

Sustavi potpore u zdravstvenoj njezi - Problemi i nedostaci funkcionalnog modela iz perspektive bolesnika i medicinske sestre

Stančin, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:221914>

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

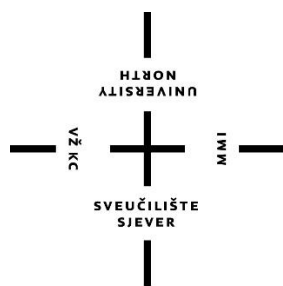
Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-17**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1400/SES/2020

Sustavi potpore u zdravstvenoj njezi

Marija Stančin, 3635/601

Varaždin, prosinac 2020. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1400/SES/2020

Sustavi potpore u zdravstvenoj njezi

Student

Marija Stančin, 3635/601

Mentor

doc. dr. sc. Marijana Neuberg

Varaždin, prosinac 2020. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stru ni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Marija Stančič	MATIČNI BROJ	3635/601
DATUM	30.11.2020.	KOLEGIJ	Organizacija, upravljanje i adm. u zdravstvenoj njezi
NASLOV RADA	Sustavi potpore u zdravstvenij njezi - Problemi i nedostaci funkcionalnog modela iz perspektive bolesnika i medicinske sestre		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Health care support systems - problems and shortcomings of the functional model from the perspective of the patient and the nurse		
MENTOR	doc. dr. sc. Marijana Neuberg	ZVANJE	
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Ivana Herak, mag.med.techn., predsjednik 2. doc. dr. sc. Marijana Neuberg, mentor 3. Vesna Sertić, v.pred., član 4. Valentina Novak, mag.med.techn., zamjenski član 5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	1400/SES/2020
OPIS	

Sustave potpore u zdravstvenoj njezi koristimo kao učinkovitu potporu medicinskim sestrama /tehničarima kako bi se zadovoljile sve potrebe bolesnika, a samim time i zadovoljstvo medicinske sestre. Modeli organizacije rada po kojima medicinske sestre rade, kao što im sam naziv govori, pružaju potporu u organizaciji rada na bolničkim stacioniranim odjelima, na hitnom prijemu, u specijalnim bolnicama ili pak u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Svi organizacijski modeli imaju svoje prednosti i nedostatke. Sukladno tome provedeno je istraživanje rada medicinskih sestara u funkcionalnom modelu, koji je među najčešće korištenim modelima organizacije zdravstvene njege. Istraživanjem se želi prikazati koji su najzastupljeniji problemi i nedostaci rada u navedenom modelu, a odnose se na zadovoljstvo bolesnika zdravstvenom njegom i na zadovoljstvo medicinske sestre u njenom radnom okruženju.

ZADATAK URUČEN

16.12.2020.

POTPIS MENTORA



Predgovor

Zahvaljujem se ponajprije svojoj mentorici doc. dr. sc. Marijani Neuberg što je na svojim predavanjima uspjela doprijeti do mene, prenijeti mi dio svog velikog znanja, potaknuti u meni još veću želju za napredovanjem u sestrinstvu, a na veće zadovoljstvo bolesnika i mene kao medicinske sestre.

Također i veliku zahvalu iskazujem, što me kao mentorica tijekom pisanja mog završnog rada vodila i usmjeravala, te mi bila na raspolaganju za bilo koju moju nedoumicu ili nesigurnost u pisanju istog.

Veliko hvala i svim profesorima Sveučilišta Sjever na trudu i susretljivosti tijekom studiranja.

Zahvaljujem se i svojoj obitelji, mužu, djeci i svojoj mami koji su bili uz mene i pružili mi veliku podršku, kako bi ostvarila svoje ciljeve.

Sažetak

Sustavi potpore u zdravstvenoj njezi su od velike važnosti kako bi se medicinske sestre mogle usmjeriti na pružanje kvalitetnije zdravstvene njege bolesniku.

Iako se sustavi potpore mogu podijeliti na: sustav potpore u upravljanju ljudskim potencijalima i sustav potpore u procesu provođenja zdravstvene njege, u radu se veća pozornost usmjerila na sustav strukturne potpore, odnosno modele organizacije zdravstvene njege, a prvenstveno funkcionalni model koji je i istražen kroz anonimnu anketu medicinskih sestara koje rade ili su radile u istom. Funkcionalni model organizacije rada ima svoje prednosti i nedostatke, a nedostaci, odnosno problemi istraženi kroz anketu daju nam uvid razine zadovoljstva bolesnika i medicinske sestre. Zadovoljstvo bolesnika zdravstvenom njegom, komunikacijom, dobivanjem potrebnih informacija i uputa u većini slučajeva ovisi od medicinskih sestara/tehničara koji pružaju iste, dok na zadovoljstvo medicinske sestre utječe više faktora kao što su, komunikacija s bolesnikom, obitelji, komunikacija s ostalim zdravstvenim osobljem, sposobnosti medicinske sestre, izloženost stresnim situacijama, motivacija za posao ili pak nagrada za uspješan rad.

Komunikacija kao glavni segment u zdravstvenoj njezi bolesnika, u istraživanju je prikazana u većem omjeru kako bi se dobilo više saznanja o komunikacijskim vještinama medicinskih sestara, te sama problematika koja proizlazi iz lošeg i neprofesionalnog načina komuniciranja. Iskustvo medicinske sestre u komunikaciji i dobra procjena sugovornika pri prvom kontaktu znatno može poboljšati daljnji tijek zajedničke suradnje. Izvor nezadovoljstva medicinskih sestara nije nužno sama koncepcija rada, nezadovoljstvo medicinskih sestara često proizlazi iz nedovoljno razvijenih komunikacijskih vještina, koje za posljedicu imaju krivu procjenu i mišljenje, bilo o glavnoj sestri ili ostalim kolegicama i kolegama. Stavovi medicinskih sestara i njihovo zadovoljstvo/nezadovoljstvo na radnom mjestu iako je osobnost svakog pojedinca, ima značajan utjecaj na bolesnika i na njegovo zadovoljstvo zdravstvenom njegom. Stres na radnom mjestu s kojim se susreće većina medicinskih sestara je neizostavan čimbenik za nastanak nezadovoljstva istih, a njegovo negativno djelovanje na medicinsku sestru ima odraz u provođenju zdravstvene njege.

Ključne riječi: Sustavi potpore, organizacijski modeli, komunikacija, zadovoljstvo medicinskih sestara/tehničara

Summary

Healthcare support systems are of great importance for nurses to focus on providing better quality healthcare to patients.

Although support systems can be divided into the support system in human resources management and the support system in the process of health care, this paper focuses more on the structural support system. More specifically, it focuses on the models of health care organization and primarily on the functional model that has been examined in an anonymous survey of nurses who work or have worked in it. The functional work organization model has its advantages and disadvantages. The disadvantages and problems examined in the survey give us an insight into the level of satisfaction of patients and nurses. A patient's satisfaction with health care, communication, obtaining the necessary information and instructions in most cases depends on the nurses/technicians providing the same. A nurse's satisfaction is influenced by several factors, such as communication with the patients and their families, communication with other health care personnel, the nurse's own abilities, exposure to stressful situations, motivation for work or a reward for successful work.

As the main segment of health care, communication has been presented in the survey in a larger proportion, in order to gain more knowledge about the communication skills of nurses, as well as the very problems arising from poor and unprofessional communication. A nurse's communication experience and a good assessment of the interlocutor at first contact can significantly improve the further course of their cooperation. The source of dissatisfaction for nurses is not necessarily in the very concept of work. A nurse's dissatisfaction often stems from underdeveloped communication skills, which result in a wrong assessment or opinion, whether about the head nurse or other colleagues. The attitudes of nurses and their satisfaction/dissatisfaction in the workplace, although different for each individual, have a significant impact on the patient and on his satisfaction with health care. Stress that most nurses experience in the workplace inevitably causes the emergence of dissatisfaction among them, and its negative effect reflects in the implementation of nursing care.

Keywords: Support systems, organizational models, communication, satisfaction of nurses/technicians

Popis korištenih kratica

BIS	Bolnički informacijski sustav
EZK	Elektronički zdravstveni
TTM	Transteorijski model promjene
SDT	Teorija samoodređenja
MI	Motivacijski intervju

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Sustavi potpore u zdravstvenoj njezi	3
2.1. Sustavi tehničke potpore	3
2.2. Sustavi strukturne potpore.....	5
2.2.1. Funkcionalni model organizacije zdravstvene njege.....	5
2.2.2. Timski model organizacije zdravstvene njege.....	6
2.2.3. Primarni model organizacije zdravstvene njege.....	6
2.2.4. Model cjelovite sestrinske skrbi	7
2.2.5. Pacijentu usmjeren model.....	8
2.2.6. Model upravljanja slučajem (Case Managment Model).....	8
2.3. Sustav upravljanja ljudskim potencijalima.....	9
3. Problemi i nedostaci funkcionalnog modela iz perspektive bolesnika i medicinske sestre	10
4. Istraživački dio rada.....	13
4.1. Cilj istraživanja.....	13
4.2. Metode istraživanja	13
4.2.1. Sudionici.....	13
5. Rezultati.....	14
6. Rasprava.....	33
7. Zaključak	37
8. Literatura.....	39

1. Uvod

Zdravstvena njega je pomoć pojedincu, obitelji ili grupama kojima je ta pomoć potrebna, a utemeljena je na suosjećanju, znanju, umijeću i razumijevanju. [1] Kako bi kvaliteta zdravstvene njege zadovoljila potrebe bolesnika, a samim tim i zadovoljstvo medicinske sestre, kao učinkovitu pomoć koristimo sustave potpore u zdravstvenoj njezi.

Sustave potpore u zdravstvenoj njezi dijelimo na: sustav potpore u upravljanju ljudskim potencijalima i sustav potpore u procesu provođenja zdravstvene njege, kojeg dijelimo na još dva podsustava a to su: sustav tehničke potpore i sustav strukturne potpore.[2]

U sustav tehničke potpore se ubrajaju sustav distribucije, sustav transporta i sustav komunikacije.[2]

Ako se govori o distribuciji lijekova ili potrošnog materijala koja može biti centralizirana ili decentralizirana koristit će se način sustava potpore koji najbolje odgovara u datom momentu odnosno situaciji i potrebama određenog odjela.

Komunikacija kao sustav potpore isto tako kao i distribucija može biti centralizirana i decentralizirana. Pravodobno korištenje sustava komunikacije kao potpore u zdravstvenoj njezi ovisi o razvijenim komunikacijskim vještinama i sposobnostima komuniciranja voditelja odjela i svih medicinskih sestara/tehničara koji rade na određenom bolničkom ili nekom drugom odjelu.

Transport bolesnika iako na prvu izgleda kao bezazlen ili posao bez velike odgovornosti, itekako je odgovoran dio posla za onoga koji ga obavlja i za onoga koji dogovara transport bolesnika od jedne do druge točke.

Sa sigurnošću bi se moglo reći kako su nam svi sustavi potpore od jednake važnosti, a u ovom radu će se prikazati važnost sustava strukturne potpore, odnosno organizacijskih modela po kojima medicinske sestre rade. Među osnovne modele organizacije zdravstvene njege ubrajaju se : funkcionalni model, timski model i primarni model za koje možemo reći da su najzastupljeniji modeli po kojima rade medicinske sestre u Republici Hrvatskoj. Pored osnovnih organizacijskih modela postoje i napredni modeli: bolesniku usmjeren model i model cjelovite sestrinske skrbi te različiti modificirani modeli.[2] Između svih organizacijskih modela, za funkcionalni model možemo reći da je najčešće prakticiran u radu.

Funkcionalni model organizacije zdravstvene njege jedan je od starijih modela organizacije rada u kojem se sve medicinske sestre u smjeni brinu za sve bolesnike, uz napomenu da su

poslovi i zadatci medicinskih sestara podijeljeni (jedna medicinska sestra dijeli terapiju, druga mjeri vitalne znakove, treća provodi osobnu higijenu bolesnika...).[2] Kako rad u svim organizacijskim modelima ima prednosti i nedostatke, u ovom radu je provedeno istraživanje kroz anonimnu anketu medicinskih sestara koje rade u funkcionalnom modelu. Dobiveni podatci ukazuju koji su najveći problemi i nedostaci za medicinsku sestru i za bolesnika, kakva je međusobna komunikacija i ostale stavke navedene kasnije u radu. Sustavi potpore koriste se u svim područjima zdravstvene njege, a da bi njihovo korištenje imalo svrhu i učinak trebalo bi poznavati kako ljudske tako i materijalne resurse kojima se raspolaže na određenom bolničkom ili stacioniranom odjelu.

Komunikacija kao jedan od glavnih aspekata rada medicinske sestre je većinom zastupljena u prije navedenom istraživanju, jer prvi kontakt medicinske sestre s bolesnikom je upravo komuniciranje. Bilo da se radi o verbalnoj ili neverbalnoj komunikaciji, o istoj ovisi prvi utisak bolesnika te njegovo povjerenje koje razvija prema medicinskoj sestri.

Problemi s kojima se susreću medicinske sestre na svom radnom mjestu, a pri tome koristeći funkcionalni model organizacije rada uzrokuje nekoliko čimbenika, a koji se izravno/neizravno odnose na bolesnika i medicinsku sestru. Neprofesionalna i neučinkovita komunikacija jedan je od glavnih uzroka za nastanak problema u provođenju zdravstvene njege i daljnje suradnje bolesnika i medicinske sestre. Nemogućnost suradnje između bolesnika i medicinske sestre, narušeni međuljudski odnosi na odjelu ili nedostatak materijalnih resursa potrebnih za rad, nerijetko imaju stresno djelovanje na medicinsku sestru i odraz na kvaliteti zdravstvene njege. Istraživanjem se htjelo prikazati probleme i nedostatke za bolesnika i medicinsku sestru u funkcionalnom modelu, doći do saznanja je li problem u koncepciji rada modela, ili je veći problem neznanje i nepravilno korištenje sustava potpore, odnosno organizacijskog modela rada.

Iako je došlo do značajnog napretka u razvoju sestrinstva, sve većeg broja medicinskih sestara koje kroz studije Sestrinstva usavršavaju svoje znanje i kompetencije, ipak se nailazi na nezadovoljstvo bilo od strane bolesnika ili medicinske sestre.

2. Sustavi potpore u zdravstvenoj njezi

Zdravstvena njega je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, pri obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje.[3] Kako bi se zdravstvena njega što kvalitetnije provodila potrebni su nam sustavi potpore u zdravstvenoj njezi. Sustave potpore u zdravstvenoj njezi dijelimo na: sustav potpore u upravljanju ljudskim potencijalima i sustav potpore u procesu provođenja zdravstvene njege.[2] Sustav potpore u provođenju zdravstvene njege dijelimo na dva podsustava: podsustav tehničke potpore i podsustav strukturne potpore.[2]

2.1. Sustavi tehničke potpore

Sustav tehničke potpore sastoji se od sustava distribucije, sustava transporta i sustava komunikacije.[2] Distribucija lijekova, potrošnog materijala, posteljnog rublja i hrane može biti centralizirana i decentralizirana.[2] Vrsta potpore koja će se primjenjivati ovisi o nekolicini čimbenika poput vrsti i izgledu zdravstvene ustanove, o kvalifikacijama zdravstvenog osoblja, o broju drugih zaposlenika, te samoj organizaciji zdravstvene ustanove. Kod primjene centraliziranog sustava posteljnog rublja, potrošnog materijala i lijekova, isti se čuvaju u središnjem mjestu u sklopu radne jedinice, dok pri primjeni decentraliziranog sustava se zalihe čuvaju u svakoj bolesničkoj sobi, a o nabavi istog brine osoba koja nije medicinska sestra nego tehničar za nabavu materijalnih potrepština. Kao potpora medicinskom osoblju učinkovitiji je decentralizirani sustav potpore, jer ako pri obavljanju jutarnje njege bolesnika, medicinska sestra ne treba izlaziti iz bolesničke sobe da bi uzela materijal koji joj je potreban, nego isti ima na dohvata ruke, to čini veliku uštedu vremena, te se medicinska sestra može više posvetiti provođenju zdravstvene njege.

