли је СуЗ провјерила да ли пацијент узима редовну и исправну терапију? Да ли је прво замолила пацијента да демонстрира употребу инхалатора? Уколико није правилно користио, да ли му је показала исправну технику?
	Мјерење вршног протока ваздуха (PEF)	Да ли је СуЗ измјерила и документовала вршни проток ваздуха код пацијента? До које мјере је овладава техником? Да ли јој је била позната интерпретација вриједности вршног протока и потребне процедуре?
	Престанак пушења	Статус? Фаза промјене? Број паковања и година пушења? Одговарајући савјет у складу са годинама, полом, обољењем и фазом промјене (кратко подстаћи на размишљање; заказати посебно савјетовање за престанак пушења уколико је у фази размишљања/ припреме?)
	Вјежбање	Врста и учесталост вјежби које су евидентирани Уколико је било потребно да ли је пацијент упитан на који начин се могу појачати вјежбе? Постављање циљева који се могу постићи?
	Исхрана	Отворена питања, нпр. шта је пацијент јео јуче? Да ли је дата исправна информација о исхрани? Да ли је савјет усклађен према пацијенту (укључујући финансијски аспект и и расподјелу ресурса и задатака у породици)? Да ли је његоваатељ био укључен? Да ли се провјерило да ли је пацијент разумио?
	Учесталост погоршања здравственог стања	Постављање циљева који се могу постићи?
	Статус имунизације	Да ли је провјерен вакцинациони картон?
	Мјерење крвног притиска и индекса тјелесне масе	Исправно изведено и забиљежено
Кућна посјета пацијенту са хипертензијом	Опште тачке	Исправна употреба одговарајућег картона за евиденцију Преглед обављен према логичном редослиједу Све тачке у одговарајућем картону су обрађене или планиране за додатну посјету

Мјерење крвног притиска и индекса тјелесне масе	Исправно изведено и забиљежено
Липиди у крви	Прегледани и објашњени пацијенту
Исхрана	Отворена питања, нпр. шта је пацијент јео јуче? Да ли је дата исправна информација о исхрани? Да ли је савјет усклађен према пацијенту (укључујући финансијски аспект и расподелу ресурса унутар породице)? Да ли је његоваатељ био укључен? Да ли се провјерило да ли је пацијент разумио?
Престанак пушења	Статус? Фаза промјене? Број паковања и година пушења? Одговарајући савјет у складу са годинама, сполом, обољењем и фазом промјене (кратко подстицати на размишљање; заказати посебно савјетовање за престанак пушења уколико је у фази размишљања/припреме?)
Конзумирање алкохола	Учесталост, количина и врста алкохола за коју сте питали? Дат је прикладан савјет (културолошки, у складу са полом, годинама)?
Вјежбање	Врста и учесталост вјежби које су евидентирани Уколико је било потребно да ли је пацијент упитан на који начин се могу појачати вјежбе? Постављање циљева који се могу постићи?

ВОДИЧ ЗА МЕНТОРСКЕ ПОСЈЕТЕ
УЗ ПРОЦЈЕНУ СОЦИЈАЛНОГ СТАТУСА

ВОДИЧ ЗА МЕНТОРСКЕ ПОСЈЕТЕ УЗ ПРОЦЈЕНУ СОЦИЈАЛНОГ СТАТУСА

План менторисања за редовну кућну посјету СуЗ уз процјену социјалног статуса

Циљеви менторисања:

- Процјена социјалног статуса пацијента који задовољава критериј за кућну посјету (пацијент има основно обољење, са сумњом или назнаком да је и социјално угрожен и чија здравствена њега захтијева укључивање социјалног сектора)

Процијењено вријеме за кућну посјету са ментором (укупно 90 мин + 30 мин проведених у путу = 120 мин/2 сата)

- Припремни разговор и преглед пацијентовог здравственог картона – 15 мин
- Одлазак у кућну посјету – 60 мин
- Повратне информације и разговор -15 мин

