

# Psihološki status kardioloških bolesnika u sestrinskoj dijagnozi u usporedbi s protokolom NANDA

---

Livaja, Adrijana

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:906792>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-23**

Repository / Repozitorij:



[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU  
Podružnica  
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ  
SESTRINSTVO

**Adrijana Livaja**

**PSIHOLOŠKI STATUS KARDIOLOŠKIH BOLESNIKA U  
SESTRINSKOJ DIJAGNOZI U USPOREDBI S  
PROTOKOLOM NANDA**

**Diplomski rad**

Split, rujan 2019.

SVEUČILIŠTE U SPLITU  
Podružnica  
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ  
SESTRINSTVO

**Adrijana Livaja**

**PSIHOLOŠKI STATUS KARDIOLOŠKIH BOLESNIKA U  
SESTRINSKOJ DIJAGNOZI U USPOREDBI S  
PROTOKOLOM NANDA**

**Psychological status of cardiac patients in nursing diagnosis  
compared with the NANDA protocol**

**Diplomski rad/ Master's Thesis**

Mentor:  
Doc.dr.sc. Slavica Kozina

Split, rujan 2019.

## **ZAHVALA**

Veliko hvala mojoj mentorici doc. dr. sc. Slavici Kozini na stručnim savjetima i pomoći pri izradi diplomskog rada.

# SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Psihološki status kardioloških bolesnika .....	1
1.2. Prevalencija psiholoških poremećaja kardioloških bolesnika .....	2
1.3. Psihološki aspekti kardiovaskularnih bolesnika .....	3
1.4. Psihički poremećaji kod kardiovaskularnih bolesnika.....	3
1.4.1. Depresivni poremećaji .....	4
1.4.2. Anksiozni poremećaji .....	4
1.4.3. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP).....	5
1.4.4. Bipolarni poremećaj.....	5
1.5. Uloga medicinske sestre .....	6
1.6. Sestrinske dijagnoze .....	7
1.7. Medicinska dokumentacija .....	9
1.8. Sestrinska dokumentacija .....	10
1.9. Otpusno pismo .....	11
1.10. NANDA protokol (North American Nursing Diagnosis Association, 1960)....	13
2. CILJ RADA.....	16
2.1. Hipoteza .....	16
3. IZVORI PODATAKA I METODE.....	17
3.1. Uzorak .....	17
3.2. Metode prikupljanja podataka .....	17
5. RASPRAVA.....	31
6. ZAKLJUČAK.....	35
7. SAŽETAK.....	36
SUMMARY .....	37
8. LITERATURA .....	38
9. ŽIVOTOPIS .....	41

# 1. UVOD

Standardiziranje sestrinske prakse zahtijeva formalan, strukturiran jezik koji definira osnovne sastavnice zdravstvene njege: procjenu, planiranje, provođenje intervencija, te evaluaciju (1, 2). Uz konceptualne modele na kojima se temelji sestrinska njega, važno je poznavati psihološke i psihosocijalne potrebe pojedinaca (3). Klasifikacija sestrinskih dijagnoza Sjevernoameričkog udruženja za sestrinske dijagnoze (NANDA, *North American Nursing Diagnosis Association, 1960*) prva je objavljena klasifikacija sestrinske prakse. Klasifikacijom je opisan 21 problem koji se susreće u sestrinskoj praksi. Posljednja klasifikacija objavljena je 2003./2004. godine i proširena je na 167 sestrinskih postupaka i dijagnoza (4). Pojedinom sestrinskom dijagnozom definirana su obilježja kliničke slike te etiološke i rizične čimbenike problema vezanog za svaki individualni problem bolesnika.

## 1.1. Psihološki status kardioloških bolesnika

Kardiovaskularne bolesti (KVB) se odnose na bolesti srca i krvnih žila čiju patološku osnovu čini ateroskleroza koja najčešće zahvaća koronarne i cerebralne krvne žile. KVB čine 54% od ukupne smrtnosti u razvijenim zemljama svijeta. Od toga polovina otpada na koronarnu, a trećina na cerebrovaskularne bolesti. Iz toga proizlazi da više od četvrtine uzroka ukupne smrtnosti čini koronarna bolest (5, 6).

Proces aterogeneze razvija se asimptomatski dugi niz godina dok se lumen krvne žile ne suzi na 80% kada čini patološku osnovu za anginu pektoris, zatim infarkt miokarda i posljedično ishemijsku miokarda i njezine komplikacije (7). Kardiovaskularni bolesnici nerijetko zahtijevaju kardiokiruršku revaskularizaciju miokarda ugradnjom prenosnica koronarnih arterija, ovisno o indikaciji, ugradnju umjetne mehaničke ili biološke valvule, ugradnju trajnog elektrostimulatora srca, transplantaciju srca ili operaciju jednog od dijelova aorte (7).

## **1.2. Prevalencija psiholoških poremećaja kardioloških bolesnika**

Koronarna bolest, u psihoanalitičkom smislu, doživljava se ovisno o karakteru i ponašanju pacijenta, te je nerijetko potiče stresan i radoholičarski život s umanjnim sposobnostima relaksacije. Možemo reći da su psihološki poremećaji u korelaciji sa kardiološkim bolestima.

Stres, kao sveukupni fiziološki odgovor na prijetnju ugrozi homeostazu, predstavlja pripremu svih bitnih organskih sustava za povećani rad i aktivnost s posljedično velikom iscrpljenošću i tendencijom zakazivanja pojedinih organskih sustava. Kao primjer navedenog, tipičan je odgovor kardiovaskularnog sustava na stres: povećano je lučenje adrenalina u fazi stresa koji dovodi do periferne vazokonstrikcije, povećanje frekvencije srca i sustavnog tlaka. Ako je ugroza stvarna, odgovor organizma je svrsishodan, međutim ako nije počinju djelovati mehanoreceptori, baroreceptori i drugi koji resetiraju funkcionalnost kardiovaskularnog sustava na drugu razinu što pokreće druge, hormonske, bubrežne i respiracijske mehanizme održavanja homeostaze te posljedično dovode do prolaznih, ali nekada i trajnih poremećaja kardiovaskularnog sustava (8).

Prevalencija depresivnog poremećaja kod bolesnika koji se oporavljaju od akutnog koronarnog sindroma javlja se u 10-40% slučajeva. Anksioznost se primjećuje u čak i do 70-90% bolesnika nakon infarkta miokarda. Anksioznost se često javlja istovremeno sa simptomima depresije. Tako se bolesnici koji se oporavljaju nakon perkutane koronarne intervencije i koji prethodno imali više simptoma različitih psihičkih poremećaja kao što su anksioznost i depresija, istovremeno očekivano sporije oporavljaju od bolesnika koji imaju samo jedan od tih poremećaja (9).

Poremećaji raspoloženja često nisu prepoznati ili se smatraju tek prolaznom fazom u rehabilitaciji kardioloških bolesnika. Općenito se smatra da simptomi depresije koji se javljaju nakon akutnog koronarnog incidenta mogu biti okidači za kardiovaskularne komplikacije što posljedično utječe na lošiju dugoročnu prognozu takvih bolesnika. U literaturi su poznati podaci o tome da je učestalost smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti u depresivnih bolesnika 50% veća nego u općoj populaciji (9).

### **1.3. Psihološki aspekti kardiovaskularnih bolesnika**

Posljednjih godina psihokardiologija postaje sve aktualnije područje integrativne i holističke psihosomatske medicine. Brojna istraživanja pokazuju da su kardiovaskularne bolesti i psihijatrijski poremećaji česta komorbidna stanja. Određeni psihički poremećaji, poglavito anksioznost i depresija značajno utječu na oporavak i prognozu kardiovaskularnih bolesnika te su istovremeno važni čimbenici rizika u nastanku kardiovaskularnih bolesti i obrnuto, KVB može biti okidač za nastanak psihičkih poremećaja ili otežavati njihovo liječenje. Povezanost između mentalnih poremećaja i srčanih bolesti nije slučajna. Takva saznanja omogućilo je i potaknulo nekoliko čimbenika: recentno naprednije epidemiološke i dijagnostičke metode, nova znanja o utjecaju autonomnoga živčanog sustava i drugih fizioloških posljedica stresa, integracija biologijskih i psiholoških konceptualizacija mentalnih poremećaja te prepoznavanje kardiovaskularnih učinaka psihotropnih lijekova (10).

U dosadašnjoj literaturi prisutni su brojni čimbenici i hipoteze o povezanosti ovih dvaju sustava. Mogu se istaknuti tri moguća utjecaja koji mogu imati ulogu kod pojave poremećaja: patološki mehanizmi kardiovaskularnog sustava kao okidači za disfunkciju živčanog sustava, patološki mehanizmi živčanog sustava kao okidači za kardiovaskularnu disfunkciju ili stanja u kojima ova dva sustava dijele zajedničke patobiologijske mehanizme, ali nužno ne uzrokuju jedni druge (11).

### **1.4. Psihički poremećaji kod kardiovaskularnih bolesnika**

U populaciji srčanih bolesnika najčešći psihički poremećaji su depresija i anksioznost u koje ubrajamo povratni depresivni poremećaj, distimiju, panični poremećaj, agorafobiju, socijalnu fobiju, generalizirani anksiozni poremećaj, specifične fobije i posttraumatski stresni poremećaj. Depresija i anksioznost bitno utječu na oporavak i prognozu bolesti srčanih bolesnika i važni su prediktori u nastanku kardiovaskularnih bolesti te su visoko prevalentna komorbidna stanja u oboljelih od srčane bolesti (12).

Tijekom proteklih 40 godina više od 60 prospektivnih studija bavilo se ispitivanjem veze između utvrđenih pokazatelja depresije kod osoba s poznatim kardiovaskularnim bolestima. Budući da su prva veća istraživanja objavljena krajem 1990-ih, bilo je više



od 100 dodatnih narativnih pregleda, kao i brojne meta-analize koje istražuju ulogu depresije na kardiovaskularnom morbiditetu i mortalitetu. Unatoč razlikama u uzorcima, trajanju praćenja, procjeni depresije kao i simptomima depresije, studije su pokazale relativno dosljedne rezultate (13).

### **1.4.1. Depresivni poremećaji**

Kardiovaskularne bolesti znače rizik od razvoja vaskularne depresije, ali i nekih drugih psihijatrijskih poremećaja. Srčana bolest i depresija izrazito utječu na cjelokupno zdravlje pojedinca i njegovo/njezino svakodnevno funkcioniranje te percepciju budućnosti. Depresija pogađa 18% žena i 6% muškaraca u općoj populaciji, dok taj postotak seže do čak 40% u oboljelih od kardiovaskularnih bolesti (11). Procjene provedene u bolnici pokazuju da 15% do 20% bolesnika s infarktom miokarda prema procjenama DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) kriteriji za tešku depresiju (trajanje od prijema, bez procjene funkcionalnog oštećenja) i još veći postotak pokazuje pogoršanje simptoma depresije (14). Stopa prevalencije depresije je najveća kod žena u općoj populaciji i među srčanim bolesnicima. Novija istraživanja upućuju na to da mlade žene imaju visoki rizik za razvoj depresije nakon akutnog infarkta miokarda (15).

### **1.4.2. Anksiozni poremećaji**

Epidemiološke studije anksioznih poremećaja u kardiovaskularnih bolesnika nisu tako detaljno provođene kao što je to slučaj s depresivnim poremećajima iako su simptomi anksioznosti vrlo česti u srčanim bolesnika. Unatoč navedenom već je dulje vrijeme poznato da su panični poremećaj i fobije povezani s kardiovaskularnim bolestima i rizikom od iznenadne srčane smrti. (11).