Sustavi komunikacije kao i sustavi distribucije mogu biti centralizirani i decentralizirani. Ako jedna medicinska sestra može sa svojim bolesnikom komunicirati izravno s bilo kojeg mjesta na odjelu, sustav komunikacije je potpuno decentraliziran.[2] Za primjer decentraliziranog sustava komunikacije možemo navesti telemedicinu koja je zasebna grana medicine. Telemedicina je sustav koji podupire proces zdravstvene zaštite osiguravajući sredstva i načine za učinkovitiju razmjenu informacija, što omogućuje mnoštvo aktivnosti vezanih uz zdravstvenu zaštitu, uključuje korisnika zdravstvene zaštite i zdravstveno osoblje, uključuje edukaciju, administraciju i liječenje. [4] Iako telemedicina proteklih godina možda

nije bila zastupljena u nekom velikom omjeru, danas se itekako koristi te je od velike pomoći pri komunikaciji s bolesnikom ili medicinskog osoblja međusobno za vrijeme pandemije Covid – 19, koja je zahvatila ne samo Republiku Hrvatsku nego i cijeli svijet. Decentralizirani sustav komunikacije pokazao se kao dobar način komuniciranja patronažnih sestara s njihovim bolesnicima.

Transport bolesnika bilo da se radi o transportu unutar zdravstvene ustanove ili van nje, zahtjevan je i jedan je od najučestalijih poslova te predstavlja veliku odgovornost djelatnicima koji su zaduženi za isti. Ovisno o trenutnom zdravstvenom stanju bolesnika organizirat će se potrebno osoblje za pratnju. „U pojedinim zdravstvenim ustanovama postoje centralne jedinice za transport bolesnika, a osoblje koje radi u istim treba imati određeno radno iskustvo u takvom poslu, dobre interpersonalne i komunikacijske vještine“[2]. Centralne jedinice za transport bolesnika iako su dobre za uštedu vremena medicinskim sestrama, mogu se koristiti samo u situacijama kada bolesniku u transportu nije potrebna pratnja medicinske sestre.

U sustav tehničke potpore spada i integrirani poslovno – informacijski sustav u zdravstvenim radnim organizacijama. To je sustav koji daje podršku svim procesima u bolničkom/kliničkom i administrativnom poslu. Integrirani poslovno – informacijski sustav sastoji se od tri dijela: bolničkog i kliničkog sustava, laboratorijskog sustava i poslovno - administrativnog sustava.[2]

Bolnički informacijski sustav (BIS) namijenjen je bolničkim odjelima ili jedinicama unutar bolničkog sustava.[2] Prilikom uvođenja BIS-a u zdravstveni sustav prije nekih petnaestak godina naišao je na veliki otpor medicinskih sestara kao što nailazi većina promjena koje se uvode u sustav, što zbog ne poznavanja rada na računalu, što zbog teško prihvatanja uvođenja bilo kakvih promjena u njihov način rada koji su do sada prakticirali. Ipak se pokazao kao dobar sustav potpore, a jednim dijelom i zaštita medicinskim sestrama. BIS je namijenjen isključivo trajnom praćenju bolesnika, odnosno od samog prijema u ambulantu pa tijekom njegova boravka u bolnici sve do otpusta kući. Prilikom prvog dolaska bolesnika u zdravstvenu ustanovu, bolesnik se upisuje odnosno dobiva elektronički zdravstveni karton, te jednom otvoren EZK (elektronički zdravstveni karton) ostaje trajno u BIS sustavu i ne treba se ponovno upisivati. U EZK karton osim osobnih i demografskih podataka o bolesniku upisuju se i svi podatci koji čine povijest bolesti, anamneza, status, mišljenja, tijek liječenja, obavljene pretrage, dobiveni rezultati određenih pretraga, pretrage koje se trebaju obaviti, podatci o provedenim postupcima, utrošenim lijekovima i potrošenom materijalu.[2] EZK osigurava zaštitu podataka bolesnika. Pristup bolničkom informacijskom sustavu omogućen je samo ovlaštenim osobama, odnosno medicinskom osoblju uz dodijeljenu šifru. Prilikom pristupa

zdravstvenog djelatnika programu radi unosa ili promjene bilo kakvih podataka, informatički sustav automatski bilježi unesene promjene i ime osobe koja je upisala iste. Upisivanjem svake intervencije koja je provedena unutar 24 sata za određenog bolesnika, medicinska sestra ne dobiva samo povratnu informaciju trajnog praćenja bolesnika, nego i zaštitu za sebe ukoliko su provedene sve potrebne intervencije koje su bile potrebne. Svakodnevne situacije kao na primjer nastanak dekubitusa potvrđuje važnost dokumentiranja, ako je medicinska sestra poduzela sve mjere sprječavanja nastanka dekubitusa, od okretanja bolesnika svakih dva sata ili po potrebi češće, primijenila antidekubitalna pomagala, masiranje hidratantnim kremama, redovno provodila higijenu bolesnika, te sve intervencije redovno zapisivala u BIS, time je sebe zaštitila, jer ponekad i pored poduzetih mjera u sprječavanju, nastanak dekubitusa bude neizbježan.

2.2. Sustavi strukturne potpore

Sustavi strukturne potpore se odnose na organizacijske modele zdravstvene njege. Organizacijski modeli opisuju raspodjelu podataka, odgovornost i donošenje odluka, sa svrhom osiguravanja sigurne, kvalitetne i najučinkovitije skrbi.[2] Koji organizacijski model će se koristiti ovisi o nekoliko čimbenika kao što su: broj zdravstvenog osoblja te razina njihovog obrazovanja, vrsta zdravstvene ustanove, financijske mogućnosti određene ustanove, složenosti zdravstvene njege koja je potrebna za određene bolesnike te o razvoju informatičke tehnologije koja je danas sve više zastupljena i korisna u većini organizacijskih modela. Pored osnovna tri organizacijska modela (funkcionalni model, timski model i primarni model) koji se većinom koriste, postoje i napredni modeli kao što su: bolesniku usmjeren model, model cjelovite sestrinske skrbi te različiti modificirani modeli. Razvijanjem i moderniziranjem sestrinstva mijenjali su se i modeli zdravstvene njege, a ciljem zadovoljstva za bolesnika i medicinsku sestru.

2.2.1. Funkcionalni model organizacije zdravstvene njege

Funkcionalni model je jedan od starijih modela organizacije rada u kojem sve medicinske sestre u smjeni brinu za sve bolesnike, uz napomenu da su svi zadaci i poslovi medicinskih sestara podijeljeni. Funkcionalni model kao i većina organizacijskih modela ima prednosti i nedostatke, a jedan od najvećih nedostataka je upravo rascjepkanost medicinskih sestara, jer

sve sestre rade sve poslove, te se bolesnik često nalazi u situaciji da ne zna kojoj medicinskoj sestri se obratiti vezano za njegove poteškoće. Sama koncepcija rada u funkcionalnom modelu je ta da glavna sestra koja je više ili visoke stručne spreme, planira, organizira i evaluira zdravstvenu njegu, a za provođenje zdravstvene njege su zadužene medicinske sestre srednje stručne spreme. Model kao takav, problemi i nedostaci funkcionalnog modela iz perspektive medicinske sestre i bolesnika je obrađen kroz anonimnu anketu medicinskih sestara te je opisan dalje u radu.

2.2.2. Timski model organizacije zdravstvene njege

Timski model kako mu i sam naziv kaže je oblik organizacije rada u kojem se provođenje zdravstvene njege odvija u manjim timovima unutar jedne organizacijske jedinice ili odjela. Voditelj jednog takvog tima je medicinska sestra visoke stručne spreme, a tim sačinjava nekoliko prvostupnica sestrinstva ili medicinskih sestara opće njege. Voditelj tima u planiranju zdravstvene njege se redovito konzultira sa ostalim članovima tima o planiranim postupcima za određenog bolesnika o kojem tim skrbi. Na takav način zajedničkog planiranja o svakom bolesniku medicinske sestre dobivaju veću motivaciju i zadovoljstvo jer aktivno sudjeluju u samom procesu liječenja bolesnika. Svaki organizacijski model ima svoje prednosti i nedostatke, a neki od prednosti u timskom modelu su: model je orijentiran na bolesnika, a ne samo zadatak koji se mora obaviti, bolesnik lakše uspostavlja kontakt s medicinskom sestrom. Kao jedna od glavnih prednosti navodi se mogućnost provođenja kontinuirane sveobuhvatne zdravstvene njege i uspostave sustava upravljanja kvalitetom.

Od nedostataka koji se spominju u timskom modelu su veliki porast troškova jer je potreba za visoko obrazovanim kadrom odnosno medicinskim sestrama. Glavna sestra koja nadzire rad tima i voditelji tima trebaju imati znanje, vještine i sposobnost upravljanja ljudima, jer ako nemaju navedene kvalitete, prednosti timskog modela lako prelaze u njegove nedostatke.

2.2.3. Primarni model organizacije zdravstvene njege

Primarni model se počeo razvijati 70-ih godina prošlog stoljeća u nastojanju jačanja što veće autonomije u sestrijskoj praksi i podizanja kvalitete zdravstvene njege.[2] U primarnom modelu većinom jedna visoko obrazovana medicinska sestra skrbi za jednog bolesnika tijekom jedne smjene, a skrb za bolesnika traje od njegova primanja u zdravstvenu ustanovu sve do

otpusta kući. Primarni model funkcionira na način da određena medicinska sestra koja skrbi za bolesnika može planirati, provoditi zdravstvenu njegu, ali i manje složenije zadatke delegirati drugim medicinskim sestrama. U slučaju nemogućnosti obavljanja svog posla zbog odsutnosti, primarnu medicinsku sestru zamjenjuje druga, sekundarna medicinska sestra, ali o svim odstupanjima treba obavijestiti primarnu medicinsku sestru.[2] Kao temeljnu odgovornost medicinske sestre koja radi u primarnom modelu navodi se neprestana i jasna komunikacija, kako s bolesnikom tako i s ostalim članovima tima i bolesnikovom obitelji. U Republici Hrvatskoj ovakav model organizacije zdravstvene njege se koristi većinom u zdravstvenoj njezi u zajednici točnije u patronaži i jedinicama intenzivnog liječenja.

Prednosti ovog modela su holistički pristup, a zdravstvena njega je izuzetno visoke kvalitete, bolesnici su u stalnoj komunikaciji sa svojom medicinskom sestrom te joj mogu iznijeti sve svoje poteškoće. Na ovakav način rada povećava se zadovoljstvo bolesnika dobivanjem kvalitetne zdravstvene njege, a povećava se i zadovoljstvo medicinske sestre jer svoj posao obavlja s visokom razinom autonomije. S obzirom na brži oporavak bolesnika, smanjuje se boravak u zdravstvenoj ustanovi, a samim time smanjuju se i troškovi liječenja.

Nedostatak primarnog modela je taj što se isključivo jedna medicinska sestra skrbi o bolesniku, a o njezinom znanju i vještinama ovisi koliku razinu kvalitete zdravstvene skrbi će bolesnik dobiti.[2]

2.2.4. Model cjelovite sestrinske skrbi

Model cjelovite sestrinske skrbi se razvio u 19. stoljeću, kada su medicinske sestre obavljale zdravstvenu njegu bolesnika isključivo u njegovu vlastitom domu.[2] To je najstariji organizacijski model u kojem je jedna medicinska sestra odgovorna za sve vrste poslova od samog planiranja i organiziranja do provođenja zdravstvene njege, kako jednostavnih zadataka tako i onih složenijih i kompliciranih. U današnje vrijeme taj se model pokazao kao dobar u podučavanju studenata zbog sveobuhvatnosti i cjelovitosti zdravstvene skrbi. Od prednosti rada u ovakvom modelu je navedeno je, da o bolesniku skrbi samo jedna medicinska sestra koja bolesniku pruža kontinuiranu zdravstvenu njegu tijekom svoje smjene, a primopredaja službe bude jako detaljna i opširna. Vrlo su jasne dužnosti i odgovornosti medicinskih sestara u radu. A ipak, ako se želi pružiti kvalitetna zdravstvena njega, trebao bi raditi isključivo visoko obrazovani kadar medicinskih sestara, te takav način iziskuje veće troškove.

2.2.5. Pacijentu usmjeren model

Pacijentu usmjeren model jedan je od naprednih i novijih modela, a njegovo obilježje je usmjerenost na bolesnika, a ne na zadatak. Medicinska sestra koja radi u ovakvom modelu treba vladati vještinama organizacije i upravljanja, jer njena je zadaća osim pružanja zdravstvene njege bolesniku i suradnja s ostalim članovima koji sudjeluju u samom procesu liječenja. Može se reći da je medicinska sestra posrednik koji prepoznavanjem problema kod bolesnika, pronalazi pomoć od osoba koje su osposobljene za rješavanje istog. Na takav se način medicinska sestra može više posvetiti provođenju zdravstvene njege jer se oslobađa dodatnih poslova koji nisu isključivo poslovi medicinske sestre. Pružatelj zdravstvene njege može dodatno povećati angažman bolesnika korištenjem teorija i modela promjena ponašanja kao što su Transteorijski model promjene (TTM), Teorija samoodređenja (SDT) i Motivacijski intervju (MI).[5] Ovakav način rada iako dobar za bolesnika sa sobom nosi velike organizacijske promjene jer uključuje niz stručnjaka koji rade kao jedan tim. S obzirom na suradnju dosta osoba različitih profesija, međusobna komunikacija, suradnja i razumijevanje bi trebali biti na jako visokoj razini. Zato se u ovom modelu uvode jasna pravila ponašanja i standardi kvalitete rada.

2.2.6. Model upravljanja slučajem (Case Management Model)

Model upravljanja slučajem su počela razvijati osiguravajuća društva kako bi mogla pratiti i kontrolirati troškove liječenja svojih osiguranika.[2] Temeljno obilježje je usmjerenost na postizanje specifičnog cilja (visoko kvalitetna zdravstvena njega), u određenom (najkraćem mogućem!) vremenu te primjena svih dostupnih resursa uz prihvatljive troškove.[2] Ovakav model se u većini slučajeva koristi kao nadopuna drugom modelu, primjerice kod najtežih bolesnika čiji je boravak znatno produžen u bolničkoj ustanovi, a troškovi liječenja visoki. Medicinska sestra kao *case manager* ne sudjeluje u izravnom provođenju zdravstvene njege, nego je njen zadatak da organizira i koordinira provođenje zdravstvene njege od prijema do otpusta bolesnika. Postoji pet komponenti koje obilježavaju model upravljanja slučajem a to su: procjena, planiranje, provođenje, evaluacija i interakcija. Povijesno upravljanje slučajem radilo se na defragmentiranju sustava pružanja zdravstvene zaštite za klijente i povećavanje pristupa zdravstvenoj zaštiti.[6]

Organizacijske modele zdravstvene njege nije moguće uvijek koristiti u njihovom izvornom značenju, ponekad radi same organizacije zdravstvene ustanove ili se pak način rada određuje prema trenutnom broju medicinskih sestara na određenom radilištu.

2.3. Sustav upravljanja ljudskim potencijalima

Pojam ljudski potencijali podrazumijeva ukupna znanja, vještine, sposobnosti, kreativne mogućnosti i inteligencija svakog pojedinog zaposlenika u nekoj radnoj organizaciji.[2] Da bi upravljanje ljudskim potencijalima/resursima bilo učinkovito, potrebno je dobro poznavati svoje zaposlenike, njihove stavove, znanja, vještine te samu organizaciju rada.