Седмицу прије кућне посјете са ментором, СуЗ има задатак да:

- Пронађе одговарајућег пацијента
 - За којег се сумња или постоје знаке да је и социјално угрожен и чија здравствена њега захтијева укључивање социјалног сектора
 - Испуњава критериј за кућну посјету
- Контактира пацијента/породицу, добије сагласност и договори одговарајући термин за менторску кућну посјету у трајању од једног сата. Уколико је потребно, позвати и његова-теља да присуствује.
- Приступи здравственом картону пацијента и забиљежи сљедеће:
 - Попис дијагноза
 - Радни статус
 - Брачно стање
 - Остале релевантне податке

Дан прије кућне посјете са ментором, СуЗ има задатак да:

- Контактира пацијента/породицу и потврди договорено вријеме за кућну посјету
- Припреми потребне информације из пацијентовог здравственог картона
- Припреми копије едукативног/информативног материјала за пацијента
- Организује превоз, уколико је потребан

Име ментора		
Стање пацијента	Проблеми/питања о којима се разговарало	Коментари ментора
Опште тачке	Припрема	Да ли се СуЗ добро припремила? Да ли је одабрала адекватног пацијента? Да ли је припремила едукативни/информативни материјал за пацијента?
	Породичне прилике	Да ли је пацијент у браку, има ли дјецу/родитеље/браћу/сестре, или некога од ближих сродника са којима има добру комуникацију? Какви су њихови односи, да ли се међусобно поштују/помажу/посјећују? Да ли је СуЗ разговарала и са осталим члановима породице, са дјецом, те примјетила да ли има одређених пропуста у одгоју, да ли је видљива васпитна запуштеност, физичка или емоционална запуштеност дјече, да ли имају адекватну бригу, родитељски надзор, одржавају ли личну хигијену, иду ли у школу? Да ли постоје одређена вјерска/духовна увјерења код пацијента/породице која утичу на сарадњу и која захтијевају да СуЗ прилагоди свој приступ?
	Покретљивост пацијента	Да ли је пацијент покретан или непокретан? Да ли је способан самостално обављати АСЖ или му је неопходна туђа помоћ? Да ли му неопходну помоћ пружају чланови породице или његоваатељ? Да ли је породици потреба додатна помоћ за њега пацијента? Да ли породица посједује возило или постоји организовани начин превоза до здравствене или неке друге установе?
	Брачни/партнерски односи	Да ли је СуЗ утврдила какви су односи пацијента и партнера, да ли има честих свађа, сукоба, ускраћивања финансија, нескладне комуникације, пријетњи разводом, игнорисање од стране једног партнера, пријетњи да ће извршити физичко насиље према себи или партнеру, да ли је пацијенту забрањен излазак из куће, дружење, посјета родбини или здравственој установи? Каква је подјела моћи и задатака између мушких и женских чланова породице?
	Насиље у породици	Да ли је пацијент икада био жртва физичког насиља (ударање, гурање, гађање предметима), психичког насиља (вријеђање, омаловажавање, називање погрдним именима, узнемиравање), економског насиља (одузимање новчаних средстава, ускраћивање властитих новчаних средстава), сексуалног или неког другог вида насиља уопће? Да ли је пацијент насилан или је био насилан?
	Прихваћеност од стране сусједства	Да ли пацијенту помажу комшије, или га избјегавају, игноришу, провоцирају, учестало позивају полицију или постоји неки други вид неслагања који угрожава здравствено и социјално благостање пацијента?
	Материјална ситуација и остварена права	Да ли пацијент има стални извор прихода (запослење, пензија, помоћ породице), или приход од стране социјалне службе (стална или повремена социјална помоћ), или приход због инвалидности? Ако пацијент има одређена неостварена права, да ли је њему/породици/ СуЗ дала упуте како да оствари та права?
	Стамбени услови	Какви су услови становања, да ли је обезбијеђено гријање, струја, вода, расвјета, основно покућство? Да ли је хигијена задовољавајућа? Да ли је простор адекватан пацијентовом здравственом стању?