Kod bolesnika s preboljenim IM tijekom srčane rehabilitacije u 4,9% identificirana je socijalna fobija i u 3,3% slučajeva agorafobija. S druge strane, panični poremećaj povezan je s 2-4 puta većim rizikom od koronarne bolesti odnosno IM-a. Pri tome, posebno rizičnu skupinu čine žene mlađe od 50 godina života. Simptomi paničnog poremećaja često oponašaju simptome nastale zbog KVB tako da je njihova međusobna

veza složena. Prevalencija paničnog poremećaja iznosi 1,8% u općoj populaciji, a seže od 10 do 53% u srčanih bolesnika (16). Smatra se da fobična anksioznost direktno utječe na aritmogenezu i uzrokuje fatalne ventrikularne aritmije (17). Prilikom ugradnje srčane prenosnice anksiozni su simptomi visoko zastupljeni preoperativno (55%) i postoperativno (32%). Posebnu skupinu čine bolesnici s implantiranim kardioverter-defibrilatorom. Električni udar defibrilatora, odnosno isporuka električne struje tijekom maligne aritmije je vrlo jaka i neugodna, a bolesnici ga često opisuju kao udarac u prsa (18). Pravodobno prepoznavanje, dijagnosticiranje i liječenje ovih poremećaja može smanjiti broj iznenadnih srčanih smrti u inače zdrave populacije (11).

### **1.4.3. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)**

Posttraumatski stresni poremećaj ima loše učinke na fizičko zdravlje pojedinca. Osobe s kardiovaskularnim bolestima i razvijenim PTSP-om osobito su ugrožene zbog svoje kardiovaskularne vulnerabilnosti. Hoće li se u pojedinca razviti PTSP nakon infarkta miokarda ovisi o rizičnim faktorima (loše fizičko zdravlje, umor, anksioznost, negativni afekt, represivan stil suočavanja), ranije dijagnosticiranim dijagnozama (PTSP, KV bolest ili zlouporaba sredstava ovisnosti), kao i simptomima disocijacije, proživljavanja traumatskog iskustva, autonomna hiperaktivacija, depresivnosti, loša socijalna potpora. Najveći rizik od posljedica PTSP-a čine sljedeći čimbenici: osjećaj opasnosti za život, strah, bespomoćnost, depresivni simptomi, psihijatrijska povijest bolesti, ženski spol i intenzitet akutne stresne reakcije nekoliko dana nakon infarkta miokarda (19).

### **1.4.4. Bipolarni poremećaj**

Bipolarni poremećaj karakteriziran je visokom stopom morbiditeta i mortaliteta, pri čemu je stopa mortaliteta 1,5-2,5 puta veća nego li u općoj populaciji. Nakon suicida i nesreća, kardiovaskularne i vaskularne bolesti spadaju u vodeće uzroke smrti ovih bolesnika. Prevalencija kardiovaskularnih čimbenika rizika dvostruko je veća u odnosu na opću populaciju (20). Europske smjernice o prevenciji kardiovaskularne bolesti u kliničkoj praksi preporučuju identifikaciju asimptomatskih osoba s visokim rizikom i smatraju da ova skupina bolesnika u to treba biti uključena. Metabolički sindrom također prevladava u ovih bolesnika u odnosu na opću populaciju i iznosi od 18,3 do

49%, poglavito u američkoj populaciji, a sa sobom nosi rizik od infarkta miokarda i moždanog udara (21). Kardiovaskularne bolesti i psihički poremećaji spadaju u vodeće bolesti današnjice i ozbiljan su medicinski problem širom svijeta. Zbog velike učestalosti psihičkih poremećaja u kardiovaskularnih bolesnika, njihovo rano prepoznavanje i primjereno liječenje postaje sve važnija tema u suvremenoj kardiologiji (11).

## **1.5. Uloga medicinske sestre**

Medicinska sestra dio je multidisciplinarnog tima u kardiovaskularnoj rehabilitaciji. Posao medicinske sestre je planiranje, organiziranje, nadziranje, pružanje i evaluacija zdravstvene njege. Prvi kontakt pacijenta dolaskom na rehabilitaciju je s medicinskom sestrom koja upoznaje pacijenta s programom kardiovaskularne rehabilitacije i otvara potrebnu medicinsku/sestrinsku dokumentaciju. Medicinska sestra planira potrebnu obradu, sudjeluje u provođenju pojedinih dijagnostičkih postupaka i terapijskoj edukaciji, uočava i informira kardiologa o patološkim nalazima (22).

Na početku rehabilitacijskog postupka, nakon pregleda kardiologa, medicinska sestra uzima anamnezu i status, uz primjenu standardiziranih obrazaca postavlja sestrinske dijagnoze od kojih su najčešće:

- nedostatak znanja i vještina o KV bolestima (simptomi, čimbenici rizika, pravilno postupanje kod nastanka tegoba),
- osjećaj bolova i nelagode u području prsnog koša,
- smanjeno podnošenje napora,
- smanjene sposobnosti za tjelesni i umni rad (22).

Često je prisutna socijalna izoliranost bolesnika i gubitak potpore, a kod nekih radno aktivnih bolesnika prisutan je i strah od povratka na radno mjesto. Nakon postavljanja sestrinskih dijagnoza, cilj se nastoji postići terapijskom edukacijom, tematskim radionicama i individualnim savjetovanjem bolesnika i članova obitelji.

Tijekom provođenja programa kardiovaskularne rehabilitacije, kada je potrebno bolesnika uputiti u bolnicu, medicinska sestra sudjeluje u njegovom zbrinjavanju. Tada se postavljaju aktualne sestrinske dijagnoze, od kojih su najčešće strah od ponavljanja

bolesti i bol. Da bi se postigao željeni cilj važno je stvoriti motivacijsko okruženje, koristiti medicinska znanja i socijalne vještine i djelovati u timu. Medicinska sestra na odjelu kardiovaskularne rehabilitacije treba biti profesionalac, ali i bolesnikov partner i pomagač. Njena dostupnost, stručnost i podrška važan su dio na putu usvajanja zdravstveno prihvatljivog životnog stila (22).

Kod visokorizičnih bolesnika za nastanak depresije medicinska sestra treba se voditi anamnestičkim intervjuom te pratiti znakove i simptome ponašanja koji ukazuju na depresivno ponašanje. Bolesnici s rezultatima koji ukazuju na visoku vjerojatnost depresije trebaju biti upućeni na opsežniju kliničku procjenu od strane stručnjaka kvalificiranog za procjenu i određivanje odgovarajućeg individualiziranog plana liječenja. Bolesnike koji ispunjavaju uvjete za sveobuhvatniju kliničku procjenu treba ispitati na prisutnost drugih mentalnih poremećaja (npr. anksioznost) koji su također pokazali da su povezani s nepovoljnim ishodima kod srčanih bolesnika (13).

## **1.6. Sestrinske dijagnoze**

Nakon izrade sestrinske liste, kategorizacije bolesnika ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom i izrade standardiziranih postupaka u zdravstvenoj njezi, logičnim slijedom, Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS) je pristupila izradi sestrinskih dijagnoza iz kojih proizlaze planovi zdravstvene njege. Uključivanje sestrinskih dijagnoza i planova zdravstvene njege u sestrinsku dokumentaciju imaju za cilj izradu individualiziranih planova zdravstvene njege. Opći planovi zdravstvene njege su izrađeni na način da svaka medicinska sestra prvostupnica, može prepoznati i postaviti dijagnozu zdravstvene njege i osmisliti intervencije prilagođene individualnim potrebama svakog bolesnika. Uz svaku dijagnozu su pribrojeni najčešći mogući kritični čimbenici, moguća vodeća obilježja, najčešći ciljevi, intervencije i neke moguće evaluacije (23).

U sestrinske dijagnoze uključena je i rubrika samopercepcije psiholoških potreba bolesnika koja sadrži sljedeće:

- bespomoćnost,
- beznadnost,

- poremećaj osobnog identiteta,
- poremećaj tjelesnog izgleda,
- nisko samopoštovanje,
- kronično nisko samopoštovanje,
- strah,
- anksioznost,
- umor (23).

Postavljanje sestrinskih dijagnoza kod pacijenata definira se kao klinička procjena individualnih, obiteljskih ili društvenih odgovora na stvarne ili potencijalne zdravstvene probleme ili životne procese koji pružaju osnovu za odabir intervencija za njegu kako bi se postigli rezultati za koje je medicinska sestra odgovorna. Točne i valjane medicinske dijagnoze vode odabiru intervencija koje mogu proizvesti željene učinke liječenja i odrediti ishode (23).

Dijagnosticiranje u sestrinstvu smatra se ključnim za budućnost sestrinske skrbi utemeljene na dokazima i profesionalnoj skrbi kao i za učinkovitije ispunjavanje potreba bolesnika i sigurnosti bolesnika. Napretkom informatike sva dokumentacija o pacijentu se uz pomoć standardizirane terminologije za njegu osmišljene od strane NANDA, NIC sustavno analizira unutar i između zdravstvenih organizacija i pruža bitne podatke za analizu troškova, kvalitetu skrbi i ostalih sredstava praćenja (4). Sestrinska skrb kardioloških bolesnika specifična je po ranom prepoznavanju komplikacija te provođenju intervencija usmjerenih rješavanju problema (24).

Opći plan sestrinske dokumentacije je da vodi medicinsku sestru kroz korake prikupljanja podataka koji su potrebni za odabir adekvatnog cilja i intervencije. Pruža mogućnost odabira kritičnih čimbenika, vodećih obilježja, mogućnost odabira ciljeva, intervencija i evaluacije. Planovi su jasan vodič kako medicinska sestra u slučaju potrebe, može odrediti cilj ili neku specifičnu intervenciju. Ciljevi, intervencije i evaluacija će za svakog bolesnika biti različiti. Medicinska sestra, koja planira zdravstvenu njegu i izrađuje plan zdravstvene njege, može odabrati bilo koju ponuđenu opciju od kritičnih čimbenika, vodećih obilježja, ciljeva, intervencija ili evaluacije. U jednom planu je nabrojeno više mogućnosti, a sestra će odabrati onu opciju koja je prikladna bolesniku i mogućnosti zdravstvene ustanove da provede planiranu zdravstvenu njegu (23).

## 1.7. Medicinska dokumentacija

Medicinska dokumentacija je ukupna dokumentacija nastala za vrijeme liječenja pacijenta u zdravstvenoj ustanovi. U njoj se nalaze podatci o tijeku pacijentove bolesti i liječenja, odnosno o zdravstvenom stanju pacijenta, načinu rada na mjestu pružanja zdravstvene zaštite te uputa danih u svrhu ostvarivanja pacijentovih prava na zdravstvenu zaštitu. Može se definirati i kao dokument o tijeku pacijentove bolesti i liječenja, odnosno svaki zapis koji sadrži podatke o zdravstvenom stanju pacijenta, kao i o načinu rada na mjestu pružanja te zaštite (26).

Medicinska dokumentacija ima višestruku svrhu. U prvom redu, zadatak joj je omogućiti pravično, ispravno i potpuno liječenje pacijenta, pa mora biti tako vođena da može u svakom trenutku drugim liječnicima i pacijentu dati točne podatke o poduzetim dijagnostičkim i terapijskim mjerama. Ti su podaci značajni i onima koji u konačnici snose troškove liječenja. Cilj medicinske dokumentacije je, dakle praćenje i utvrđivanje tijeka bolesti u postupku liječenja bolesnika, koje provode određeni zdravstveni djelatnici i zdravstvene ustanove odgovorni za liječenje konkretnog pacijenta (26).

Obzirom na složenost i opseg informacija, danas je sasvim uobičajeno da se sestrinska dokumentacija vodi u digitalnom obliku, korištenjem specijaliziranih računalnih sustava (BIS ili slično). Dio evidencija i dalje se, što zbog navika ili praktičnosti, vodi u papirnatom obliku te po potrebi naknadno digitalizira (ili, uvodi u sustav u digitalnom obliku, ali nakon toga ispisuje u obliku propisanih obrazaca). Niz specifičnosti vezan uz pružanje medicinskih usluga i potrebnih pratećih dokumenata otežava standardizaciju i nemoguće je propisati/standardizirati oblike obrazaca za sve namjene. Ipak, sadržajno, standardni elementi sestrinske dokumentacije relativno su dobro propisani ili sugerirani prije navedenim Pravilnicima i Preporukama. Uskladivost evidencije s preporukama primarno je ovisna o korištenim softverskim rješenjima, a standardna primjena evidencijskih sustava u praksi uključuje i niz pomoćnih evidencija i dokumentacije. Kvalitetno evidentirane informacije iz sestrinske dokumentacije preduvjet su za kasnije analize i dodatno, automatizirano, iskorištavanje tih podataka (28).