Upravljanje ljudskim potencijalima se sastoji od četiri komponente:

1. Standardi o zaposlenicima - godišnje odluke[2]
2. Organizacija rada – mjesečne odluke[2]
3. Fleksibilnost organizacije rada – dnevne odluke[2]
4. Sistem kontrole – feedback sistem[2]

Standardi o zaposlenicima se odnose na broj i strukturu zaposlenika, odnosno broj medicinskih sestara prema broju kreveta na odjelu, prema broju utrošenih sati u provođenju zdravstvene njege i izračun prema kategorizaciji bolesnika.[2]

Organizacija rada na osnovu mjesečnih odluka, odnosi se na raspored rada medicinskih sestara koji ima veliku ulogu u zadovoljstvu medicinskih sestara na radnom mjestu. Ako je medicinska sestra zadovoljna rasporedom, kvaliteta pružanja zdravstvene njege će biti učinkovitija.

Fleksibilnost organizacije rada, donošenje odluka na dnevnoj razini isto tako ima utjecaj na zadovoljstvo i na učinkovitost rada medicinske sestre, bilo da se radi o rotaciji zaposlenika ovisno o potrebama pojedinog radilišta ili zbog potreba medicinskih sestara. Kako bi povratni sistem kontrole – feedback sistem pokazao svoju efektivnost zaposlenici moraju biti upoznati s organizacijom rada, na vrijeme informirani, te biti motivirani i nagrađivani.[2]

3. Problemi i nedostaci funkcionalnog modela iz perspektive bolesnika i medicinske sestre

Iako postoji niz modela po kojima rade medicinske sestre, može se reći da je upravo funkcionalni model najčešće korišten, a naročito u hitnim ambulancama, bolničkim stacioniranim ustanovama, domovima za starije i nemoćne, te specijalnim bolnicama kao što su bolnice za produženo liječenje. Na neki način moglo bi se reći da se funkcionalni model primjenjuje u radu sa ranjivom i osjetljivom skupinom bolesnika. Rad u funkcionalnom modelu se organizira na način da glavna sestra odjela rukovodi osobljem, planira, koordinira i evaluira zdravstvenu njegu, te raspodjeljuje poslove prema stupnju složenosti zadatka, te prema razini sposobnosti i iskustva medicinske sestre. Svaki model organizacije zdravstvene njege ima prednosti i nedostatke, tako i funkcionalni model ima prednosti zbog kojih je dobar i prihvatljiv u radu, ali ima i svoje nedostatke zbog kojeg je „neprihvatljiv“, javlja se nezadovoljstvo bolesnika jer je orijentacija na obavljanje zadatka, a ne na ukupno zbrinjavanje bolesnikovih potreba.

Prednosti rada u funkcionalnom modelu su manji financijski troškovi nego primjerice u timskom modelu, jer u funkcionalnom modelu rade medicinske sestre srednje stručne spreme i jedna glavna sestra koja je više ili visoke stručne spreme. Trajna dodjela istog zadatka određenoj medicinskoj sestri omogućava usavršavanje u tom zadatku i povećava kvalitetu. Primjerice, ako jedna medicinska sestra svako jutro na odjelu snima EKG, svim bolesnicima kod kojih se ukaže potreba za istim, ona se usavršava u snimanju EKG-a, ali i samom poznavanju aparata koji koristi. Očuvanost aparata je većinom bolja ako se njime koristi samo jedna osoba.

Nedostaci funkcionalnog modela se očituju kroz nezadovoljstvo bolesnika i medicinske sestre. Trajna dodjela istog zadatka kako može biti prednost za medicinsku sestru jer se usavršava u izvršavanju istog, tako može biti i nedostatak radeći svaki dan isto postaje monotono i dosadno, dolazi do gubitka motivacije za rad. Bolesnik često ne zna kako ostvariti kontakt s medicinskom sestrom i kojoj medicinskoj sestri se obratiti zbog njihove česte izmjene. Komunikacija između liječnika i medicinske sestre je izrazito slaba, medicinske sestre gube motivaciju za rad isključivo zbog obavljanja rutinskih poslova, svaki dan isto.

Virginija Henderson je u osnovne ljudske potrebe uvrstila i komunikaciju u kontekstu izražavanja bolesnikovih potreba i osjećaja.[1] Komunikacija između bolesnika i medicinske sestre kao i komunikacija među zdravstvenim djelatnicima je od velike važnosti bez obzira koji

se model organizacije zdravstvene njege koristi. Komunikacija je proces razmjene misli, osjećaja i poruka koji se nužno odvija kad kod postoji interakcija.[7] Medicinska sestra je često prva osoba koja ostvaruje kontakt s bolesnikom i upravo o tom prvom kontaktu ovisi daljnja suradnja medicinske sestre i bolesnika tijekom njegova boravka u ustanovi. Komunikacija može biti verbalna i neverbalna. Neverbalna komunikacija u pojedinim slučajevima za bolesnika može biti znatno važnija od verbalne. Neverbalnom komunikacijom medicinska sestra pruža bolesniku ljubaznost i toplinu, izgrađuje odnos povjerenja i brige za bolesnika. Pozitivan halo-efekt pri prvom kontaktu stvara se ponajviše zbog prijateljskog izraza lica i tona glasa, a manje zbog izgovorenog sadržaja.[8] Komunikacija ima različite svrhe, ali bez obzira kakva je svrha komunikacije, bilo da se bolesniku daju upute u tijek liječenja, primanja terapije, objašnjavanje postupaka koji će se provoditi, komunikacija uvijek treba biti profesionalna i po mogućnosti obostrana. Autori Braš i Đorđević govore o važnosti komunikacije u zdravstvu, a sam citat „Čovjek je čovjeku lijek“ potiče na razmišljanje koliko medicinske sestre mogu pomoći svojim bolesnicima, da se lakše nose sa situacijom koja ih je zadesila, a samim time i poboljšati njihovo zdravstveno stanje. S obzirom kako je ranije navedeno da se funkcionalni model organizacije koristi među dosta ranjivom skupinom bolesnika koji zahtijevaju specifičnu zdravstvenu skrb, bilo da se radi o bolesnicima na hitnom prijemu, onkološkom odjelu ili pak u specijalnoj bolnici za produženo liječenje, medicinske sestre bi trebale imati iznimno razvijene komunikacijske vještine. Bolesnici ponekad samu kvalitetu zdravstvene njege mjere kvalitetom komunikacije. Često se može čuti izraz od strane bolesnika da postoje „hladne“ medicinske sestre, a ta hladnoća koju bolesnik osjeti u razgovoru s medicinskom sestrom nerijetko je rezultat neznanja, nemogućnosti ili straha od iskazivanja empatije prema bolesniku. Empatija je sposobnost što točnijeg razumijevanja osjećaja, želja, ideja i ponašanja druge osobe te sposobnosti da se to razumijevanje i pokaže.[7] Iako je jednim dijelom empatija urođena kod svih ljudi, iskazivanje iste nije jednako kod svih. To što razumijemo da je nekoga strah, da je ljut ili sretan zbog nečega, ne znači da i mi moramo proživljavati te emocije da bi smo bili empatični.[9] Pružanje emocionalne podrške bolesnicima od velike je važnosti u radu na bilo kojem stacioniranom odjelu, a najveća važnost može se navesti emocionalna podrška bolesnicima koji boluju od teških i neizlječivih bolesti. Najznačajniji oblik komunikacije zdravstvenih djelatnika s bolesnicima je pružanje informacija o bolesti. [10] Bolesnicima koji nemaju dovoljno znanja o svojoj bolesti, a željeli bi znati više, dostupnost informacija o samoj bolesti i daljnjem tijeku liječenja, kod bolesnika znatno povećava osjećaj kontrole, a smanjiva osjećaj bespomoćnosti iako je ponekad riječ o terminalnoj fazi bolesti.

Radom na stacioniranim odjelima ili bilo gdje u zdravstvenim ustanovama ponekad se susreće, da zbog određenih situacija radi manji broj medicinskih sestara nego je to određeno kategorizacijom i to često predstavlja problem za medicinske sestre/tehničare. Međutim u tim se situacijama prepozna koliko je važna dobra komunikacija s bolesnikom i ostalim medicinskim osobljem da bi se obavila kvalitetna zdravstvena njega, unatoč tome što je došlo do privremeno smanjenog broja medicinskih sestara. Razvijanje komunikacijskih vještina, doprinosi boljem funkcioniranju unutar jednog odjela, a samim time i učinkovitijem pružanju zdravstvene njege. Razvijene komunikacijske vještine medicinske sestre su od velike važnosti za pružanje zdravstvene njege, a pogotovo u pojedinim situacijama kad dolazi do smanjenog broja medicinskih sestara na odjelu, bolesniku se daju određene upute, a ne sasluša se bolesnika jer su vremenski ograničene i zadatke obavljaju rutinski. Ako u određenoj situaciji svojom kvalitetnom komunikacijom s bolesnikom u nekoj mjeri uspijemo smanjiti zabrinutost, strah, a ponekad i patnje bolesnika, onda smo postigli bitnu svrhu zdravstvene skrbi.[11]

Kvaliteta rada u funkcionalnom modelu ovisi kako o medicinskim sestrama koje skrbe za bolesnike, tako i od glavne sestre koja dodjeljuje zadatke, planira i evaluira zdravstvenu njegu. Glavna sestra koja ima potrebno znanje, stavove i vještine te poznaje svoje zaposlenike, može znatno utjecati na kvalitetu zdravstvene njege, a i na zadovoljstvo ili motivaciju medicinskih sestara. Primjerice ako glavna sestra prepozna gubitak motivacije za rad kod određene medicinske sestre, te reagira na način da otkrije uzrok problema, radi na njegovu rješavanju, dodatno motivira medicinsku sestru dodjelom zanimljivijeg ili nesvakidašnjeg zadatka, ona na takav način sprječava nastanak potpunog nezadovoljstva i gubitka interesa za rad.

4. Istraživački dio rada

Danas je sestrinstvo znanstvena disciplina zasnovana na verificiranim znanstvenim dokazima, a dokazi su zasnovani na znanstvenim spoznajama, metodama, rezultatima, hipotezama i teorijama.[12] Istraživanje o funkcionalnom modelu provodilo se kako bi se saznalo postoje li i koji su problemi prisutni kod tog modela, točnije koji su problemi s kojima se susreću medicinske sestre. Funkcionalni model je karakteriziran na način da jednim odjelom rukovodi glavna sestra koja organizira, planira i evaluira zdravstvenu njegu, a zadatke dodjeljuje ostalim medicinskim sestrama prema njihovim kompetencijama. Ostale medicinske sestre su većinom srednje stručne spreme.

4.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je dobiti podatke o problemima i nedostacima u funkcionalnom modelu organizacije rada iz perspektive medicinskih sestara.

4.2. Metode istraživanja

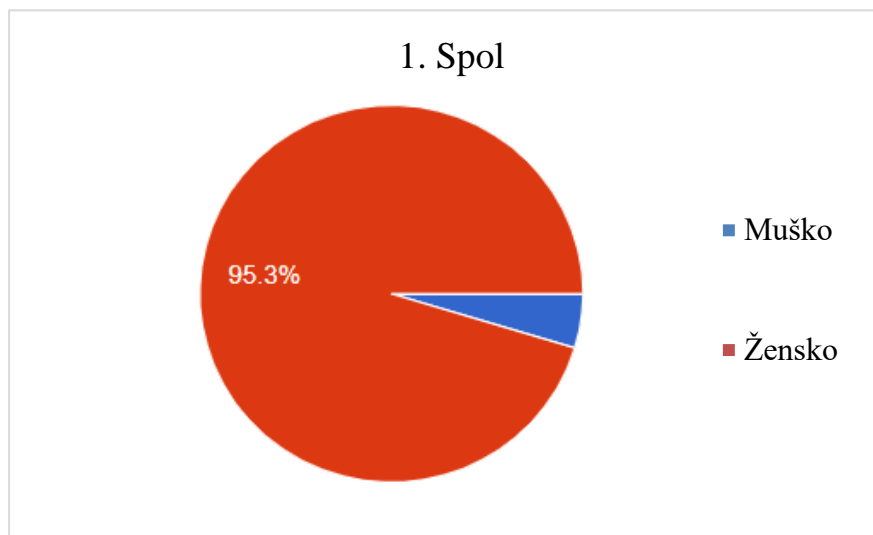
Istraživanje se provelo putem anonimne ankete. Medicinske sestre/tehničari koji rade ili su radili prema funkcionalnom modelu organizacije rada su ispunili izrađen upitnik. Upitnik je sadržavao 30 pitanja, a pitanja su se odnosila na zadovoljstvo/nezadovoljstvo bolesnika i medicinskih sestara/tehničara u funkcionalnom modelu. Anketa je provedena online preko društvenih mreža (facebook, messenger i whatsapp) u trajanju od 11. listopada do 21. listopada 2020.godine. Sudjelovanje u anketi bilo je potpuno dobrovoljno i anonimno.

4.2.1. Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 150 medicinskih sestara/tehničara koji rade ili su radili u funkcionalnom modelu, u nekoj od zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj. Od ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju, bilo je 143 (95.3 %) medicinske sestre i 7 (4.7%) medicinskih tehničara.

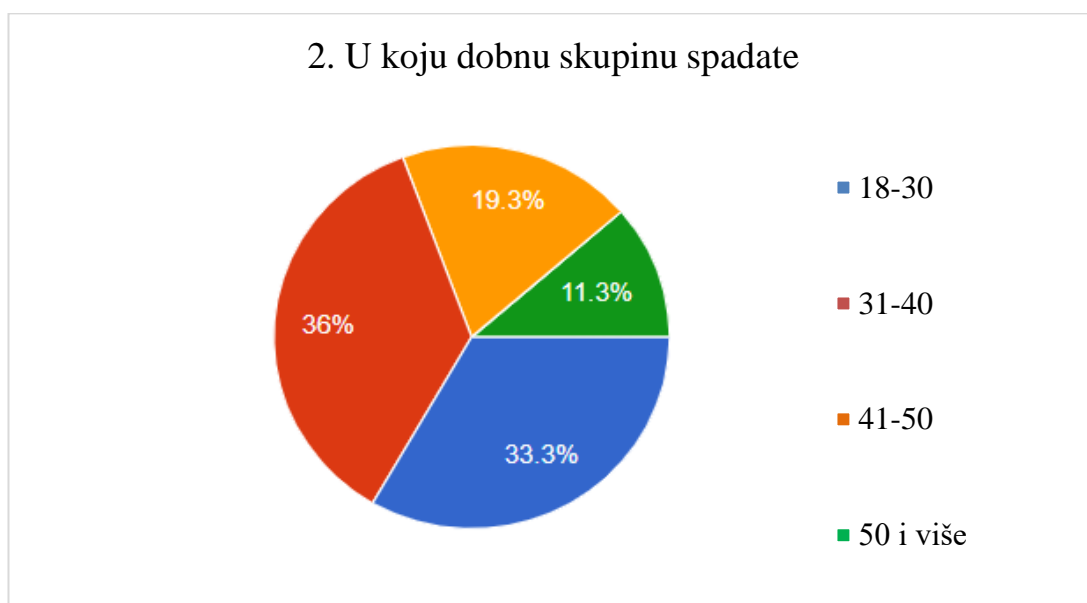
5. Rezultati

Na grafikonu 4.4.1. je prikaz koji pokazuje da je u anketi sudjelovalo 150 medicinskih sestara/tehničara, od kojih je 143 (95%) ženskog, a 7 (5%) muškog spola



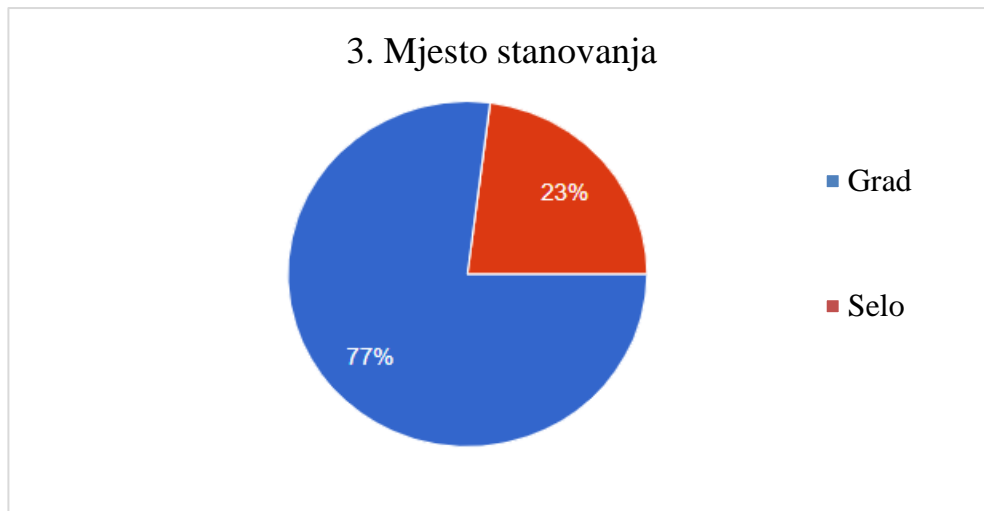
Grafikon 4.4.1. Spol ispitanika. [Izvor: autor S.M]

Grafikon 4.4.2. prikazuje dobnu skupinu ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju. Vidljivo je da je od ispitanih medicinskih sestara/tehničara najzastupljenija dobna skupina između 18-30 godina 50 (33.3%) ispitanika i 31-40 godina 54 (36%) ispitanika, dok je medicinskih sestara/tehničara u dobi 41-50 godina 29 (19.3%) ispitanika, a iznad 50 godina 17 (11.3%) ispitanika.