	<p>Укљученост у активности у заједници</p>	<p>Да ли је пацијент активан у локалној заједници, у оквиру својих могућности, да ли је члан невладиних организација или удружења ?</p>
	<p>Особе са потешкоћама у психичком и физичком развоју, особе обољеле од тежих душевних обољења, бивши и активни оvisници о психоактивним супстанцама, алкохолу и другим токсикоманијама</p>	<p>Да ли се пацијент јавља редовно на контролне прегледе, да ли има већи број поновних хоспитализација, да ли је имао присилних хоспитализација, да ли је имао покушај суицида, да ли му је потребан надзор од стране друге особе?</p>
<p>Наредни кораци</p>	<p>Планирање</p>	<p>Да ли је СуЗ документовала кућну посјету и евидентирала у постојећу важећу медицинску документацију установе све неопходне податке? Да ли је на адекватан начин евидентирала процјену социјалног статуса и све утврђене социјалне потребе пацијента? Да ли је испунила препоруку центру за социјални рад и/или евидентирала запажања у електронски картон пацијента? Да ли је пацијент потпуно упознат и спреман на то да, с обзиром на стање у којем се налази, је неопходно укључити социјалну службу? Да ли је планирана наредна посјета?</p>

ИЗВЈЕШТАЈНИ ОБРАЗАЦ
ЗА МЕНТОРСТВО

ИЗВЈЕШТАЈНИ ОБРАЗАЦ ЗА МЕНТОРСТВО

Дом здравља:

Име и презиме СуЗ:

Печат установе:

Потпис главне сестре/техничара:

Датум: _____

СуЗ _____

Ментор	Ситуација пацијента	Питања/проблеми о којима се разговарало	Коментар ментора

Датум: _____

СуЗ _____

Коментар ментора о СуЗ:

Потпис ментора

ИЗВЈЕШТАЈНИ ОБРАЗАЦ
ЗА САСТАНКЕ КОЛЕГИЈАЛНИХ ГРУПА

ИЗВЈЕШТАЈНИ ОБРАЗАЦ ЗА САСТАНКЕ КОЛЕГИЈАЛНИХ ГРУПА

ЈЗУ Дом здравља _____

Састанак радних колегијалних група

Састанак бр.: _____

Датум: _____

Координатор колегијалне групе: _____

Датум:

Трајање:

Мјесто одржавања:

Списак присутних:

-
-

Координатор групе:

Записничар/-ка:

Дневни ред:

-
-

Имена медицинских сестара/техничара које су представиле случај из праксе:

-

Теме о којима се дискутовало у другом дијелу састанка (име и функција предавача):