Dužnost vođenja, sadržaj i čuvanje medicinske dokumentacije koji se odnosi na medicinske sestre, ali i kao posljedice nepridržavanja navedenih dužnosti, uređeni su Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18), Zakonom o sestriinstvu (NN 121/03,

117/08, 57/11) kao i brojnim pod zakonskim propisima. U pravilu se radi o propisima kojima se uređuje usko specijalizirano područje djelovanja pojedinih zdravstvenih službi, pri čemu se koristi i medicinska dokumentacija, nastala za vrijeme pružanja zdravstvene usluge i prije. U pojedinim propisima vođenje, sadržaj i čuvanje medicinske dokumentacije posebno su uređeni, dok se u drugima medicinska dokumentacija tek uzgredno spominje (29).

## **1.8. Sestrinska dokumentacija**

Prema Pravilniku o sestrinskoj dokumentaciji ona se definira kao skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege te je sastavni dio medicinske dokumentacije bolesnika. Medicinska sestra obvezna je evidentirati sve provedene postupke tijekom 24 sata sukladno odredbama Pravilnika (30).

Obvezni dio sestrinske dokumentacije čine obrasci (29,30):

- Sestrinska anamneza,
- Sestrinske dijagnoze i osobitosti o bolesniku,
- Praćenje stanja bolesnika tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka,
- Medicinsko-tehnički i dijagnostički postupci,
- Trajno praćenje stanja bolesnika (decursus),
- Plan zdravstvene njege,
- Lista provedenih sestrinskih postupaka,
- Otpusno pismo zdravstvene njege,
- Evidencija ordinirane i primijenjene terapije,
- Unos i izlučivanje tekućina,
- Procjena bola,
- Lista za praćenje dekubitusa,
- Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi,
- Izvješće o incidentu (spriječenom ili nastalom),
- Sestrinske dijagnoze proizašle iz obrazaca po:
  - Gordonovoj

- Lista okretanja pacijenta
- Braden skala za procjenu sklonosti dekubitusu
- Knoll skala
- Norton skala
- Glasgow koma skala
- Trauma score
- Morseova ljestvica za procjenu rizika za pad.

Bez evidencije sestrinskog rada izuzetno je teško evaluirati zdravstvenu njegu provedenu u bolničkoj skrbi, a gotovo nemoguće planirati potreban broj medicinskih sestara. Sestrinska dokumentacija također predstavlja zbir podataka koji mogu služiti u istraživačke i statističke svrhe (30).

Procjena potrebe za sestrinskom skrbi počinje uzimanjem sestrinske anamneze i statusa koji obuhvaćaju niz podataka koji omogućavaju: prepoznavanje/dijagnosticiranje problema iz zdravstvene njege, prepoznavanje uzroka, odnosno čimbenika koji utječu na problem i prepoznavanje osobitosti koje omogućuju prilagodbu ciljeva i sestrinskih intervencija, bolesnikovim navikama, očekivanjima, iskustvu i drugim osobitostima (31). Sestrinska dokumentacija je važan čimbenik osiguranja kvalitete pružanja zdravstvene skrbi za bolesnika, ne samo u bolničkom okruženju nego i u osiguranju zdravstvene skrbi nakon bolesnikova otpusta iz bolnice. Sestrinska lista predviđena je za upotrebu na bolničkim odjelima, za pacijente koji borave duže od 24 sata. Sestrinska skrb dokumentira se na različite načine, ovisno o organizaciji sestrinske službe, kategoriji pacijenta, potrebama tih pacijenata, vrsti odjela, razini zdravstvene zaštite te o obrazovanju medicinskih sestara. Primjenom Sestrinske liste bitno će se poboljšati kvaliteta zdravstvene skrbi, a time i zadovoljstvo pacijenata (29).

## **1.9. Otpusno pismo**

Otpusno pismo je obrazac pisma zdravstvene njege koji je službeni dokument i sastavni dio sestrinske dokumentacije. Izdala ga je Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS), a sadrži podatke o socijalnom statusu, provedenoj zdravstvenoj njezi/postupcima u bolnici, podatke o educiranosti bolesnika o svojem novonastalom zdravstvenom stanju, utvrđivanje potreba za kontinuiranom zdravstvenom njegu,



aktualne sestrinske dijagnoze pri otpustu bolesnika iz bolnice, preporuke zdravstvene njege, potrebni materijali za zdravstvenu njegu, terapija, drugi zdravstveni radnici koji su uz liječnika uključeni u liječenje u bolnici te bolesnikov doživljavaj otpusta.

Kako je navedeno u uputama za primjenu sestrinske dokumentacije u bolničkim zdravstvenim ustanovama Hrvatske komore medicinskih sestara, otpusno pismo zdravstvene njege potrebno je: izdati za bolesnike kojima je potreban nastavak zdravstvene njege; pisati ga u dva primjerka, jedan primjerak uručiti osobi, odnosno drugoj strani koja nastavlja zdravstvenu njegu bolesnika dok jedan primjerak mora ostati u sestrinskoj dokumentaciji (23).

U vođenju sestrinske dokumentacije javljaju se određeni problemi. Medicinske sestre smatraju kako je sestrinska dokumentacija vrlo koristan „alat“, ali ima prostora za unaprjeđivanje. Neujednačena je stručna terminologija u vođenju sestrinske dokumentacije (32).

Problemi opisnog ispunjavanja sestrinske dokumentacije koji se ne mogu mjeriti:

- nema mogućnosti izbora u izborniku, te tako i analize i prikaza u obrascima,
- subjektivni i opširni opisi u decursusu, zapis koji se ne stigne unijeti u trenutku kad je radnja nastala,
- zbog nedostatka vremena i osoblja (zapis o provedenom postupku ne odgovara stvarnom vremenu u kojem je sestra doista to i odradila),
- problem u podacima koji se upisuju u pomoćne liste, npr. listu incidenta iz koje se izvlači izvješće koje se odnosi na pokazatelje sigurnosti koji se šalju u Agenciju za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, a nisu vjerodostojni,
- otpusna pisma se ispunjavaju više formalno, neke rubrike se preskaču, zapis o Dekubitalnoj listi vrlo često izostaje te je na traženje pojedinih ustanova od strane informatičkih kuća uveden pojam "premještajni dekubitus" što je nedopustivo u terminologiji,
- pojedine ustanove na osnovu vlastitih analiza traže od informatičkih kuća pojedina dodatna poglavlja u sestrinskim dokumentacijama,
- nedostatan broj sestara, naročito u popodnevnim i noćnim smjenama te vikendom i blagdanom utječe i na kvalitetu zapisa,

- preopširnost zapisa obaveznih dijelova SD,
- nedostatnost zapisa kritičnih trenutaka,
- nema jedinstvene premještajne liste (Društvo za kvalitetu na osnovu provedenog projekta uputilo je zahtjev HKMS za njezino uvrštenje u SD i zatražilo dovršetak projekta 4. faze,
- komunikacija s ostalim odjelima nije odgovarajuća – ovisno o informatičkom rješenju pojedinih ustanova (32).

Neka od pozitivnih iskustava su ta što su neke ustanove sa svojim informatičarima sami uspostavljali sestrinsku dokumentaciju, pojedina rješenja su bolje složena u nekim segmentima važnim za sestrinstvo (autorizacija potpisa, nemogućnost promjene zapisa, kategorizacija bolesnika i pojedina izvješća koja izlaze iz zapisa sestrinske dokumentacije). Sadržaj dokumentacije može značajno varirati, ovisno o namjeni i potrebama, no neke osnovne elemente (obrasce) su nadležna tijela odlučila standardizirati (33). Svaka dijagnoza sadrži oznaku ili naziv za dijagnozu i definiciju. Aktualne dijagnoze uključuju definiranje karakteristika i srodnih čimbenika. Dijagnoza rizika uključuje čimbenike rizika.

### **1.10. NANDA protokol (*North American Nursing Diagnosis Association, 1960*)**

NANDA protokol počiva na procesu razvrstavanja naziva dijagnosticiranih postupaka medicinskih sestara u procesu zdravstvene njege. To je omogućilo razvoj sustava klasifikacija zdravstvene njege. Sadašnji NANDA protokol ima višedimenzionalni oblik, strukturiran je na osam osi i sastoji se od tri razine, izražene s 13 domena:

1. promicanje zdravlja,
2. prehrana,
3. uklanjanje i razmjena,
4. aktivnost/odmor,
5. percepcija/spoznaja,
6. samo-percepcija,
7. odnosi,
8. seksualnost,

9. suočavanje/stres tolerancija,
10. životna načela,
11. sigurnost/zaštita,
12. udobnost,
13. rast / razvoj,

47 razreda i 187 sestrinskih dijagnoza, pri čemu obuhvaća:

- naziv (ime, sažeti opis problema),
- definiciju svake pojedine dijagnoze,
- definirajuća obilježja te etiološke i rizične čimbenike (4, 27).

### ***Stupnjevi anksioznosti:***

**BLAGA:** pacijent ima minimalne ili nikakve fiziološke simptome anksioznosti, vitalni znakovi su u granicama normale. Pacijent je smiren, ali može imati osjećaje nervoze, poput "nelagode u želucu".

**UMJERENA:** pacijent s umjerenom anksioznošću može biti uznemiren, napetim izrazom lica i tonom glasa. Vitalni znakovi mogu biti normalni ili blago povišeni. Pacijent ima osjećaj napetosti.

**TEŠKA:** s ozbiljnom tjeskobom, pacijent će imati simptome povećane aktivnosti autonomnog živčanog sustava, kao što su povišeni vitalni znakovi, izraženo znojenje, učestalost mokrenja, suha usta i napetost mišića. U ovoj fazi pacijent može osjetiti palpitacije i bol u prsima. Pacijent može biti uznemiren i razdražljiv te izvijestiti o osjećaju preopterećenja ili preplavljenosti novim podražajima.

**PANIKA:** u paničnoj razini anksioznosti, autonomni živčani sustav raste do razine oslobađanja simpatičkog neurotransmitera. Pacijent postaje blijed i hipotenzivan te ima lošu koordinaciju mišića. Pacijent izvješta da se osjeća potpuno izvan kontrole i može pokazati ekstremna ponašanja od borbenosti do povlačenja (4, 27).

Definiranje problema u sestrinstvu predstavlja bitan korak u procesu njege jer odražava kliničku prosudbu identificiranih potreba za njegom, potkrijepljene intervjuima i fizičkim pregledima tijekom analize dokumentacije sestara, te osigurava temelje za uspostavljanje intervencija, a samim tim i utjecaj na postignute rezultate (27).

Stoga se proces sestrinstva, vođen teorijom i utemeljen na praktičnim i znanstvenim spoznajama, može shvatiti kao metodologija koja pogoduje znanju o brizi ljudi za provedbu određenih aktivnosti. Također se može shvatiti kao praksa metodološkog instrumenta, koja osigurava percepciju, tumačenje i predviđanje pojedinačnih odgovora na promjene u zdravlju, te vodi do odgovarajuće intervencije koja se planira i temelji na utvrđenim problemima i procjeni rezultata (27).

Prema NANDA-i, povoljne sestrinske dijagnoze su kliničke prosudbe o pojedincima, skupinama u prijelazu od određene razine dobrobiti do više razine dobrobiti za bolesnika. Uvjeti za postavljanje povoljnih sestrinskih dijagnoza su sadašnje stanje ili funkcioniranje i želja za postizanjem veće razine zdravstvene skrbi (4). Promjene unutar izdanja 2015–2017. temelje se na dokazima diljem svijeta u području sestrinskih dijagnoza proizašlih iz rada medicinskih sestara. Ovo izdanje daje novu razinu s 25 novih dijagnoza i 13 revidiranih dijagnoza (4).

## **2. CILJ RADA**

Cilj rada je procijeniti učestalost psiholoških dijagnoza u usporedbi s NANDA protokolom bolesnika liječenih na Klinici za bolesti srca i krvnih žila KBC-a Split u razdoblju od 01. siječnja 2015. do 31. prosinca 2016. godine.

### **2.1. Hipoteza**

H1: Protokolom NANDA za 2015.-2017. godinu preciznije se određuje psihološki status kardioloških bolesnika u odnosu na sestrinske dijagnoze obrađene u istraživanju.

H2: Najveći broj sestrinskih dijagnoza se odnosi na smanjenu mogućnost brige o sebi.