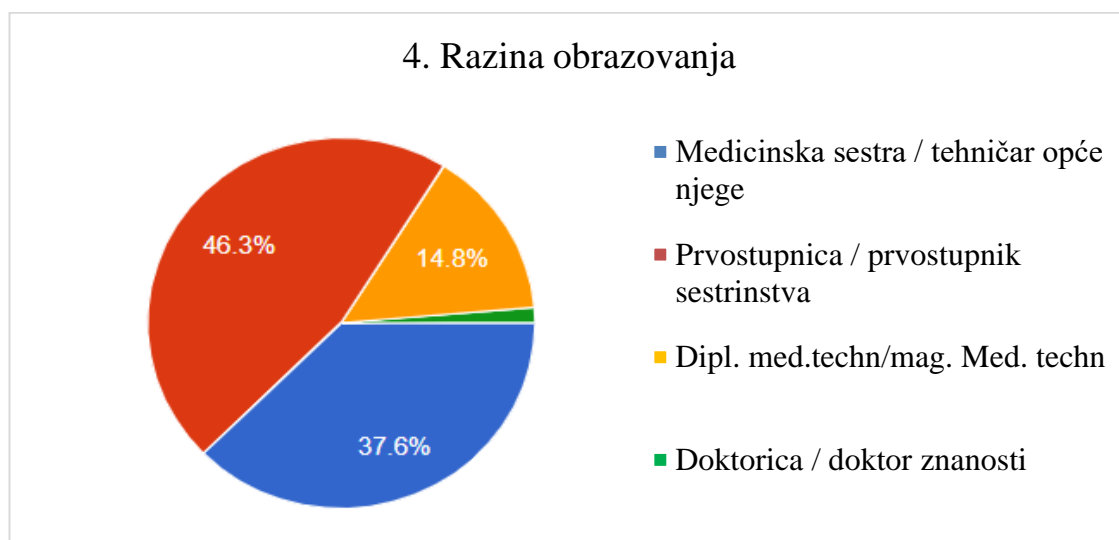
Grafikon 4.4.2. Dobna skupina ispitanika. [Izvor: autor S.M]

Grafikon 4.4.3. prikazuje mjesto stanovanja ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju, te je vidljivo kako je veći postotak medicinskih sestara / tehničara koji žive u gradskim mjestima, u odnosu na postotak ispitanika koji žive na selu čak za 54%, odnosno 114 (77%) ispitanika se izjasnilo da živi u gradu, a 34 (23%) ispitanika se izjasnilo da žive na selu.



Grafikon 4.4.3. Mjesto stanovanja ispitanika. Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.4 prikazuje razinu obrazovanja anketiranih medicinskih sestara/tehničara koji rade ili su radili u funkcionalnom modelu. Iz priloženih podataka vidljivo je da prevladava postotak prvostupnica sestrinstva 69 (46.3%), zatim medicinska sestra/tehničar opće njege 56 (37.6%), diplomiranih medicinskih sestara i magistra sestrinstva 22 (14.8%), dok je doktorica/doktor znanosti 2 (1.3%)



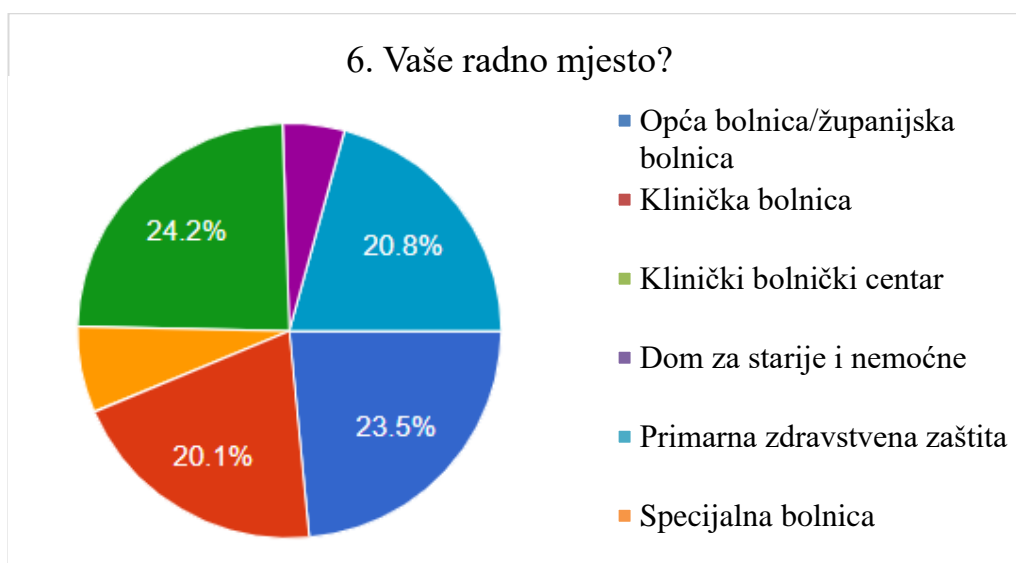
Grafikon 4.4.4. Razina obrazovanja ispitanika. Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.5. prikazuje podatak o bračnoj zajednici ispitanika. Od ukupno 150 ispitanika 92 (63%) ispitanika odgovorilo da žive u bračnoj zajednici, dok 55 (37%) ispitanika odgovorilo da ne žive u bračnoj zajednici.



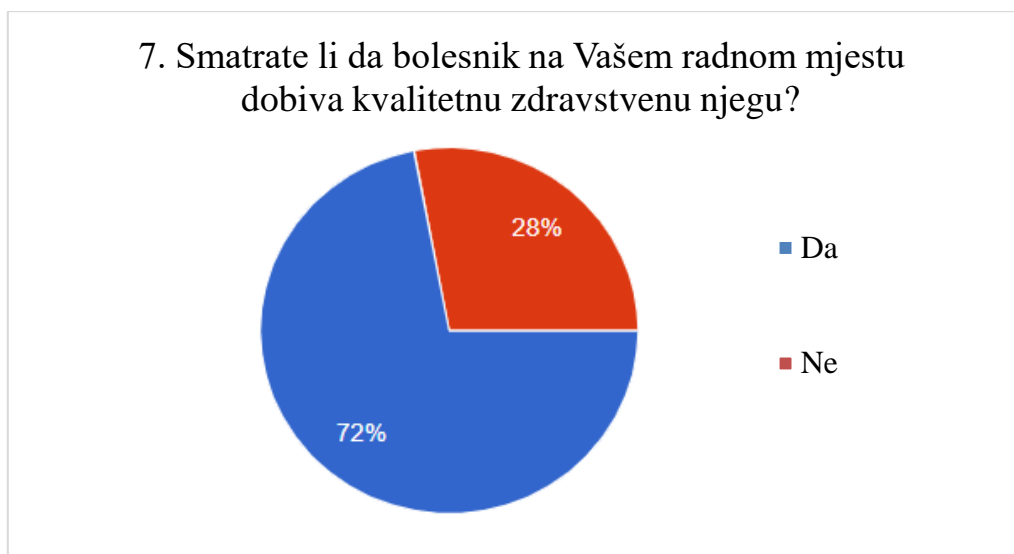
Grafikon 4.4.5. Podatak o bračnoj zajednici ispitanika. Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.6. Prikazuje radno mjesto ispitanih medicinskih sestara/tehničara, te su dobiveni rezultati da je podjednak broj ispitanika zaposlen u općoj bolnici/županijskoj bolnici 35 (23.5%), u kliničkoj bolnici 30 (20.1%), u kliničkom bolničkom centru 36 (24.2%), te u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 31 (20.8%), dok je najmanji broj ispitanika zaposlen u specijalnoj bolnici 10 (6.7%), a u domu za umirovljenike 7 (4.4%) ispitanika.



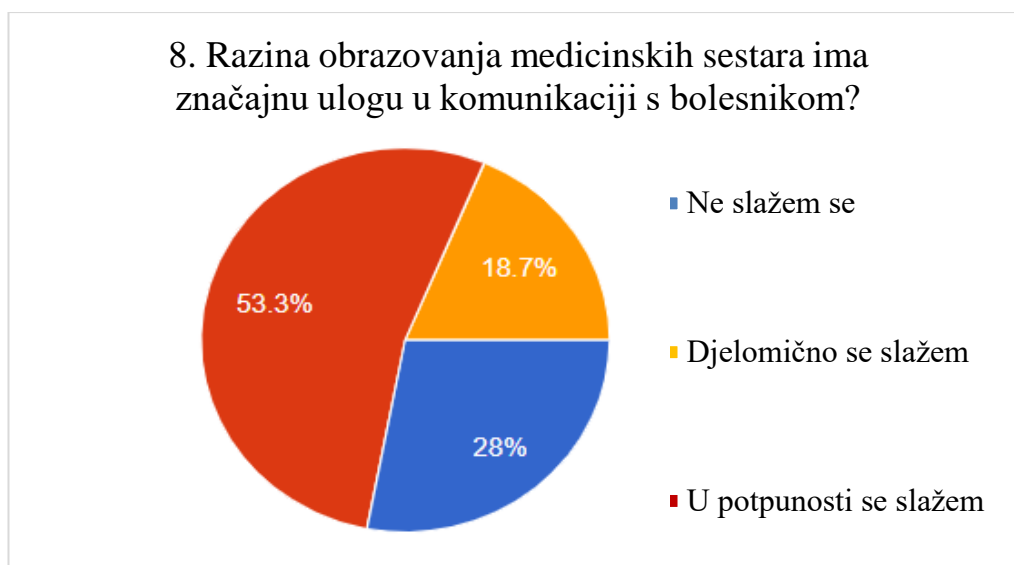
Grafikon 4.4.6. Radno mjesto ispitanika. Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.7. prikazuje odgovore ispitanih medicinskih sestara/tehničara te je njih 108 (72%) odgovorilo kako smatraju da bolesnik dobiva kvalitetnu zdravstvenu njegu, a njih 42 (28%) smatra da bolesnik ne dobiva dovoljno kvalitetnu zdravstvenu njegu na njihovom radnom mjestu.



Grafikon 4.4.7. Kvaliteta zdravstvene njege za bolesnika. Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.8. prikazuje odgovore 150 ispitanih medicinskih sestara/tehničara na tvrdnju, da razina obrazovanja ima značajnu ulogu u komunikaciji s bolesnikom. Njih 42 (28%) se ne slaže s navedenom tvrdnjom, 28 (18.7%) djelomično se slaže, dok najveći broj ispitanih njih 80 (53.3%) se u potpunosti slaže.



Grafikon 4.4.8. Utjecaj razine obrazovanja medicinskih sestara/tehničara na komunikaciju s bolesnikom. Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.9. prikazuje da se od 150 ispitanika 51 (34%) medicinska sestra/tehničar slaže s tvrdnjom da bolesnik često svoje poteškoće ne govori medicinskoj sestri, jer smatra da ona nema vremena za njega, 60 (40%) medicinskih sestara se ne slaže s navedenom tvrdnjom, a 39 (26%) smatra da bolesnik uvijek svoje poteškoće govori medicinskoj sestri.



Grafikon 4.4.9. Iskazivanju poteškoća bolesnika medicinskoj sestri/tehničaru.

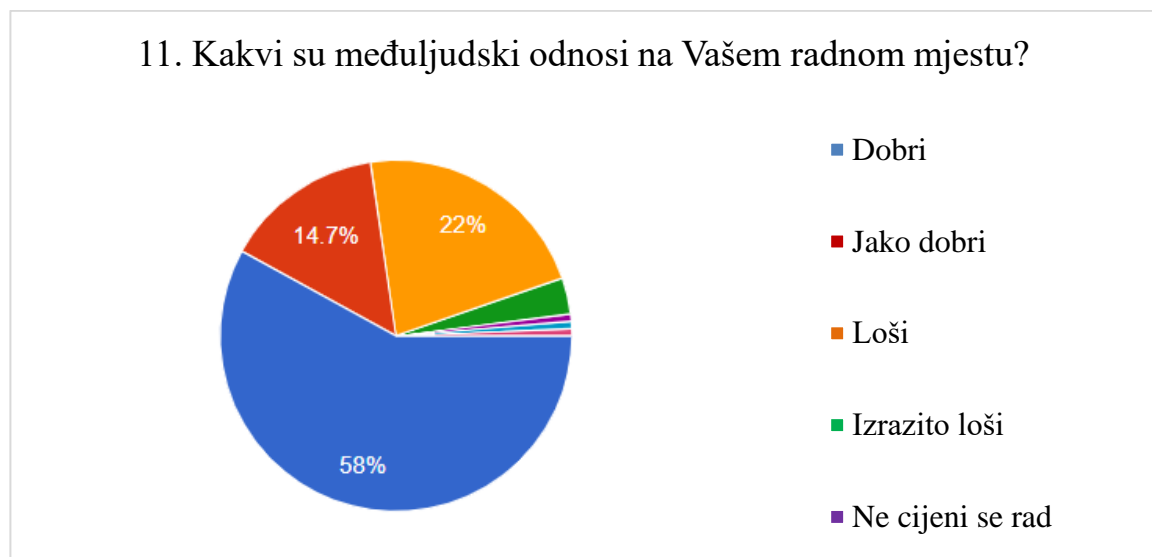
Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.10. Prikazuje stavove medicinskih sestara/tehničara o utjecaju zadovoljstva na radnom mjestu na kvalitetu zdravstvene njege. Od 150 ispitanika 75 (49%) se slaže s tvrdnjom da medicinska sestra koja nije zadovoljna na svom radnom mjestu, ne može pružiti kvalitetnu zdravstvenu njegu, 71 (46,4%) smatra da zadovoljstvo medicinske sestre ne utječe na kvalitetu zdravstvene njege, a 7 (4.6%) ispitanika smatra netočnom tvrdnju, da medicinska sestra koja nije zadovoljna na svom radnom mjestu, ne može pružiti kvalitetnu zdravstvenu njegu.