-

Закључци

-

Приједлог тема за сљедећи састанак колегијалне групе

-

Имена медицинских сестара/техничара које ће представити случајеве из праксе

-

ВОДИЧ ЗА ИНТЕРВЈУ СА
ПРИПАДНИЦИМА РАЊИВИМ ГРУПА
СТАНОВНИШТВА/ЧЛАНОВИМА
ЊИХОВИХ ПОРОДИЦА

ВОДИЧ ЗА ИНТЕРВЈУ СА ПРИПАДНИЦИМА РАЊИВИМ ГРУПА СТАНОВНИШТВА/ЧЛАНОВИМА ЊИХОВИХ ПОРОДИЦА

1. Када се разболите Ви или члан Ваше породице, које здравствене услуге су Вам потребне? Које здравствене услуге обично користите?
2. Које су главни проблеми са којима се сусрећете приликом посјете здравственој установи у Вашем мјесту?
 - а. високи трошкови лијечења
 - б. тешкоће у путовању ка здравственој установи
 - ц. недоступност лијекова
 - д. здравствени радници не одговарају на исказане потребе
 - е. дуго вријеме чекања
 - ф. неодговарајуће радно вријеме
 - г. друго (молимо да наведете)
3. Да ли сматрате да здравствене услуге доступне у здравственој установи у Вашем мјесту адекватно одговарају Вашим потребама и потребама Ваше породице за здравственом заштитом? Ако не, зашто не?
4. Да ли користите друге здравствене или социјалне услуге (путем центра за социјални рад, не-владиних организација, других неформалних мрежа)?
5. Да ли сте укључени у програм примарне здравствени заштите намијењен рањивим групама становништва?
6. Да ли имате неку врсту здравственог осигурања?
7. Да ли је Вама или некоме кога познајете ускраћена медицинска услуга због немогућности плаћања? Да ли се десило да сте требали здравствену услугу или лијекове а да их нисте тражили зато што их не можете приуштити?
8. Да ли сте задовољни са односом здравствених радника у јавним здравственим установама према пацијентима?
9. По Вашем мишљењу, шта би могло помоћи пацијентима да имају задовољавајуће искуство у установи ПЗЗ? Додатна питања за подстицај: здравствени радници истога пола? Исте религије? Из исте етничке групе? Медицинска сестра/техничар умјесто доктора/докторнице? Доктор/докторница умјесто медицинске сестре/техничара? Здравствени радници који долазе у кућну посјету?
10. Да ли Вас је икада посјетила сестра у заједници / патронажна сестра? Ако јесте, како бисте описали то искуство? Које су највеће предности и мане кућних посјета медицинских сестара/техничара?

Обавити разговор са неколико пацијената/чланова породице, укључују мушкарце и жене који су припадници угрожених категорија становништва као што су: старије особе (посебно они који живе сами), особе са инвалидитетом (искључујући менталне болеснике), труднице и породиље, незапослени, Роми, повратници, особе са хроничним обољењима, жртве насиља, адолесценти, корисници опојних супстанци, терминални пацијенти, обољели од ХИВ/АИДС-а, самохрани родитељи, бескућници, имигранти, затвореници, особе које болују од ријетких болести, итд.

Прије разговора обавезно информисати о сврси и тражити сагласност у писаној форми

Информације и сагласност пацијента за интервјуисање

Назив истраживања: Које су здравствене потребе угрожених група становништва?

Циљеви истраживања

Дом здравља _____ спроводи тренутно истраживање да би се утврдиле здравствене потребе и проблеми угрожених људи. Молимо вас да узмете учешће. Информације које нам пружите биће веома корисне за развијање нових и унапређење постојећих здравствених услуга за угрожене групе становништва.

Ваше учешће

Имате право да пристанете или одбијете учешће. Евентуално одбијање учешћа неће ни на који начин утицати на добијање здравствене заштите и постојеће бенефиције. Позивамо Вас да узмете учешће путем интервјуа који неће трајати дуже од 60 минута (само једном). Постављаће вам се питања о Вашим здравственим потребама и мјерама које би могле одговорити на те здравствене потребе. Ваши одговори ће се биљежити.

Повјерљивост информација

Сви одговори на постављена питања и све што кажете током интервјуа строго је повјерљиво. На самом упитнику неће се записивати Ваше име, а документација ће се чувати на сигурном мјесту.

Информисан/а сам те у потпуности схватам сврху, обим и могуће исходе мог учешћа у истраживању. Посебно разумијем да је мој допринос анониман.

Потпис пацијента

**Име и презиме пацијента
(штампаним словима)**

Датум: _____



Ова публикација објављена је у оквиру Пројекта јачања сестринства у Босни и Херцеговини, који подржава Влада Швајцарске, а спроводи конзорциј *Фондације фам* и Женевске универзитетске болнице. Садржај ове публикације не одражава нужно ставове Владе Швајцарске.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Švicarska agencija za razvoj i saradnju SDC

ISBN 978-9926-8678-1-2