H4: Psihološke smetnje u kardioloških bolesnika prisutnije su u muškaraca nego u žena.

### **3. IZVORI PODATAKA I METODE**

#### **3.1. Uzorak**

Provedeno je retrospektivno presječno istraživanje u kojem su analizirani podaci iz evidencije sestrijskih otpusnih pisama na Klinici za bolesti srca i krvnih žila u KBC Split u razdoblju od 01. siječnja 2015. do 31. prosinca 2016. godine. Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo KBC Split (Ur.br.:2181-147-01/06/M.S.-18-2, 25.07.2018.g.) koje zbog retrospektivne naravi nije zahtijevalo informirani pristanak pacijenata.

Razmatrani obrasci su isključivo obrasci bolesnika vodeće kardiološke dijagnoze kod kojih je potreban nastavak zdravstvene njege.

Nisu razmatrani obrasci sa nedostatnim i neispravno popunjenim podacima.

#### **3.2. Metode prikupljanja podataka**

Podatke standardnog obrasca otpusnog pisma zdravstvene njege ispunjavale su stručne prvostupnice sestrijsva (N=17) zaposlene na Klinici za bolesti srca i krvnih žila.

Prikupljanje, obrada i korištenje osobnih podataka iz dokumentacije standardnog obrasca otpusnog pisma zdravstvene njege izvršeno je osobno iz evidencije sestrijskih otpusnih pisama. Poštovao se Zakon o Zaštiti osobnih podataka (NN 103/03, 118/06, 41/08 i 130/11). Istraživanje je provedeno u skladu sa smjernicama Kodeksa medicinske etike i deontologije (NN 55/08), Zakona o sestrijsvu (NN 121/03, 117/08, 57/11), Helsinške deklaracije, Pravilnika o dobroj kliničkoj praksi (NN 127/10), Zakona o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11 i 84/11), Zakona o zaštiti prava pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04, 37/08).

U istraživanju su korišteni Standardni obrasci otpusnog pisma sestrijske njege i NANDA I klasifikacija sestrijskih dijagnoza:

***Standardni obrazac otpusnog pisma zdravstvene njege:*** sadrži 45 pitanja deskriptivnog tipa: 12 pitanja odnosi se na anamnestičke podatke; 8 na socijalni status; 4 na provedenu zdravstvenu negu u bolnici/postupke; 12 na utvrđivanje potreba za kontinuiranom zdravstvenom negom u kući i 4 pitanja zahtijevaju odgovore otvorenog

tipa prema subjektivnim procjenama, objektivnim parametrima i izjavama bolesnika što zaključuje bolesnikove probleme, uzroke i simptome iz kojih se formiraju:

- sestrinske dijagnoze,
- kategorizacija bolesnika pri otpustu (4 kategorije: 0- nije ovisan=samostalan, 1- ovisan o manjem stupnju=treba pomagalo, 2- ovisan u višem stupnju=treba pomoć druge osobe, 3- ovisan u visokom stupnju= treba pomagalo i pomoć druge osobe, 4- potpuno ovisan), prema individualnim potrebama za zdravstvenom njegom,
- preporuke zdravstvene njege,
- potrebni materijali/pomagala za zdravstvenu njegu,
- bolesnikovo doživljavanje otpusta (i njegovih značajnih osoba).

**Procjena psihološkog statusa procijenjena je prema NANDA I klasifikaciji sestrinskih dijagnoza (34):**

1. Anksioznost (blaga, umjerena, teška, panika)	2. Prilagodba, umanjena
3. Zbunjenost (akutna, kronična)	4. Neučinkovito održavanje zdravlja
5. Poricanje, nedjelotvorno	6. Sukob u odlučivanju
7. Obiteljski procesi (disfunkcionalni, prekinuti, spremnost za poboljšanje)	8. Umor
9. Strah	10. Tugovanje (anticipatorno, disfunkcionalno)
11. Briga o zdravlju, neučinkovita	12. Vapaj za zdravljem
13. Beznade	14. Identitet, poremećen osobni
15. Usamljenost, rizik za	16. Memorija, oslabljena
17. Nepridržavanje; nonadherence	18. Prehrana, izmijenjena; više ili manje od tjelesnih zahtjeva
19. Bol (akutna, kronična)	20. Roditeljstvo (poboljšana spremnost, oštećenje, rizik od oštećenja)
21. Posttraumatski sindrom ili rizik	22. Sindrom traume silovanja
23. Sindrom ili rizik preseljenja	24. Izmijenjene životne uloge
25. Manjak samopomoći (kupanje, odijevanje, hranjenje itd.)	26. Samopoštovanje (kronično nisko, situacijsko nisko, rizik za nisko)
27. Samopovređivanje ili rizik za	28. Senzorna percepcija, poremećena ili izmijenjena
29. Seksualna disfunkcija	30. Seksualni uzorak, poremećen
31. Uzor spavanja, poremećen	32. Društvena interakcija, umanjena
33. Socijalna izolacija	34. Tuga, kronična
35. Duhovna nevolja, rizik; spremnost za	36. Suicidni rizik
37. Proces mišljenja poremećen ili izmijenjen	38. Trauma, stvarna ili rizična
39. Nasilje, rizik za druge ili samo-usmjerene	40. Lutanje

### 3.3. Ispitanici

U ovom retrospektivnom istraživanju bilo je uključeno 572 ispitanika hospitalizirana na Klinici za bolesti srca i krvnih žila KBC Split u razdoblju od 01. siječnja 2015. do 31. prosinca 2016. godine. Od ukupnog broja hospitaliziranih bilo je 275 muškaraca (48,1%) i 296 žena (51,7%). Ispitanike smo kategorizirali prema starosnoj dobi jer je najmanje ispitanika bilo do 47 godina starosti (4, 0,7%), od 48- 57 bilo ih je 43 (7,5), a ostali bolesnici u dobi bili su u dobi od 58-75 (234, 40, 9%) i stariji od 75 godina (290, 50,7%). 351 osoba (61,4%) bila je hospitalizirana po nekoj od akutnih kardioloških dijagnoza dok su 219 osoba (38,3%) hospitalizirane u kroničnim kardiološkim stanjima. Najviše bolesnika bilo je hospitalizirano na 5 i manje dana (370, 64, 7%), i u rasponu od 5-14 dana (167, 29, 2%).

### 3.4. Statistička analiza

U analizi zastupljenost akutnih i kroničnih stanja koristili smo postupke deskriptivne statistike: učestalost pojave (f), postotak (%) i zbirne vrijednosti (SUM). U testiranju razlika u obilježjima zdravstvenog statusa kardioloških bolesnika obzirom na stanje bolesti (akutno/kronično), spol, dob, dužinu hospitalizacije i očuvane sposobnosti samozbrinjavanja pri otpustu koristili smo postupak jednosmjerne analize varijance (ANOVA).

U testiranju razlika u procjenama psihološkog statusa kardioloških bolesnika (akutnih i kroničnih) s obzirom spol, stupanj anksioznosti, sestrinsku procjenu stupnja samozbrinjavanja i ostala psihološka stanja procijenjena prema smjernicama protokola NANDA koristili smo postupak jednosmjerne analize varijance (ANOVA).

Za računanje povezanosti između različitih stupnjeva anksioznosti kardioloških bolesnika i ostalih psiholoških stanja prema smjernicama protokola NANDA koristili Pearsonov koeficijent korelacije (r). Prihvaćena značajnost dobivenih mjera (razlika i povezanosti) bila je na razini 5%, prihvatljiva vjerojatnost pogreške bila je manja od 95% ( $P < 0.05$ ). Statistička analiza napravljena je korištenjem programskog paketa SPSS verzija 19.0 (IBM, NY, SAD). U izradi slikovnih prikaza 3-7 korišten je statistički paket Microsoft Office Excell, verzija 2010 Microsoft Corporation, SAD).



## 4. REZULTATI

U cilju provjere hipoteza ovog istraživanja dobiveni su slijedeći rezultati:

- a) Obilježja zdravstvenog statusa kardioloških bolesnika hospitaliziranih 01. siječnja 2015. do 31. prosinca 2016. godine. obzirom na stanje bolesti (akutno/kronično), spol, dob, dužinu hospitalizacije i očuvane sposobnosti samozbrinjavanja pri otpustu (kategorizacija bolesnika, u 4 kategorije: 0- samostalan, 1- ovisan o manjem stupnju=treba pomagalo, 2- ovisan u višem stupnju=treba pomoć druge osobe, 3- ovisan u visokom stupnju= treba pomagalo i pomoć druge osobe, 4- potpuno ovisan). prema individualnim potrebama za zdravstvenom njegom.
- b) Procjene psihološkog statusa kardioloških bolesnika (akutnih i kroničnih) s obzirom spol, stupanj anksioznosti, sestrinsku procjenu stupnja samozbrinjavanja i ostala psihološka stanja procijenjena prema smjernicama protokola NANDA.

Tablica 1. Zastupljenost akutnih stanja u ispitivanoj populaciji kardioloških bolesnika hospitaliziranih 01. siječnja 2015. do 31. prosinca 2016. godine.

<b>AKUTNA STANJA</b>	<b>Frekvencije (f)</b>	<b>%</b>
Infarkt miokarda	150	42,74
Akutni koronarni sindrom	19	5,41
Aneurizma aorte	1	0,28
Angina pectoris	26	7,41
AV blok	24	6,84
Bradikardija	6	1,71
Bolest srčanog čvora	1	0,28
Disekcija aorte	6	1,71
Disfunkcija mitralne valvule	1	0,28
Edem pluća	20	5,70
Embolija pluća	20	5,70
Endokarditis	4	1,14
Fibrilacija atriya	18	5,13
Flebotrombitis	1	0,28
Flebotromboza noge	7	1,99
Hematoperikard	4	1,14
Hiperkaliemija	1	0,28
Intoksikacija martefarionom	3	0,85
Kardiomiopatija	1	0,28
Kardiorespiratorni arest	1	0,28
Kompletni AV blok	1	0,28
Koronarna bolest srca	1	0,28
Perikardiocenteza	1	0,28

Reinfarkt miokarda	2	0,57
Sindrom tachy-brady	1	0,28
Sinkopa	9	2,56
Stanje nakon ventrikularne tahikardije	1	0,28
Stanje poslije reanimacije	1	0,28
Stenokardija	4	1,14
Tahikardija supraventrikularna	2	0,57
Tamponada srca	3	0,85
Undulacija atriya	3	0,85
Ventrikularna fibrilacija	1	0,28
Ventrikularna tahikardija	5	1,42
<b>SUM/%</b>	<b>351</b>	<b>100,00</b>

Prikazani rezultati pokazuju da je u razdoblju 01. siječnja 2015. do 31. prosinca 2016. godine hospitaliziran 351 bolesnik u akutnom stanju. Najčešći razlog hospitalizacije bio je infarkt miokarda (150, 42, 74%), Tablica 1.

Tablica 2. Zastupljenost kroničnih stanja u ispitivanoj populaciji kardioloških bolesnika hospitaliziranih 01. siječnja 2015. do 31. prosinca 2016. godine

<b>KRONIČNA STANJA</b>	<b>Frekvencije (f)</b>	<b>%</b>
Arterijska hipertenzija	3	1,36
Dekompenzacija srca	58	26,36
Dilatativna kardiomiopatija	1	0,45
Disfunkcija elektrostimulatora	1	0,45
Flebotromboza noge	3	1,36
Globalna respiratorna insuficijencija	1	0,45
Implantacija trajnog elektrostimulatora srca	30	13,64
Insuficijencija valvule	2	0,91
Iscrpljenje baterije elrktrostimulatora	2	0,91
Ishemijska kardiomiopatija	2	0,91
Kardiomiopatija	73	33,18
Koronarna bolest srca	8	3,64
Koronaropatija	1	0,45
Malfunkcija biološke valvule	1	0,45
Mitralna insuficijencija	3	1,36
Respiratorna insuficijencija	9	4,09
Stanje poslije kardiokiruške revaskulizacije	3	1,36
Stenoza aorte	7	3,18
Stenoza marginalne koronarne arterije	1	0,45
Tromboza	1	0,45
Tumor srca	1	0,45
Višežilna koronarna bolest	9	4,09
<b>SUM/%</b>	<b>220</b>	<b>100,00</b>

Prikazani rezultati pokazuju da je u razdoblju 01. siječnja 2015. do 31. prosinca 2016. godine hospitalizirano 220 bolesnika u kroničnom stanju. Najčešći razlog hospitalizacije bili su kardiomiopatija (73, 33, 18%) dekompenzacija srca (58, 26, 36%) i implantacija trajnog elektrostimulatora srca (30, 13, 64%).