Grafikon 4.4.10. Utjecaj zadovoljstva medicinske sestre/tehničara na kvalitetu zdravstvene njege. Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.11. prikazuje kakvi su međuljudski odnosi ispitanika na radnom mjestu. Od 150 ispitanika njih 87 (58%) je izjavilo da ima dobre međuljudske odnose na radnom mjestu, a 22 (14.7%) ispitanika je izjavilo da imaju jako dobre međuljudske odnose. Da imaju loše međuljudske odnose izjavilo je 33 (22%) ispitanika, a da se ne cijeni rad na njihovom radnom mjestu izjavila je 1 (0.7) medicinska sestra/tehničar, a da su međuljudski odnosi loši izjasnilo se 5 (3.3) ispitanika. Ostali ispitanici njih 3 (2.1%) izjavili su da su njihovi međuljudski odnosi osrednji ili kako kada, ovisno o danu i raspoloženju ostalih kolegica i kolega.

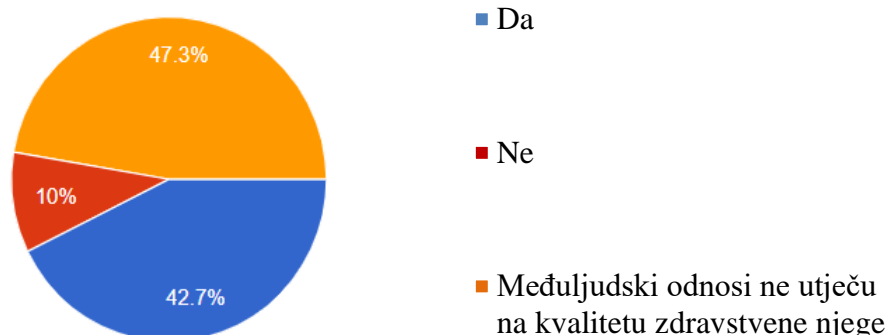


Grafikon 4.4.11. Prikaz međuljudskih odnosa na radnom mjestu ispitanika.

Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.12. prikazuje od 150 ispitanika medicinskih sestara/tehničara njih 71 (42.7%) se izjasnilo da zbog loših međuljudskih odnosa bolesnici ne dobivaju kvalitetnu zdravstvenu njegu na njihovom odjelu, 15 (10%) ispitanika smatra navedenu tvrdnju netočnom, a 64 (42.7%) se izjasnilo da međuljudski odnosi ne utječu na kvalitetu zdravstvene njege na njihovom odjelu.

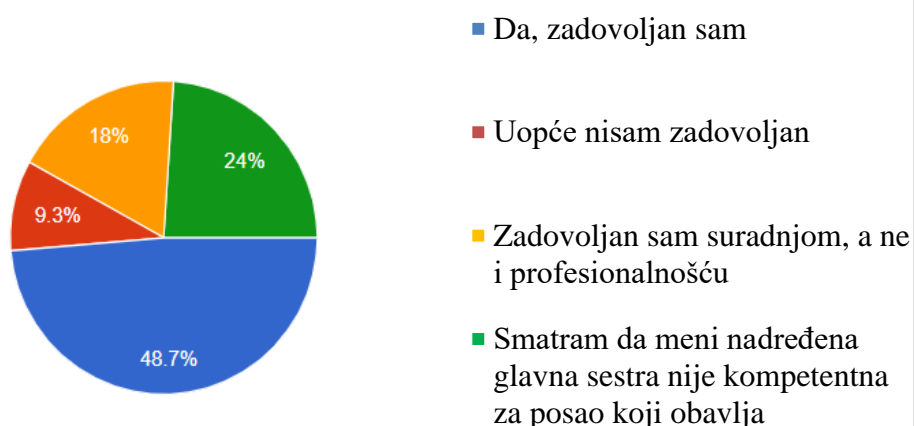
12. Zbog loših međuljudskih odnosa bolesnici ne dobivaju kvalitetnu zdravstvenu njegu?



Grafikon 4.4.12. Utjecaj međuljudskih odnosa na kvalitetu zdravstvene njege na radnom mjestu ispitanika. Izvor [autor: S.M]

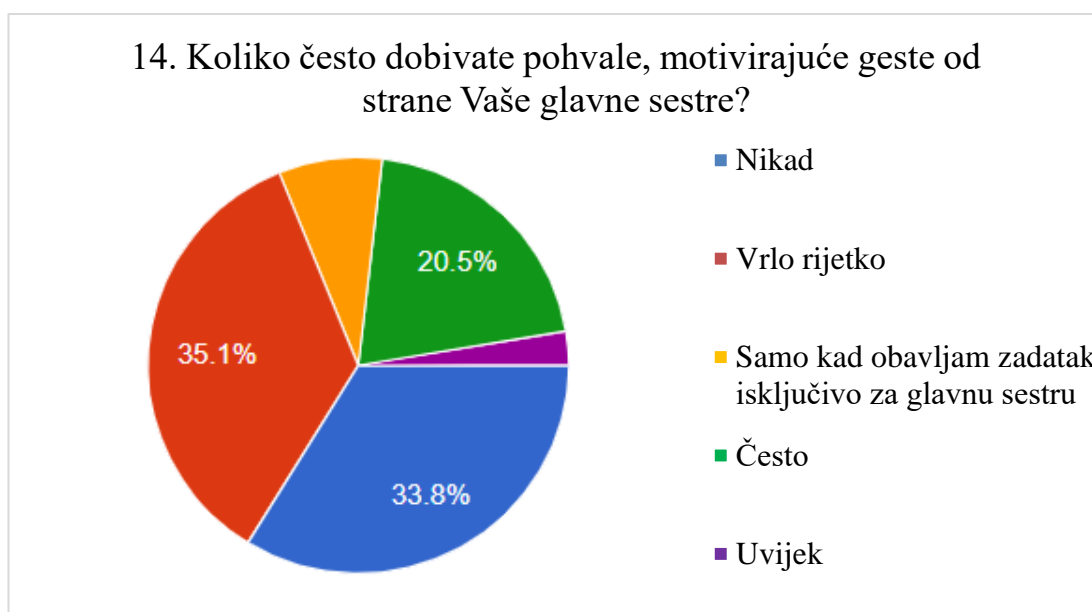
Grafikon 4.4.13. prikazuje zadovoljstvo ispitanika, medicinskih sestara/tehničara suradnjom s njihovom glavnom sestrom. Od 150 ispitanika 73 (48.7%) je zadovoljno suradnjom, 14 (9.3%) ispitanika uopće nije zadovoljno suradnjom, 27 (18%) ispitanika zadovoljno je suradnjom ali ne i profesionalnošću, dok je 36 (24%) ispitanika smatra da njihova glavna sestra nije kompetentna za posao koji obavlja.

13. Ocjenite zadovoljstvo suradnjom s Vašom glavnom sestrom



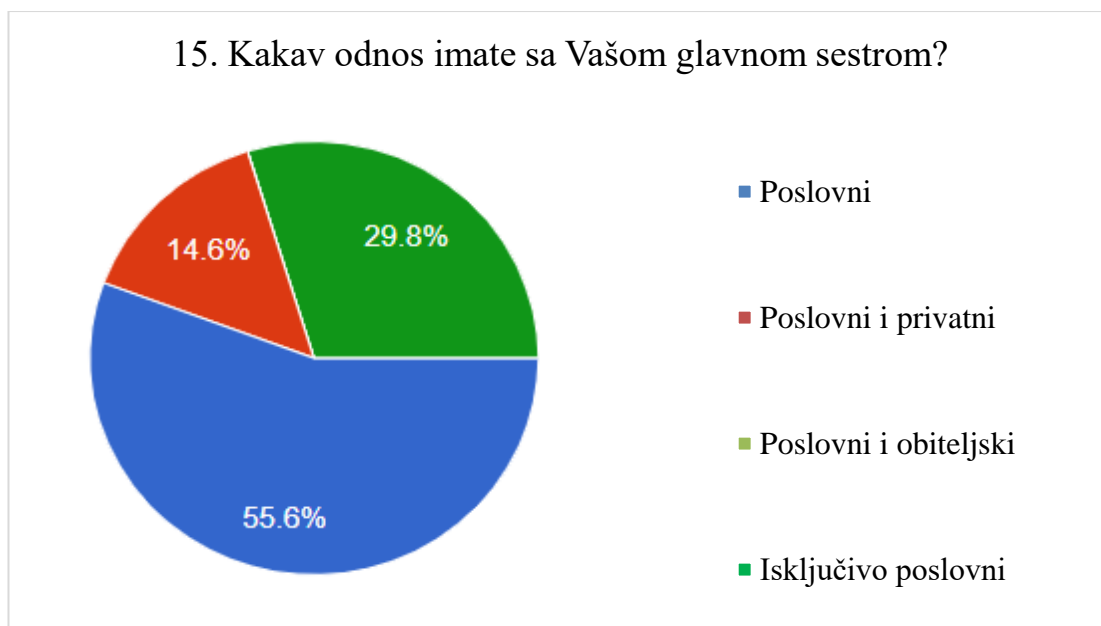
Grafikon 4.4.13. Zadovoljstvo ispitanika s nadređenom, glavnom sestrom. Izvor [Autor: M.S]

Grafikon 4.4.14. prikazuje koliko često ispitanici dobivaju pohvale i motivirajuće geste od svojih glavnih sestara. Na ispitanih 150 medicinskih sestara 51 (33.8%) nikad nije dobilo pohvalu ili motivirajuću gestu, a 53 (35.1%) ispitanika je vrlo rijetko dobilo pohvale ili motivirajuće geste. Od ukupnog broja 150 ispitanika 31 (20.5%) medicinskih sestara se izjasnilo da često dobivaju pohvale i motivirajuće geste, dok njih 12 (7.9%) se izjasnilo da dobivaju pohvale isključivo kad obavljaju zadatak za glavnu sestru, a samo 4 (2.6%) medicinskih sestara/tehničara dobiva uvijek pohvale i motivirajuće geste od strane glavne sestre.



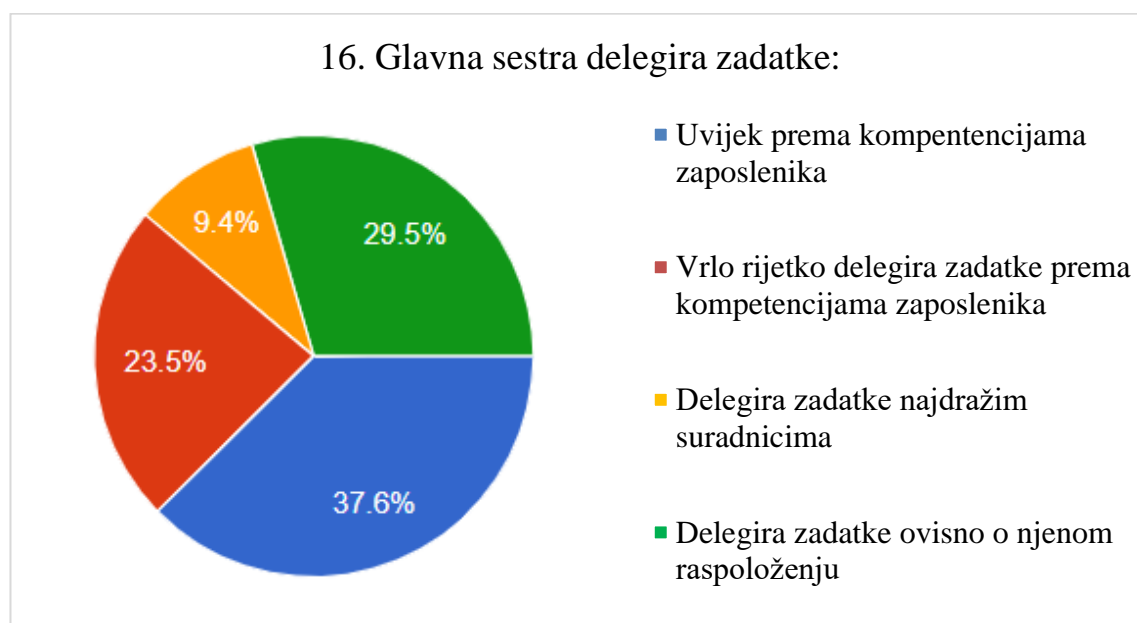
Grafikon 4.4.14. Učestalost pohvala, motivirajućih gesta od strane glavne sestre svojim zaposlenicima. Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.15. prikazuje odnos 150 ispitanih medicinskih sestara, sa njihovom glavnom sestrom na odjelu, gdje 84 (55.6%) ispitanika ima poslovni odnos, 22 (14.6%) ispitanika ima poslovni i privatni odnos, a isključivo poslovni odnos ima 45 (29.8%) medicinski sestara/tehničara. Na postavljeno pitanje bio je i ponuđen odgovor poslovni i obiteljski, ali nije bio niti jedan potvrdni odgovor.



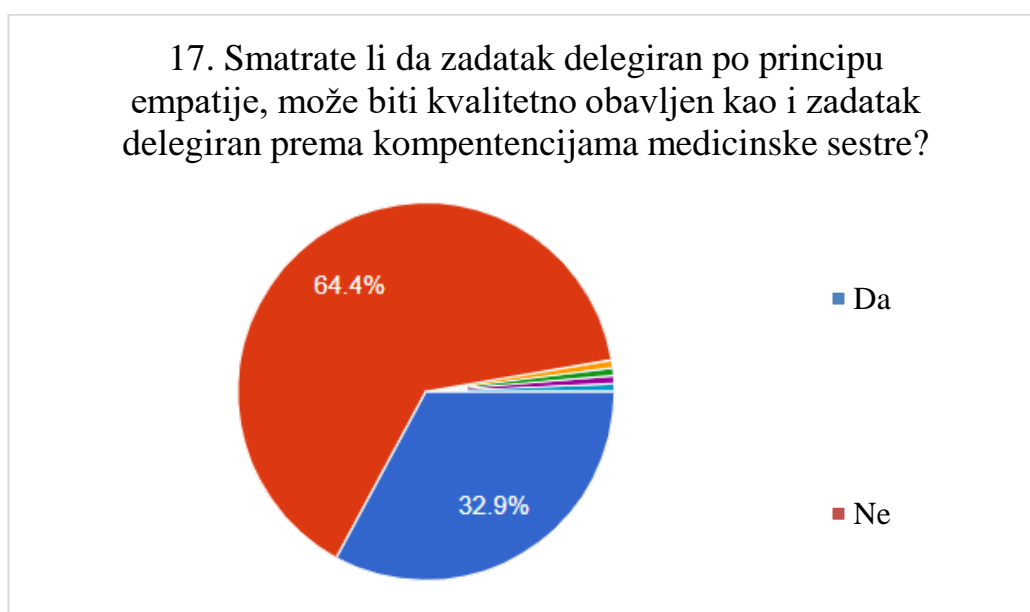
Grafikon 4.4.15. Odnos medicinskih sestara/tehničara na radnom mjestu s njihovom glavnom sestrom. Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.16. prikazuje na koji način glavna sestra delegira zadatke te je vidljivo kako od 150 ispitanika njih 56 (37.6%) se izjasnilo da glavna sestra uvijek delegira zadatke prema kompetencijama zaposlenika, 35 (23.5%) se izjasnilo da vrlo rijetko delegira prema kompetencijama, 14 (9.4%) se izjasnilo da delegira zadatke najdražim suradnicima, a 44 (29.5%) se izjasnilo kako glavna sestra delegira zadatke ovisno o njenom raspoloženju.