Tablica 3. Razlike u spolu s obzirom na dužinu hospitalizacije akutnih i kroničnih bolesnika.

**ANOVA**

SPOL		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
AC I CH	Između skupina	,132	1	,132	,558	,455
	Unutar skupina	134,725	568	,237		
	Ukupno	134,858	569			
Dužina hospitalizacije K	Između skupina	,087	1	,087	,202	,653
	Unutar skupina	243,647	569	,428		
	Ukupno	243,734	570			

Ne postoje statistički značajne razlike u pojavnosti akutnih i kroničnih stanja u muškaraca i žena ( $P>0.05$ ). Oni se međusobno ne razlikuju ni u dužini hospitalizacije ( $P>0.05$ ), Tablica 3.

Tablica 4. Razlika u dobi s obzirom na dužinu hospitalizacije akutnih i kroničnih bolesnika i njihov spol.

**ANOVA**

Dob		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
AC I CH	Između skupina	2,846	3	,949	4,068	,007*
	Unutar skupina	132,012	566	,233		
	Ukupno	134,858	569			
Dužina hospitalizacije K	Između skupina	1,408	3	,469	1,098	,349
	Unutar skupina	242,326	567	,427		
	Ukupno	243,734	570			
Spol	Između skupina	5,605	3	1,868	7,736	,000**
	Unutar skupina	136,952	567	,242		
	Ukupno	142,557	570			

Postoje statistički značajne razlike u pojavnosti akutnih i kroničnih stanja s obzirom na dob bolesnika ( $P<0.05$ ) kao i obzirom na njihov spol ( $P<0.001$ ), Tablica 4.

Tablica 5. Razlike u procjeni stupnju samozbrinjavanja bolesnika pri otpustu s obzirom na akutno i kronično stanje bolesnika, spol, životnu dob i dužinu hospitalizacije.

**ANOVA**

Kategorizacija stanja bolesnika po otpustu iz bolnice		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
AC I CH	Između skupina	4,428	3	1,476	6,404	,000**
	Unutar skupina	130,430	566	,230		
	Ukupno	134,858	569			
Spol	Između skupina	1,721	3	,574	2,310	,075
	Unutar skupina	140,836	567	,248		
	Ukupno	142,557	570			
Starost	Između skupina	5946,968	3	1982,323	15,022	,000**
	Unutar skupina	74823,747	567	131,964		
	Ukupno	80770,715	570			
Dužina hospitalizacije K	Između skupina	279,605	3	93,202	3,685	,012*
	Unutar skupina	14341,400	567	25,293		
	Ukupno	14621,005	570			

\*\*P<0.001, \*P<0.05

Sposobnosti samozbrinjavanja bolesnika razlikuju se u akutnim i kroničnim stanjima u kojima se bolesnik nalazi (P<0.001), za različitu starosnu dob (P<0.001) i u dužini hospitalizacije (P>0,05), Tablica 5.

Tablica 6. Razlike između akutnih i kroničnih kardioloških bolesnika u stupnju anksioznosti.

**ANOVA**

Akutna i kronična stanja		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1a. Anksioznost blaga	Između skupina	,057	1	,057	1,418	,234
	Unutar skupina	22,932	568	,040		
	Ukupno	22,989	569			
1b. Anksioznost umjerena	Između skupina	,071	1	,071	2,308	,129
	Unutar skupina	17,361	568	,031		
	Ukupno	17,432	569			
1c. Anksioznost teška	Između skupina	,395	1	,395	12,489	,000**
	Unutar skupina	17,972	568	,032		
	Ukupno	18,367	569			
1d. Anksioznost panika	Između skupina	,089	1	,089	5,743	,017*
	Unutar skupina	8,769	568	,015		
	Ukupno	8,858	569			

\*\*P<0.001, \*P<0.05

Akutni i kronični kardiološki bolesnici razlikuju su u stupnju teške anksioznosti ( $P < 0.001$ ) i panične anksioznosti ( $P < 0.05$ ), Tablica 6.

Tablica 7. Razlike između akutnih i kroničnih kardioloških bolesnika u psihološkim stanjima prema smjernicama protokola NANDA.

#### ANOVA

Akutna i kronična stanja i NANDA		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
2. Prilagodba, umanjena	Između skupina	,004	1	,004	1,251	,264
	Unutar skupina	1,989	568	,004		
	Ukupno	1,993	569			
9. Strah	Između skupina	,619	1	,619	9,184	,003*
	Unutar skupina	38,286	568	,067		
	Ukupno	38,905	569			
11. Briga o zdravlju neučinkovita	Između skupina	,018	1	,018	1,133	,288
	Unutar skupina	8,840	568	,016		
	Ukupno	8,858	569			
12. Vapaj za zdravljem	Između skupina	2,792	1	2,792	11,635	,001*
	Unutar skupina	136,311	568	,240		
	Ukupno	139,104	569			
18. Prehrana, izmijenjena; više ili manje od tjelesnih zahtjeva	Između skupina	8,548	1	8,548	57,503	,000*
	Unutar skupina	84,436	568	,149		
	Ukupno	92,984	569			
19. Bol (akutna, kronična)	Između skupina	,208	1	,208	6,515	,011*
	Unutar skupina	18,158	568	,032		
	Ukupno	18,367	569			
24. Izmijenjene životne uloge	Između skupina	2,456	1	2,456	22,002	,000*
	Unutar skupina	63,410	568	,112		
	Ukupno	65,867	569			
25. Manjak samopomoći (kupanje, odijevanje, hranjenje itd.)	Između skupina	,640	1	,640	2,644	,105
	Unutar skupina	137,474	568	,242		
	Ukupno	138,114	569			
26. Samopoštovanje (kronično nisko, situacijsko nisko, rizik za nisko)	Između skupina	,000	1	,000	,003	,957
	Unutar skupina	7,888	568	,014		
	Ukupno	7,888	569			
27. Samopovređivanje ili rizik za	Između skupina	,808	1	,808	4,634	,032*
	Unutar skupina	98,998	568	,174		
	Ukupno	99,805	569			
28. Senzorna percepcija, poremećena ili izmijenjena	Između skupina	,004	1	,004	,290	,591
	Unutar skupina	6,911	568	,012		
	Ukupno	6,914	569			

\*\* $P < 0.001$ , \* $P < 0.05$

Psihološka stanja akutnih i kroničnih bolesnika prema smjernicama NANDA protokola statistički se značajno razlikuju u osjećaju straha ( $P<0.05$ ), vapaja za zdravljem ( $P\leq 0.001$ ), promijenjene prehrane ( $P<0.001$ ), osjećaju boli ( $P<0.05$ ), izmijenjene uloge ( $P<0.001$ ) i rizicima samoozlijeđivanja ( $P<0.05$ ), Tablica 7.

Tablica 8. Razlike između muškaraca i žena s kardiološkim oboljenjima u psihološkim stanjima prema smjernicama protokola NANDA.

#### ANOVA

Spol i NANDA		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
2. Prilagodba, umanjena	Između skupina	,000	1	,000	,003	,959
	Unutar skupina	1,993	569	,004		
	Ukupno	1,993	570			
9. Strah	Između skupina	,054	1	,054	,789	,375
	Unutar skupina	38,857	569	,068		
	Ukupno	38,911	570			
11. Briga o zdravlju, neučinkovita	Između skupina	,094	1	,094	6,119	,014*
	Unutar skupina	8,764	569	,015		
	Ukupno	8,858	570			
12. Vapaj za zdravljem	Između skupina	,026	1	,026	,107	,744
	Unutar skupina	139,256	569	,245		
	Ukupno	139,282	570			
18. Prehrana, izmijenjena; više ili manje od tjelesnih zahtjeva	Između skupina	,283	1	,283	1,735	,188
	Unutar skupina	92,744	569	,163		
	Ukupno	93,026	570			
19. Bol (akutna, kronična)	Između skupina	,104	1	,104	3,238	,072
	Unutar skupina	18,264	569	,032		
	Ukupno	18,368	570			
24. Izmijenjene životne uloge	Između skupina	,026	1	,026	,220	,639
	Unutar skupina	66,591	569	,117		
	Ukupno	66,616	570			
25. Manjak samopomoći (kupanje, odijevanje, hranjenje itd.)	Između skupina	1,756	1	1,756	7,318	,007*
	Unutar skupina	136,528	569	,240		
	Ukupno	138,284	570			
26. Samopoštovanje (kronično nisko, situacijsko nisko, rizik za nisko)	Između skupina	,069	1	,069	5,056	,025*
	Unutar skupina	7,818	569	,014		
	Ukupno	7,888	570			
27. Samopovređivanje ili rizik za	Između skupina	,032	1	,032	,181	,671
	Unutar skupina	99,825	569	,175		
	Ukupno	99,856	570			
28. Senzorna percepcija, poremećena ili izmijenjena	Između skupina	,048	1	,048	4,017	,046*
	Unutar skupina	6,866	569	,012		
	Ukupno	6,914	570			

\*\* $P<0.001$ , \* $P<0.05$

Psihološka stanja muškaraca i žena s kardiološkim oboljenjima razlikuju se u načinima brige o zdravlju ( $P < 0,05$ ), manjku samopomoći oko kupanja, odijevanja, hranjenja i sl. ( $P < 0,05$ ) i razini samopoštovanja ( $P < 0,05$ ), Tablica 8.

Tablica 9. Razlike između kardioloških bolesnika različite dobi u psihološkim stanjima prema smjernicama protokola NANDA.

#### ANOVA

Dob i NANDA		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
2. Prilagodba, umanjena	Između skupina	,020	3	,007	1,887	,131
	Unutar skupina	1,973	567	,003		
	Ukupno	1,993	570			
9. Strah	Između skupina	,700	3	,233	3,464	,016*
	Unutar skupina	38,210	567	,067		
	Ukupno	38,911	570			
11. Briga o zdravlju, neučinkovita	Između skupina	,135	3	,045	2,927	,033*
	Unutar skupina	8,723	567	,015		
	Ukupno	8,858	570			
12. Vapaj za zdravljem	Između skupina	5,991	3	1,997	8,495	,000*
	Unutar skupina	133,291	567	,235		
	Ukupno	139,282	570			
18. Prehrana, izmijenjena; više ili manje od tjelesnih zahtjeva	Između skupina	5,386	3	1,795	11,61	,000*
	Unutar skupina	87,640	567	,155		
	Ukupno	93,026	570			
19. Bol (akutna, kronična)	Između skupina	,170	3	,057	1,765	,153
	Unutar skupina	18,198	567	,032		
	Ukupno	18,368	570			
24. Izmijenjene životne uloge	Između skupina	3,167	3	1,056	9,433	,000*
	Unutar skupina	63,450	567	,112		
	Ukupno	66,616	570			
25. Manjak samopomoći (kupanje, odijevanje, hranjenje itd.)	Između skupina	1,053	3	,351	1,451	,227
	Unutar skupina	137,230	567	,242		
	Ukupno	138,284	570			
26. Samopoštovanje (kronično nisko, situacijsko nisko, rizik za nisko)	Između skupina	,169	3	,056	4,139	,006*
	Unutar skupina	7,719	567	,014		
	Ukupno	7,888	570			
27. Samopovređivanje ili rizik za	Između skupina	,929	3	,310	1,775	,151
	Unutar skupina	98,927	567	,174		
	Ukupno	99,856	570			
28. Senzorna percepcija, poremećena ili izmijenjena	Između skupina	,318	3	,106	9,113	,000*
	Unutar skupina	6,596	567	,012		
	Ukupno	6,914	570			

\*\* $P < 0,001$ , \* $P < 0,05$

Psihološka stanja kardioloških bolesnika različite dobi razlikuju se u načinima brige o zdravlju ( $P<0,05$ ), vapaju za zdravljem ( $P<0.001$ ), izmijenjenoj prehrani ( $P<0.001$ ), izmijenjenim životnim ulogama ( $P<0.001$ ), razini samopoštovanja ( $P<0.05$ ) i izmijenjenoj senzornoj percepciji ( $P<0.001$ ). Tablica 9.

Tablica 10. Razlike kardioloških bolesnika s različitim stupnjem očuvanih sposobnosti samozbrinjavanja i u psihološkim stanjima prema smjernicama protokola NANDA.

Kategorizacija pri otpustu	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
2. Prilagodba, umanjena	Između skupina	,009	3	,003	,901	,440
	Unutar skupina	1,984	567	,003		
	Ukupno	1,993	570			
9. Strah	Između skupina	7,835	3	2,612	47,652	,000*
	Unutar skupina	31,076	567	,055		
	Ukupno	38,911	570			
11. Briga o zdravlju neučinkovita	Između skupina	6,608	3	2,203	555,084	,000*
	Unutar skupina	2,250	567	,004		
	Ukupno	8,858	570			
12. Vapaj za zdravljem	Između skupina	130,184	3	43,395	2704,457	,000*
	Unutar skupina	9,098	567	,016		
	Ukupno	139,282	570			
18. Prehrana, izmijenjena; više ili manje od tjelesnih zahtjeva	Između skupina	4,603	3	1,534	9,838	,000*
	Unutar skupina	88,424	567	,156		
	Ukupno	93,026	570			
19. Bol (akutna, kronična)	Između skupina	,071	3	,024	,730	,534
	Unutar skupina	18,297	567	,032		
	Ukupno	18,368	570			
24. Izmijenjene životne uloge	Između skupina	16,050	3	5,350	59,989	,000*
	Unutar skupina	50,567	567	,089		
	Ukupno	66,616	570			
25. Manjak samopomoći (kupanje, odijevanje, hranjenje itd.)	Između skupina	15,231	3	5,077	23,395	,000*
	Unutar skupina	123,052	567	,217		
	Ukupno	138,284	570			
26. Samopoštovanje (kronično nisko, situacijsko nisko, rizik za nisko)	Između skupina	1,287	3	,429	36,853	,000*
	Unutar skupina	6,601	567	,012		
	Ukupno	7,888	570			
27. Samopovređivanje ili rizik za	Između skupina	4,792	3	1,597	9,526	,000*
	Unutar skupina	95,065	567	,168		
	Ukupno	99,856	570			
28. Senzorna percepcija, poremećena ili izmijenjena	Između skupina	2,918	3	,973	138,032	,000*
	Unutar skupina	3,996	567	,007		
	Ukupno	6,914	570			

\*\* $P<0.001$ , \* $P<0.05$



Stupanj očuvanih sposobnosti samozbrinjavanja u svoju procjenu ne uključuje psihološke varijable sadržane u NANDA protokola ( $P < 0.001$ ) osim varijabli sposobnost prilagodbe i osjetu akutne odnosno kronične boli. Ta kategorizacija zbrinjavanja sadrži varijable različite od NANDA protokola.

Tablica 11. Povezanost različitih stupnjeva anksioznosti kardioloških bolesnika i ostalih psiholoških stanja prema smjernicama protokola

	Kategorizacija	1a. Anksioznost blaga	2. Prilagodba, umanjena	9. Strah	11. Briga o zdravlju, neučinkovita	12. Traženje, ponašanje	13. Beznađe	17. Nepridržavanje; nonadherence	18. Prehrana, izmijenjena; više ili manje od tjelesnih zahtjeva	19. Bol (akutna, kronična)	24. Učinak uloga, neučinkovit	25. Deficit samopomoći (kupanje, odijevanje, hranjenje itd.)	26. Samopoštovanje (kronično nisko, situacijsko nisko, rizik za nisko)	27. Samopovređivanje ili rizik za	28. Senzorna percepcija, poremećena ili izmijenjena	
Kategorizacija	Correlation	1	,080*	,054	-,322**	,295**	,792**	,193**	-,216**	-,218**	,032	,372**	,322**	,194**	,139**	,237**
	Sig.		,027	,098	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,226	,000	,000	,000	,000	,000
	N	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571
1a. Anksioznost blaga	Correlation	,080*	1	-,012	-,059	-,027	,086*	-,020	,000	,132**	,058	,006	,215**	,049	-,009	-,023
	Sig.	,027		,384	,079	,264	,020	,319	,496	,001	,081	,443	,000	,120	,417	,289
	N	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571
1b. Anksioznost umjerena	Correlation	-,005	-,038	-,011	-,012	-,023	-,012	-,017	-,038	,057	-,033	,042	,114**	-,022	,094*	-,020
	Sig.	,450	,184	,399	,383	,293	,386	,343	,184	,085	,212	,159	,003	,304	,012	,316
	N	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571
1c. Anksioznost teška	Correlation	,004	-,039	,154**	-,015	-,023	,000	,087*	-,039	,051	,183**	-,070*	,083*	,144**	,017	-,021
	Sig.	,463	,177	,000	,361	,288	,496	,018	,177	,112	,000	,048	,024	,000	,347	,311
	N	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571
1d. Anksioznost panika	Correlation	-,004	-,027	,230**	-,036	-,016	-,023	-,012	-,027	-,029	,055	,050	,008	-,015	-,001	-,014
	Sig.	,465	,264	,000	,198	,351	,294	,388	,264	,242	,095	,117	,420	,360	,489	,368
	N	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571	571

Na temelju dobivene korelacije možemo utvrditi odnos između psihološke potrebe bolesnika i stanja anksioznosti povezanih s nezadovoljenjem tih potreba. Blaga anksioznost povezana je s vapajem za zdravljem ( $r=0.086$ ,  $P<0.05$ ), izmijenjenom prehranom ( $r=0.132$ ,  $P<0.001$ ) i nemogućnošću samopomoći oko kupanja, odijevanja i hranjenja ( $r=0.215$ ,  $P<0.001$ ). Umjerenana anksioznost povezana je s nemogućnošću samopomoći oko kupanja odijevanja i hranjenja ( $r=0.094$ ,  $P<0.05$ ). Teška anksioznost povezana je s umanjenim sposobnostima prilagodbe ( $r=0.154$ ,  $P<0.001$ ), s osjećajem beznađa ( $r=0.087$ ,  $P<0.05$ ), s intenzitetom boli ( $r=0.183$ ,  $P<0.001$ ), s nemogućnošću samopomoći oko kupanja odijevanja i hranjenja ( $r=0.083$ ,  $P<0.05$ ) i s kronično niskim samopoštovanjem ( $r=0.144$ ,  $P<0.001$ ). Panika je povezana s umanjenom mogućnošću prilagodbe ( $r=0.230$ ,  $P<0.001$ ), Tablica 11.

## 5. RASPRAVA

Sestrinska kategorizacija stupnja očuvanih sposobnosti samozbrinjavanja u svoju procjenu ne uključuje psihološke varijable sadržane u NANDA protokolu ( $P < 0.001$ ) osim varijabli *sposobnost prilagodbe* i *osjet akutne odnosno kronične boli*. Ona uključuje uglavnom tjelesni status kardioloških bolesnika, a manje njihove psihološke potrebe. Fleming (1986.) je upozoravao da medicinske sestre imaju određenih problema s identifikacijom bolesnikovih potreba koje nisu tjelesne naravi, a samim time i s korištenjem terminologije kojom bi opisivale psihološki problem (34).

NANDA protokol omogućava uvid u psihološke potrebe bolesnika i stanja anksioznosti povezanih s nezadovoljenjem tih potreba. Tako je blaga anksioznost povezana s vapajem za zdravljem ( $r = 0.086$ ,  $P < 0.05$ ), izmijenjenom prehranom ( $r = 0.132$ ,  $P < 0.001$ ) i nemogućnošću samopomoći oko kupanja, odijevanja i hranjenja ( $r = 0.215$ ,  $P < 0.001$ ). Umjerena anksioznost povezana je s nemogućnošću samopomoći oko kupanja odijevanja i hranjenja ( $r = 0.094$ ,  $P < 0.05$ ). Teška anksioznost povezana je s umanjenim sposobnostima prilagodbe ( $r = 0.154$ ,  $P < 0.001$ ), s osjećajem beznađa ( $r = 0.087$ ,  $P < 0.05$ ), s intenzitetom boli ( $r = 0.183$ ,  $P < 0.001$ ), s nemogućnošću samopomoći oko kupanja odijevanja i hranjenja ( $r = 0.083$ ,  $P < 0.05$ ) i s kronično niskim samopoštovanjem ( $r = 0.144$ ,  $P < 0.001$ ). Panika je povezana s umanjenim mogućnostima prilagodbe ( $r = 0.230$ ,  $P < 0.001$ ). Stoga se čini opravdanim koristiti ova dva upitnika budući ne procjenjuju iste obrasce ponašanja.

Psihološka skrb sastoji od dva ključna elementa, jedan se bavi praktičnom i tehničkom djelatnosti, a drugi se bavi upravo načinom na koji se intervencije provode ovisno o pojedinoj medicinskoj sestri. To označavamo pod „instrumental vs. expressive care“. Već je dokazano da samo praktično izvršavanje zadataka bez adekvatnih ekspresija emocija i interpersonalnih vještina ne možemo nazivati sveobuhvatnom brigom za bolesnika (Priest, 2010) (35). Prema Nicholisu (2003.) doživljaj negativnih emocija ima negativan učinak na bolesnikovo zdravlje i oporavak pa su zabilježena stanja kao što su šok, anksioznost, strah, depresija, nisko samopoštovanje, ljutnja, poricanje i ovisnost (36).

Veću prevalenciju anksioznosti (69%) od depresivnosti (21%) u pacijenata nakon kardioloških oboljenja dobili su Dorossiev, Paskova i Zachariev (1976). Jedno od

objašnjenja povećane anksioznosti u odnosu na depresivnost u kardioloških bolesnika jest činjenica da je anksioznost akutna reakcija, dok je depresivnost stanje koje kasnije nastupa (37). Prva reakcija pacijenta na dijagnozu je najčešće panika, strah, osjećaj neizvjesnosti i bespomoćnosti što dovodi do povećane anksioznosti (Degree-Coustry, 1976; Leventhal i i sur., 2016) (38, 39).

U sestrinstvu je psihološka njega definirana kao „psihološko funkcioniranje koje karakterizira osobna čežnja, htjenje ili želja, ili alternativno, izražavanje nelagode, lišenosti ili nedostatnosti“ (Bach, 1995.) Drugim riječima, one uključuju socijalne potrebe, potrebu za neovisnošću, kontrolom, pristupu informacijama, socijalnom interakcijom, potrebu za privatnošću i za dostojanstvom (40).

Psihološke potrebe opisujemo kao ljudske potrebe povezane s emocionalnim, bihevioralnim i kognitivnim funkcioniranjem. One se odnose na osjećanje, ponašanje i mišljenje. Psihološke potrebe čovjeka dominiraju u bolesti, tu nailazimo na razne termine koji se koriste kao sinonimi, primjerice „psihološka potreba“, „psihosocijalna potreba“ i „emocionalna potreba“ (40).

Priest je (1999.) istraživanjem kod studenata i medicinskih sestara naišla na tumačenja psiholoških potreba primarno kao emocionalnih potreba, zatim kognitivnih te socijalnih potreba. Psihološke potrebe bolesnika prilikom prijema na odjel, povezane su s nepoznatim okruženjem s nepoznatim ljudima, uz zabrinutost za tjelesno i/ili psihičko zdravlje, osjećaj tjeskobe i ranjivost u stranom okolišu (41).

Istaknut je značajan i neposredan štetni učinak koji srčani događaj može imati na mentalno zdravlje pojedinca. Također pacijenti su cijenili medicinske sestre koje prate njihovo mentalno i fizičko zdravlje i smatrali su da je to ključno za njihov ukupni oporavak. Medicinske sestre su bile posvećene pružanju psihološke podrške, smatrale su da to koristi pacijentima i zalagale su se da ta podrška bude pružena u okviru kardiološkog rehabilitacijskog programa, a ne unutar paralelne zdravstvene usluge. Međutim, medicinske sestre su bile vremenski ograničene i smatrale su izazovima pružanje psihološke skrbi unutar svog postojećeg radnog opterećenja (42).