Grafikon 4.4.16. Delegiranje zadataka. Izvor [autor: S.M]

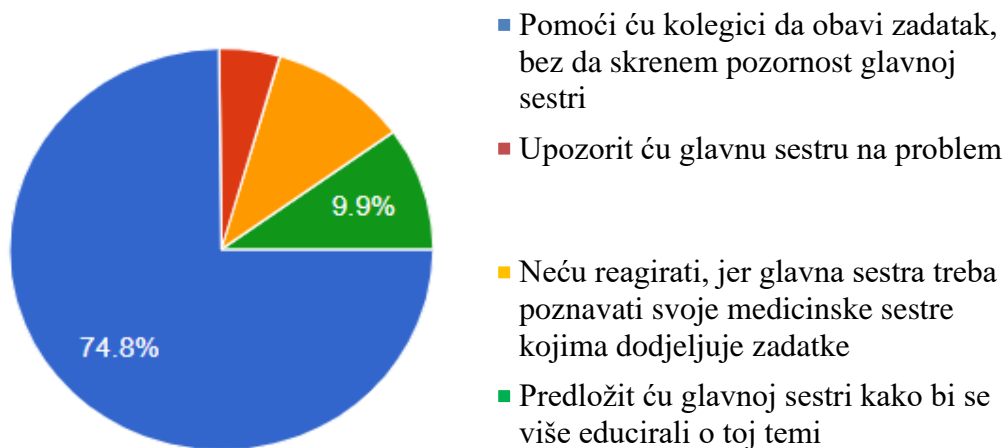
Grafikon 4.4.17. prikazuje odgovor ispitanika o tome može li zadatak biti kvalitetno obavljen ako je delegiran po principu empatije. Od 150 medicinskih sestara/tehničara koji su ispitani 49 (32.9%) smatra da zadatak delegiran po principu empatije može biti kvalitetno obavljen, dok 96 (64.4%) ispitanika smatra da zadatak delegiran na principu empatije ne može biti kvalitetno obavljen. Samo 0.7% točnije jedna medicinska sestra/tehničar se izjasnila kako nije sigurna, 1 (0.7%) medicinska sestra se izjasnila i da može i ne može zadatak delegiran po principu empatije biti kvalitetno obavljen, 1 (0.7%) medicinska sestra se izjasnila da ovisi o zadatku, te 1 (0.7%) da ne zna može li zadatak delegiran po principu empatije biti kvalitetno obavljen.



Grafikon 4.4.17. Kvaliteta obavljanja zadatka na osnovu delegiranja po principu empatije. Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.18. prikazuje reakciju ispitanih medicinskih sestara/tehničara na kolegicu koja nema dovoljno znanja i kompetencija za obavljanje zadatka koji joj je dodijeljen. Od 150 ispitanih medicinskih sestara/tehničara njih 113 (74%) je odgovorilo da bi pomogli kolegici koja nema dovoljno znanja i iskustva u obavljanju dodijeljenog zadatka, a da pri tom ne bi upozorili glavnu sestru, 7 (4.6%) ispitanika bi upozorilo glavnu sestru na problem, čak 16 (10.6%) ispitanika je odgovorilo da neće reagirati jer je to odgovornost glavne sestre, a 15 (9.9%) medicinskih sestara bi predložilo glavnoj sestri da se više educiraju o toj temi.

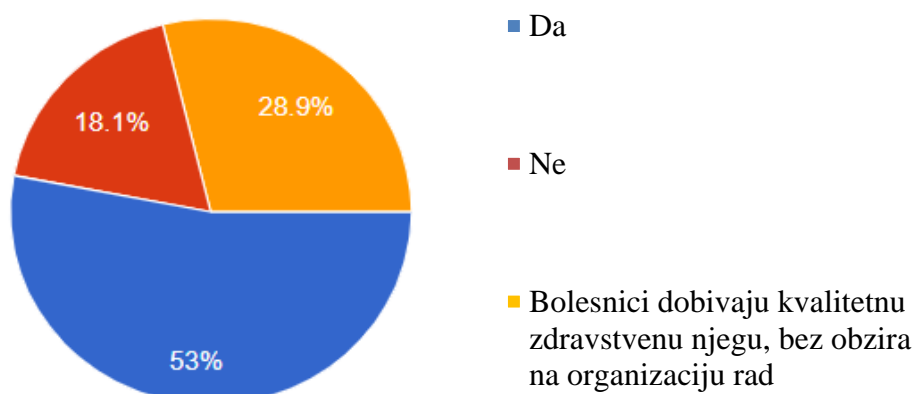
18. Vaša kolegica nema dovoljno znanja i iskustva obaviti zadatak koji joj je dodjeljen, Vaša reakcija je:



Grafikon 4.4.18. Reakcija na kolegicu koja nema dovoljno znanja i iskustva za obavljanje dodijeljenog zadatka. Izvor [autor: S.M]

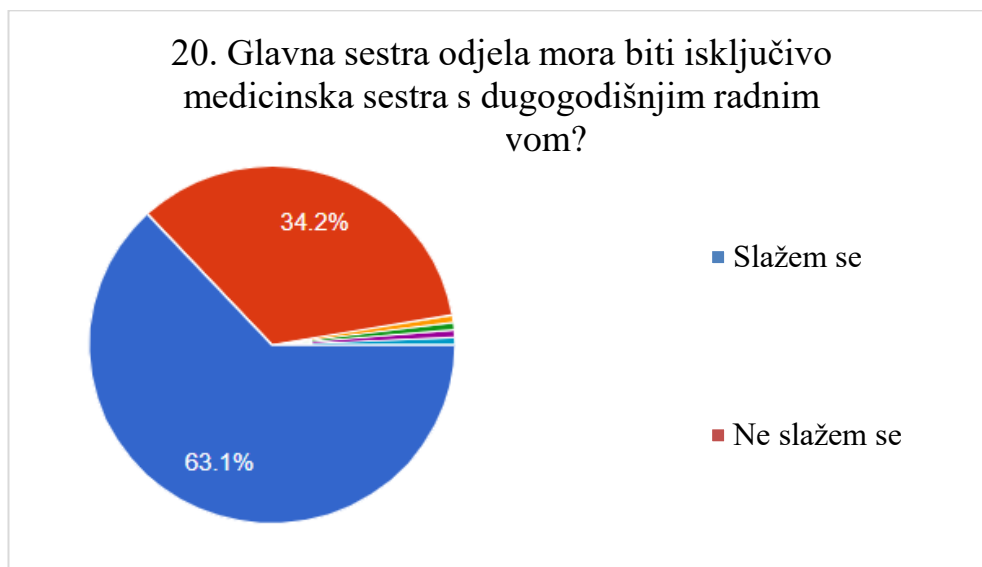
Grafikon 4.4.19. prikazuje da od 150 ispitanika 79 (53%) smatra da bolesnici ne dobivaju kvalitetnu zdravstvenu njegu zbog loše organizacije rada na odjelu, 27 (18.1%) ispitanika se ne slaže da bolesnici ne dobivaju kvalitetnu zdravstvenu njegu unatoč lošoj organizaciji rada na poslu, dok 43 (28.9%) se izjasnilo da bolesnici dobivaju kvalitetnu zdravstvenu njegu, bez obzira na organizaciju rada.

19. Smatrate li da bolesnici ne dobivaju kvalitetnu zdravstvenu njegu zbog loše organizacije rada na odjelu?



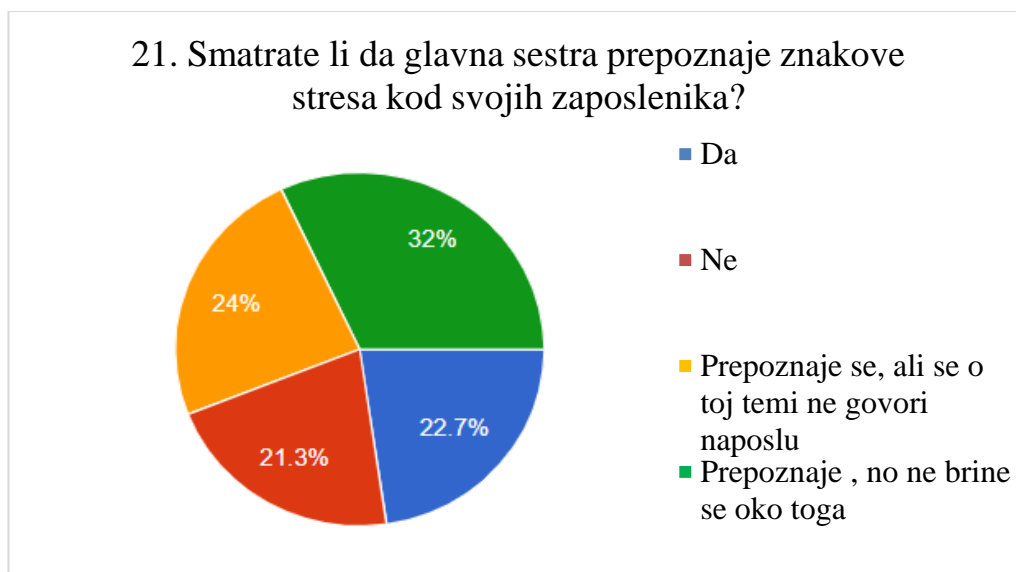
Grafikon 4.4.19. Utjecaj loše organizacije rada na kvalitetu zdravstvene njege. Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.20. prikazuje da 94 (63.1%) od 150 ispitanika se slaže da glavna sestra odjela treba biti isključivo medicinska sestra s dugogodišnjim radnim iskustvom, a 51 (34,2%) ispitanika se ne slaže s navedenom tvrdnjom. 2 (0.14%) ispitanika se izjasnilo da glavna sestra treba imati minimalno petogodišnje iskustvo, a preostalih 2 (0.14%) ispitanika se izjasnilo da položaj glavne sestre ovisi o nizu stvari, a ne isključivo o iskustvu medicinske sestre.



Grafikon 4.4.20. Glavna sestra odjela isključivo s dugogodišnjim iskustvom ili odmah po završetku studija. Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.21. prikazuje odgovore ispitanih medicinskih sestara/tehničara, smatraju li da glavna sestra prepoznaje znakove stresa kod svojih zaposlenika. Od 150 ispitanika 34 (22.7%) se izjasnilo da glavna sestra prepoznaje znakove stresa kod svojih zaposlenika, 32 (21.3%) ispitanika se nije složilo s navedenom tvrdnjom, 36 (24%) ispitanika se izjasnilo kako se o toj temi ne govori, a čak 48 (32%) ispitanika se izjasnilo kako se znakovi stresa prepoznaju a nitko se ne brine oko toga.



Grafikon 4.4.21. Prepoznavanje znakova stresa od strane glavne sestre.

Izvor [autor: S.M]

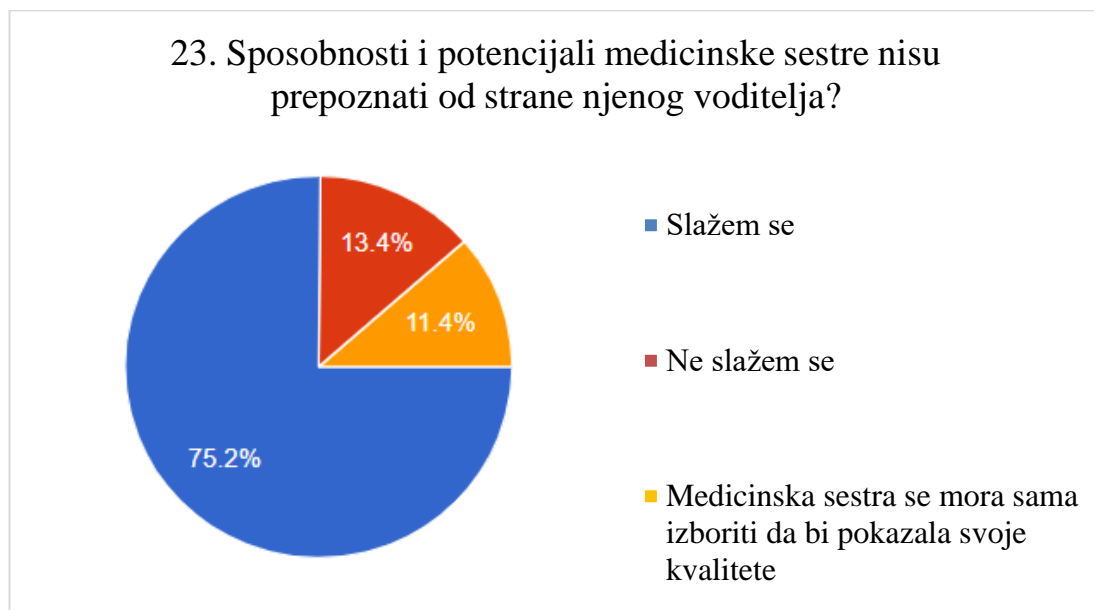
Grafikon 4.4.22. prikazuje koliko se često medicinskim sestrama/tehničarima ponudi psihološka pomoć nakon stresne situacije na poslu. Od 150 ispitanika 26 (17.2%) se izjasnilo da im je rijetko ponuđena psihološka potpora, 101 (66.9%) ispitanika nikad nije ponuđena psihološka pomoć, 6 (4%) ispitanika se izjasnilo da im se često ponudi psihološka potpora, 2 (1.3%) ispitanika se izjasnilo da im je uvijek ponuđena psihološka potpora nakon stresnih situacija, dok 16 (10.6%) ispitanika nije upoznato s psihološkom potporom u svojoj ustanovi.



Grafikon 4.4.22. Ponuđena psihološka pomoć nakon stresnih situacija na poslu. Izvor

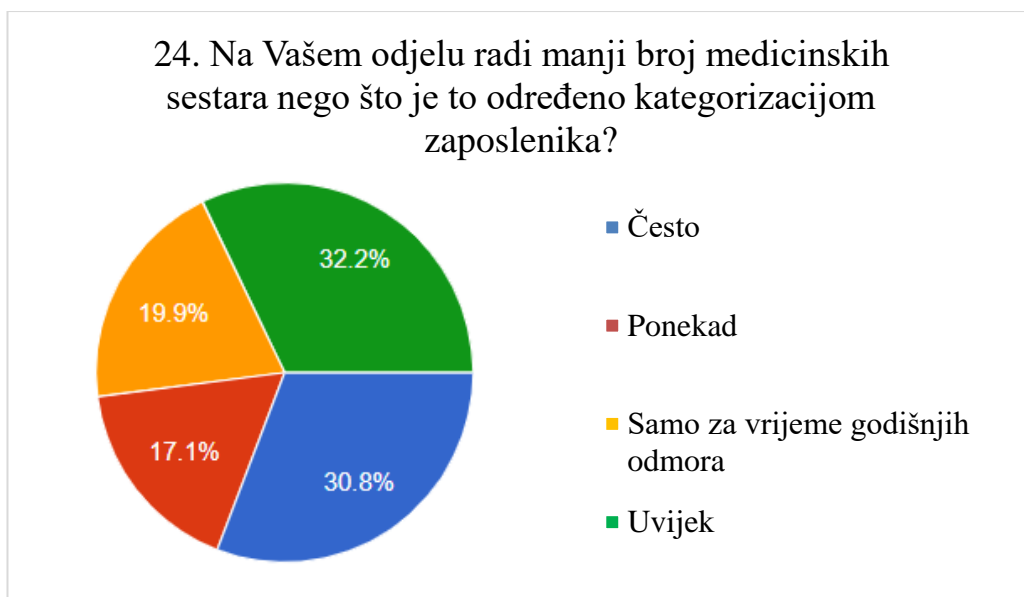
[autor: S.M]

Grafikon 4.4.23. prikazuje prepoznavanje sposobnosti i potencijala medicinskih sestara/tehničara od strane njihove glavne sestre, od kojih se 112 (75.2%) izjasnilo da njihove sposobnosti nisu prepoznate od njihove glavne sestre, 20 (13.4%) ispitanika se ne slaže s navedenom tvrdnjom, dok 17 (11.4%) medicinskih sestara/tehničara smatraju kako bi se trebali sami izboriti da bi pokazali svoje kvalitete.



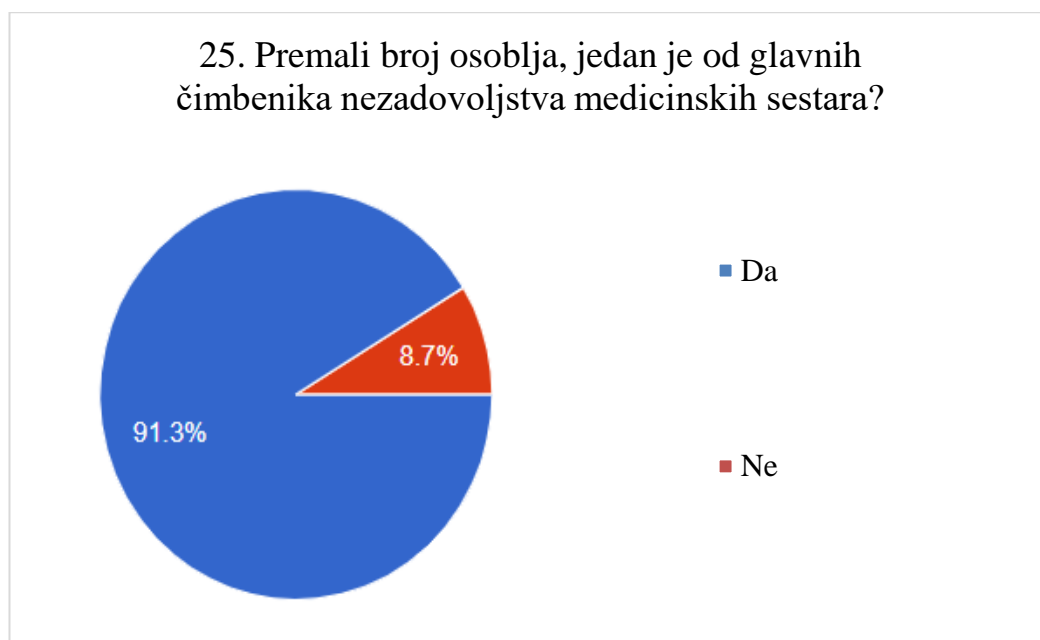
Grafikon 4.4.23. Prepoznavanje sposobnosti i potencijala medicinske sestre od strane njenog voditelja. Izvor [autor S.M]

Grafikon 4.4.24. prikazuje da se od 150 ispitanika njih 45 (30.8%) izjasnilo da na njihovom odjelu često radi manji broj medicinskih sestara/tehničara nego što je to određeno kategorizacijom zaposlenika, a 47 (32.2%) ispitanika se izjasnilo da uvijek radi manji broj nego što je određeno kategorizacijom. Od ukupno 150 ispitanika 29 (19.9%) medicinskih sestara/tehničara navodi da samo za vrijeme godišnjih odmora radi manji broj medicinskih sestara/tehničara, a 25 (17.1%) navodi da smo ponekad radi manji broj nego je to određeno kategorizacijom zaposlenika.



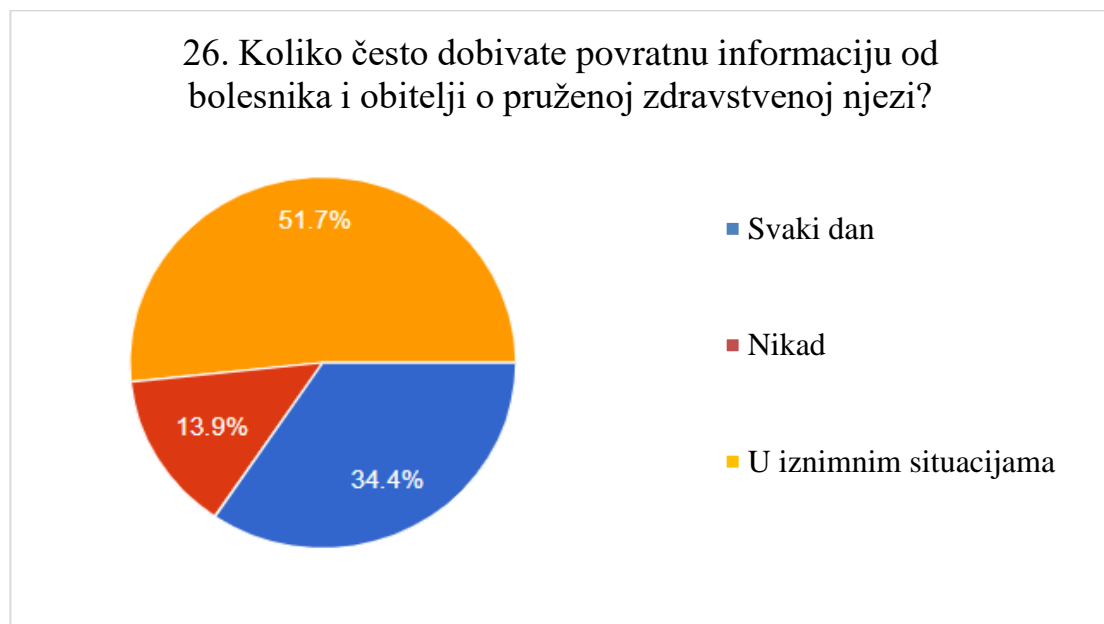
Grafikon 4.4.24. Broj medicinskih sestara na određenom odjelu na osnovi kategorizacije zaposlenika. Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.25. prikazuje da od 150 ispitanih medicinskih sestara/tehničara 136 (91.3%) smatra da je glavni čimbenik nezadovoljstva medicinskih sestara premali broj osoblja, dok se 13 (8.7%) ispitanih ne slaže s navedenom tvrdnjom.



Grafikon 4.4.25. Glavni čimbenik nezadovoljstva medicinskih sestara. Izvor [autor: S.M]

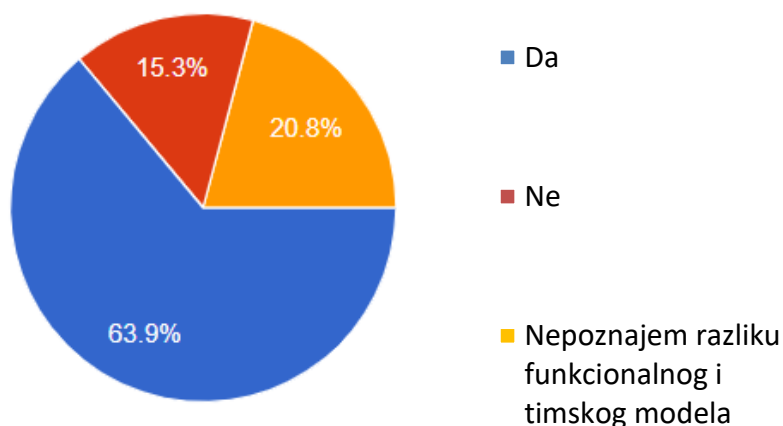
Grafikon 4.4.26. prikazuje da od 150 ispitanih medicinskih sestara njih 52 (34.4%) svaki dan dobije povratnu informaciju o pruženoj zdravstvenoj njezi od bolesnika i obitelji, 78 (51.7%) ispitanih se izjasnilo da u iznimnim situacijama dobivaju povratnu informaciju o pruženoj zdravstvenoj njezi, dok njih 21 (13.9%) je navelo da nikad ne dobivaju povratnu informaciju od bolesnika i obitelji o pruženoj zdravstvenoj njezi.



Grafikon 4.4.26. Povratna informacija od bolesnika i obitelji o pruženoj zdravstvenoj njezi. Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.27. prikazuje da od 150 ispitanika njih 92 (63.9%) smatra da su medicinske sestre koje rade u funkcionalnom modelu izloženiije sindromu sagorijevanja nego medicinske sestre koje rade u timskom modelu. Od ukupno ispitanih 150 samo 22 (15.3%) ispitanika se izjasnilo da neovisno po kojem se modelu radi, izloženost sindromu sagorijevanja je jednaka, a 30 (20.8%) ispitanika ne poznaje razliku funkcionalnog i timskog modela.

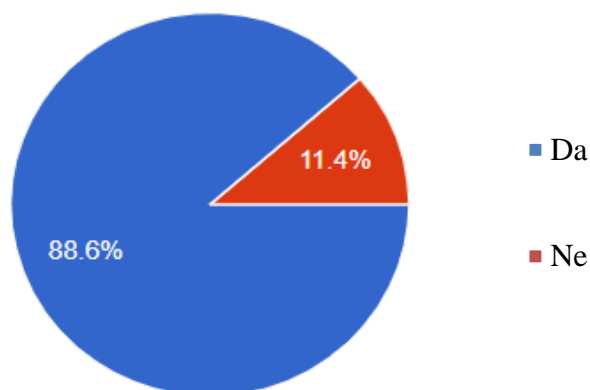
27. Medicinske sestre kod funkcionalnog modela su više izložene sindromu sagorijevanja nego medicinske sestre u timskom modelu?



Grafikon 4.4.27. Izloženost medicinskih sestara sindromu sagorijevanja u funkcionalnom modelu u odnosu na timski model. Izvor [autor: S.M]

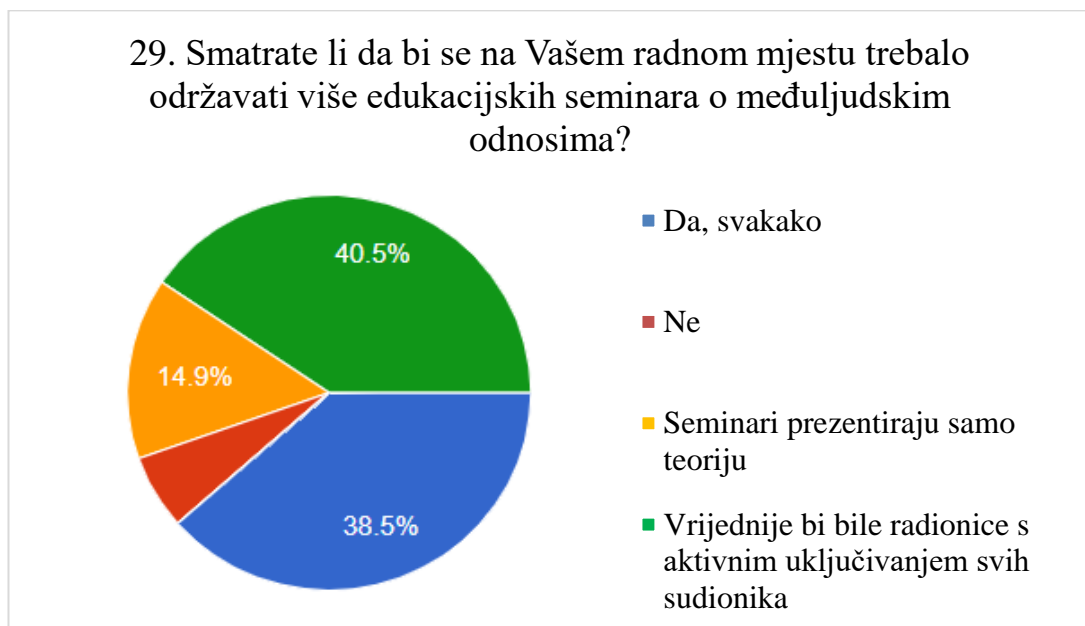
Grafikon 4.4.28. prikazuje stavove 150 ispitanih medicinskih sestara na tvrdnju, da razvijanjem komunikacijskih vještina među medicinskim sestrama doprinosi veće zadovoljstvo istih u radnom okruženju. Većina ispitanika 132 (88.6%) se slaže s navedenom tvrdnjom, a 17 (11.4%) se ne slaže s navedenom tvrdnjom.

28. Razvijanjem komunikacijskih vještina među medicinskim sestrama, doprinjelo bi većem zadovoljstvu istih u radnom okruženju?



Grafikon 4.4.28. Doprinos većem zadovoljstvu medicinskih sestara, razvojem komunikacijskih vještina. Izvor [autor: S.M]

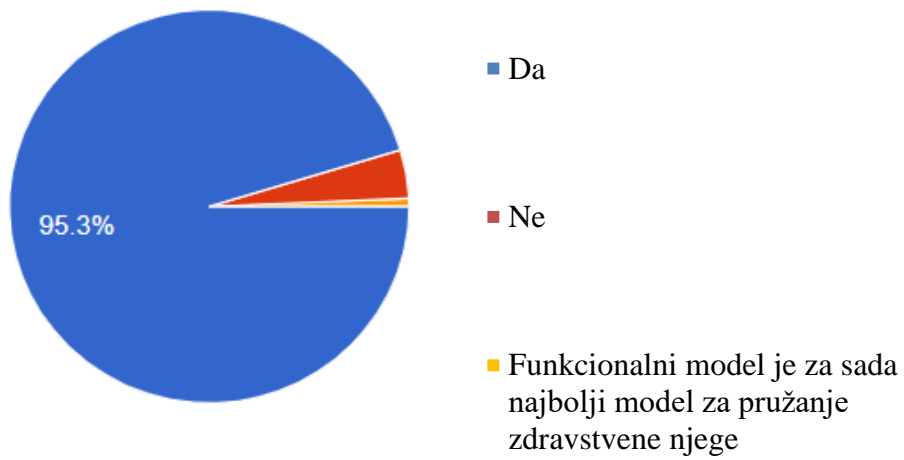
Grafikon 4.4.29. prikazuje da od 150 ispitanika 57 (38.5%) se slaže da bi na radnom mjestu trebalo održavati više edukacijskih seminara o međuljudskim odnosima, a njih 9 (6.1) se ne slaže s navedenom tvrdnjom. Od ukupno 150 ispitanika 22 (14.9%) medicinskih sestara smatra da seminari prezentiraju samo teoriju, dok 60 (40.5%) smatra da bi bile vrijednije radionice s aktivnim uključivanjem svih sudionika.



Grafikon 4.4.29. Stavovi medicinskih sestara o više edukacijskih seminara o međuljudskim odnosima. Izvor [autor: S.M]

Grafikon 4.4.30. prikazuje da od 150 ispitanih medicinskih sestara/tehničara, velika većina čak njih 143 (95.3%) smatra da su potrebne promjene u načinu i modelu rada, dok 6 (4%) ispitanika smatra da promjene nisu potrebne. Da je funkcionalni model za sada najbolji model u pružanju zdravstvene njege izjasnilo se 0.7% odnosno jedna medicinska sestra/tehničar.

30. Smatrate li da su potrebne promjene u načinu i modelu rada, a na veće zadovoljstvo kako bolesnika tako i medicinskih sestara?



Grafikon 4.4.30. Potreba za promjenama u načinu rada u funkcionalnom modelu. Izvor [autor: S.M]

6. Rasprava

Cilj ovog istraživanja je bio prikazati probleme i nedostatke pri radu u funkcionalnom modelu. Istraživanje je išlo u smjeru da se prikažu uzroci koji dovode do nezadovoljstva medicinskih sestara, koliko su prepoznati od strane glavne sestre ili nadređenih, te u kojem omjeru se radi na rješavanju istih. Na neka od pitanja ponuđenih u anketi, odnosno dobivenih odgovora medicinskih sestara /tehničara, koji su sudjelovali u ispitivanju priložena su slična istraživanja za usporedbu, provedena ne samo u Republici Hrvatskoj već i drugim zemljama.