Obilježja zdravstvenog statusa kardioloških bolesnika obzirom na stanje bolesti (akutno/kronično), spol, dob, dužinu hospitalizacije i očuvane sposobnosti samozbrinjavanja pri otpustu (kategorizacija bolesnika); u akutnom stanju hospitaliziran

je 351 bolesnik, najčešći akutni razlog hospitalizacije bio je infarkt miokarda (150, 42, 74%), u istom razdoblju hospitalizirano je 220 bolesnika u kroničnom stanju. Najčešći razlog hospitalizacije bili su kardiomiopatija (73, 33, 18%), dekompenzacija srca (58, 26, 36%) i implantacija trajnog elektrostimulatora srca (30, 13, 64%).

Ne postoje statistički značajne razlike u pojavnosti akutnih i kroničnih stanja u muškaraca i žena u našem istraživanju ( $P>0.05$ ). Oni se međusobno ne razlikuju ni u dužini hospitalizacije ( $P>0.05$ ).

Postoje statistički značajne razlike u pojavnosti akutnih i kroničnih stanja s obzirom na dob bolesnika ( $P<0.05$ ) kao i obzirom na njihov spol ( $P<0.001$ ). Mnogi su istraživači dobili spolne razlike u atribuciji uzroka. Tako su na primjer Saeidi i suradnici (2014, 2015) dobili da žene, više nego muškarci, navode psihološke uzroke (stres, ljutnja, depresivnost i partnersko zlostavljanje) koronarnih kardioloških oboljenja. Osim toga, u istraživanju iz 2014. godine, dobivaju da su žene općenito manje svjesne potencijalnih rizičnih faktora kardioloških bolesti (43, 44). U drugom istraživanju, žene su, češće nego muškarci, uzroke atribuirale imunološkim faktorima i slučaju loše sreće (Bekke-Hansen i sur., 2014) (45).

Sposobnosti samozbrinjavanja bolesnika razlikuju se u akutnim i kroničnim stanjima u kojima se bolesnik nalazi ( $P<0.001$ ), za različitu starosnu dob ( $P<0.001$ ) i u dužini hospitalizacije ( $P>0,05$ ). Procjena potreba akutnih i kroničnih kardiološki bolesnika prema tom protokolu NANDA ukazuje da se bolesnici razlikuju u stupnju teške i panične anksioznosti. Također, razlikuju se i u osjećaju straha, vapaju za zdravljem, promijenjenoj prehrani, osjećaju boli, izmijenjenim životnim ulogama i rizicima samoozlijeđivanja.

Akutna stanja zahtijevaju zbrinjavanje u jedinici koronarne intenzivne skrbi. Obuhvaćaju skup mjera i postupaka kojim medicinska sestra provodi monitoring i zbrinjava bolesnika u najkritičnijem razdoblju bolesti i za to su joj potrebna specifična znanja.

U daljnjem razvoju plana i programa za zdravstvenom njegom bolesnika jedna od najčešćih sestrinskih dijagnoza kod pacijenata nakon preboljelog infarkta miokarda je: neupućenost u svezi s nedostatkom specifičnog znanja o ponašanju i promjeni životnog stila nakon otpusta iz bolnice. Intervencije su usmjerene edukaciji o prehrani, terapiji,

fizičkoj aktivnosti, pušenju i kardiološkim kontrolama putem razgovora i pisanih materijala (kod svih kroničnih stanja).

Planiranje otpusta pacijenata iz bolničke skrbi je važan čimbenik jer smanjuje broj bolničkih dana, te se zdravstvena njega pacijenata sa složenim potrebama nastavlja u kući te putem patronažne skrbi (45).

Psihološka stanja muškaraca i žena s kardiološkim oboljenjima različite životne dobi razlikuju se u načinima brige o zdravlju, manjku samopomoći oko kupanja, odijevanja, hranjenja i sl., razini samopoštovanja. Žene su manje sklone brizi o zdravlju, češće vapiju za zdravljem, ne prihvaćaju izmijenjenu prehranu, izmijenjene životne uloge, imaju nižu razinu samopoštovanja i izmijenjeniju senzornu percepciju ( $p < 0.05$ ).

Aalto i suradnici (2005) dobili su rezultate da žene češće navode stres i genetiku, te povijest bolesti u obitelji kao potencijalne uzroke kardioloških oboljenja (47). Prema istraživanju Grace i suradnika (2005) žene percipiraju dugotrajniji tijek svoje bolesti, odnosno vjeruju u kroničnost vlastitog stanja, ali i veću cikličnost simptoma nego muškarci (48).

Nekim studijama otkrivene su razlike između muškaraca i žena u faktorima povezanim s sveobuhvatnom hospitalizacijom. Čimbenici povezani s brojem hospitalizacija bili su dob, funkcionalni status, komorbidna stanja, razina kreatinina i skupina simptoma kod muškaraca i razina hemoglobina i skupina simptoma kod žena. Komorbidni uvjeti povezani s hospitalizacijom razlikovali su se između muškaraca i žena. Stoga bi te razlike trebalo razmotriti tijekom razvoja intervencija za smanjenje hospitalizacije kod ovih bolesnika (49).

Uz sve nedostatke ove studije kao što subjektivnost sestara koje su popunjavale obrasce i retrospektivan pristup u prikupljanju podataka koji onemogućava provjeru i dopunu obrazaca ipak na temelju dobivenih rezultata možemo reći da iznenadna (akutna) životna situacija i kronična kardiološka bolest u svakog čovjeka razvije različite psihološke reakcije, ovisno o spolu, dobi stoga je i psihološki pristup svakom bolesniku individualan. Nužno je unaprjeđenje osobnih kvaliteta medicinske sestre: intuicija, samosvjesnost, empatija, odnos povjerenja.

## 6. ZAKLJUČAK

U skladu s postavljenim ciljem istraživanja, a na temelju dobivenih rezultata možemo izvesti slijedeće zaključke:

1. Sestrinska kategorizacija stupnja očuvanih sposobnosti samozbrinjavanja u svoju procjenu ne uključuje psihološke varijable sadržane u NANDA protokolu ( $P < 0.001$ ) osim varijabli sposobnost prilagodbe i osjet akutne odnosno kronične boli. Sestrinska kategorizacija stupnja očuvanih sposobnosti samozbrinjavanja uključuje uglavnom tjelesni status bolesnika, a manje psihološke potrebe kardioloških bolesnika.
2. NANDA protokol omogućava uvid u psihološke potrebe bolesnika i stanja anksioznosti povezanih s nezadovoljenjem tih potreba. Tako je blaga anksioznost povezana s vapajem za zdravljem ( $r = 0.086$ ,  $P < 0.05$ ), izmijenjenom prehranom ( $r = 0.132$ ,  $P < 0.001$ ) i nemogućnošću samopomoći oko kupanja odijevanja i hranjenja ( $r = 0.215$ ,  $P < 0.001$ ). Umjereni anksioznost povezana je s nemogućnošću samopomoći oko kupanja, odijevanja i hranjenja ( $r = 0.094$ ,  $P < 0.05$ ). Teška anksioznost povezana je s umanjenim sposobnostima prilagodbe ( $r = 0.154$ ,  $P < 0.001$ ), s osjećajem beznađa ( $r = 0.087$ ,  $P < 0.05$ ), s intenzitetom boli ( $r = 0.183$ ,  $P < 0.001$ ), s nemogućnošću samopomoći oko kupanja, odijevanja i hranjenja ( $r = 0.083$ ,  $P < 0.05$ ) i s kronično niskim samopoštovanjem ( $r = 0.144$ ,  $P < 0.001$ ). Panika je povezana s umanjenim mogućnostima prilagodbe ( $r = 0.230$ ,  $P < 0.001$ ).

Na temelju navedenog čini se opravdanim koristiti komplementarno obje klasifikacije i sestrinsku kategorizaciju stupnja očuvanih sposobnosti samozbrinjavanja kao i NANDA protokol budući ne procjenjuju iste potrebe bolesnika (somske i psihološke).



## 7. SAŽETAK

**Cilj istraživanja bio** je procijeniti učestalost psiholoških dijagnoza u Sestrinskoj kategorizaciji stupnja očuvanih sposobnosti samozbrinjavanja u usporedbi sa NANDA protokolom u kardioloških bolesnika.

**Materijal i metode:** U retrospektivnom presječnom istraživanju analizirani su podaci iz evidencije sestrijskih otpusnih pisama na Klinici za bolesti srca i krvnih žila u KBC Split u razdoblju od 01. siječnja 2015. do 31. prosinca 2016. godine.

**Rezultati:** Sestrinska kategorizacija stupnja očuvanih sposobnosti samozbrinjavanja u svoju procjenu ne uključuje psihološke varijable sadržane u NANDA protokolu ( $P < 0.001$ ) osim varijabli sposobnost prilagodbe i osjet akutne odnosno kronične boli. Sestrinska kategorizacija stupnja očuvanih sposobnosti samozbrinjavanja uključuje uglavnom tjelesni status bolesnika a manje psihološke potrebe kardioloških bolesnika.

NANDA protokol omogućava uvid u psihološke potrebe bolesnika i stanja anksioznosti povezanih s nezadovoljenjem tih potreba. Tako je blaga anksioznost povezana je s vapajem za zdravljem ( $r=0.086$ ,  $P < 0.05$ ), izmijenjenom prehranom ( $r=0,132$ ,  $P < 0.001$ ) i nemogućnošću samopomoći oko kupanja odijevanja i hranjenja ( $r=0,215$ ,  $P < 0.001$ ). Umjerena anksioznost povezana je s nemogućnošću samopomoći oko kupanja odijevanja i hranjenja ( $r=0,094$ ,  $P < 0.05$ ). Teška anksioznost povezana je s umanjenim sposobnostima prilagodbe ( $r=0.154$ ,  $P < 0,001$ ), s osjećajem beznađa ( $r=0,087$ ,  $P < 0.05$ ), s intenzitetom boli ( $r=0,183$ ,  $P < 0.001$ ), s nemogućnošću samopomoći oko kupanja odijevanja i hranjenja ( $r=0,083$ ,  $P < 0.05$ ) i s kronično niskim samopoštovanjem ( $r=0,144$ ,  $P < 0,001$ ). Panika je povezana s umanjenim mogućnostima prilagodbe ( $r=0,230$ ,  $P < 0,001$ ).

**Zaključak:** Čini se opravdanim koristiti komplementarno obje klasifikacije i sestrijsku kategorizaciju stupnja očuvanih sposobnosti samozbrinjavanja kao i NANDA protokol budući ne procjenjuju iste potrebe bolesnika (somatske i psihološke).

## SUMMARY

The aim of this study was to assess the frequency of psychological diagnoses in nurses categorization of the degree of patients preserved selfhelp ability levels comparing it to NANDA protocol in cardiac patients.

Materials and methods: in a retrospective cross-sectional study, data from nursing records of discharging letters at the clinic for cardiovascular diseases in KBC SPLIT have been analyzed in the period from January 01. 2015. to December 31. 2016.

Results: nurses categorization of the degree of patients preserved selfhelp ability levels does not include the psychological variable included in NANDA protocol ( $P < 0.001$ ) except for the ability to adapt or the sensation of acute or chronic pain. Nurses categorization of the degree of patients preserved selfhelp ability levels includes more physical status and less psychological needs of cardiac patients.

NANDA protocol gives us insight into patients psychological needs and anxiety conditions related to the fact that those needs remained unsatisfied. Mild anxiety is associated with a cry for healt ( $r = 0.086$ ,  $P < 0.05$ ), changed diet ( $r = 0,132$ ,  $P < 0.001$ ) and inability to help themselves with bathing, dressing and eating ( $r = 0,094$ ,  $P < 0.05$ ). Severe anxiety is associated with reduced abilities to adapt ( $r = 0,154$ ,  $P < 0.001$ ), feeling of dispair ( $r = 0,087$ ,  $P < 0.05$ ), intensity of pain ( $r = 0,183$ ,  $P < 0.001$ ), inability to help themselves with bathing, dressing and eating ( $r = 0,083$ ,  $P < 0.05$ ), and cronicallly low sense of self-esteem ( $r = 0,144$ ,  $P < 0.001$ ). Panic is associated with reduced abilities to adapt ( $r = 0,230$ ,  $P < 0.001$ ).

Conclusion: it seems justified to use both categorizationes simultaneously, nurses categorization of the degree of patients preserved selfhelp ability levels as well as NANDA protocol considering that they dont assess the same needs of the patient (somatic and psichological).

## 8. LITERATURA

1. Šimunec D. Sestrinske dijagnoze. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. 2011. Zagreb; 5-30.
2. Psihologija i psihijatrija | Klasifikacije u sestrinskoj praksi [Internet]. Psihologija i psihijatrija 2011 [citirano 26. lipnja 2019.]. Dostupno na: <http://psihijatrija.blogspot.com/2011/11/klasifikacije-u-sestrinskoj-praksi.html>
3. Šegota I. Etika sestinstva: Smiju li medicinske sestre štrajkati?. Društvena istraživanja. 1995.; 4(1): 101-124.
4. Herdman HT, Kamitsuru S, urednici. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015-2017. 10. izdanje Thieme; 2014.; 91-133.
5. HZJZ [Kardiovaskularne bolesti [Internet]. Središnja medicinska ustanova javnog zdravstva u Hrvatskoj 2001. [citirano: 15. ožujka 2019]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/kardiovaskularne-bolesti/>,
6. Žegura I. Psihologija koronarne srčane bolesti. Određenje biopsihosocijalnog modela bolesti unutar zdravstvene psihologije. 2010. ; 21- 49.
7. Vincelj J. Bolesti srca i krvnih žila. 2008. ;21.
8. Mirić D. i sur. Koronarna bolest. Stres i kardiovaskularni sustav. 2006. ;17-21.
9. Marčinko D. i sur. Psihološko – psihijatrijski faktori kod oboljelih od koronarnih bolesti. Psihički poremećaji u somatskoj medicini i tjelesne bolesti u duševnih bolesnika. 2012.; 9-13.
10. Schulman JK, Muskin PR, Shapiro PA. Psychiatry and cardiovascular disease. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, 2005.;3:208-24.
11. Topić R. Psihijatrijski aspekti kardiovaskularnih bolesti/bolesnika. 2010.;233-240.
12. Serber ER, Todaro JF, Tilkemeier PL, Niaura R. Prevalence and Characteristics of Multiple Psychiatric Disorders in Cardiac Rehabilitation Patients. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention 2009.;29:161-8.
13. Lichtman JH. i sur. Depression and coronary heart disease. Circulation 2008;118(17): 1768-1775.
14. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, DC: American Psychiatric Association; 4. izdanje. 2000.
15. Mallik S, Spertus JA, Reid KJ, Krumholz HM, Rumsfeld JS, Weintraub WS, Agarwal P, Santra M, Bidyasar S, Lichtman JH, Wenger NK, Vaccarino V. Premier Registry Investigators. Depressive symptoms after acute myocardial infarction: evidence for highest rates in younger women. Arch Intern Med. 2006; 166: 876–883.
16. Walters K, Rait G, Petersen I, Williams R, Nazareth I. Panic disorder and risk of new onset coronary heart disease, acute myocardial infarction, and cardiac mortality: cohort study using the general practice research database. European Heart Journal 2008;29:2981-8.

17. Albert CM, Chae CU, Rexrode KM, Manson JE, Kawachi I. Phobic Anxiety and Risk of Coronary Heart Disease and Sudden Cardiac Death Among Women. *Circulation* 2005;111:480-7.
18. Schulman JK, Muskin PR, Shapiro PA. Psychiatry and cardiovascular disease. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 2005;3:208-24.
19. Roberge MA, Dupuis G, Marchand A. Post-traumatic stress disorder following myocardial infarction: Prevalence and risk factors. *Can J Cardiol* 2010;26: 70-5.
20. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Bascaran MT i sur. on behalf on the General Health Status in Bipolar Disorder Collaborative Group. *Journal of Affective Disorders* 2009;115:302-8
21. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur Heart J.* 2007; 28:2375-414.
22. Heinrich M, Galez Janevski K, Ćurić G , Ivanuša M. Uloga medicinske sestre u timu kardiovaskularne rehabilitacije, *Cardiologia Croatica* 2016;11(10-11):544.
23. Šepec S. i sur. *Sestrinske dijagnoze*, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara Zagreb, 2011.
24. Šabić D. i sur. *Specifičnosti zdravstvene njege bolesnika nakon transplantacije srca*. Zagreb. 2017.
25. Čizmić J. Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci* 2009;30(1); 91-134.
26. Pivoto, FL, Lunardi Filho, WD, Santos, SSC, Almeida, MDA. Nursing diagnoses in patients in the postoperative period of cardiac surgery. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2010.;23(5), 665-670.
27. Mikac M. Usporedba mogućnosti sustava za vođenje sestrinske dokumentacije u domovima socijalne skrbi i standardiziranim sustavima zdravstvene skrbi HUMS Peta konferencija društva za kvalitetu, Opća bolnica "dr. Tomislav Bardek", Koprivnica 18.-19. lipanj 2015.
28. Stučić V. *Sestrinska dokumentacija*, Zagreb: Sestrinski list KB Merkur, 2006.
29. *Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama*, (NN 79/2011).
30. Fučkar G. *Uvod u sestrinske dijagnoze*. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju. 1996.
31. Šepec i sur. *Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi*, HKMS, Zagreb, 2010.
32. Bišćan J, Krešić V. *Kontrola kvalitete sestrinske dokumentacije*. Društvo za kvalitetu - Hrvatska udruga medicinskih sestara, , SG/NJ 2014;19:251-2
33. Hutchinson K. *Psychiatric- Mental Health Nursing Review And Resource Manual*. Problem identification nursing diagnoses and planing the life span. 2015. ; 101-106.
34. Pogančić M. *Psihološka njega kao terapijski postupak u sestinstvu*. Diplomski rad. Zagreb 2016.;23.

35. Priest H. Effective psychological care for physically ill patients in hospital. *Nurs Stand* 2010;24(44):48-56
36. Nichols K. Psychological care for ill and injured people. Maidenhead: Open University Press. 2003.
37. Dorossiev D, Pascova VI, Zachariev Z. Psychological problems of cardiac rehabilitation. *Psychological approach to the rehabilitation of coronary patients* New York: Springer-Verlag. 1976.; 26-31.
38. Deegree-Coustry C. Psychological problems in rehabilitation programmes. *Psychological approach to the rehabilitation of coronary patients*. New York: Springer-Verlag. . 1976.;32-34.
39. Leventhal H, Phillips LAI, Burns E. Modelling management of chronic illness in everyday life: A common-sense approach. *Psychological Topics*, 2016.; 25, 1-18.
40. Bach S. *Psychology in practice*. London: South Bank University Distance Learning Centre. 1995.
41. Priest H. Psychological care in nursing education and practice: a search for definition and dimensions. *Nurse Educ Today*. 1999.; 19(1):71-78.
42. Turner KM. i sur. Patients' and nurses' views on providing psychological support within cardiac rehabilitation programmes: a qualitative study. *BMJ* 2017.
43. Saeidi M, Soroush A, Komasi S, Moemeni K, Heydarpour B. Attitudes toward cardiovascular disease risk factors among patients referred to a cardiac rehabilitation center: importance of psychological attitudes. *E-Medical Journal*. 2015.; 16, 1–7.
44. Saeidi M, Komasi S, Soroush A, Zakiei A, Shakeri J. Gender differences in patients' beliefs about biological, environmental, behavioral, and psychological risk factors in a cardiac rehabilitation program. *Journal of Cardiothoracic Medicine*. 2014.; 2, 215– 220.
45. Bekke-Hansen S, Weinman J, Thastum M, Thygesen K, Zachariay R. Psychosocial factors are important for the perception of disease in patients with acute coronary disease. *Danish Medical Journal*, 2014.; 61, 1–7.
46. Horvat M. i sur. Planiranje zdravstvene njege bolesnika s akutnim koronarnim sindromom. *Cardiol Croat*.2014;9(9-10):473
47. Aalto A, Heijmans M, Weinman J. i Arod AR. Illness perceptions in coronary heart disease. Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005.; 58, 393–402.
48. Grace SL, Krepostman S, Brooks D, Arthur A, Scholely P, Suskin N, Jaglal S, Abramson BL, i Stewart DE. Illness perceptions among cardiac patients: 59 Relation to depressive symptomatology and sex. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005.; 59, 153–160.
49. Zeynep B. i sur. Factors Influencing Hemoglobin Variability and Its Association with Mortality in Hemodialysis Patients. *ScientificWorldJournal*. 2018; 2018:8065691.

## 9. ŽIVOTOPIS

### OSOBNI PODATCI

Ime i prezime	Adrijana Livaja
Adresa	Zoranićeva 47, 21210 Solin
Elektronička pošta	<a href="mailto:livajaadrijana@gmail.com">livajaadrijana@gmail.com</a>
Državljanstvo	Hrvatsko
Datum rođenja	21. svibnja 1980. godine

### ŠKOLOVANJE I STRUČNO USAVRŠAVANJE

Datum	1986.g – 1995.g
Mjesto	Solin
Ustanova	Osnovna škola Vjekoslav Parać
Zvanje	
Datum	1995.g. – 1999.g
Mjesto	Split
Ustanova	Zdravstvena škola Split
Zvanje	Medicinska sestra – tehničar
Datum	2004.g. – 2008.g
Mjesto	Split
Ustanova	Medicinski fakultet Split, Stručni studij Sestrinstvo
Zvanje	Stručna prvostupnica sestrinstva (bacc.med.techn.)
Datum	2015.g. – 2019.g.
Mjesto	Split
Ustanova	Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Diplomski studij sestrinstvo
Zvanje	Magistra sestrinstva (mag.med.techn.) u postupku obrane diplomskog rada

## **RADNO ISKUSTVO**

Datum 2017.g -  
Ustanova Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija  
Naziv radnog mjesta Mentor studentima preddiplomskog studija sestrištva  
Funkcija Vanjski suradnik Sveučilišta u Splitu

Datum 2003.g -  
Ustanova KBC Split  
Naziv radnog mjesta Prvostupnica sestrištva, Klinika za bolesti srca i krvnih žila  
Funkcija Glavna medicinska sestra/tehničar klinike

Datum 2001.g. – 2003.g.  
Ustanova DZ splitsko dalmatinske županije, Split  
Naziv radnog mjesta Medicinska sestra/tehničar u ambulanti  
Funkcija Medicinska sestra u ambulanti obiteljske medicine i pedijatrije

## **ORGANIZACIJSKE VJEŠTINE**

dugogodišnja organizacija poslova, koordinacija, nadziranje i evaluacija članova tima za zdravstvenu njegu, upravljanje radnim satima i godišnjim odmorima/bolovanjima osoblja, zahtjevanje i praćenje lijekova i potrošnog materijala, planiranje, vođenje i evaluacija sestrištva, praćenje pokazatelja kvalitete zdravstvene zaštite, nadziranje i procjenjivanje indikatora kvalitete zdravstvene njege, izrada izvještaja i analize te suradnja s Jedinicom za kvalitetu, edukacija medicinskih sestara srednje stručne spreme, učenika srednje škole i studenata preddiplomskog studija.

## ČLANSTVA

Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska udruga kardioloških medicinskih sestara, Hrvatska udruga medicinskih sestara, Hrvatski strukovni sindikat medicinskih sestara, European Society of Cardiology (ESC), Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP),

## STRUČNO USAVRŠAVANJE

EuroHeartCare  
Milano

Tečaj "Osnove elektrokardiograma i poremećaja srčanog ritma za medicinske sestre i srodne profesije"

EuroHeartCare  
Dublin

Crointervent  
Zagreb

Masterclass tečaj usavršavanja za zdravstvene djelatnike  
Leadership u zdravstvu  
Zdravstveno veleučilište Zagreb

4. simpozij HUKMS  
Trakošćan

Esc Congress  
Barcelona

Tečaj "Kronično zatajivanje srca"  
Hrvatska kuća srca, Zagreb

5. kongres HUKMS sa međunarodnim sudjelovanjem  
Zagreb

4. kongres HUKMS sa međunarodnim sudjelovanjem  
Zagreb

## OSOBNOSTNE I TEHNIČKE

### VJEŠTINE I

### KOMPETENCIJE

Aktivno korištenje programskim paketom MS

Office

Korištenje engleskog jezika

Vozačka dozvola B kategorije