Opći podaci dobiveni iz istraživanja govore kako je od 150 ispitanika većina ženskog spola, odnosno 143 (95,3%) medicinske sestre, dok je medicinskih tehničara samo 7 (4,7%). Najviše zastupljena dobna skupina ispitanika bila je između 18 i 40 godina starosti. Razina obrazovanja medicinskih sestara/tehničara u najvećem broju su prvostupnice sestrištva čak njih 69, 56 ispitanih su medicinske sestre opće njege, diplomiranih medicinskih sestara i magistra sestrištva su 22, a dok je samo 2 ispitanih su doktorice znanosti. Od ispitanih 150 medicinskih sestara 35 je zaposleno u Općoj ili Županijskoj bolnici, 36 je zaposleno u Kliničkom bolničkom centru, u Kliničkoj bolnici 30, u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti je zaposleno 32 medicinske sestre, u Specijalnoj bolnici 10 medicinskih sestara, a u domovima za Starije i nemoćne zaposleno je 7 medicinskih sestara.

U istraživanju je navedena tvrdnja da bolesnik često ne govori svoje poteškoće medicinskoj sestri, jer smatra da ona nema vremena za njega, 34% ispitanika je odgovorilo da se slaže s navedenom tvrdnjom, 40% ispitanih medicinskih sestara se ne slaže s navedenom tvrdnjom, a 26% ispitanika se izjasnilo da bolesnik uvijek govori svoje poteškoće medicinskoj sestri. Ovo istraživanje može se usporediti sa sličnim istraživanjem koje je provedeno u Sloveniji 2016 godine, autorice Starc, pod naslovom „Učinkovita komunikacija i rješavanje sukoba između medicinske sestre i bolesnika“. U navedenom istraživanju je prikazano je kako dobra komunikacija između medicinske sestre i pacijenta sama po sebi korisna terapijska intervencija jer pacijentima pomaže da izraze svoje psihološke i emocionalne potrebe. Iz perspektive medicinske sestre najčešći su uzroci sukoba nedostatak samosvijesti i neusklađena komunikacija. Iz perspektive bolesnika najčešći uzroci sukoba su njihov strah, nemogućnost da se izraze, nedostatak razumijevanja informacija i uputa te kriva očekivanja. Rezultati istraživanja spomenute autorice pokazuje kako 85% ispitanika vjeruje da je komunikacija između pacijenta i medicinskih sestara većinom prikladna, zbog poštovanja, ljubaznosti i

povjerenja. Više od 10% ispitanika je već bilo u sukobu s medicinskom sestrom, koji su riješeni mirnim razgovorom ali čak i povišenim glasom.

Analizirajući istraživanje koje je provela autorica Starc (2016.godine), potiče na razmišljanje o tome, govori li bolesnik svoje poteškoće medicinskoj sestri ili ih pak češće zadržava za sebe iz nekakvog straha, nesigurnosti ili smatrajući da medicinska sestra nema vremena za njega. Povjerenje bolesnika prema medicinskim sestrama stječe se već pri prvom susretu, odnosno odmah po dolasku bolesnika u zdravstvenu ustanovu, a taj prvi susret ima veliku važnost u kasnijoj suradnji.

Važnost razvijanja komunikacijskih vještina među medicinskim sestrama/tehničarima potvrđena je kroz ovu anketu u kojoj je od 150 ispitanih medicinskih sestara čak 135 se izjasnilo da bi razvijanje komunikacijskih vještina imalo znatan doprinos većem zadovoljstvu bolesnika i medicinskih sestara.

Istraživanje provedeno na onkološkom odjelu Sveučilišne bolnice Ankara, Turska 2014. godine, a čiji su autori Gözde Özaras i Suheyla Abban govori o statusu povjerenja medicinske sestre i bolesnika. Istraživanjem su htjeli prikazati koliko bolesnici imaju povjerenja u medicinske sestre, te što bi se moglo promijeniti ukoliko nemaju povjerenje prema medicinskim sestrama. Veći broj ispitanih je stekao povjerenje prema medicinskim sestrama, te su naveli kako su i osobne i profesionalne karakteristike bile važne prilikom razvijanja povjerenja, dok bolesnici koji nisu razvili povjerenje navode kako pogrešno postupanje, profesionalna nesposobnost i problem u komunikaciji je kod istih izazvao nepovjerenje prema medicinskim sestrama. Njihov zaključak je bio kako voditelji moraju kontinuirano procjenjivati kakve komunikacijske vještine imaju njihove medicinske sestre, te kako se povjerenje prema medicinskim sestrama razvija, štiti i održava u njihovim ustanovama. Nerazvijenost komunikacijskih vještina i neprofesionalna komunikacija, često može dovesti pogrešne procjene bilo od strane bolesnika ili medicinske sestre. Pogrešna komunikacija daje i pogrešne rezultate, te ne rijetko dolazi do stresa ukoliko se ne može postići određena i potrebna suradnja između bolesnika i medicinske sestre. Izvor stresa može nerijetko biti nemogućnost suradnje s bolesnikom, dok za nastanak profesionalnog stresa djeluje više čimbenika kojim su medicinske sestre izložene svakodnevno u svom radu.

Istraživanje koje su proveli Brenda Happell i suradnici, na Institute for Health and Social Science Researc, Australia 2013. godine, govori o profesionalnom stresu, a kao izvor stresa navode smjenski rad, parking za osobni automobil, međuljudske odnose, odnose s rodbinom bolesnika, organizacijom rada, nedostupnost liječnika te nedostupnost potrebnih resursa za rad. Predložene promjene ispitanih anketom su bile usmjerene na smanjivanje uzroka koji dovode

do profesionalnog stresa, promjenu radnog vremena, promjenu u organizaciji rada, osiguravanje odmora za zaposlenike, masaže i razumijevanje. Kao zaključak navedena je važnost uključivanja medicinskih sestara koje rade s bolesnicima u identificiranje inicijativa za smanjenje profesionalnog stresa, te dostupnost menadžera pri olakšavanju takvih procesa.

Na vrijeme prepoznati znakovi stresa od strane glavne sestre kod svojih zaposlenika, te u suradnji s istima glavna sestra može značajno poboljšati rad na bolničkom odjelu, a na veće zadovoljstvo bolesnika i ostalih medicinskih sestara. Ovim istraživanjem se došlo do podatka da od 150 ispitanih medicinskih sestara/tehničara se izjasnilo samo 22.7% da glavna sestra prepoznaje znakove stresa kod svojih zaposlenika. Ostali ispitanici su odgovorili: 21.3% da glavna sestra ne prepoznaje znakove stresa kod svojih zaposlenika, 24% da se znakovi stresa prepoznaju od strane glavne sestre, ali se o toj temi ne govori, a nimalo lijepa činjenica da su čak 32% ispitanih medicinskih sestara/tehničara odgovorili da glavna sestra prepoznaje znakove stresa, ali nitko ne brine oko toga. Imajući u vidu koliko dugotrajna izloženost stresu utječe na psihofizičko zdravlje zaposlenika i samu kvalitetu rada, te dovodi do sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara i posljedice koje ono sa sobom nosi.

Istraživanje autorice Neuberger i sur., 2017. godine pod nazivom „Jeli sindrom izgaranja povezan sa zlostavljanjem starijih i nemoćnih osoba u domovima“, govori kako se zlostavljanje kao posljedica sindroma sagorijevanja događa češće od očekivanog. Rezultati ukazuju da 55% ispitanika je svjedočilo vikanju na osobu starije dobi, 43% vrijeđanju i psovanju, 42% nasilnom hranjenju, 39% ignoriranju poziva starije osobe, a 38% odbijanju okretanja osobe starije dobi kako bi se spriječili bolni pritisci. Zaključno autori navode kako je adekvatna edukacija jedan od načina kako mogu izbjeći okidače koji mogu dovesti do zlostavljanja i zanemarivanja.

Zastupljenost sindroma sagorijevanja na bolničkim odjelima ima štetne posljedice ne samo za medicinsku sestru koja je zahvaćena istim, već se posljedice odraze na bolesnike, a isto tako i na ostalim medicinskim sestrama s kojima surađuje. Podatak dobiven istraživanjem rada u funkcionalnom modelu gdje se 92 od 150 medicinskih sestara izjasnilo da su izloženi sindromu sagorijevanja od medicinskih sestara koje rade u timskom modelu. Sukladno tome, kako je i prije spomenuto da dugotrajno nezadovoljstvo na radnom mjestu često može imati posljedicu razvoja profesionalnog stresa ili čak sindroma sagorijevanja može se usporediti s istraživanjem autorice Marije Spevan i sur., 2017. godine, koje je provedeno u Kliničkom bolničkom centru Rijeka na Klinici za kirurgiju, a utvrđuje subjektivne i objektivne dimenzije, zadovoljstva poslom, kvalitetom međuljudskih odnosa, organizacijom rada i utjecaj na učinkovitost rada medicinskih sestara/tehničara na kirurškim odjelima i operacijskim salama. Dobiveni rezultati pokazuju da postoji statistički značajan utjecaj duljine radnog staža i

percepcije međuljudskih odnosa na stupanj zadovoljstva djelatnika. Rezultati pokazuju da su medicinske sestre koje rade u operacijskim salama (Timski model) značajno zadovoljnije od medicinskih sestara na kirurškim odjelima (Funkcionalni model).

7. Zaključak

Istraživanje funkcionalnog modela rada medicinskih sestara/tehničara provedeno je isključivo da se ukaže na probleme i nedostatke iz perspektive medicinske sestre. Većina ispitanika medicinskih sestara/tehničara bila je starosne dobi između 18 i 40 godina. Rad u funkcionalnom modelu obilježavao je isključivo rad po principu da na odjelu radi glavna sestra više ili visoke stručne spreme, a ostale medicinske sestre su bile srednje stručne spreme, što je kroz literaturu opisano i kao prednost modela radi manjih financijskih izdataka. Danas, kao što je vidljivo i iz rezultata sve je više prvostupnica sestrinstva, što je dobar pokazatelj, jer veća naobrazba medicinskih sestara bi trebala značiti bolju komunikaciju i zdravstvenu njegu bolesnika. Zadovoljstvo medicinske sestre se navodi kao važan čimbenik za pružanje kvalitetne zdravstvene njege, a ovo istraživanje pokazuje kako skoro polovica ispitanih medicinskih sestara svoje nezadovoljstvo na radnom mjestu ne iskazuje tijekom pružanja zdravstvene njege. Na takav način medicinska sestra neće trenutno uskratiti bolesniku kvalitetu zdravstvene njege, ali dugotrajno nezadovoljstvo izaziva sve veću napetost, koja se manifestira u kvaliteti rada. Na motivaciju medicinskih sestara može utjecati pozitivna/negativna povratna informacija o njenom radu. Podaci dobiveni ovim istraživanjem ukazuju da većina medicinskih sestara nikad nije dobila pohvalu ili motivirajuću gestu, te to navodi na razmišljanje koliko su zaista potrebne promjene. Delegiranje zadataka od strane glavne sestre po principima empatije, a ne kompetencija medicinskih sestara, dovodi do gubljenja motivacije ostalih zaposlenika, a ponekad i do pogrešaka koje se ne mogu popraviti. Činjenica, da 16 od 150 ispitanih medicinskih sestara, ne bi reagiralo na kolegicu koja nema znanja i iskustva obaviti zadatak koji joj je dodijeljen od strane glavne sestre, a isti ne obavlja kako bi trebalo, predstavlja ozbiljan alarm. Glavne sestre odjela imaju veliki zadatak u organiziranju, planiranju i evaluaciji zdravstvene njege, a jednim dijelom najveći zadatak koji im je postavljen je poznavanje svojih zaposlenika, njihovih stavova, znanja, sposobnosti. Za jedan od glavnih zadataka ili čak izazova za glavnu sestru mogli bi navesti prepoznavanje stresa kod svojih zaposlenika, a vidljivo je iz rezultata da glavna sestra prepoznaje znakove stresa, ali se o tome ne govori, ili pak da se znakovi stresa prepoznaju a da nitko ne brine oko toga. Dugotrajna izloženost stresu u većini slučajeva rezultira razvojem sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara/tehničara.

Važno je u budućim istraživanjima razmotriti koliko su medicinske sestre/tehničari komunikacijski educirani, usmjereni na zdravstvenu njegu kao poziv, a ne isključivo posao.

Potreba za promjenom je uočljiva, ne isključivo u načinu rada funkcionalnog modela, već u vidu poboljšanja komunikacijskih vještina, empatije, razumijevanja i zajedničke suradnje nadređene sestre odjela i svih ostalih medicinskih sestara/tehničara koji rade na istom.

8. Literatura

- [1] Čukljek, Snježana. Osnove zdravstvene njege. Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2005.
- [2] Kalauz, Sonja. Organizacija i upravljanje u području zdravstvene njege. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
- [3] Fučkar, G. Proces zdravstvene njege, Zagreb; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.
- [4] Đorđević, V., Braš, M. Komunikacija u medicini. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
- [5] Kent I Miller, Catholic Home Care, Farmingdale, NY, USA. (2016.) DOI:10.3233/NRE-161378
- [6] Woodward, Judi. Department of Health, Andrew Johnson Tower, 710 James Robertson Parkway, Nashville, TN 37243, USA. (2015.)
- [7] Lučanin, Damir., Despot Lučanin, Jasminka. Komunikacijske vještine u zdravstvu. Zdravstveno veleučilište. Zagreb: Naklada Slap, 2010.
- [8] Mehrabian, A (1981.) Silent messenger: Implicit communication.
- [9] Arnold, E., Underman Boogs, K. (2003). Interpersonal relationships: communication skills for nurses. St. Louis: Saunders.
- [10] Gilotti, C.M. (2003). Medical disclosure and decision-making: Exavating the complexities of physician -patient information exchange.
- [11] Brkljačić, M. Bioetički aspekti komuniciranja u zdravstvu. Knjiga sažetaka 6. Lošinjski dani biblioteke. Zagreb: Hrvatsko filozofsko društvo, 2017.
- [12] Ljubičić, M. Povezanost teorije i prakse u zdravstvenoj njezi. Sestrinski glasnik, Vol.20 No.3, 2015. <https://doi.org/10.11608/sgnj.2015.20.050>
- [13] Starc, J. Učinkovita komunikacija i rješavanje sukoba između medicinske sestre i pacijenta. Journal of Applied Health Sciences. 2016. <https://doi.org/10.24141/1/2/2/6>
- [14] Gözde Ozaras, Süheyla Abaan. Investigation of the trust status of the nurse-patient relationshi. Nurs Ethics. 2018. doi:10.1177/0969733016664971.
- [15] Happell, Brenda. Nurses and stress: recognizing causes and seeking solutions. J Nurs Manag. 2013. <https://doi.org/10.1111/jonm.12037>
- [16] Neuberg, Marijana. Jeli sindrom izgaranja povezan sa zlostavljanjem starijih i nemoćnih osoba u domovima. Arhiv za higijenu rada i toksikologiju, Vol. 68 No. 3, 2017. <https://doi.org/10.1515/aiht-2017-68-2982>

[17] Spevan, M. Zadovoljstvo medicinskih sestara i tehničara koji rade u operacijskim salama i kirurškim odjelima Kliničkog bolničkog centra Rijeka. *Sestrinski glasnik* Vol. 22 No. 2, 2017. <http://orcid.org/0000-0003-0288-2206>.

**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, MARIJA STANČIN (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SUSTAVI POTPORE U ZDR. NIJEZI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Marija Stančin
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, MARIJA STANČIN (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SUSTAVI POTPORE U ZDR. NIJEZI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Marija Stančin
(vlastoručni potpis)